



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO HOSPITALIZADO Y
EL ESTRÉS PARENTAL EN LAS UNIDADES DE PEDIATRÍA, CIRUGÍA
INFANTIL, UCI PEDIÁTRICA Y UCI NEONATAL**

Autores: MUÑOZ JARA JOSÉ RENATO

OYANEDER CONTRERAS RAFAEL IGNACIO

RUBILAR PARRA SOLEDAD YESSENIA

SALVO SEPÚLVEDA GLORIA JESÚS DEL CARMEN

Prof. Guía: Mg. Astudillo Araya Ángela Andrea

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios, por la familia que nos ha dado, ya que sin el apoyo de ellos no habiéramos alcanzado el camino que nos llevará a ser profesionales de la salud. También agradecer a los docentes Sra. Ángela Andrea Astudillo Araya; Sra. Carmen Luz Muñoz Mendoza; Sr. José Alex Leiva Caro; Sra. Marcela Gema Espinoza Espinoza; Sra. Pamela Aurora Montoya Cáceres; Sr. Miguel Ángel López Espinoza, quienes fueron fundamentales en este arduo proceso, porque sin ellos y sin sus conocimientos, no habiéramos sacado este proyecto adelante. Agradecer al Doctor Enzo Manlio Tassara Partal, jefe de la unidad pediátrica del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, por la amabilidad, cooperación y preocupación por nuestra investigación, haciendo muy amena la recogida de datos y haciéndonos sentir muy importantes, por otra parte, agradecer a cada uno de los padres participantes de esta investigación, ya que son el motor de todo esto.

Por último, y no menos importante, queremos agradecer a la Señora Angélica María Parra Garrido, madre de nuestra compañera tesista Soledad, por su apoyo incondicional durante todo el proceso, ya que siempre mostró gestos de cariño y preocupación por cada uno de nosotros.

RESUMEN

Introducción: La hospitalización de un hijo es una situación en la cual los padres incrementan su vulnerabilidad, debido a los diferentes estímulos estresantes del proceso. Es aquí donde el profesional de salud es fundamental ya que, él les entrega información sobre la situación del niño aclarando sus dudas, lo que ayuda a disminuir sus niveles de estrés. **Objetivo:** Establecer la relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal, muestra de 73 padres y madres. Aplicación de escala de Estrés Parental (PSS) y cuestionario de caracterización sociodemográfica. La descripción de los datos y los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS v.15. **Resultados:** Cuando los días de estada fueron de 11 y más, la dimensión comportamiento del personal sanitario fue “moderadamente estresante”. En relación a los diagnósticos agudos y crónicos, sexo hombre, edad con rango de 0 – 5 años y hospitalizaciones previas de 1 a 3 veces, la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “moderadamente estresante”. En cambio, cuando el niño presentó 4 y más veces la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “muy estresante”. **Conclusión:** El tipo de diagnóstico médico agudo fue la variable que provocó un Estrés Parental estadísticamente significativo en la dimensión “impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres”.

Palabras claves: Estrés, Padres, Niño hospitalizado.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS..... | 1 |
| 1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 7 |
| 1.4 PROBLEMATIZACIÓN | 7 |
| 1.5 MARCO TEÓRICO..... | 7 |
| 1.6 MARCO EMPÍRICO..... | 18 |
| 1.7 OBJETIVO GENERAL..... | 25 |
| 1.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 25 |
| 1.9 HIPÓTESIS | 25 |
| II. MÉTODOS..... | 26 |
| 2.1 TIPO DE DISEÑO | 26 |
| 2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO | 26 |
| 2.3 MUESTRA..... | 26 |
| 2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS..... | 28 |
| 2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD | 28 |
| 2.5.1 Criterios de inclusión: | 28 |
| 2.5.2 Criterios de exclusión: | 29 |
| 2.6 LISTADO DE VARIABLES | 29 |
| 2.6.1 Variable dependiente: | 29 |
| 2.6.2 Variable independiente: | 29 |
| 2.6.3 Co - variables: | 30 |
| 2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR..... | 30 |
| 2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 33 |
| 2.9 ASPECTOS ÉTICOS..... | 34 |
| 2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:..... | 35 |

| | |
|--|----|
| III. RESULTADOS | 37 |
| Tabla 1. Distribución de los niños hospitalizados según sus principales características.. | 37 |
| Tabla 2. Distribución de los padres participantes según sus principales características.. | 38 |
| Tabla 3. Distribución de los padres participantes según su nivel de estrés | 39 |
| Tabla 4. Relación entre las características del niño hospitalizado y el estrés parental. ... | 41 |
| IV. DISCUSIÓN | 42 |
| 4.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 42 |
| 4.2 LIMITACIONES | 50 |
| 4.3 SUGERENCIAS | 51 |
| 4.4 CONCLUSIONES | 52 |
| IV. BIBLIOGRAFÍA | 53 |
| V. ANEXOS | 64 |
| ANEXO N°1: MATRIZ DE VARIABLES..... | 64 |
| ANEXO N°2: PARENTAL STRESSOR SCALE, PSS (ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL, PSS)..... | 69 |
| ANEXO N°3: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA..... | 73 |
| ANEXO N°4: AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO. | 76 |
| ANEXO N°5: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 78 |
| ANEXO N°6: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN..... | 81 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS

Desde el comienzo de la humanidad, ha quedado demostrado que un padre nunca desearía que algo dañara a su hijo, muy por el contrario, siempre está preocupado de que nada le suceda, por lo que, si su hijo sufre alguna enfermedad, el nivel de preocupación aumenta, haciéndolos pasar por periodos de estrés que no ayudan en el proceso de enfermedad que está viviendo su hijo. Este estrés aumenta cuando se trata de un recién nacido o si el personal de salud no tiene buena comunicación con los padres y solo se dedican al área asistencial, dejando de lado las habilidades blandas y el área psicosocial (1).

Las familias son psicológicamente vulnerables después del nacimiento de un niño que padece una enfermedad o es prematuro. El estrés se relaciona con la aparición de síntomas de depresión y ansiedad. No todos los padres presentan este tipo de sintomatología, entre un 20 a 30% presentan un cuadro de salud mental en el primer año luego del nacimiento del niño/a, como trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático y depresión postparto, que podrían llegar a un 70% en el caso de las madres (1). La hospitalización es una situación en la cual el sujeto incrementa su vulnerabilidad, debido a una gran cantidad de estímulos estresantes o amenazantes de la propia integridad física. Muchas veces es difícil separar si el estrés es generado por la patología o por la propia hospitalización y los factores derivadas de ella (2).

El profesional de salud nunca debe olvidar lo importante que es entregar la información necesaria a los padres de lo que le pasó, le pasa o le pueda pasar a su hijo, ya que es la única forma de que esos padres logren disminuir sus niveles de estrés (3), debido a que por sí solos, no logran imaginarse porqué su hijo puede estar enfermo, si recién está

comenzando a vivir y solo necesita el apoyo de sus padres y no de profesionales para ser una persona sana y fuerte.

A nivel país, el número de egresos hospitalarios corresponde a 6.678.582 (2012), de los cuales 1.069.864 corresponden a egresos hospitalarios del grupo etario menores de un año hasta los catorce años. En la región del Bío Bío, esta cifra corresponde a 871.065 egresos totales, de los cuales 308.280 corresponden al grupo etario menores de un año hasta los catorce años (4). En el Hospital Clínico Herminda Martín, los egresos hospitalarios correspondientes al año 2017 en el servicio de Pediatría fueron de 1.355, en Cirugía Infantil 890, UCI Pediátrica 144, UCI Neonatología 141 (5).

Por otra parte, los padres entienden la enfermedad y la hospitalización de un hijo de diversas formas: “como un cambio, un enemigo que invade el cuerpo del niño, un castigo por una falta cometida, un signo de debilidad o fallo personal, evitación de la escuela por parte del niño, una estrategia de captación de afecto o atención, una pérdida irreparable o disfuncionalidad irreversible o, incluso, como una oportunidad para el crecimiento moral y el desarrollo personal” (2).

La duración de la estancia en el hospital presenta un gran efecto en el niño y en los padres, sobre todo cuando es por más de una semana o existen hospitalizaciones repetidas de corta duración, debido a que se produce un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y el estrés de sus padres (2). Por lo que el gobierno chileno ha implementado diversas medidas tales como la flexibilización del horario de visitas y el acompañamiento 24 horas por parte de las madres (6). Además, se busca incluir a los padres activamente en el cuidado de sus hijos.

Un ejemplo de esto fue la medida implementada desde el año 2006 por el ministerio de salud chileno, conocido como “hospital amigo”. Dentro de sus lineamientos principales están:

- Tener una salud comprometida, acogedora y participativa, que logre satisfacer las necesidades y expectativas de la población.
- Atención preferencial a los niños y niñas, aportando a la disminución de las desigualdades.

A través de estas medidas podemos evidenciar el compromiso del gobierno con relación a la salud de los niños y la participación de los padres en su cuidado. No obstante, el Estrés Parental es algo inherente a la hospitalización de los niños, “debido a que abarca un conjunto de estresores capaces de generar por si solos estrés, como lo son: enfermedad, dolor, entorno hospitalario, procedimientos médicos invasivos, separación de los padres, familiares y amigos, estrés de las personas acompañantes, ruptura de la rutina vital y adaptación a una rutina desconocida e impuesta y muerte” (7). Por todos estos motivos, el objetivo de este estudio es: “Establecer la relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín”.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La hospitalización de un niño provoca en los padres múltiples reacciones que los perturban, debido a que no es algo que esperan, una de estas reacciones es el estrés, el cual afecta de forma directa el vínculo padres-hijo, lo que dificulta la recuperación del niño, ya que como diría Bowlby, citado por Lantarón (8), el apego es el lazo afectivo más importante que establece el ser humano durante la primera infancia, siendo el vínculo que le garantizará sentirse aceptado y protegido de manera incondicional.

Jofré y Jopek (9, 10) refieren que el Estrés Parental se produce por múltiples razones, entre ellas: sensación de fracaso de tener un niño enfermo, temor de la muerte del niño, la alteración del apego padres-hijo, la interrupción de la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a que otras personas lo cuiden. "Este estrés se ve mucho más evidenciado cuando el recién nacido nace prematuro, debido a que ni los padres ni el recién nacido están preparados, lo que hace que se produzca un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño y sus padres" (11). "Además, muchas veces el estrés experimentado por las madres repercute en enfermedades y tiene un impacto negativo en la dinámica familiar" (12). Este estrés puede influir directamente en el cuidado del menor, dejando a las madres más propensas a desarrollar un comportamiento agresivo o negligente, lo que puede empeorar el pronóstico del niño, requiriendo medidas terapéuticas más complejas para lograr la estabilización de su condición física y así evitar otras complicaciones; algunas de estas medidas son: "instalación de sondas, catéteres endovenosos y tubos endotraqueales, entre otras (12). Esto altera fuertemente la apariencia física del niño, por ejemplo, cuando este neonato tiene características corporales de prematuridad y bajo peso al nacer" (13).

Stremmer *et al.* (14) se refirieron a la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés, satisfacción y conflicto de decisiones que los padres presentaron durante la estadía hospitalaria de sus hijos, obteniendo como resultado que un poco más de la mitad (n=51, 51%) de la muestra dio como resultado depresión mayor. Los síntomas depresivos fueron provocados por diferentes factores, uno de ellos es la gravedad de la enfermedad del niño, lo que produce un efecto negativo en los padres a la hora de la toma de decisiones, afectando principalmente su salud psicológica, emocional y física (15). No obstante, se ha demostrado una disminución del Estrés Parental cuando los profesionales del área de la salud les entregan seguridad e información oportuna (14), puesto que, al ser resueltas sus dudas, los padres sienten más confianza y autonomía a la hora de interactuar en el cuidado de sus hijos, favoreciendo la adhesión a los tratamientos y a una pronta

recuperación del niño (3). Por este motivo debe existir una buena relación entre el profesional de enfermería, niños y padres, ya que ellos son los que se encuentran la mayor parte del tiempo con los niños y también son quienes les entregan información a los padres sobre el estado de salud de sus hijos (3).

En la actualidad, en la UCI pediátrica del hospital regional de Talca, existe la unidad de acompañamiento y humanización de la salud, la cual comprende un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, kinesióloga, psicóloga y técnico en enfermería), capacitado en temas de humanización (empatía, prevención de burnout y manejo del duelo), realiza una entrevista con los padres, en una sala de acogida, con suficiente espacio y un ambiente de tranquilidad, para hacerles el ingreso a la unidad y recabar diferentes aspectos relevantes, como por ejemplo: necesidades espirituales, contención emocional, sentimientos predominantes e identificación de recursos que presenta la familia para afrontar este proceso. Además, se registra la asistencia, acompañamientos e ingresos. En el caso que los padres requieran de información médica sobre su hijo, el equipo le consulta al médico tratante para así poder obtener estos antecedentes, con el fin de aclarar sus dudas de y así reducir su angustia. “Adicionalmente, se solicitan datos relativos al lugar de procedencia, necesidad de alojamiento, alimentación, teléfono de contacto, entre otras” (16).

En caso de una muerte inminente, se les ofrece a los padres contención y acompañamiento, además de asistencia religiosa si corresponde, y se les envían las condolencias para el día del funeral.

Por otra parte, en el caso de que la familia requiera asistencia fuera de horario en el cual el equipo se encuentra en la unidad, el médico tratante, la enfermera de turno o la secretaria de la UCI, debe contactarse por teléfono o whatsapp con el equipo, para que ellos hagan lo posible por asistir (solo en caso de muertes por accidentes de tránsito o

casos en que la evolución es negativa y muy aguda, lo que hace que los padres se encuentren sin contención psicológica). Un desafío de este equipo es ampliar el quehacer a otras unidades (16).

Por todos estos motivos el estudio está enfocado en reunir información a través de un cuestionario de caracterización sociodemográfica y del instrumento Parental Stressor Scale de Ochoa *et al.* (17), con el fin de identificar los diferentes factores que gatillan el Estrés Parental durante la hospitalización de los niños. De esta manera, los profesionales de enfermería podrán obtener conocimientos para poder intervenir a tiempo, ya que, si se logra disminuir el nivel de estrés de los padres durante la hospitalización del niño, se pueden evitar enfermedades de salud mental en ellos y la prolongación del periodo de hospitalización de los niños (15).

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

¿Cuáles son las características del niño hospitalizado (días de estada, tipo de diagnóstico médico, sexo, edad, hospitalizaciones previas)?

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres participantes del estudio (sexo, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso económico, número de hijos, procedencia, religión)?
2. ¿Cuál es el nivel de estrés de los padres participantes del estudio?
3. ¿Existe relación entre las características del niño hospitalizado (días de estada, tipo de diagnóstico médico, sexo, edad, hospitalizaciones previas) y el Estrés Parental?

1.5 MARCO TEÓRICO

La primera persona que se refirió al termino estrés fue el investigador Selye quien lo definió como “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda” (18). Además, mencionó 3 etapas de respuesta al estrés, las cuales son:

1. Etapa de alarma: En esta etapa el cuerpo reconoce el estrés y se lleva a cabo la liberación de hormonas que aumentan los latidos del corazón, ritmo respiratorio, elevación de la glucosa en la sangre, incrementan la transpiración y hacen más lenta la digestión.

2. Etapa de resistencia: El organismo intenta reparar los daños causados en la primera etapa. No obstante, el estrés permanece por lo que no se pueden reparar los daños. Si continúa la resistencia se pasa a la tercera.
3. Etapa de agotamiento: De mantenerse la resistencia se puede generar un estrés crónico, lo que produciría que se agoten las reservas de energía del cuerpo, originando alguna alteración externa.

Además, Selye indicó que existe un tipo de estrés que no es nocivo (distrés) y que en situaciones donde la demanda sobre la homeostasis es leve, corta y controlable, este podría ser un estímulo positivo, placentero y excitante, ayudando de esta manera al crecimiento emocional e intelectual. Sin embargo, si este distrés es continuo e incontrolable, se puede llegar a un estado de enfermedad psicológica y física (18). Por otra parte, desde la observación clínica de Sydenham, estrés es "la pérdida de la armonía del organismo debido a fuerzas ambientales perturbadoras, así como la respuesta adaptativa del individuo a tales fuerzas, son capaces de producir cambios patológicos" (19). Actualmente la Real Academia de la Lengua Española lo define como "tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves" (20).

La hospitalización infantil provoca estrés en los padres, incluso más que en los propios hijos. En muchos de los casos, se plantea que las experiencias estresantes que más afectan a los padres se dividen en tres grandes categorías: la primera está relacionada directamente con la enfermedad del niño asociado con los síntomas. La segunda es el tratamiento recibido, los procedimientos realizados como: las pruebas diagnósticas invasivas y peligrosas o intervenciones quirúrgicas, las condiciones físicas del entorno hospitalario (los ruidos, las luces brillantes y el ritmo de trabajo) y comportamiento adecuado por parte de los profesionales de la salud, la entrega de información adecuada y

oportunidad. La tercera es la alteración que tiene el rol parental en la imposibilidad de otorgarles cuidados a sus hijos (21).

Con relación a los niños, la hospitalización puede provocar en ellos consecuencias que alteran su desarrollo, algunas de ellas son: sentimientos de angustia, temor, miedo, impulsividad, inquietud, tristeza y ansiedad. Patiño (22) menciona “que la adquisición de miedos y las alteraciones en la conducta de los niños, está relacionada con los días de estada superiores a 3 días, comparada con una estancia menor”. Por ende, a mayores días de estada hospitalaria, mayores serán estas consecuencias, requiriendo atención oportuna por parte de los profesionales de la salud, con el fin de reducir las alteraciones de su desarrollo y contribuir a su recuperación (23).

Según un estudio realizado por Fernández *et al.* (2), el nivel de estrés y malestar percibido por los niños aumenta a medida del segundo y tercer día de hospitalización y tiende a mantenerse en los días posteriores. En el mismo estudio refiere que los “factores de miedo infantil detectados por los padres y la percepción de estrés en los niños”, pueden estar relacionadas y sugiere una posible transferencia de emociones entre padres e hijos durante los días de estada, por ende, si el niño presenta estrés, el padre también lo tendrá y viceversa.

Por otro lado, O’Toole (24) diferencia el estrés de emergencia con el estrés continuo, en que el segundo generalmente es producido por varios factores, entre ellos las enfermedades tanto agudas como crónicas. La hospitalización es percibida por el niño como una amenaza que se intensifica ante procesos agudos, graves y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico. Desde el punto de vista familiar la enfermedad del niño es vista como una agresión, más aún cuando es crónica y grave, donde los niveles de estrés y ansiedad son mayores en padres. García y De la Barra (25) indican que la diferencia entre los diagnósticos agudos de los crónicos radica en que los primeros pueden resolverse

rápidamente, en cambio una enfermedad crónica conlleva un cambio en los estilos de vida y en la dinámica familiar, muchas veces permanente e irreversible y las reagudizaciones de la enfermedad implican un estrés constante (26).

Otra situación que aumenta el estrés de los padres en relación con el diagnóstico es la tardanza de los médicos a la hora de brindar los informes sobre el estado de salud de los niños (9). La incertidumbre, o la falta de precisión de un pronóstico de sus hijos, provoca “sentimientos de inutilidad y pérdida de confianza en el equipo tratante, ya que estas madres sienten que los profesionales no saben lo que tiene su bebé y no van a poder ayudarlo” (27). Cabe destacar que, si hablamos de malformaciones, las madres experimentan un duelo por el sentimiento de pérdida que se produce entre la fantasía preconcebida y la realidad de un niño que nació con problemas de diversos tipos. Giraldo *et al.* (28) indica que los diagnósticos de tipo respiratorios son los principales responsables de la generación de estrés en los padres.

Con relación al sexo, Aamir *et al.* (15) mencionan que los padres sufren alteraciones emocionales independiente de que su hijo sea hombre o mujer. Por el contrario “algunos autores constatan, por ejemplo, que tener una niña con alteración física o con una enfermedad crónica, en lugar de un niño, se asocia con niveles más bajos de estrés por parte de los padres” (29) y que el Estrés Parental es mayor cuando el hijo enfermo es un varón (30).

En cuanto a la edad, Reynaga *et al.* (31) señalan que los padres cuyos hijos tenían una edad gestacional menor a 28 semanas, presentaron mayores niveles de estrés (moderado), al ser comparados con padres cuyos niños nacieron entre las 29 y 36 semanas ($p=0.05$), 37 semanas y más ($p=0.006$). Esto se debe precisamente a que “el prematuro es el centro de la atención de todos en función de su inmadurez y estado clínico, muchas veces muy crítico” (29). Por este motivo se dice que “la Unidad de

Cuidados Intensivos es un lugar en que la muerte aparece acechando paradójicamente al inicio de la vida. El fallecimiento del niño en el primer día de vida, especialmente cuando es accidental o no esperado, crea una atmósfera de crisis y shock. La historia de pérdidas anteriores puede aumentar la carga emocional de la situación y un mayor sentimiento de fracaso” (27).

Por otra parte, López (29) menciona que la edad “parece tener efectos diferenciales en el grado de estrés y en el impacto de la experiencia. La etapa comprendida entre los 4 meses y 6 años es la que parece provocar, con respecto a la hospitalización, mayor grado de preocupación, ansiedad y estrés en los padres”. Y que una mayor edad cronológica del sujeto enfermo puede influir positivamente en la capacidad de adaptación a la situación de enfermedad y al mismo tiempo, puede mejorar los recursos de afrontamiento de la hospitalización.

Con relación a las hospitalizaciones previas, Ramírez *et al.* (32) observaron que los padres de niños con más de una hospitalización en la UCIP presentan más estrés con relación a los procedimientos e intervenciones, respuesta emocional del hijo y rol de padres. Por este motivo los padres, sienten mayor preocupación frente a una nueva hospitalización, debido a lo experimentado u observado en su propio hijo o en otros pacientes.

Respecto a los cambios de conducta del niño durante y después de la hospitalización, estos sólo podrían ser explicados en parte por la hospitalización misma, ya que el temperamento o predisposición a experimentar ansiedad u otros síntomas de perturbación psicológica darían cuenta de por qué los niños reaccionan en forma diferente e incluso se ven beneficiados en su desarrollo psicológico evidenciando avances en su conducta (33). No obstante, si el niño se siente solo, no puede desahogarse e interioriza todos estos sentimientos, volviéndose más agresivo y esquivo a personas que él

considera ajenas, ya que se siente inmerso en un ambiente extraño. Además, no entienden qué es una enfermedad, ni comprenden las alteraciones que éstas le producen. Todo esto sumado a la separación de sus padres, amigos y objetos que los divierten, desencadenan diferentes reacciones como lo son: llantos, negarse al contacto con personas extrañas a su mundo habitual y no permitir la realización de procedimientos por parte de los profesionales de la salud (33).

Además, si el déficit de afecto que presentan los niños por parte de sus familiares se prolonga, se puede llegar a un estado de ánimo que Spitz definió como depresión anaclítica, “caracterizada por una regresión del desarrollo psicomotor y alterándose severamente el estado somático llevando a: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten, el insomnio se agudiza progresivamente, llegando a un estado de miseria física próximo a la caquexia, que facilita la mortalidad” (34).

Lo expuesto verifica que la hospitalización infantil genera estrés, temor o incertidumbre a lo desconocido, lo que es más difícil de asimilar en los niños, ya que ellos se encuentran en un proceso de adaptación, en la cual solo quieren tener cerca a sus figuras de apego. Spitz, describe dos formas de carencia afectiva que puede provocar la hospitalización en el niño (35):

1. Carencia afectiva total: Causada porque los profesionales de la salud ven a los niños como un ser que requiere solo la realización de procedimientos, pero esto no cubre sus necesidades afectivas, provocando una importante carencia en este ámbito, evidenciando problemas motores, lo que los lleva a ser 100% dependientes, adoptando una apariencia vacía y sin expresión, además de movimientos típicos de un niño descerebrado. Todos estos síntomas fueron denominados hospitalismo.

2. Carencia afectiva parcial: A pesar de que las madres acompañaban al niño durante la hospitalización por algunas horas, aun así, presentaban cambios de conducta, donde al comienzo de la hospitalización se presentaba el llanto, retraimiento y desinterés por el exterior, a lo que se denominó depresión anaclítica.

Hoy en día, las carencias definidas por Spitz son menos comunes, ya que las madres pueden estar todo el periodo de hospitalización junto al niño.

Por otra parte, Robertson señala los dos principales peligros que puede sufrir el niño durante la hospitalización (35):

1. Peligro traumático: Provocado por la ausencia de la madre cuando el niño es sometido a procedimientos invasivos que le causen dolor o molestia asociada a su inmadurez, por lo que no acepta la separación materna, provocando inseguridad y rechazo a su entorno.
2. Peligro de privación: Se ve alterada su personalidad, ya que al estar hospitalizado disminuyen los cuidados entregados por la madre al ser privado de ésta.

El mismo autor describe las fases por las que pasa el niño para la adaptación a la hospitalización y la separación de la madre:

1. Fase de protesta: Puede durar horas o semanas, el niño presenta una gran necesidad de estar al cuidado de su madre, siendo expresada por el llanto desconsolado, ya que ella siempre respondía a este, provocando desesperación al darse cuenta de que en este caso la madre no llegará a socorrerlo. El niño es considerado "mal usuario" por el personal de salud.
2. Fase de desesperación: Posterior a la de protesta, caracterizada por la necesidad del niño de la presencia y los cuidados de su madre. El niño se encierra en sí

mismo, esta triste y apático, parece que se hubiera “adaptado” a la hospitalización y se evalúa que tan efectivo es que los padres participen en la hospitalización.

3. Fase de negación: Muestra más interés por el entorno, se aprecia más feliz, pero reprime sus sentimientos y emociones por su madre, donde demuestra que ha perdido el amor por su madre y el apego hacia ella.

Por otra parte, el estrés que presentan los padres por la apariencia física del niño se refleja en: “presencia de tubos y equipos en o cerca de su hijo, heridas, cortes o incisiones en el menor, coloración y patrones respiratorios inusuales, tamaño del bebé, apariencia arrugada, agujas, y tubos puestos en el niño, llanto aparente por dolor, rasgos de tristezas, apariencia débil y movimientos irregulares e inquietos” (36).

Otro factor que pudiese aumentar el Estrés Parental es la exigencia dentro del servicio, ya que los profesionales les exigen varias actividades fuera de la rutina que antes no estaban acostumbrados a realizar, como, por ejemplo: lavarse las manos antes de estar con su hijo, las horas de visita, prevención de caídas, protección de aislamientos, entre otros. Por ello, tienden a cometer faltas, llevando objetos familiares como: juguetes, celulares, tablet, películas, entre otros y que los niños regularmente usarían, para que así se sientan como en casa y no teman al estar en un lugar desconocido para ellos. Al estar hospitalizado en una sala compartida con más niños, esta acción aumentaría su complejidad, ya que, ellos también van a querer las cosas del otro y al no tenerlas se pondrán a llorar, molestando a los padres y aumentando su estrés. En el peor de los casos, podría haber infecciones cruzadas que prolongarían la hospitalización y gravedad de los niños, aumentando aún más el Estrés Parental (36). Por todas las desobediencias cometidas por los padres o algún familiar que esté durante la visita, es que algunos profesionales de la salud han tomado la decisión que al momento de realizar algún procedimiento a los niños, les solicitan que abandonen la sala, para así no interrumpir su quehacer profesional, provocando aún más estrés tanto en los niños, porque se sienten

desprotegidos y abandonados, como en los padres que sienten que su rol no se está cumpliendo y que no son una ayuda para mejorar la salud en sus hijos (36).

Además, los padres presentan un grado de preocupación mayor cuando un profesional le realiza algún procedimiento más invasivo a su hijo (instalación de vía venosa periférica), ya que, el niño llorará y ellos podrían pensar que es por una mala ejecución de la técnica y sienten la necesidad de protegerlos de lo que ellos consideran una experiencia dolorosa, sin saber que en realidad es algo normal derivado del procedimiento (36).

“Muchos padres o familiares sufren ante la carencia de información y el no saber cómo ayudar a su niño hospitalizado. Con frecuencia se abstienen de preguntar, pues temen ser «regañados». Otras veces preguntan, pero no entienden las explicaciones que se le dan. De esta manera se ven obligados a asumir una posición de pasividad, que los predispone a malinterpretar el sentido de las acciones de los funcionarios de la salud” (34). Por este motivo, es fundamental involucrarlos, en tareas simples, como la muda y la alimentación, pero con previa educación sobre la forma correcta de realizarlo, ya que la comunicación efectiva entre los familiares y los profesionales de enfermería durante la hospitalización es fundamental para entregar apoyo, confianza, seguridad y el “reconocer situaciones psicológicas de los padres y adaptar intervenciones específicas para una atención y apoyo familiar eficaces” (14).

Desde el punto de vista de las características sociodemográficas de los padres, podemos decir que según los resultados del estudio realizado por López (29) “no se presentaron diferencias significativas en la percepción de estrés, en función del sexo de los padres”.

En relación con la edad, Pooni *et al.* (30) señalaron que las madres y padres jóvenes son quienes se ven más afectados por el estrés. Es más, los padres de las unidades

neonatales le traspasan la responsabilidad del cuidado de sus hijos a las madres, no siendo participes directos de este y conformándose solo con los relatos que ellas les cuentan con relación al estado de salud del niño. Sin embargo, debido a que se encuentran alejados de los cuidados que debiesen proporcionar a los niños, no aportan el vínculo que ellos necesitan por parte de una figura paterna (37).

La crianza de los hijos, históricamente se ve ligada a las madres. Según Molina (38), la maternidad está influenciada por factores culturales y sociales, que norman las acciones esperadas de la mujer, la procreación y la crianza.

En un estudio de Pérez *et al.* (39) se hace alusión al nivel de Estrés Parental asociado al estado civil, donde familias monoparentales como biparentales no presentan diferencias significativas en las mediciones. Más aún, la teoría indica que son las dinámicas familiares las que tienden a afectar los niveles de Estrés Parental, no así la estructura familiar.

Con relación al nivel educacional de los padres, se observó que cuando este es mayor, menor es el estrés, ya que esto favorece la comprensión de las indicaciones de los profesionales de salud, lo que ayuda en la recuperación del niño (29).

En cuanto al aspecto socioeconómico, la evidencia sugiere que la pobreza, medida a través de los ingresos, se correlaciona negativamente con el Estrés Parental, debido al déficit de recursos durante la crianza, entre los que destacan: comida, inestabilidad de la vivienda, atención médica inadecuada y la duración de los problemas financieros (40).

En lo que respecta al número de hijos, Rodríguez y Marcenko (40) proponen que, a mayor cantidad de hijos, las madres se pueden sentir desbordadas ante el reto de satisfacer sus numerosas necesidades.

Respecto a la procedencia, según el estudio de Daza y Silva (41), la mayor cantidad de los padres participantes, provenían de la zona geográfica urbana.

Zanetti (42) refiere que la realización de prácticas religiosas o espirituales es un factor protector por parte de los padres, ya que las oraciones pueden ser un recurso de esperanza, ofreciendo una explicación a la situación por la cual está atravesando el niño, brindando comodidad para afrontar la situación, generando un efecto tranquilizante y minimizando el Estrés Parental.

Debido a todas estas características que podrían incidir en la generación de estrés en los padres y cuidadores, es fundamental que sean partícipes de este periodo, además esto es una clara oportunidad de los padres para aportar cuidados de forma activa y colaborativa. Permite mantener el estado emocional y lazos afectivos promoviendo la relación entre los niños, padres y enfermeros. En esta situación, la comunicación y la comprensión mutua asumen un papel fundamental, ya que cuando esta relación es eficaz, existe una reducción de la ansiedad de los padres, lo que aumenta su participación, favoreciendo el tratamiento y el proceso de enfrentar la enfermedad (15).

1.6 MARCO EMPÍRICO

Fernández *et al.* (21) realizaron en el año 2013, un estudio descriptivo correlacional, con el propósito de evidenciar los factores que alteran emocionalmente (estrés) a los padres durante la hospitalización de su hijo/a. El procedimiento para la recolección de los datos se realizó a través de entrevistas y la aplicación de 2 escalas, “la Escala Parental de Stressor en la versión española por Ochoa y Lorente (17) y “la Escala de Satisfacción con la Hospitalización (Fernández-Castillo, Vílchez-Lara, y Sada-Lázaro, en prensa)” que se realizaron “al final de la estancia hospitalaria y antes de la obtención del alta del paciente”. Participaron en el estudio 1347 padres (574 eran hombres y 773 eran mujeres con un intervalo de edad entre 17-62 años) de niños hospitalizados en los servicios pediátricos de seis centros hospitalarios de las provincias de Granada, Almería, Jaén y Málaga. El 50% de los padres pertenecía a población autóctona y el otro 50% fue población de origen inmigrante. El estudio arrojó que, el estrés global no tiene una relación significativa con la satisfacción general, pero un análisis más detallado indica que un mayor Estrés Parental tiene una relación altamente significativa con una menor satisfacción de los padres durante la hospitalización de sus hijos, debido al comportamiento inadecuado del personal clínico ($p < 0.01$) (entrega de escasa información sobre los procedimientos y la atención, comportamientos irrespetuosos y cuidados distantes). Los otros constructos apariencia del niño y alteración del rol de los padres tienen una relación altamente significativa con la satisfacción durante la hospitalización. El constructo tratamiento recibido obtuvo una correlación significativa ($p < 0.05$).

Aamir *et al.* (15) realizaron en el año 2014, un estudio observacional prospectivo en la India, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y clínicos que conducen al estrés entre los padres cuyos hijos ingresan en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, utilizando la escala de Estrés Parental: PICU (PSS: PICU). Se entrevistaron a 49 padres [12 (24.4%) madres y 37 (75.5%) padres], 24 (49%) niños y 25

(51%) niñas, la edad <12 meses: 19 (38,8%); edad de 12 a 60 meses: 14 (28,57%); edad > 60 meses: 16 (32,65%) y con estatus socioeconómico bajo 61,2% de la población de estudio. Dentro de los resultados, los padres de niños intubados estaban significativamente estresados por; la apariencia física de sus hijos ($p < 0,001$), seguido deterioro en el rol de los padres ($p = 0,002$) y los procedimientos realizados en ellos ($p = 0,008$). La comunicación de los profesionales con los padres es un estresor significativo en los grupos de 0-12 meses en comparación con 12-60 meses y > 60 meses ($p = 0,02$). El sexo de los niños no afectó los resultados de estrés en los padres. El nivel socioeconómico superior relacionado con los procedimientos realizados en sus hijos ($p = 0,048$). Las estadías previas en la unidad pediátrica no afectaron los resultados de estrés ($p = 0,69$).

En el año 2016, Rodríguez y Tapia (43) realizaron un estudio longitudinal en dos cohortes en el cual se buscaba validar una versión abreviada de la PSC: PICU, además de descubrir qué factores ambientales de la UCIP son más estresantes en una muestra de padres españoles, y que variables están relacionadas con niveles más altos de estrés en este grupo. La recogida de datos se realizó a través de la Escala A-PSS: PICU y una escala de estrés general (Perceived Stress Scale) en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, una escala para medir ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale) y una escala para medir estrés post-traumático (Davidson Trauma Scale). En este estudio participaron 196 padres cuyos hijos habían sido dados de alta en las 48 horas previas desde una UCIP en Madrid, y a los 3 meses del alta, 158 padres completaron la evaluación de seguimiento, de los cuales 61.2% eran mujeres y 38.8% eran hombres, con un promedio de edad de 37.80 años para los padres y 56.58 meses para los niños. Los diagnósticos más prevalentes fueron las afecciones cardíacas, el cáncer y las afecciones respiratorias. Al momento de analizar los resultados se determinó que los aspectos que causan mayor Estrés Parental fueron: los comportamientos y las respuestas emocionales de sus hijos y alteración del rol parental. La edad, el sexo, la condición del niño, el tiempo

de ingreso, las creencias espirituales y la ventilación mecánica también estarían asociados al Estrés Parental.

Pooni *et al.* (30) desarrollaron en el año 2013, un estudio prospectivo, con el objetivo de describir los factores estresantes en los padres de la India, haciendo hincapié en las diferencias que podrían existir entre los estudios realizados en los países desarrollados y en los menos desarrollados. 100 padres fueron entrevistados usando la Escala de Estrés Parental PSS: PICU. Los resultados fueron que el puntaje promedio de Estrés Parental fue de 3.0. Dentro de los factores varios, y su correlación con el estrés general vemos que; 55% de los padres eran menores de 30 años, quienes presentaban un nivel de estrés general ≥ 3 ($p=0.01$); 73% eran madres, quienes presentaban un nivel de estrés general ≥ 3 ($p=0.005$); 52% profesaban la religión Hindú y un 48% la religión Sikh ($p=1$); el 53% de los padres tenía un nivel educacional entre “sin educación/analfabeto” a “primaria-secundaria”, mientras que el 47% entre “universitario” a “posgrado” ($p=1$); el 56% pertenecía al área urbana, y el 44% a la zona rural; 24% de los padres presentaba un ingreso económico entre “>15.000 Rs (bajo)” a “15-40.000 Rs (medio)” por año, y un 76% entre “40.000-100.000 Rs (medio-alto)” a “>100.000 Rs (alto)” por año ($p=1$); 30% de los padres tenía un hijo, 58% dos hijos, 12% de 3-4 hijos; 45 niños eran infantes, 39 niños y 14 adolescentes; 72 eran hombres y 26 mujeres ($p=0.04$). Las principales causas de situaciones extremadamente estresantes fueron: el niño respira con dificultad; su hijo sufre dolor; su hijo no responde; crisis en otros niños en la UCIP. Factores menos asociados con el estrés incluyen: no estar a solas con el bebé; y la presencia de monitores y equipos. 99 padres sintieron que la oración era de ayuda, 67 se sintieron estresados durante los procedimientos, y 59 se sintieron estresados por las imágenes y los sonidos de la UCIP. Factores significativamente relacionados con aumento del estrés incluyen: la gravedad de la enfermedad medida por un mayor riesgo pediátrico de puntuación de mortalidad ($p=0,0136$); para las madres en lugar de los padres ($p=0.0054$): para padres <30 años ($p=0.0114$); y padres de un varón ($p=0.0482$).

En el año 2016, Aguiñaga *et al.* (44) realizaron un estudio descriptivo correlacional, con el objetivo de “describir el nivel de estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)”. En este estudio se seleccionaron a padres cuyos hijos perteneciera a la unidad de neonatos críticos con una estancia hospitalaria superior o igual a 24 horas en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Pediátrica, en la Ciudad de León, Guanajuato. Se encuestaron a 45 padres, de los cuales el 50 % señaló tener una edad entre 15 y 24 años, el 60% fueron mujeres, el 69% refirió estar casados y el 34% indicó tener una escolaridad secundaria o media. En la característica del niño el 51% de los casos presento más de 5 días de hospitalizado. Se utilizó la Escala de Estresores para Padres (PSS: NICU), obteniendo los siguientes resultados: el nivel de estrés percibido en los ítems aspectos y sonidos de la unidad, dio como resultado final poco estresante. En cuanto a la apariencia y conducta del niño, el nivel de estrés fue percibido moderadamente estresante. Con respecto a las relaciones y rol de los padres, el resultado fue poco estresante, a diferencia del sub ítem sentirse inútil acerca de cómo ayudar a su bebé durante la hospitalización y el sub ítem habla conmigo mucha gente diferente, fueron moderadamente estresantes para los padres. En relación con la comunicación con el personal, los sub ítems aspectos de información insuficiente relativa a exámenes y tratamientos, el tiempo insuficiente para comunicar la información, y la diferencia en la información proporcionada acerca de su bebé, resultaron muy estresantes. Finalmente, en los ítems el personal explica las cosas resultó moderadamente estresante.

En el año 2001, Nizam y Norzila (45) realizaron un estudio transversal para medir la confiabilidad de la versión malaya del Parental Stressor Scale: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (PSS: PICU) para identificar las fuentes de estrés y estudiar los factores que pueden influir en su respuesta al estrés. Durante un período de seis meses, se solicitó a ciento doce padres de niños hospitalizados en la unidad pediátrica de cuidados intensivos y en la unidad pediátrica de alta dependencia de un hospital en Kuala

Lampur, que respondieran los cuestionarios dos veces una en malayo y otra en inglés, con una semana de diferencia entre ambas tomas. La correlación de Spearman y el coeficiente alfa de Cronbach se usaron para evaluar la repetibilidad y la consistencia interna de los cuestionarios. Los resultados arrojaron que noventa y cuatro (83.9%) y setenta y un (75.3%) padres respondieron a la primera y segunda administración del cuestionario, respectivamente, ya que tres padres no respondieron la versión en malayo. La correlación varió de 0.50 a 0.71 con una puntuación total de 0.76. El coeficiente alfa de Cronbach varió de 0,75 a 0,93, con un puntaje total de 0,95. En cuanto a las características del niño hospitalizado, la media de la edad fue 20 meses; la media de la duración de la hospitalización fue de 29.95 días; los días en la unidad pediátrica intensiva fueron 10.35. La alteración en los roles de los padres fue la fuente de estrés más estresante. Los padres de los niños con puntaje PRISM (Pediatric Risk Of Mortality) más alto y los padres sin admisión previa en la unidad de cuidados intensivos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la comunicación del personal.

En el año 2015, Kumar *et al.* (46) realizaron un estudio prospectivo observacional con el objetivo de identificar estresores parentales comunes durante las enfermedades críticas de sus hijos y examinar la relación de las variables demográficas con su estrés. Se realizó en la unidad pediátrica de cuidados intensivos de un hospital universitario en Mangalore. La muestra fue de 100 padres cuyos niños debían haber sido admitidos en la unidad al menos 24 horas antes de la intervención, quienes fueron entrevistados usando la PSS: PICU. Las características clínicas de los niños y las características demográficas también fueron recolectadas y analizadas estadísticamente. Entre sus principales resultados, el puntaje promedio de estrés de los padres fue de 3.5. Con respecto a la correlación entre factores varios (edad de los padres, género de los padres, nivel socioeconómico, área, número de hijos, edad de los pacientes, género de los pacientes y admisión a la Unidad de cuidados intensivos) sólo los padres de los niños que ingresaron a la unidad pediátrica de cuidados intensivos por primera vez (85 padres) obtuvieron un nivel de estrés parental \geq

3, altamente significativo ($p < 0.001$). Las principales causas de situaciones “extremadamente estresantes” fueron ver a su hijo sin respuesta, vista de monitores y equipos en la UCIP, otros niños enfermos en la UCIP, crisis en otros niños en la UCIP. Además, no poder compartir el bebé con su familia y amigos, no poder proteger al bebé de procedimientos dolorosos y no poder consolar / ayudar a su bebé también fueron las causas de situaciones extremadamente estresantes. Los padres que no tienen la oportunidad de estar a solas con su bebé, enfermeras y demás personal están más cerca del bebé que los padres, separados de su bebé, y la presencia de un gran número de enfermeras y médicos que trabajan con su bebé no causó mucho estrés en los padres. Los padres más jóvenes estaban más estresados que los padres mayores, independientemente de la enfermedad y el estado clínico. La edad del niño, sexo, nivel socioeconómico, urbano / rural, padre / madre no variaron los niveles de estrés, todos tuvieron un nivel de estrés similar (puntaje > 3). Entre los procedimientos, la mayoría (52%) de los padres consideraron la canulación intravenosa como más estresante, seguido del muestreo de sangre (43%).

Palma *et al.* (1) en el año 2017 realizaron un estudio descriptivo transversal de muestra no probabilística realizado en Chile, Santiago en la UCIN de la clínica INDISA, con el objetivo de descubrir el nivel de estrés de los padres en la UCIN. La recogida de dato se utilizó a través de la Escala de estrés de los padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PSS: NICU). En este estudio participaron 100 padres que cumplieron con los criterios de inclusión (hospitalización mayor de 7 días, menor de 21 días y tres visitas mínimas al recién nacido) de los cuales 57 eran mujeres y 43 hombres. Finalizando con los siguientes resultados: las dimensiones de la escala que presentaron puntuaciones altas de estrés fueron “aspecto y comportamiento del bebé” ($3,22 \pm 0,99$), “relación con él bebe y el rol de los padres” ($3,23 \pm 0,92$). Por otra parte, los ítems con mayor puntaje fueron “estar separado del mi bebe” ($4,2 \pm 0,99$), seguido por “sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebe del dolor” ($4,0 \pm 1,29$). En relación al género las mujeres presentaron

más estrés en la dimensión “relación con él bebe y el rol de los padres” y en caso de los hombres fue “el aspecto y comportamiento del bebe”, sin obtener una diferencia de estrés entre ellos con un pValue no significativas ($p > 0,05$).

En el año 2017, Daza y Silva (41) realizaron un estudio descriptivo en Chile, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de estrés de padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. Para ello se estudiaron a 41 padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, a quienes se les aplicó la escala de estrés parental (PSS: PICU). Entre sus principales resultados se destaca que el 51,2% de los padres eran mujeres; el 73,2% informó una edad entre 20 y 34 años, y en cuanto al ingreso económico, el 43,9% fue clasificado dentro del quintil 2. El 46,3% refirió tener una escolaridad media; el 70,7% indicó tener un solo hijo; el 68,3% procede de zona urbana y el 61% informó ser soltero. Un 58,5% de los hijos de estos padres indicó presentar una edad menor de 29 días, el 73,2% no presentaban hospitalizaciones previas y el 78% no presentaba patologías previas, ya sean crónicas o agudas. Finalizando con los siguientes resultados, el nivel de estrés de los padres es mayor durante la primera semana de hospitalización del niño en los ámbitos de comunicación con el personal sanitario y la alteración del rol de padres, siendo ambas altamente significativas. De acuerdo a los niveles de estrés de los padres, las situaciones que más estresante fue el impacto o grado de estrés que les causa la hospitalización de su hijos, con una media aritmética y desviación típica de $4,15 \pm 1,062$; la alteración del rol de padres/expectativas de seguimiento, con una media aritmética y desviación típica de $3,38 \pm 1,241$; tratamiento recibido con una media aritmética y desviación típica de $3,20 \pm 1,112$, y la comunicación con el personal sanitario con una media aritmética y desviación típica de $3,03 \pm 0,950$.

1.7 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín.

1.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características del niño hospitalizado/a (días de estada, tipo de diagnóstico médico, sexo, edad, hospitalizaciones previas).
2. Describir las características sociodemográficas de los padres participantes del estudio (sexo, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso económico, número de hijos, procedencia, religión).
3. Describir el nivel de estrés de los padres participantes del estudio.
4. Determinar la relación entre las características del niño hospitalizado/a (días de estada, tipo de diagnóstico médico, sexo, edad, hospitalizaciones previas) y el Estrés Parental.

1.9 HIPÓTESIS

1. A mayor número de hospitalizaciones previas del niño, menor es el Estrés Parental.
2. A menor edad del niño hospitalizado, mayor es el Estrés parental.

II. MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 105 padres y madres de niños hospitalizados entre los meses de abril y mayo, en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán en el año 2018.

2.3 MUESTRA

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Durante la recolección de los datos, 9 participantes (padres y madres) voluntariamente decidieron no participar del estudio y 23 no cumplieron con los criterios de inclusión. Por lo que se encuestaron a 73 padres y madres (30 de cirugía, 34 de pediatría, 8 de UCI pediátrica, 1 de UCI neonatal) que cumplieron con los criterios del estudio y que estuvieron presentes entre los meses de abril y mayo en las salas de espera de las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal en el año 2018.

Para poder calcular el tamaño muestral, era necesario un coeficiente de correlación. No obstante, hasta el momento del estudio no se encontró uno que se ajustara a la variable dependiente e independiente, por lo que los investigadores estimaron que para obtener una correlación significativa entre la variable Estrés Parental y alguna de las características del niño, el coeficiente de correlación debería ser 0,4. Posteriormente este

coeficiente de correlación se reemplazó en la fórmula estadística para poder calcular el tamaño muestral.

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2}x \left[\ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right) \right]} \right)^2 + 3$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra.
- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de confianza (95%).
- $Z_{1-\beta}$ = Poder (80%).
- r = Coeficiente de correlación (0,4).
- e = límite aceptable error muestral (0,05%).

$$n = \left(\frac{1,96 + 0,842}{\frac{1}{2}x \left[\ln \left(\frac{1+0,4}{1-0,4} \right) \right]} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2,802}{\frac{1}{2}x \left[\ln (2,33) \right]} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2,802}{\frac{1}{2}x [0,8458]} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2,802}{0,4229} \right)^2 + 3$$

$$n = (6,6256)^2 + 3$$

$$n = 43,89 + 3 \rightarrow n = 46,89 \rightarrow 47 \text{ personas.}$$

$47 \times 0,05 = 2,35 \rightarrow 3$ personas.

$3 + 47 = 50$ personas.

Finalmente, al desarrollar la fórmula, se obtuvo un resultado total de 47 personas, que es el mínimo requerido para poder trabajar y asegurar un intervalo de confianza de 95% y un poder de 80%. Al agregar límite aceptable error muestral del 5% obtenemos 3 personas más, lo que da un n de 50 personas,

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Padres y madres de niños hospitalizados en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal entre los meses de abril y mayo del año 2018.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

2.5.1 Criterios de inclusión:

- Que el niño se encuentre hospitalizado en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal.
- Padres y madres de niños hospitalizados, con una estadía igual o superior a 48 horas en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal.
- Padres y madres deben ser alfabeto: Que sepa leer y escribir.
- Padres y madres que firmen el consentimiento informado por escrito.

2.5.2 Criterios de exclusión:

- Persona que no sean padres o madres de los niños.
- Padres y madres que no deseen participar del estudio.
- Padres y madres que estén cursando algún tipo de duelo durante los últimos 6 meses.
- Padres y madres que presenten depresión y otra enfermedad de salud mental conocida.
- Padres y madres que presenten alguna alteración motora, visual o auditiva.

2.6 LISTADO DE VARIABLES: (Anexo N°1).

2.6.1 Variable dependiente:

1. Estrés Parental.

2.6.2 Variable independiente: Características del niño hospitalizado:

2. Sexo.
3. Edad.
4. Días de estada.
5. Hospitalizaciones previas.
6. Tipo de diagnóstico médico.

2.6.3 Co - variables: Características sociodemográficas de los padres.

7. Sexo.
8. Edad.
9. Estado civil.
10. Nivel educacional.
11. Ingreso económico.
12. Número de hijos.
13. Procedencia (urbano-rural).
14. Religión.

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

2.7.1 PARENTAL STRESSOR SCALE: PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (PSS: PICU): (Anexo N°2).

Las enfermeras universitarias Miles M y Carter M (47) son las autoras de esta escala, que es un instrumento desarrollado para medir y evaluar la percepción del Estrés Parental, relacionado con el ambiente físico y psicológico en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Basada en la teoría, la escala original tenía 79 ítems derivados de la observación clínica entrevistas y literatura, los cuales fueron reducidos a 36. Estudios adicionales han demostrado que existe relación entre el estrés parental, la disfunción familiar y el desorden de estrés postraumático (48). Posteriormente, se crearon la PSS: NICU, una escala auto aplicada de 5 ítems para los padres de pacientes ingresados en unidades críticas de neonatología y la PSS: IH, para los padres de pacientes en servicios de hospitalización infantil (49). Existe también una versión abreviada del instrumento denominada A-PSS: PICU, creada en el 2015, en España (43).

Por último, en el año 2012, Agazio y Bucley (50) propusieron aplicar la PSS: PICU en unidades de cuidados generales (PSS: GCU), obteniendo como resultado una consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.92, similar a la PSS: PICU, además de una importante correlación con el Family Inventory of Life Events (FILE), una medida del estrés general de la vida. Por lo que determinaron que la PSS: PICU, modificada como PSS: GCU es un instrumento válido y confiable para medir el Estrés Parental. La versión utilizada en el presente estudio, disponible en el Anexo N°2, corresponde a la adaptada y traducida al español castellano del instrumento PSS: PICU de 1982, validada en España por Polaino-Lorente y Ochoa en 1992. Este instrumento fue realizado para ser aplicado a los padres de niños inmersos en el entorno hospitalario infantil en general. El coeficiente alpha del instrumento original de Miles y Cartes es de 0.95 (47) y el de la adaptación de Polaino y Ochoa (17) es de 0,92. La versión adaptada corresponde a una encuesta auto aplicada de 36 ítems, divididos en 6 constructos de Estrés Parental:

1. Apariencia física del niño.
2. Tratamiento recibido.
3. Comunicación con el personal sanitario.
4. Conductas y respuestas emocionales del niño.
5. Comportamiento del personal sanitario.
6. Alteración de los roles de los padres/ expectativas de seguimiento.

Además, se adiciona un último ítem número 37, para evaluar el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres estudiados, consiste en una puntuación de Estrés Parental independiente, ya que no forma parte de los demás constructos. Los padres deben responder el instrumento siguiendo una escala de Likert de 6 opciones, donde los valores más bajos indican menos estrés y los más altos más estrés:

- 0 “Situación no experimentada”
- 1 “No estresante”
- 2 “Un poco estresante”
- 3 “Moderadamente estresante”
- 4 “Muy estresante”
- 5 “Extremadamente estresante”

La escala tiene dos resultados:

El global es un índice en el que se debe dividir la suma de todas las respuestas por el número de ítems. De esta forma se obtiene una expresión general de Estrés Parental como consecuencia de la hospitalización.

Por otro lado, tomando en cuenta cada sub - escala por separado, se debe dividir la suma de los resultados obtenidos en ese constructo por el número de ítems que la componen y que han sido valorados del 1 al 5. De este modo, pueden obtenerse seis índices de estrés en distintas situaciones (17).

2.7.2 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA:

El cuestionario (anexo N°3) fue realizado por los autores del estudio, con el objetivo de recolectar la información sociodemográfica de los padres y de los niños. El cuestionario consta de 4 preguntas referidas al niño y 10 preguntas referidas al padre. Los tipos de preguntas son: abiertas, cerradas y con alternativas. Su contenido contempla 9 variables sociodemográficas necesarias para el análisis, que son: sexo, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso económico, número de hijos, procedencia, religión.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se elaboró una carta desde la dirección de escuela, para obtener la autorización por parte del comité de ética e investigación del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.
2. Se elaboró el consentimiento informado, el cual fue entregado a los padres participantes del estudio.
3. Una vez que se obtuvo la autorización por el comité de ética e investigación del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, se realizó la gestión con el médico jefe y enfermera coordinadora de las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal para la ejecución del estudio.
4. Se llevó a cabo la firma del consentimiento informado por parte de los padres y madres participantes del estudio.
5. Se aplicó el cuestionario sociodemográfico y la escala Parental Stressor Scale (Pediatric Intensive Care Unit), a los padres y madres, que cumplieron con los criterios de elegibilidad y que firmaron el consentimiento informado. El levantamiento de la información fue realizado por parte de los investigadores previamente capacitados, resguardando la privacidad y el anonimato. Esta investigación fue aplicada en los meses de abril y mayo en las dependencias del centro de responsabilidad pediátrico, con previa coordinación con cada jefe de servicio.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue autorizado por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, según consta en ORD N°360 – 18 (anexo N°4). Todos los participantes del estudio dieron su aprobación al consentimiento informado (anexo N°5), siendo firmados ambos ejemplares de este.

Con el objetivo de resguardar los aspectos éticos en el desarrollo de esta propuesta investigativa, se utilizó como referente teórico las pautas CIOMS 2016, Ezekiel Emanuel y las recomendaciones de FONDECYT.

En lo que refiere a la recogida de los datos, se mantuvo en el anonimato la identidad de los participantes, colocando un código al instrumento de recolección de datos. A su vez, al recabar el consentimiento y los instrumentos, estos fueron guardados en sobres separados.

En caso de una eventual publicación, seminario o congreso se informará al jefe de servicio acerca del uso de la información de sus usuarios.

Entre los aspectos éticos considerados en este estudio, destacan (51):

- Autonomía: Los padres y madres a través de la firma del consentimiento informado, decidieron voluntariamente, sin coerción o influencia indebida, participar en esta investigación.
- Justicia: Todos los participantes del estudio fueron seleccionados de acuerdo con el cumplimiento de los criterios de inclusión.
- No maleficencia: Se protegió la identidad de los participantes del estudio y todo lo que se refiere a los datos sensibles tanto de ellos como de sus hijos. Además, no se realizó ninguna coacción ni alteraciones que afectara al niño.

- **Beneficencia:** Se explicó a los padres y madres exhaustivamente los beneficios y la importancia de su participación en este estudio.

Los resultados de los datos obtenidos fueron protegidos para no vulnerar los derechos de los participantes, según la ley 20.120, decreto N°114, artículo 10: “toda investigación científica en seres humanos que implique algún tipo de intervención física o psíquica deberá ser realizada siempre por profesionales idóneos en la materia, justificarse en su objetivo y metodología y ajustarse en todo a lo dispuesto en esta ley” (52) y la ley 19.628, artículo 3: “en toda recolección de datos personales que se realice a través de encuestas, estudios de mercado o sondeos de opinión pública u otros instrumentos semejantes, sin perjuicio de los demás derechos y obligaciones que esta ley regula, se deberá informar a las personas del carácter obligatorio o facultativo de las respuestas y el propósito para el cual se está solicitando la información” (53). Al momento de realizar el levantamiento de datos, para que este fuera transparente, se dio a conocer el objetivo de la investigación mediante el consentimiento informado y se explicó el carácter voluntario y confidencial del estudio, además de la posibilidad de abandonar en cualquier momento.

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Plan de tabulación y análisis de datos:

- La descripción de los datos y los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 15 (español).
- Para la descripción de los datos cuantitativos se utilizaron medidas de posición y dispersión, y para los datos cualitativos frecuencia y porcentajes.
- El testeo de datos sobre su distribución se realizó con las pruebas de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para muestras mayores o iguales a 50 sujetos, con un nivel de significación de 5%.

- Para correlacionar las variables cuantitativas, que no se distribuyen normal, con el estrés parental se utilizó la prueba estadística Tau-b de Kendall.
- Para correlacionar las variables cualitativas con el Estrés Parental, se utilizó el coeficiente de Eta.
- Posteriormente las variables se ubicaron en tablas de frecuencias relativas y frecuencia absolutas.

III. RESULTADOS

El estudio fue realizado con una muestra de 73 padres de niños hospitalizados en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. En relación a la muestra evaluada sobre las características del niño hospitalizado, el 63% estuvo hospitalizado entre 2 a 4 días; el 74,0% presentó diagnósticos agudos, el 57,5% eran hombres; el 68,5% presentó una edad entre 0 y 5 años; el 46,6% presentaba hospitalizaciones previas, de las cuales el 82,4% estuvo entre 1 y 3 veces (Tabla1).

Tabla 1. Distribución de los niños hospitalizados según sus principales características

| Características del niño | n | % |
|------------------------------------|-------|-----------|
| Días de estada | | |
| 2 – 4 | 46 | 63 |
| 5 – 10 | 22 | 30,1 |
| 11 y más | 5 | 6.8 |
| Tipo de diagnóstico médico* | | |
| Agudas/Crónicas | 54/14 | 74,0/19,2 |
| Sexo | | |
| Hombre/Mujer | 42/31 | 57,5/42,5 |
| Edad (años) | | |
| 0 – 5 | 50 | 68,5 |
| 6 – 11 | 13 | 17,8 |
| 12 – 18 | 10 | 13,7 |
| Hospitalizaciones previas | | |
| Sí/No | 34/39 | 46,6/53,4 |
| Hospitalizaciones (veces) | | |
| 1 – 3 | 28 | 82.4 |
| 4 y más | 6 | 17.6 |

* 5 datos perdidos

Referido a las características sociodemográficas de los padres (Tabla 2), el 71,2% fueron mujeres; el 82,2% señaló tener una edad entre 25 y 54 años; el 39,7% refirió estar soltero; el 64,4% indicó tener un nivel educacional medio; el 35,6% informó un ingreso per cápita entre \$74.970 y \$125.558; el 76,7% indicó tener de 1 a 2 hijos; el 75,3% procede de

la zona urbana; el 61,6% señaló profesar una religión, de los cuales el 38,4% informó ser católico.

Tabla 2. Distribución de los padres participantes según sus principales características

| Características sociodemográficas de los padres | n | % |
|--|----------|-----------|
| Sexo | | |
| Hombre / Mujer | 21/52 | 28,8/71,2 |
| Edad (años) | | |
| 15 – 24 | 13 | 17,8 |
| 25 – 54 | 60 | 82,2 |
| 55 – 64 | - | - |
| 65 y más | - | - |
| Estado civil | | |
| Soltero (a) | 29 | 39,7 |
| Casado (a) | 28 | 38,4 |
| Viudo (a) | - | - |
| Divorciado (a) | 1 | 1,4 |
| Conviviente | 15 | 20,5 |
| Nivel educacional | | |
| Básica | 6 | 8,2 |
| Media | 47 | 64,4 |
| Superior | 20 | 27,4 |
| Ingreso económico (peso chileno) | | |
| \$0 a \$74.969 | 18 | 24,7 |
| \$74.970 a \$125.558 | 26 | 35,6 |
| \$125.559 a \$193.104 | 12 | 16,4 |
| \$193.105 a \$352.743 | 9 | 12,3 |
| \$352.744 a \$611.729 y más | 8 | 11 |
| Número de hijos | | |
| 1 – 2 | 56 | 76,7 |
| 3 y más | 17 | 23,3 |
| Procedencia | | |
| Urbano / Rural | 55/18 | 75,3/24,7 |
| Profesa religión | | |
| Sí / No | 45/28 | 61,6/38,4 |
| Tipo de religión | | |
| Católico (a) | 28 | 38,4 |
| Evangélico (a) | 15 | 20,5 |
| Otra | 2 | 2,7 |

En relación a la media de los resultados del nivel de estrés de los padres (Tabla 3), se obtuvo que la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres (3.89 ± 1.26), presentó un puntaje de estrés moderadamente estresante, mientras que las dimensiones tratamiento recibido (1.99 ± 1.20), conductas y respuestas emocionales del niño (1.97 ± 1.28) y comunicación con el personal sanitario (1.92 ± 1.39), presentaron un puntaje no estresante.

Tabla 3. Distribución de los padres participantes según su nivel de estrés

| Dimensiones de la escala | Nivel de estrés |
|--|------------------------|
| Apariencia física del niño | 1,42±1,22 |
| Tratamiento recibido | 1,99±1,20 |
| Comunicación con el personal sanitario | 1,92±1,39 |
| Conductas y respuestas emocionales del niño | 1,97±1,28 |
| Alteración de los roles de los padres/ expectativas de seguimiento | 1,69±1,48 |
| Comportamiento del personal sanitario | 1,68±1,49 |
| Impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres | 3,89±1,26 |
| Puntaje global | 1,87±0,92 |

Media aritmética \pm desviación típica

La tabla 4 indica el puntaje de estrés de cada dimensión que conforma la escala de Estrés Parental relacionada con las variables que caracterizan la hospitalización pediátrica. Por lo tanto, cuando los días de estada fueron de 11 y más, la dimensión comunicación con el personal sanitario fue “poco estresante”, mientras que la dimensión comportamiento del personal sanitario fue “moderadamente estresante”, siendo ambas estadísticamente significativas.

En cuanto al tipo de diagnóstico médico con la dimensión comportamiento del personal sanitario fue “no estresante”, mientras que con la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “moderadamente estresante”

tanto en patologías agudas como crónicas, siendo estas situaciones estadísticamente significativas.

En relación al sexo, cuando fue hombre, al relacionarlo con las dimensiones tratamiento recibido y comunicación con el personal sanitario fue “poco estresante”, sin embargo, con la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “muy estresante”. En cambio, cuando fue mujer, la dimensión conductas y respuestas emocionales del niño fue “poco estresante” y la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “moderadamente estresante”, no obstante, ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo.

Respecto a la edad con las dimensiones apariencia física del niño y comportamiento del personal sanitario fue “no estresante”, siendo esto estadísticamente significativo.

En el caso de la variable hospitalizaciones previas, cuando el niño presentó hospitalizaciones previas, las dimensiones tratamiento recibido, comunicación con el personal sanitario y conductas y respuestas emocionales del niño fueron “poco estresantes”, y la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “moderadamente estresante”. Por otra parte, cuando no presentaron hospitalizaciones previas, la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “muy estresante”. No obstante, ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo.

En lo que respecta al número de hospitalizaciones, cuando estas fueron de 1 – 3 veces con la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “moderadamente estresante”. Por otra parte, cuando el niño presentó 4 y más veces, las dimensiones apariencia física del niño, tratamiento recibido, comunicación con el personal sanitario, conductas y respuestas emocionales del niño, comportamiento del

personal sanitario y el puntaje global fueron “poco estresantes”, y con el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres fue “muy estresante”. No obstante, ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo.

Tabla 4. Relación entre las características del niño hospitalizado y el estrés parental.

| Características del niño | Estrés parental | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | A | B | C | D | E | F | G | H |
| Días de estada* | 0,06 (ns) | 0,01 (ns) | 0,19 | - 0,02 (ns) | 0,17 | 0,13 (ns) | - 0,00 (ns) | 0,12 (ns) |
| 2 – 4 | 1,40±1,27 | 1,99±1,12 | 1,64±1,33 | 2,04±1,28 | 1,35±1,30 | 1,53±1,44 | 3,93±1,21 | 1,78±0,89 |
| 5 – 10 | 1,53±1,19 | 1,93±1,48 | 2,31±1,49 | 1,94±1,41 | 1,94±1,51 | 1,81±1,56 | 3,77±1,44 | 1,97±1,06 |
| 11 y más | 1,10±1,02 | 2,30±0,51 | 2,68±0,75 | 1,52±0,66 | 3,68±1,34 | 2,53±1,52 | 4,00±1,00 | 2,28±0,42 |
| Tipo de diagnóstico médico (†) | 0,09 (ns) | 0,24 (ns) | 0,13 (ns) | 0,13 (ns) | 0,03 | 0,01 (ns) | 0,22 | 0,11 (ns) |
| Agudo | 1,29±1,19 | 2,10±1,16 | 1,96±1,39 | 1,99±1,26 | 1,64±1,46 | 1,64±1,44 | 3,98±1,22 | 1,88±0,88 |
| Crónico | 1,57±1,05 | 1,39±1,14 | 1,51±1,26 | 1,58±1,17 | 1,75±1,59 | 1,70±1,59 | 3,28±1,43 | 1,63±1,04 |
| Sexo (†) | 0,09 (ns) | 0,05 (ns) | 0,07 (ns) | 0,05 (ns) | 0,06 (ns) | 0,07 (ns) | 0,16 (ns) | 0,06 (ns) |
| Hombre | 1,52±1,39 | 2,05±1,18 | 2,01±1,39 | 1,92±1,30 | 1,77±1,45 | 1,78±1,38 | 4,07±1,11 | 1,92±0,90 |
| Mujer | 1,29±0,96 | 1,91±1,25 | 1,79±1,39 | 2,05±1,27 | 1,57±1,53 | 1,55±1,63 | 3,64±1,42 | 1,81±0,97 |
| Edad (años)* | 0,17 | 0,03 (ns) | - 0,07 (ns) | 0,06 (ns) | - 0,18 | - 0,04 (ns) | - 0,07 (ns) | - 0,02 (ns) |
| 0 – 5 | 1,30±1,22 | 1,94±1,21 | 2,10±1,39 | 2,03±1,29 | 1,97±1,57 | 1,81±1,56 | 3,90±1,32 | 1,95±0,95 |
| 6 – 11 | 1,69±1,41 | 2,37±1,10 | 2,03±1,33 | 2,02±1,31 | 1,41±1,17 | 1,69±1,32 | 3,84±1,06 | 1,95±0,85 |
| 12 – 18 | 1,70±0,92 | 1,75±1,33 | 0,86±1,05 | 1,64±1,26 | 0,64±0,69 | 1,03±1,21 | 3,90±1,28 | 1,38±0,79 |
| Hospitalizaciones previas (†) | 0,10 (ns) | 0,05 (ns) | 0,05 (ns) | 0,03 (ns) | 0,05 (ns) | 0,07 (ns) | 0,13 (ns) | 0,01 (ns) |
| Sí | 1,55±1,18 | 2,06±1,26 | 2,00±1,35 | 2,02±1,35 | 1,60±1,37 | 1,56±1,33 | 3,70±1,31 | 1,89±0,91 |
| No | 1,30±1,26 | 1,93±1,17 | 1,85±1,43 | 1,93±1,24 | 1,76±1,58 | 1,79±1,62 | 4,05±1,21 | 1,86±0,94 |
| Número de hospitalizaciones (veces)* | 0,08 (ns) | 0,18 (ns) | - 0,07 (ns) | 0,10 (ns) | - 0,01 (ns) | - 0,09 (ns) | 0,17 (ns) | 0,07 (ns) |
| 1 – 3 | 1,45±1,10 | 1,94±1,29 | 1,98±1,35 | 1,93±1,42 | 1,51±1,33 | 1,52±1,37 | 3,60±1,37 | 1,81±0,91 |
| 4 y más | 2,04±1,54 | 2,66±0,98 | 2,06±1,45 | 2,48±0,86 | 2,03±1,59 | 1,72±1,24 | 4,16±0,98 | 2,27±0,89 |

*: Uso de prueba estadística Tau B de Kendall.

(†): Uso de prueba estadística Eta.

ns: No significativo.

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. G: Impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres; H: Puntaje global.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación se realizó con el objetivo de establecer la relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

En lo que respecta a las características del niño hospitalizado, en los días de estada, la mayoría estuvo hospitalizado entre 2 a 4 días, a diferencia de los resultados obtenidos en el estudio de Aguiñaga *et al.* (44), donde la mayoría presentó más de 5 días de hospitalización, igual a lo ocurrido en el estudio de Daza y Silva (41), donde presentaron de 4 a 7 días de hospitalización. Por otra parte, en el estudio de Nizam y Norzila (45), la media de los días de estada fue de 10,35 días. Esta diferencia radica en que el presente estudio el 87,67% de la muestra pertenece a unidades de baja complejidad, donde probablemente la resolución de las patologías de los niños requería de menor tiempo.

En lo que se refiere al tipo de diagnóstico médico, la mayor parte de los diagnósticos correspondió a enfermedades agudas. Los datos fueron recolectados entre los meses de abril y mayo, donde aún no comenzaba el peak de hospitalizaciones por enfermedades respiratorias. Las principales causas de hospitalización de los niños en Chile “en menores de un año son afecciones del periodo perinatal, de 1 a 9 años son enfermedades del sistema respiratorio, traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas y de 10 a 14 años son enfermedades del sistema digestivo” (54).

En cuanto al sexo del niño, la gran mayoría fueron hombres, lo que se asemeja con el estudio de Pooni *et al.* (30), donde la mayor cantidad de los casos igual fueron hombres. En contraste al estudio realizado por Palma *et al.* (1) y el estudio realizado por Aamir *et al.* (15), donde la mayor cantidad de los pacientes hospitalizados fueron mujeres. Esto se puede deber a que los hombres son más propensos a desarrollar enfermedades en comparación a las mujeres, lo que se ve reflejado en las prevalencias de las patologías que afectan a la población infantil (55).

En lo que se refiere a la edad del niño, el mayor porcentaje presentó una edad entre 0 y 5 años, tal como sucede en el estudio de Aamir *et al.* (15), donde las edades de los niños oscilaban desde menos de 1 año hasta más de 5 años. En el estudio realizado por Rodríguez y Tapia (43), la media de las edades para los niños fue de 56,58 meses. Y en el estudio de Daza y Silva (41), donde presentaron una edad menor a 5 años 29 días. La variabilidad de las edades se debe a que el rango de edad del presente estudio es mucho más amplio que los demás, la manera de agrupar las edades también fue diferente y además se agregaron otros servicios pediátricos que no fueron considerados en otros estudios.

En lo que respecta a las hospitalizaciones previas, los niños que presentaron hospitalizaciones anteriores lo hicieron entre 1 a 3 veces, lo que coincide con el estudio de Ramírez *et al.* (32), donde los niños presentaron 3 o más hospitalizaciones previas y se contraponen al estudio de Daza y Silva (41), donde la mayor cantidad de los niños no presentaban hospitalizaciones previas. Esto se puede explicar debido a que en la UCI neonatal las patologías son mucho más complejas, lo que genera periodos de hospitalización más extensos, en cambio en los demás servicios, como son de menor complejidad, los niños son dados de alta prontamente, no obstante, son comunes las recaídas, lo que conlleva a hospitalizaciones repetidas.

Referido a las características sociodemográficas de los padres, la mayor cantidad de los participantes fueron mujeres, lo que coincide con los estudios de Rodríguez y Tapia (43), Pooni *et al.* (30), Fernández *et al.* (21), Aguiñaga *et al.* (44), Palma *et al.* (1), Daza y Silva (41), donde la proporción entre padres y madres, siempre se inclinó hacia las mujeres. En contraste con el estudio de Aamir *et al.* (15), en el cual la proporción es a la inversa. Esto se debe a que en el siglo XX en EE. UU, se crea el concepto “HouseWife” (esposa ama de casa), donde se relaciona la maternidad y el cuidado del hogar (38). “El concepto de maternidad demuestra transformaciones a lo largo de siglos, y sus consecuencias en la experiencia subjetiva y ejercicio de la crianza. Estos cambios reflejan la influencia de procesos culturales, que se juegan en el intercambio social, quedando de manifiesto que lo que se considera como válido en un momento determinado proviene de tradiciones, que tienen contextos temporales y espaciales particulares”. Por otro lado, en Chile, según la ley 20.680, artículo 225: “si los padres viven separados, a la madre toca el cuidado personal de los hijos” (56), lo que influye directamente en que el porcentaje de madres cuidadoras de los niños sea mayor que el de padres.

En relación a la edad de los padres, el predominio estuvo entre 25 y 54 años, lo que se asemeja con los estudios de Fernández *et al.* (21), Rodríguez y Tapia (43), Daza y Silva (41), Pooni *et al.* (30), donde las edades oscilaban en edades similares. Por otra parte, se contrapone al estudio de Aguiñaga *et al.* (44), donde la mitad de los padres señalaron tener una edad entre 15 y 24 años. La variabilidad de las edades se debe a que el rango de edad del presente estudio es mucho más amplio que los demás, y las maneras de agrupar las edades también fue diferente.

Respecto al estado civil, predominaron los solteros, lo que se asemeja al estudio de Daza y Silva (41), con una mayor cantidad de participantes solteros. Por otra parte, se contrapone con el estudio de Aguiñaga *et al.* (44), donde la mayoría estaban casados. El

alto porcentaje de padres solteros se debe a que la población chilena ha reducido su tasa bruta de nupcialidad desde 8,1% en 1988 a un 3,4% en 2015 (57).

En relación con el nivel educacional, más de la mitad de la muestra indicó tener un nivel educacional medio, lo que se parece al estudio de Aguiñaga *et al.* (44) y Daza y Silva (41), donde la mayoría presentaba una escolaridad media. Por otra parte, Pooni *et al.* (30) indicó que los participantes tenían una educación superior o universitaria. Esto se debe a que en la zona geográfica en donde se realizó el levantamiento de datos para este estudio, anteriormente no se daban las condiciones económicas propicias para acceder a una educación superior. Esto es una realidad que en Chile se ha dado por casi una década, debido a que las familias que poseen un mayor poder adquisitivo pueden acceder a una educación superior, por otro lado, las familias que pertenecen a un menor nivel socioeconómico presentan un nivel educacional considerablemente más bajo (58).

En cuanto al ingreso económico, los participantes refirieron pertenecer al segundo quintil, lo que concuerda con el estudio de Daza y Silva (41), en donde se indicó que los participantes se encontraban entre el primer y segundo quintil. Esto se puede deber al índice de desempleo de la región del Bío Bío, el cual se encuentra en un 6.5% (59). Otro factor que pudiese influir en esta situación es que la mayor cantidad de los participantes no presentan una educación superior, que les ayude a tener un mayor ingreso económico.

Por otro lado, la mayoría de los padres indicaron tener entre uno y dos hijos, tal como sucede en el estudio de Pooni *et al.* (30), donde el predominio fue de 1 a 2 hijos. Al igual que el estudio de Daza y Silva (41), donde más de la mitad de los participantes señalaron tener un solo hijo. Esto se debe a que, en “Chile, desde la incorporación de los métodos anticonceptivos, junto con el efecto del mayor desarrollo económico, social, educacional y sanitario, la natalidad ha presentado una sostenida reducción” (60).

En relación a la procedencia, predominó la zona urbana, al igual que los estudios de Pooni *et al.* (30) y Daza y Silva (41), donde la mayor parte de los participantes señalaron pertenecer al sector urbano. Esto puede deberse a que el establecimiento en el cual se realizó el estudio se encuentra ubicado en la zona urbana y es un establecimiento de referencia para todas las comunas de la región de Ñuble.

Respecto a la religión, más de la mitad de los padres señalaron profesar una religión, lo que se asemeja al estudio de Pooni *et al.* (30), en donde los sintieron que la oración era de ayuda. “La espiritualidad como elemento que emerge se descubre o redescubre en la persona enferma y que precisa de una adecuada atención, aportando calidad de los cuidados, al ser un aspecto nuclear y transversal de todo ser humano” (61).

Con respecto al nivel de estrés de los padres, en las dimensiones apariencia física del niño, tratamiento recibido, comunicación con el personal sanitario, conductas y respuestas emocionales del niño, comportamiento del personal sanitario, alteración de roles de los padres/expectativas de seguimiento más el puntaje global, no presentaron estrés. Esto se puede deber al acompañamiento 24 horas y la flexibilidad del horario de visitas implementadas en el programa Hospital Amigo de la Familia, con el fin de disminuir el estrés de los padres y de los niños (6), ya que esto logra que los padres se sientan más participes en el cuidado de sus hijos y se sientan apoyados por los funcionarios. Además, el presente estudio se llevó a cabo en servicios de menor complejidad, lo que se evidencia en un nivel de estrés menor. Por otra parte, la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres resultó moderadamente estresante en la mayoría de las características del niño. Esto coincide con el estudio de Daza y Silva (41), donde se menciona que la dimensión impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres, presenta un nivel de estrés alto. Esta situación se puede explicar porque la hospitalización genera un quiebre en la rutina tanto del padre como del niño, lo que los enfrenta a situaciones nuevas e inesperadas que generan estrés, y estos cambios no

siempre se logran asimilar inmediatamente, debido a que requieren un tiempo prudente de adaptación (35).

Al relacionar las características del niño y el Estrés Parental, la variable días de estada, se relaciona de forma significativa y directamente proporcional con la “comunicación con el personal sanitario” y “el comportamiento del personal sanitario”. Además, se observa una tendencia en donde a mayores días de estada el estrés sería mayor, aunque esto no fue estadísticamente significativo. Esto se debe a que es probable que los niños se desesperen con el pasar de los días, lo que se traspa a los padres. Además, las diferentes características del entorno, como lo son la incomodidad dentro de la sala (sillas incómodas, no contar con un lugar cómodo para descansar durante las vigias nocturnas), ausencia de duchas en los baños de visitas y de un lugar cómodo para comer, con el pasar de los días se vuelven más molestas (2).

Referido al tipo de diagnóstico médico, este se relaciona con el estrés de forma significativa y directamente proporcional en las dimensiones “comportamiento del personal sanitario” e “impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres”. Además, se observa una tendencia de que las enfermedades agudas son más estresantes que las crónicas, no obstante, esto no fue estadísticamente significativo. El que las enfermedades agudas hayan generado más estrés en los padres que las crónicas, podría deberse al factor sorpresa que representa una patología de este tipo. La teoría explica que el nivel de estrés derivado de las enfermedades agudas varía según el pronóstico de estas, en cambio las crónicas representan un estrés constante para la familia (25).

Relativo al sexo, este no se relaciona de manera significativa con el Estrés parental, pero si existe una tendencia que los hombres producen más estrés a sus padres que las mujeres, excepto en la dimensión “conductas y respuestas emocionales del niño”, donde

esta relación se invierte. Esto significa que independiente del sexo del niño, los padres se estresan igual. Con respecto a esta variable existe controversia, ya que Aamir *et al.* (15) indica que el sexo no tendría relación con el estrés. En cambio, Pooni *et al.* (30) señala que ser hombre, causa mayor estrés en los padres. En Chile, el índice de masculinidad es de 97,1 hombres por cada 100 mujeres, y la esperanza de vida al nacer, en la mujer es de 6 años más que en el hombre (62). Las principales causas de muerte específica en los menores de 1 año son: prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones del sistema nervioso y para la edad de 5 a 9 años, causas externas (accidentes de transporte), tumores malignos (leucemias) y anomalías congénitas. En la mayoría de los casos la prevalencia es mayor en hombres (63).

Por otro lado, la edad se relaciona con el Estrés Parental de forma significativa y directamente proporcional en la dimensión “aparición física del niño”, e inversamente proporcional en la dimensión “comportamiento con el personal sanitario”. Además, se aprecia una tendencia que cuando el niño es menor de 5 años, mayor es el estrés de los padres, no obstante, este resultado no es estadísticamente significativo. Esta situación se puede explicar, ya los niños pequeños son más susceptibles a presentar alteraciones de tipo emocional y psicológica ante la enfermedad y la hospitalización (64).

Por otra parte, la variable hospitalizaciones previas no se relaciona significativamente con el Estrés Parental, pero si se observa un mayor Estrés Parental, cuando el niño presentó hospitalizaciones previas. Además, existe una tendencia que cuando el número de veces es mayor o igual a 4, el estrés es mayor, aunque esto tampoco es estadísticamente significativo. Según Lizasoain y Ochoa (64) “una hospitalización media de más de una semana de duración o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer, con un considerable aumento de las alteraciones conductuales”. “El temor que un niño puede sentir hacia la hospitalización puede hacerle ser exigente con

sus padres, demandando constantemente su presencia física, su constante cariño y alimento, estas demandas pueden hacer sentir a los padres abrumados, ante la dualidad de cumplir con los deberes del hogar y la permanencia en el hospital con el hijo enfermo” (2). Así también, las hospitalizaciones con experiencias previas negativas pueden producir futuras hospitalizaciones más estresantes (64).

En consecuencia, la hipótesis “a mayor número de hospitalizaciones previas del niño, menor es el puntaje de Estrés Parental”, se rechaza al señalar que los resultados no fueron estadísticamente significativos, y además reflejaron lo opuesto, lo que podría deberse a que en este estudio no se consideró la causa de ingreso o el servicio en el cual se encontraban hospitalizados los niños anteriormente, lo cual pudo haber generado una experiencia traumática en los padres, que influyera de manera negativa en la hospitalización actual.

Con respecto a la hipótesis “a menor edad del niño hospitalizado, mayor es el puntaje de Estrés parental”, se rechaza debido a que los resultados no fueron estadísticamente significativos a pesar de que se muestra cierta tendencia a que menor edad del niño, mayor es el Estrés Parental.

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 la que se destacan:

- Tardanza en el envío de la documentación al Comité Ético Científico del HCHM, lo que dificultó tener una mayor cantidad de consentimientos informados firmados con anterioridad.
- El universo de la muestra no fue variado con relación a la gravedad de la condición de los niños, ya que la mayoría de ellos se encontraban hospitalizados en servicios de baja complejidad, y probablemente esta situación influyó en el estrés de los padres.
- El estudio no presentó preguntas abiertas, mediante las cuales se podrían haber obtenido más variables que influyeran en el Estrés Parental.

4.3 SUGERENCIAS

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

- Realizar envío de solicitudes al Comité Ético Científico del HCHM el semestre anterior a la realización del estudio, con el fin de tener más consentimientos informados firmados durante el proceso de recogida de datos.
- Se sugiere que la muestra sea más equitativa en relación a los servicios, para así obtener una mayor variabilidad respecto a la condición del niño y verificar como esta situación influye en el estrés parental.
- Para estudios posteriores se sugiere incorporar preguntas abiertas a los entrevistados, en relación a los factores que se puedan relacionar con las variables estudiadas, para así enriquecer y complementar las correlaciones existentes.
- Se sugiere validar la Parental Stressor Scale en Chile.

4.4 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que, el Estrés Parental se relaciona de manera significativa con los días de estada, el tipo de diagnóstico médico y la edad del niño en la dimensión comportamiento del personal sanitario. Por otra parte, cabe destacar que las variables sexo y hospitalizaciones previas no se relacionan con el estrés de manera significativa en ninguna de las dimensiones de la escala.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Palma E, Von Wussow F, Morales I, Cifuentes J, Ambiado S. Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 junio. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 88(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000300004&script=sci_arttext
2. Fernández A, López I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Int J Clin Health Psychol. [Internet]. 2006 enero. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 6(3): [631-645]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/337/33760308/>
3. De Oliveira E, Lopes P, Garcia de Lima R, Falleiros de Mello D. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Rev. Latino-Am. [Internet]. 2014 mayo-junio. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 22(3): [432-439]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
4. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Egresos Hospitalarios [Internet]. Chile; 2001 – 2015. [Revisado el 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-egresoshospitalarios/>
5. Hospital Clínico Herminda Martín. Respuesta a Solicitud de Transparencia. Código de Solicitud: AO104T00000102
6. Ministerio de Salud. Hospital Amigo: Mejor Trato. [Internet]. Chile; Mayo del 2017. [Revisado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/mas-salud-mejor-trato-hospital-amigo/?s=hospitalizacion>
7. Méndez F, Ortigosa J, Pedroche S. Preparación a la hospitalización infantil (I): afrontamiento del estrés. Psicología conductual. [Internet]. 1996. [Revisado el 3 de mayo de 2018]; 4(2): [193-209]. Disponible en:

[http://adasecperu.org/adasecpro/files/juego_Ortigosa%20et%20al%20\(1996\)%20Preparacion%20a%20la%20Hospitalizacion%20infantil-I.pdf](http://adasecperu.org/adasecpro/files/juego_Ortigosa%20et%20al%20(1996)%20Preparacion%20a%20la%20Hospitalizacion%20infantil-I.pdf)

8. Lantarón C. La importancia del apego en la etapa infantil. [Monografía en Internet]. 2014. [Revisado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/download/24/23
9. Jofré V. Henríquez E. Nivel de estrés de las madres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Cienc Enferm. [Internet]. 2002 junio. [Revisado el 11 de octubre del 2017]; 8(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100005
10. Jopek A, Gadzinows S, Ska J, Szczapa T. Evaluation of stress responses in parents of newborns hospitalized in the Intensive Care Unit. Ginekol Pol. [Internet]. 2009 mayo. [Revisado el 11 de octubre del 2017]; 80(5): [367-373]. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/viewFile/46613/33400.pdf
11. Ruíz A, Ceriani J, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 enero-febrero. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 101(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100008
12. Matins M, Lima A, Vandenberghe L, Celeno C. Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014 mayo-junio. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 22(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000300440&script=sci_arttext&tlng=es
13. Parra F, Moncada Z, Oviedo S, Marquina M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. Index Enferm.

- [Internet]. 2009 enero-marzo. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 18(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100003
14. Stremler R, Haddad S, Pullenayegum C, Parshuram E. Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *J Pediatr Nurs.* [Internet]. 2017 mayo-junio. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 34: [36-43]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274664>
 15. Aamir M, Mittal K, Kaushik J, Kashyap H, Kaur G. Predictors of stress among parents in pediatric intensive care unit: a prospective observational study. *Indian J Pediatr.* [Internet]. 2014 noviembre. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 81(11): [1167-1170]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728700>
 16. Moya G, Guerra V, Poblete M, Daneck M, Cáceres M, González A, Mendoza A. Acompañamiento y humanización de la salud en cuidados intensivos pediátricos: experiencia en el hospital regional de Talca (parte 2). [Internet]. Talca; 2018. [Revisado el 13 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.sochipe.cl/v3/esteto_articulo_solo.php?id=1009
 17. Ochoa B, Repáraz C, Polaino A. Estudios preliminares de validez de la escala PSS: cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. *Clínica y Salud.* [Internet]. 1997. [Revisado el 11 de octubre del 2017]; 8(3): [423 – 446] Disponible en: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1830/1/pag423_46.pdf
 18. Del Río I. Estrés y Sueño. *Rev Mex Neuroci.* [Internet]. 2006. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 7(1): [15-20]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>
 19. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2002 noviembre. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 40(2). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600002

20. Real Academia Española. Estrés. [Internet]. Madrid; 2017. [Revisado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=estr%C3%A9s>
21. Fernández A, Vílchez M, López I. Parental Stress and Satisfaction during Children's Hospitalization: Differences between Immigrant and Autochthonous Population. *Stress Health*. [Internet]. 2013 febrero. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 29(1): [22-30]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262629>
22. Patiño Rocha C. Prevalencia de trastornos conductuales y factores asociados en los niños/as hospitalizados en el servicio de pediatría hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca. 2014. [Tesis Doctoral]. Cuenca, Ecuador, Universidad de cuenca; 2016
23. Lima G, Lima da Nórbeiga M. La ansiedad en la hospitalización de los niños: una propuesta para un diagnóstico de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 septiembre-octubre. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 23(5): [963-970]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00963.pdf
24. O'Toole M. Miller/Keane diccionario enciclopédico de enfermería. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana SA; 1996
25. García R, De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Internet]. 2005. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 16(4): [236-241]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf
26. Serrada M. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención sociofamiliar. *Rev. Ped*. [Internet]. 2013. [Revisado el 27 de

- octubre 2017]; 24(71). Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300005
27. Laurito M. El Estrés de madres con niños internados en la UCIN. [Tesis doctoral]. Universidad de Palermo. 2011
28. Giraldo D, Lopera F, Duque Y, Lodoño A, Gaviria C, Restrepo A. Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *Horiz Enferm*. [Internet]. 2012 noviembre. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 23(3): [13-22]. Disponible en:
http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-3/estres_factores.pdf
29. López I. Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo. [Tesis doctoral]. Granada, España, Universidad de Granada; 2011
30. Pooni P, Singh D, Bains H, Misra B, Soni R. Parental stress in a paediatric intensive care unit in Punjab, India. *J Paediatr Child Health*. [Internet]. 2013 marzo. [Revisado el 11 de octubre de 2017]; 49(3): [204-209]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442179>
31. Reynaga Ornelas L. Estrés de padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales. [Tesis doctoral]. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1996
32. Ramírez M, Navarro S, Clavería C, Molina Y, Cox A. Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev Chil Pediatr*. [Internet]. 2018. [Revisado el 29 de mayo de 2018]; 89(2). [Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200182
33. Rojas Muñoz G. El proceso adaptativo y síntomas ansiosos-depresivos relacionados con la hospitalización en niños de 7 a 12 años en el área de

- pediatría del hospital provincial general “Isidro Ayora” periodo enero – agosto 2012. [Tesis doctoral]. Loja, Ecuador; 2012
34. Alfaro A, Atria R. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Rev. Ped. Elec. [Internet]. 2009. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 6(1): [36-54]. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf
 35. Valdés C, Flórez J. El niño ante el hospital: Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. 1a ed. Oviedo. Universidad de Oviedo; 1995
 36. Banda Macedo C, Fustamante Castillo M. Factores ambientales y estrés en madres de neonatos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios I, 2015. [Tesis doctoral]. Trujillo, Perú: Biblioteca digital, Dirección de Sistemas de Informaticay Comunicación; 2016
 37. Gallegos J, Reyes J, Silvan C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la unidad Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013 noviembre-diciembre. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 21(6): [1360-1366]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01360.pdf
 38. Molina M. Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. Psykhe. [Internet]. 2006. [Revisado el 13 de junio de 2018]; 15(2): [93-103]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
 39. Pérez J, Menéndez S, Hidalgo M. Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales. Psychosocial Intervention. [Internet]. 2014 abril. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 3(1): [25-32]. Disponible en: <https://ac.els-cdn.com/S1132055914700328/1-s2.0-S1132055914700328->

- main.pdf?_tid=b3d1262e-c32e-11e7-8766-00000aacb362&acdnat=1509999281_39db8fb2b7370bc81e4b83a02f8f709e
40. Rodríguez J, Marcenko M. Parenting stress among child welfare involved families: Differences by child placement. *Hhild Youth Serv Rev.* [Internet]. 2014 noviembre. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 1(46): [19-27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4498480/pdf/nihms-620029.pdf>
 41. Daza J, Silva P. Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. [Tesis de pregrado]. Chillán, Universidad del Bío Bío. 2017
 42. Zanetti T, Stumm E, Ubessi L. Stress and coping in families of patients in an intensive care unit. 2013 abril-junio. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 5(2): [3608-3619]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2125/pdf_730
 43. Rodríguez R, Tapia A. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Aust Crit Care.* [Internet]. 2016 agosto. [Revisado el 27 de octubre de 2017]; 29(3): [151-157]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26692497>
 44. Aguiñaga M, Reynaga L, Beltrán A. Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Rev Enferm Inst Mex.* [Internet]. 2016. [Revisado el 27 de octubre 2017]; 24(1): [27-35]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161f.pdf>
 45. Nizam M, Norzila M. Stress among parents with acutely ill children. *Med J Malaysia.* [Internet]. 2001 diciembre. [Revisado el 7 de noviembre 2017]; 56(4): [428-434]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12014761>
 46. Kumar B, Shreedhara K. Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *International journal of contemporary pediatrics.* [Internet].

2015. [Revisado el 10 de abril de 2018]; 2(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20150983>
47. Carter, M y Miles M. The parental stressor scale: pediatric intensive care unit. *Maternal Child Nursing Journal*. [Internet]. 1989. [Revisado el 11 de abril de 2018]; 18(3): [187-98]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2491508>
48. Meert K, Myers S, Briller S. Parental Bereavement Needs in the Pediatric Intensive Care Unit: Review of Available Measures. *J Palliat Med*. [Internet]. 2011 agosto. [Revisado el 13 de noviembre de 2017]; 14(8): [951-964]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146746/>
49. Franck L, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2005 marzo. [Revisado el 7 de noviembre de 2017]; 49(6): [608-615]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737221>
50. Agazio J, Buckley K. Revision of a Parental Stress Scale for use on a pediatric general care unit. *Pediatr Nurs*. [Internet]. 2012 marzo-abril. [Revisado el 13 de noviembre de 2017]; 38(2): [82-87]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22685867>
51. Estares Porras S, Lucero Díaz R, Valentín Tasayco R. Percepción de la relación terapéutica de enfermería de los padres de recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales. [Tesis doctoral]. Lima, Perú; 2016
52. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Ley N°20.120 del 22 de septiembre de 2006
53. Sobre protección de la vida privada. Ley N° 19.628 del 28 de agosto de 1999
54. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Egresos hospitalarios según causa y edad 2012 – 2015. [Internet]. Chile; 2012 – 2015. [Revisado el 12 de junio de 2018]. Disponible en:

https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm

55. Richard G. Bribiescas. ¿Por qué los hombres no viven tanto como las mujeres? Nautilus. [Internet]. 2017 marzo. [Revisado el 13 de junio del 2018]. Disponible en: <http://aging.nautil.us/feature/189/why-men-dont-live-as-long-as-women>
56. Introduce modificaciones al código civil y a otros cuerpos legales, con el objeto de proteger la integridad del menor en caso de que sus padres vivan separados. Ley 20.680 del 21 de junio del 2013
57. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales 2015. [Internet]. Chile; 2015. [Revisado el 13 de junio de 2018]. Disponible en: https://cdn.fsbx.com/v/t59.2708-21/26541046_10215527879780202_5761680472757239808_n.pdf/s%3%ADn tesis-de-estad%3%ADsticas-vitales-2015.pdf?_nc_cat=0&oh=1d131f5a017e5969641556af7ffe538a&oe=5B2306F1&dl=1
58. Cabrera C. Educación Inclusiva en Chile: La historia de los pequeños incluidos. [Tesis de pregrado]. Chile, Universidad de Chile. 2015
59. Gobierno Regional de Bío Bío. Tasa de desempleo en región del Biobío registra 6,5%, el más bajo del último tiempo en la zona. Chile; 2018. [Revisado el 13 de junio de 2018]. Disponible en: <http://sitio.gorebiobio.cl/2018/02/28/tasa-de-desempleo-en-region-del-biobio-registra-65-el-mas-bajo-del-ultimo-tiempo-en-la-zona/>
60. Donoso E. Descenso de la natalidad en Chile: un problema país. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2007. [Revisado el 7 de junio de 2018]; 72(2): [73-75]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200001

61. Cobb M, Puchalski C, Rumbold B. Oxford textbook of spirituality in healthcare. 1a ed. Nueva York, EE. UU. Oxford University Press Inc. 2012
62. Ministerio de Salud. Situación actual de la salud del hombre en Chile. [Internet]. Chile; 2011. [Revisado el 12 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>
63. Organización Panamericana de la Salud. Salud infantil. [Internet]. Chile; 2007. [Revisado el 12 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=70:salud-infantil&Itemid=215
64. Lizasoain O y Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Euskomedia. [Internet]. 2003. [Revisado el 13 de junio de 2018]; 5: [75-85]. Disponible en: https://cdn.fbsbx.com/v/t59.2708-21/11408379_659880430778305_1939816440_n.pdf/05075085.pdf?_nc_cat=0&oh=19e2af062a1441075d52f8ea375728e6&oe=5B244F28&dl=1
65. Real Academia Española. Estrés. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=estr%C3%A9s>
66. Real Academia Española. Sexo. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
67. Real Academia Española. Edad. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
68. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones datos básicos de la actividad hospitalización. [Internet]. 2015. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/deis/NOTAS%20TECNICAS%20REM-20.htm>
69. Real Academia Española. Hospitalizar. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Khi2fxV>

70. Reverso diccionario. [Internet]. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://diccionario.reverso.net/espanol-definiciones/hospitalizaci%C3%B3n>
71. Real Academia Española. Previa. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=previo>
72. Real Academia Española. Diagnóstico. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=De9TnL8>
73. Real Academia Española. Sexo. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
74. Real Academia Española. Edad. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
75. Real Academia Española. Estado. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GjqhajH#KTNOoeg>
76. Educarchile. Niveles Educativos. [Internet]. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/Niveles%20Educativos.pdf>
77. Real Academia Española. Ingresar. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=ingresar>
78. Real Academia Española. Número. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=QiamBaG>
79. Real Academia Española. Hijo/a. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KOGiy39>
80. Real Academia Española. Procedencia. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=procedencia>
81. Real Academia Española. Religión. [Internet]. Madrid. 2017. [Revisado el 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VqE5xte>

V. ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ DE VARIABLES

| DIMENSIÓN | VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL |
|---|------------------|---|--|
| Dependiente. | Estrés Parental. | Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves (65). | Aplicación escala de Likert: Se clasificará como: (0) Situación no experimentada. (1) No estresante. (2) Un poco estresante. (3) Moderadamente estresante. (4) Muy estresante. (5) Extremadamente estresante. |
| Independiente: Características del niño hospitalizado. | Sexo. | Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (66). | Se clasificará como: <ul style="list-style-type: none"> • Hombre. • Mujer. |
| | Edad. | Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (67). | Se le preguntará: ¿Qué edad tiene su hijo/a? Se clasificará en los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> • 0 – 5 años. • 6 – 11 años. • 12 – 18 años. |
| | Días de estada. | Es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento, desde la fecha de ingreso y la fecha de egreso (68). Hospitalizar: | Se le preguntará: ¿Cuántos días lleva hospitalizado su hijo/a? Se clasificará en los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> • 2 – 4. • 5 – 10. • 11 y más. |

| | | | |
|---|-----------------------------|---|---|
| | | Internar a un enfermo en un hospital o clínica (69). | |
| | Hospitalizaciones previas. | Hospitalización: Ingreso de una persona a un hospital y período de tiempo que pasa en él (70). Previa: Anticipado, que va delante o que sucede primero (71). | Se le preguntará: ¿Su hijo/a ha tenido alguna hospitalización anterior? Se clasificará en: <ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. Se le preguntará: ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a? Se clasificará en los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> • 1 – 3 veces. • 4 y más veces |
| | Tipo de diagnóstico médico. | Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte (72). | Será clasificado en: <ul style="list-style-type: none"> • Agudo. • Crónico. |
| Co – Variables: Características sociodemográficas de los padres. | Sexo. | Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (73). | Se clasificará como: <ul style="list-style-type: none"> • Hombre. • Mujer. |
| | Edad. | Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (74). | Se le preguntará: ¿Cuántos años tiene? Se clasificará en los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> • 15 – 24 años. • 25 – 54 años. • 55 a 64 años. • 65 y más. |

| | | | |
|--|---------------------------|---|---|
| | <p>Estado civil.</p> | <p>Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen contar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (75).</p> | <p>Se le preguntará: ¿Cuál es su estado civil? Se clasificará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a). • Casado(a). • Viudo (a). • Divorciado(a). • Conviviente. |
| | <p>Nivel educacional.</p> | <p>El sistema educativo se organiza en un nivel básico obligatorio, de ocho grados, en escuelas municipales o privadas; un nivel medio, de cuatro grados, que se ofrece en liceos con dos modalidades (la científico-humanista y la técnico-profesional; y un nivel superior, impartido en Universidades e Institutos Profesionales (76).</p> | <p>Se clasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Básica. • Media. • Superior. |

| | | | |
|--|---------------------------|---|---|
| | <p>Ingreso económico.</p> | <p>Ganar cierta cantidad de dinero regularmente por algún concepto. Quintil: Ingreso económico total dividido en la cantidad de personas que habitan en el mismo hogar (77).</p> | <p>Se preguntará: ¿Cuál es el ingreso total mensual aproximado de las personas que viven en su casa? ¿Cuántas personas viven en su casa actualmente? Se categorizará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1° quintil: desde \$0 a \$74.969 ingresos por persona. • 2° quintil: desde \$74.970 a \$125.558 ingresos por persona. • 3° quintil: desde \$125.559 a \$193.104 ingresos por persona. • 4° quintil: desde \$193.105 a \$352.743 ingresos por persona. • 5° quintil: desde \$352.744 y más ingresos por persona. |
| | <p>Número de hijos.</p> | <p>Número: Cantidad de personas o cosas de determinada especie (78). Hijos: Persona o animal respecto de sus padres (79).</p> | <p>Se le preguntará: ¿Cuántos hijos tiene? Se clasificará en los siguientes rangos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 2. • 3 y más. |
| | <p>Procedencia.</p> | <p>Origen, principio de donde nace o se deriva algo (80).</p> | <p>Se clasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urbana (ciudad). • Rural (campo). |

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| | <p>Religión.</p> | <p>Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (81).</p> | <p>Se le preguntará: ¿Profesa Ud. alguna religión? Se clasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. <p>Se clasificará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Católico. • Evangélico. • Otro ¿Cuál? |
|--|------------------|--|--|

ANEXO N°2: PARENTAL STRESSOR SCALE, PSS (ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL, PSS)

Este cuestionario contiene algunos aspectos que seguramente usted habrá experimentado como consecuencia de la hospitalización de su hijo.

Marque en la hoja de respuestas el número que mejor exprese el impacto o grado de estrés que le han causado los diversos aspectos y circunstancias que a continuaciones se citan. Cada una de las cuestiones tiene 6 posibles respuestas (0, 1, 2, 3, 4 o 5), cuyo significado se presenta en el siguiente recuadro.

| POSIBLE RESPUESTA | SIGNIFICADO |
|-------------------|----------------------------|
| 0 | Cuestión no experimentada. |
| 1 | No estresante. |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | Extremadamente estresante. |

Por estresante entendemos aquella experiencia que le causa ansiedad, tensión, le inquieta y/o le trastorna.

Ejemplos:

Si usted experimenta que un aspecto le pone extremadamente tenso, marque por favor, en la hoja de respuestas el número 5.

1. Si usted experimenta que una circunstancia **no le trastorna en absoluto**, marque, por favor, en la hoja de respuestas el número 1.

2. Entre ambos extremos podrá elegir los números **2, 3 o 4**, en función de cuál sea su nivel de conformidad con cada una de las afirmaciones. Estas puntuaciones sirven para expresar grados de estrés intermedios.
3. Recuerde que el **0** se reservará para aquellos sucesos o situaciones, que usted **no** ha **experimentado**.

Por favor, **lea despacio y responda a todas las cuestiones**. Recuerde que **no existen respuestas correctas ni erróneas**, sino distintos modos de percibir lo que nos rodea. Necesitamos **su opinión más sincera**, pues así podemos ayudarle más eficazmente. Sus **respuestas serán tratadas de forma reservada y confidencial**.

Cuando escoja una respuesta **no se deje influir por la contestación que ha dado a las cuestiones anteriores**. Es importante que responda con sinceridad, en función de cuál sea su **actual opinión** y no en función de cómo crea que debería ser.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

| PREGUNTAS | RESPUESTA |
|--|-----------|
| A.-Siente usted estrés cuando observa que: | |
| 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: | |
| 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: | |
| 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 | |
| D.-Si perciben en el niño conducta y respuesta de tipo emocional como las que abajo se citan, ¿Qué grado de estrés siente?: | |
| 16. Confusión | |
| 17. Conducta rebelde y poco cooperativo | |
| 18. Llora y se queja | |
| 19. Constantemente está pidiendo algo | |
| 20. Parece tener dolores | |
| 21. Está muy cansado | |
| 22. Muestra incapacidad para gritar y hablar | |
| 23. Siente miedo | |
| 24. Muestra reacciones de ira | |
| 25. Tristeza y depresión | |
| E.-Percibe usted cuando el personal sanitario (médico y enfermeras) se comporta del siguiente modo: | |
| 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 | |
| F.- ¿Le trastornan o inquietan las siguientes circunstancias: | |
| 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 | |
| Usando la misma escala de puntuación | |
| 37. ¿Cuál es el impacto o grado de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo? | |

ANEXO N°3: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

ESTA SECCIÓN DE LA ENCUESTA, CONTIENE PREGUNTAS REFERIDAS A SU HIJO/A:

1. SEXO DE SU HIJO/A HOSPITALIZADO/A:

A) HOMBRE ____ B) MUJER ____

2. ¿QUÉ EDAD TIENE SU HIJO/A?: ____

3. ¿CUÁNTOS DÍAS LLEVA HOSPITALIZADO/A SU HIJO/A? ____

4. ¿SU HIJO/A HA TENIDO ALGUNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR?

SÍ ____ NO ____

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA SÍ, ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO HOSPITALIZADO/A SU HIJO/A?

ESTA SECCIÓN DE LA ENCUESTA, CONTIENE PREGUNTAS REFERIDAS A USTED.

1. SEXO:

A) HOMBRE ____ B) MUJER ____

2. ¿QUÉ EDAD TIENE USTED? ____

3. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?:

A) SOLTERO (a) _____

B) CASADO (a) _____

C) VIUDO (a) _____

D) DIVORCIADO (a) _____

E) CONVIVIENTE CIVIL _____

4. ESCOLARIDAD:

BÁSICA _____

MEDIA _____

SUPERIOR _____

5. INGRESO ECONÓMICO

¿CUÁL ES EL INGRESO TOTAL MENSUAL APROXIMADO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA?

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA, ACTUALMENTE? _____

6. ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE? _____

7. USTED VIVE EN LA ZONA:

URBANA (CIUDAD) _____

RURAL (CAMPO) _____

8. ¿PROFESA UD. ALGUNA RELIGIÓN?

SÍ _____

NO _____

9. MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE MÁS LE ACOMODE:

CATÓLICO___

EVANGÉLICO___

OTRO ¿CUÁL? _____

10. ¿CONOCE EL DIAGNÓSTICO DE SU HIJO/A?

SÍ___

NO___

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA SÍ ¿CUÁL ES O SON LOS DIAGNÓSTICOS?

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA NO ¿CUÁL ES O SON LA/S CAUSA/S DEL
DESCONOCIMIENTO?

ANEXO N°4: AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO.



CEO/msl

ORD N° 15.-

ANT: Solicitud de Investigación N° 360

MAT: Respuesta del CEC

CHILLAN, 10 de Abril de 2018

A: JOSE R. MUÑOZ JARA Y GRUPO
ALUMNOS U. DEL BIO BIO

Me permito comunicar a usted, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, integrado por el Dr. Carlos Escudero (presidente); Dra. Jacqueline Hargous (vicepresidente); Mg. Luis Contreras (secretario); Abg. Claudia Cabrera; Mg. Marcela Espinoza; Dr. Patricio Oliva; Mg. Jacqueline Brevis; Dra. Ninette Poseck; Dr. Nain Hornazábal y Sr. René Riveros; teniendo en cuenta los siguientes documentos:

1. Carta de presentación de proyecto dirigida al Director del Hospital.
2. Carta compromiso de la jefatura correspondiente.
3. Protocolo de solicitud de investigación científica
4. Currículo actualizado de cada uno de los investigadores e investigador principal
5. Carta compromiso del investigador.
6. Respuesta a las observaciones entregadas por el CEC
7. Y documentos anexos de respaldo solicitados por el CEC (encuestas, carta Gantt, cuestionario resuelto de las "preguntas al investigador")

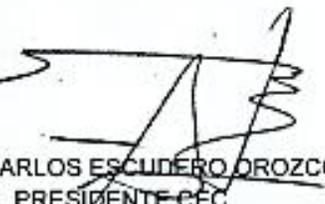
Luego de la lectura y análisis de los mencionados documentos, y en consideración de los criterios relevantes del protocolo presentado, que incluyen: validez científica; relación riesgo-beneficio favorable para el sujeto de estudio; detallado proceso de protección de la confidencialidad; detallado proceso de toma del consentimiento; viabilidad de la investigación en el centro propuesto; investigador idóneo para llevar a cabo el proyecto; utilidad social y novedad científica, el CEC del Hospital Clínico Herminda Martín resuelve:

1. La aprobación del estudio **"Asociación entre las características del niño/a hospitalizado/a y el estrés parenteral en las Unidades de Pediatría, C. Infantil, UCI Pediátrica y UCI Neonatal"**, identificado con el número estudio N° 362/18.
2. La aprobación de estos documentos tiene una duración de 1 año.

Junto con ello, el investigador está comprometido a:

- a) Presentar esta carta de aprobación del CEC a el Director del Hospital, para la respectiva aprobación para realizar su estudio.
- b) Dar cumplimiento fiel a la carta de compromiso firmada.
- c) Enviar los informe de finalización según formatos disponibles por el CEC. El envío de esta documentación será obligatoria, su omisión puede ser causante de cese del estudio. Además se explicita que el CEC únicamente podrá responder por aquellas Investigaciones que cumplan con la entrega de los informes de seguimiento y finalización.
- d) Comunicar al CEC todo aspecto relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones del protocolo, suspensión del estudio, cierre del sitio, término del estudio, etc.
- e) Estar disponible para la realización de una supervisión del proyecto, en caso requerido por el CEC.
- f) Comunicar los resultados de la investigación (tesis, publicaciones, presentación a congresos, etc.). Los mismos deberán enviarse formalmente al Comité en un plazo no mayor a 2 meses de finalizado su estudio.

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



COMITÉ
ÉTICO DR. CARLOS ESCUDERO OROZCO
CIENTÍFICO PRESIDENTE CEC
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN
CHILLAN

Distribución: DHCHM - SDM, - CEC (2)

ANEXO N°5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Quienes suscriben, José Renato Muñoz Jara RUT 19.169.257 – 8, Rafael Ignacio Oyaneder Contreras RUT 19.083.130 – 2, Gloria Jesús del Carmen Salvo Sepúlveda RUT 19.168.554 – 7 y Soledad Yessenia Rubilar Parra RUT 19.073.344 – 0, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: **“Relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal”**, siendo dirigida por la académica Mg. Ángela Andrea Astudillo Araya del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es “Establecer la relación entre las características del niño hospitalizado (días de estada, tipo de diagnóstico, sexo, edad, hospitalizaciones previas) y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín”.

Su participación consiste en contestar el cuestionario de estrés parental y la encuesta de caracterización sociodemográfica. Es muy importante que conteste estos 2 cuestionarios por una sola vez. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún

informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

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

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica Mg. Ángela Andrea Astudillo Araya al fono +65962776102 o al correo aastudil@ubiobio.cl.

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

Para cualquier reclamo o consulta relacionada con la investigación en la cual usted participa, usted se puede dirigir al presidente del Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Dr. Carlos Escudero Orozco al fono +5622528138/428138 o al correo carlos.escudero.o@redsalud.gob.cl.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

José Renato Muñoz Jara

Rafael Ignacio Oyaneder Contreras

Soledad Yessenia Rubilar Parra

Gloria Jesús del Carmen Salvo Sepúlveda

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería sobre “Relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal” He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma de la persona que
obtiene el consentimiento

Nombre y firma de la académica

Nombre y firma del director del
Hospital Clínico Herminda Martín como
ministro de fe

Chillán, ___/___/2018

ANEXO N°6: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN.

OFICIO N°/

MAT: Solicita autorización

Chillán, 16 de marzo de 2018

A: SR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS.

Director Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES.

Directora de escuela de enfermería, Universidad Del Biobío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de 5° año de la escuela de enfermería de esta casa de estudios, los cuales serán mencionados a continuación, se encuentran desarrollando su tesis, titulada “relación entre las características del niño hospitalizado y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal” con el fin de optar al grado de Licenciados en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes:

| | |
|---|----------------|
| José Renato Muñoz Jara | 19.169.257 – 8 |
| Rafael Ignacio Oyaneder Contreras | 19.083.130 – 2 |
| Soledad Yessenia Rubilar Parra | 19.073.344 – 0 |
| Gloria Jesús del Carmen Salvo Sepúlveda | 19.168.554 – 7 |

Académica Guía:

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Mg. Ángela Andrea Astudillo Araya | 8.448.718 – K |
|-----------------------------------|---------------|

Objetivo general: Establecer la relación entre las características del niño hospitalizado (días de estada, tipo de diagnóstico médico, sexo, edad, hospitalizaciones previas) y el Estrés Parental en las unidades de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal del Hospital Clínico Herminda Martín.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades, para que los estudiantes puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios de los centros de responsabilidad de pediatría, cirugía infantil, UCI pediátrica y UCI neonatal.

De contar con su aprobación, la recolección de antecedentes se realizará durante los meses de abril y junio del 2018, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

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

PAMELA MONTOYA CÁCERES.

Directora Escuela de Enfermería Universidad Del Bío Bío.