

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
Centro Universitario Regional Zona Atlántica



Nivel de estrés y percepción de los padres sobre las dimensiones asociadas respecto a la hospitalización de sus hijos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma –Río Negro, en el periodo septiembre – octubre del 2020.

TESIS PARA ACCEDER AL TÍTULO DE
GRADO DE LA CARRERA LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA

Alumno: Enf. Llanqueleo, Bernardo Antonio

Legajo: N° 120236

Directora: Esp. Heckel Ochoteco, Silvia E.

Viedma – septiembre 2021

AGRADECIMIENTOS

Al Creador, por la vida.

A mis padres por su educación en valores y en honor a su escolaridad primaria.

A la educación superior, pública y gratuita.

A la Esp. Silvia Heckel Ochoteco por dirigirme, acompañarme y ayudarme a realizar esta tesis.

DEDICATORIA

En memoria de mis tías, Alda y Berta Llanqueleo, auxiliares de enfermería.
A sus vidas, sus luchas y su entrega al servicio incondicional de esta
profesión.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
DEDICATORIA.....	3
ÍNDICE	4
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	20
I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
I.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	27
I. 3 CONTEXTO.....	33
I.4 OBJETIVOS	37
CAPÍTULO II: PERSPECTIVA TEÓRICA	39
II. 1 ESTADO DEL ARTE	39
II. 2 MARCO TEÓRICO	48
Estrés Psicológico.....	52
Estrés y estructura social	53
Enfoque de estímulos	53
Enfoque de respuestas.....	55
Diferencias individuales.....	55
Enfoque relacional	58
La maternidad y la paternidad prematura.....	64
Teoría de los cuidados	67
II. 3 HIPÓTESIS	75

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	76
III.1 TIPO DE ESTUDIO	76
III.2 POBLACIÓN	76
III.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	77
Criterios de inclusión:.....	77
Criterios de exclusión:.....	77
III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	78
III.5 FUENTE DE INFORMACIÓN.....	87
III.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	87
III.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
III.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	91
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS	92
IV. 1 ANÁLISIS.....	92
IV. 2 DISCUSIÓN	132
CAPÍTULO V	144
V.1 CONCLUSIÓN.....	144
V.2 RECOMENDACIONES.....	146
Lista de referencias bibliográficas	149
ANEXOS	152
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	153
ANEXO 2 NOTA DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.....	159

ANEXO 3 PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	160
ANEXO 4 MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSIONES E INTENSIDADES	162
ANEXO 5 MATRIZ DE ANALISIS DATOS BIOSOCIODEMOGRAFICOS	163
ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS DEL NEONATO.....	164

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias según nacionalidad de los padres de neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre-octubre del 2020.

Tabla 2. Frecuencias según rangos de edad de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 3. Frecuencias según género de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre – octubre 2020.

Tabla 4. Frecuencias según estado civil de padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 5. Frecuencias según ocupación de padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 6. Frecuencias según escolaridad de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 7. Frecuencias según religión/creencias de padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 8. Frecuencias de experiencia previa en el servicio de neonatología de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 9. Frecuencias de número de hijo de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artemides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 10. Frecuencias de peso al nacer de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 11. Frecuencias de edad gestacional de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 12. Frecuencias de tipo de parto de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 13. Frecuencias de días de hospitalización de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 14. Frecuencias de diagnóstico médico de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Tabla 15. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 16. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad en la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 17. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 18. Nivel de estrés percibido por los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 19. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 20. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a

cada categoría de intensidad en la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 21. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 22. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad en la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 23. Nivel de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 24. Puntaje promedio de estrés percibido de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a las dimensiones “Aspecto y sonido de unidad, apariencia y conducta del neonato; relación con el neonato y rol de los padres y comunicación con el personal en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 25. Puntaje promedio de estrés percibido más elevados percibido por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en relación a todos los indicadores consultados en el periodo septiembre- octubre 2020.

Tabla 26. Nivel promedio de estrés general percibido por los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en relación a las características sociodemográficas de ellos, en el periodo septiembre – octubre del 2020.

Tabla 27. Nivel promedio de estrés general percibido por los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en relación a los datos del neonato hospitalizado, en el periodo septiembre – octubre del 2020.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nacionalidad de los padres de los neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 2. Rangos de edad de los padres de los neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre – octubre del 2020.

Gráfico 3. Género de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre – octubre 2020.

Gráfico 4. Estado civil de padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 5. Ocupación de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 6. Escolaridad de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 7. Religión/creencias de padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 8. Experiencia previa en el servicio de neonatología de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 9. Número de hijo de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 10. Peso al nacer de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 11. Edad gestacional de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 12. Tipo de parto de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 13. Días de hospitalización de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 14. Diagnóstico médico de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 15. Promedio de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 16 A. Categorías de intensidades percibidas por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada categoría de intensidad de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 16 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre-octubre 2020.

Gráfico 17. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 18 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 18 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides

Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 19. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 20 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 20 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 21. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 22 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 22 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 23 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 23 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 24. Puntaje promedio de estrés percibido por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.

Gráfico 25. Puntaje promedio de estrés más elevados percibidos por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de conocer el nivel de estrés y la percepción de los padres, sobre las dimensiones asociadas respecto a la hospitalización de sus hijos, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma – Río Negro, durante el periodo septiembre – octubre del 2020. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, con una muestra de 16 padres/madres que accedieron de manera voluntaria a responder entrevistas y que al momento de hacerlas se encontraban con su hijo hospitalizado.

Se llevó a cabo una encuesta que presenta, en una primera sección un cuestionario de autogestión de 8 ítems con datos sociodemográficos de los padres, y datos del neonato hospitalizado que fueron recopilados de su historia clínica. En una segunda sección, se aplicó la Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (*Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* [PSS:NIUU], creada por M. Miles en el año 1987 en Estados Unidos). Esta tiene como objetivo conocer el nivel de estrés de los padres y consta de 42 ítems de respuesta cerrada, divididos en cuatro subescalas que valoran: Aspecto y sonido de la unidad; Apariencia y conducta del neonato, Relación con el neonato y rol de los padres, y Comunicación con el personal. Los resultados obtenidos demuestran que los padres presentan un alto nivel de estrés al tener un hijo hospitalizado dentro del servicio de neonatología, considerándose que las dimensiones: Apariencia y conducta del neonato, junto con Relación con el neonato y rol de los padres fueron las más estresantes con base en el nivel promedio de estrés.

Se concluye que la experiencia ha sido extremadamente estresante para los padres, por lo cual se sugiere aplicar futuras acciones para disminuir las dimensiones estresantes basadas en el cuidado como medio educativo, donde la comunicación junto con la participación de los padres sean los ejes fundamentales.

Palabras claves: estrés paterno; cuidado; educación.

ABSTRACT

The investigation was made with the objective of knowing the stress level in neonate's parents who are hospitalized in the service of neonatology of Hospital Regional Artémides Zatti of Viedma, Río Negro, in the period of September – October 2020 under the context of pandemic COVID19. It was also searched other associated factors to this stress inside the unit. The study was a quantitative, descriptive and crossed type, with 16 parents (both father and mother) who agreed voluntary to answer interviews and, at the moment of them, had an hospitalized child.

It was performed and interviewed which presented in the first section a self-managed questionnaire with 8 items with socialdemographical informations of the parents, and information of the hospitalized neonate compiled in his clinic history. In a second section, it was applied the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NIUU), created by M. Miles in 1987 in the U.S.A. This has the objective of knowing the stress level in parents and has 42 items of close answer divided in four scales which valuate: Aspect and sound in the unit; Neonate's looks and conduct, Neonate and parents' relationship, and Communication with profesional staff. The results show that parents have a high level stress caused by the hospitalization of their child in neonatology service, considered in sub-scales: Neonate's looks and conduct and Neonate and parents' relationship are the most stressing. It concludes that the experience has been extremly stressant for parents so it is sugessted to take measures to decrease stressant factors based in care as educative relation where communication and parent's interest are fundamental ítems.

Key worlds: parental stress, nursing, education.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de conocer el nivel de estrés de los padres y la percepción de las dimensiones asociadas, respecto a la hospitalización de sus hijos, en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, de la localidad de Viedma, Río Negro, durante los meses septiembre y octubre de 2020.

La temática surgió a raíz de las vivencias y experiencias que el investigador tuvo dentro del servicio de neonatología, donde en su trabajo cotidiano, observó las diferentes reacciones que presentan los padres ante la situación particular de tener a su hijo hospitalizado. De esta manera, visualizó que los sentimientos de angustia, enojo, temor y sobre todo tensión, eran común en varios de los padres y madres con quienes el autor, como personal del servicio de neonatología tenía contacto; ya que ellos mismos manifestaban que el hecho que vivenciaban les generaba estrés, ante la necesidad inevitable de hacerse cargo del cuidado de su hijo bajo esa situación y contexto.

Conocer el nivel de estrés y las dimensiones que se asocian a éste, permitirá tener un punto de referencia del impacto que tiene el ambiente del servicio, las características del neonato, el rol de los padres y la comunicación con el personal de la institución para conocer indicadores más estresantes.

Los profesionales de enfermería son parte del equipo que permanentemente está en contacto con el neonato y sus padres, bajo una relación interpersonal, educadora y terapéutica. Por consiguiente, sus acciones u omisiones son a su vez influyentes en la percepción y afrontamiento de las dimensiones a las que los padres están expuestos. Se

considera fundamental llevar adelante esta investigación a fin de poder planificar intervenciones desde la disciplina, que contribuyan a disminuir ese nivel de estrés.

Así, el presente trabajo permitió conocer con mayor precisión las dimensiones estresantes y el nivel de estrés general de los padres ante la hospitalización de sus hijos. Estos indicadores son necesarios abordarlos desde el proceso de cuidado de enfermería, para una mayor comprensión del impacto del cuidado en la práctica diaria, como así también, la importancia de su acción holística y terapéutica.

Considerar a los padres como parte del sujeto de atención dentro del servicio de neonatología, es en uno de los mayores desafíos y controversias en las últimas décadas para el equipo de salud, donde la enfermería juega un papel primordial. Entonces, es importante empezar a contemplar los temas que atañen al entorno familiar, como parte de los cuidados integrales centrados en la familia, a fin de mejorar las prácticas que se realizan en el servicio.

Por ello, con el objetivo de obtener el título de grado correspondiente y en cumplimiento de las normativas vigentes en el plan de tesis de la carrera Licenciatura en Enfermería, dictada en la sede del Centro Universitario Regional Zona Atlántica, perteneciente a la Universidad Nacional del Comahue, se elabora y se presenta la siguiente investigación. Ésta, consta de seis capítulos, en los primeros, se podrá encontrar la delimitación, justificación y relevancia del problema, junto con los objetivos enmarcados bajo una perspectiva teórica sobre el estrés, las dimensiones asociadas y la teoría de

los cuidados de enfermería de Swanson. En los capítulos subsiguientes se presentan la metodología del proyecto y los instrumentos de recolección de datos, el análisis de los mismos, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

*Rumbo a la cosecha, cosechero yo seré
Y entre copos blancos mi esperanza cantaré,
Con manos curtidas dejaré en el algodón mi corazón.*

El cosechero - Ramón Ayala

I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a ésta, como un «estado de bienestar completo físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad». A partir de este primer concepto general sobre la salud, y a los fines de esta investigación se plantearán nuevas premisas y conceptualizaciones para poder entender la idea de “salud” como un proceso.

Así, V. Lopez Santos y A. Frias Osuna (2000) la señalan como una “variable dependiente influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud de los hombres, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción”.

Por otra parte, en el año 1974, el canadiense Marc Lalonde (1996) determinó como concepto de “salud” a la interacción y descomposición de esta definición en los siguientes componentes: Biología Humana (genética, envejecimiento), medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), estilo de vida (conductas de salud) y sistema de asistencia sanitaria.

A demás, Hernán San Martín ([1985] citado en Frías Osuna, 2000) señala que «la salud es una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social), que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido».

Entonces, si bien muchas son las definiciones e interpretaciones que existen sobre “salud”, se observa en todas ellas se destaca la idea de **adaptación** como factor común que impide alcanzar el equilibrio biopsicosocial total como plantea la OMS. Esta idea de adaptación que aparece en la teoría de Callista Roy¹, requiere un proceso dinámico en el complejo medio natural y socio-económico-cultural que nos rodea, lo que está condicionado, como ya se mencionó, por múltiples factores.

Es así como, la prematuridad se convierte en un factor de riesgo en este proceso de adaptación, lo que ha sido claramente planteado por la OMS en el año 2018, donde define que “las complicaciones de la prematuridad son la principal causa de muerte de niños menores de cinco años, convirtiéndola en un factor de riesgo para la salud de esa población”.

Por otra parte, un Recién Nacido Prematuro (RNP) es aquel que nace antes de la semana 37 de edad gestacional. Por esa condición, tiene riesgos

¹ Calista Roy: Enfermera, religiosa, teórica, profesora y autora de enfermería. Creadora del modelo de adaptación de Roy (1970). Nacida el 14 de octubre de 1939, en Los Ángeles (Estados Unidos) y estudió en la Universidad de California.

aumentados de morbilidad y mortalidad, comparándolos con niños que han nacido a término. Dentro del grupo de prematuros existe una importante diferencia en relación a la vulnerabilidad del niño, la cual está determinada por la semana de nacimiento y el peso al nacer; condición que determina el tiempo de internación que requiere en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), así como la complejidad de los tratamientos que recibe (Ministerio de Salud, 2005).

Se estima que nacen unos 15 millones de niños prematuros y un millón muere cada año y esta cifra va en aumento. Los que sobreviven pueden sufrir algún tipo de discapacidad de por vida, en particular las relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos (OMS, 2012).

El parto prematuro ocurre de manera espontánea, y se debe a un sin número de causas, que por su carácter de imprevisto e inadvertido genera un impacto emocional en los padres, lo que necesariamente produce desasosiego, temor y angustia, interfiriendo en el proceso de adaptación y afrontamiento a las nuevas circunstancias a las que se encuentran expuestos.

En este sentido, Villanova, F., Eimil, B., Cuellar Flores. I., Palacios., I. (2013) definen que "...este tipo de nacimiento genera en el entorno familiar altos niveles de angustia, especialmente en los padres, lo cual afecta al establecimiento de un vínculo afectivo adecuado para cuidar en el plano físico y psíquico del recién nacido prematuro".

Se puede decir que el embarazo y tener un hijo son una de las experiencias más significantes del ser humano, lo que genera múltiples cambios en los padres, que deben comprender y asimilar. Es allí donde comienza un camino

de expectativas, dudas y un sinfín de emociones por las que deben atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los de mayor inquietud, generándose además expectativas y proyecciones sobre el niño por nacer.

Por todo ello, la hospitalización del neonato prematuro es una de las situaciones más frecuentes en la neonatología actual y es considerada como una experiencia extremadamente estresante, ante la que ningún padre o madre se encuentra preparado, lo que implica afrontar la situación inesperada de la interrupción del vínculo madre-hijo que existía durante el embarazo (Julio, 2012).

Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de **estrés** como “las interrelaciones que se producen entre las personas y el contexto en el que están insertas”. Así el estrés se produce cuando una persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Cada persona tiene su manera determinada de afrontarlo y son muchos los factores que pueden llegar a determinar su manera de hacerlo.

Si hay estrés, también están presentes las emociones, e incluso viceversa en casos particulares, por lo que el equipo de salud que interviene acompañando la recuperación y cuidado de los neonatos internados debe ser consciente de esta realidad. (Lazarus, 2000) En ella, los padres pueden experimentar diferentes emociones como miedos, temores y angustias; dentro de un mundo desconocido y en una situación que no era la que esperaban.

Por todo ello, “el cuidado no debe estar enfocado solo en soluciones técnicas y farmacéuticas del tratamiento, sino que debe aplicarse para abarcar

las necesidades del paciente y su familia. El personal que trabaja en estas unidades, y especialmente el de enfermería, necesita estar consciente del estrés que experimentan las madres, ya que ello puede influenciar su capacidad para oír explicaciones, tomar decisiones e involucrarse con su pequeño niño” (Jofre Aravena, V. Henríquez Fierro, E., 2002).

El nacimiento prematuro o con complicaciones del neonato se convierte en un problema de salud que debe afrontarse interdisciplinariamente y en constante interacción con los padres. La vivencia de este momento nuevo e inesperado generará ineludiblemente un impacto importante de características estresantes y emocionales.

Swanson² se refiere a la enfermería como una disciplina que se basa en el conocimiento empírico, ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica, los valores y expectativas personales para brindar la paciente un cuidado holístico. Cuidado que comprende una mirada integral del paciente y su entorno, es por ello que la enfermería, en cuidados neonatales tiene como desafío cotidiano brindar a los padres del neonato un cuidado particular, que se ve significado por las acciones u omisiones que la profesión realice dentro de su desempeño profesional.

El proceso de cuidado, como proceso terapéutico, aumenta el confort y acelera la curación de los pacientes con lo cual se disminuye la estancia

² Kristen Swanson: nació el 13 de enero de 1953 en Providence, capital de Rhode Island en los Estados Unidos. Se licenció en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rhode Island en 1975. Trabajó como enfermera en el Centro Médico de la Universidad de Massachussets, en Worcester. Realizó un postgrado en «Programa de Enfermería de la Salud y de la Enfermedad de Adultos», en la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia. Doctora en Enfermería en la Universidad de Colorado en Denver, donde estudio enfermería psicosocial. Realizó la Teoría del Cuidado, basado en conocimientos en pérdida precoz del embarazo y el cuidado. Actualmente es profesora y presidenta del Departamento de Enfermería de la familia y el niño en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington.

hospitalaria y las secuelas que podrían presentarse si no se realiza un manejo integral del mismo (Swanson); es por ello que la enfermera debe configurar sus cuidados hacia los padres, en post de no influir como factor estresante y disminuir todo aquello que genere estrés en ellos.

La UCIN es un lugar que está totalmente diseñado para que el neonato reciba todos los cuidados especiales que necesita para lograr su supervivencia y recuperación. Está equipada y diseñada con las últimas tecnologías y con un conjunto de profesionales especializados. No obstante, las características ambientales y la complejidad de ésta, se convierte para los padres en un mundo ajeno, complejo, estresante y algunas veces desolador, ya que el recién nacido para su recuperación necesita estar conectado a diferentes equipos, monitores, respiradores, entre otros. Sin embargo, estos avances tecnológicos les impiden a los padres el acercamiento, expresar su amor y afectividad hacia el neonato, convirtiéndose en una situación difícil, que disminuye la capacidad de adaptación de los mismos, generando muchas veces situaciones de estrés y depresión.

La influencia que tiene el contexto ambiental de la UCIN en los padres está relacionada con los procedimientos y medios invasivos que se realizan al neonato. La influencia de la cultura y el conocimiento que tienen frente a la condición física de su hijo genera una situación nueva ante algo desconocido y particular, que conlleva situaciones de estrés. (Acosta, M. y Carera Bravo N., 2016; Cañas, 2012; Díaz, 2012).

En base a todo lo expresado, se considera que es importante conocer las percepciones que tienen los padres sobre las diversas dimensiones que le

producen estrés y el impacto que tienen en ellos. Esto permitirá mejorar acciones futuras en pos del bienestar de los padres y de sus hijos. Siendo la ciencia de la enfermería la acreedora de capacidades empáticas que puede mejorar o cambiar esta situación.

Luego de la lectura de investigaciones sobre el tema, de bibliografía pertinente y en base a la propia experiencia laboral, se considera importante realizar este estudio para dar respuestas a los siguientes interrogantes que se conformarán en las directrices de esta investigación:

¿Cuál es el nivel de estrés que presentan los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti?

¿Qué dimensiones influyen en el nivel de estrés de los padres y cuál es la percepción que tienen sobre de ellas?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres y datos de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti?

Es por esto que a través de este estudio se pretende conocer el *Nivel de estrés y la percepción de los padres sobre las dimensiones asociadas respecto a la hospitalización de sus hijos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti*, para poder tener un punto de referencia, comprender la estructura y recomendar procesos de cuidados centrado en la familia.

1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

La realización de este estudio partió de la realidad presente en el servicio de neonatología en la cual la experiencia, observación y vivencias laborales cotidianas, realizadas por el investigador del presente estudio, permitieron conocer cómo los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, experimentan diferentes emociones y estados de ánimo a raíz de la situación por la que atraviesan, predisponiéndolos a diferentes grados de estrés.

Respecto a las dimensiones más relevantes que producen estrés en los padres de los neonatos hospitalizados y a partir de la lectura de diferentes estudios, se observa que las dimensiones que mayor estrés producen en los padres, son las vinculadas al aspecto de la unidad, la apariencia del neonato, el rol de los padres y la comunicación con el personal. En este sentido, cabe mencionar el instrumento desarrollado por la Dra. Miles, M. en Estados Unidos (1987) sobre el estrés en diferentes países, incluso en la región del Mercosur y particularmente en Argentina.

Tamez (2016) señala que:

Con el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales se ha perfeccionado el cuidado especializado del recién nacido enfermo por medios de técnicas, procedimientos y equipamiento sofisticado, pero con el gran desafío de incluir a la familia como parte activa del proceso de recuperación del neonato. Apareciendo así, la problemática con relación a los aspectos psicosociales de los padres del paciente prematuro y con anomalías congénitas. (p. 104)

Partiendo de esta premisa, es oportuno considerar a esta investigación dentro de este contexto institucional, en donde el espacio y trabajo que allí se realiza se ve impregnado de matices estresores para quien, como padres y futuros actores activos de la recuperación de su hijo, necesitan ser contenidos desde un primer momento.

Un factor relevante es la separación del niño de la madre, que es llevado a un lugar desconocido y nuevo, que no estaba en la planificación de sus ideales. Inmediatamente después del parto comienza una interacción recíproca madre-hijo y existe un «periodo materno sensitivo» ([1982] Klaus y Kennel, citado en Tamez, 2016), donde se inicia el proceso de vinculación afectiva, que se ve alterado en esta separación, lo que afectará la relación a futuro del binomio madre-hijo.

Otros estudios ([2005] Lía et al, citado en Villanova y Col., 2013) sostienen que el nacimiento prematuro detiene el proceso de «anidación psicobiológica» de los padres y el recién nacido, ante la necesidad para ambos de los nueve meses de gestación, nacer antes de este periodo crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica tanto en el niño, como en la madre y el padre. Esto conlleva a generar aún más estrés en ellos, junto con la desilusión, sentimientos de incapacidad, culpa y miedo a la pérdida.

Es significativo considerar que el RNP o con alguna patología, según sus necesidades y requerimientos, será trasladado al servicio de neonatología, donde se cuenta con procedimientos, conductas y acciones preestablecidas e instauradas para su subsistencia y recuperación. Hecho pertinente a la investigación, como ya se mencionó, donde es necesario evaluar el impacto

de esto sobre los padres, mediante la percepción de ese lugar desconocido y la relación interpersonal que se da con el personal que allí trabaja, como fuente constitutiva de análisis y su respectiva implicancia en su estado psicoemocional.

El estudio de estas variantes, pueden generar, más allá del conocimiento del nivel de estrés de los padres, una revisión de las conductas ya adquiridas y establecidas por el personal del servicio. Así también conocimientos que permitan realizar futuras acciones en el ámbito de la prevención y promoción, es decir, generar ventajas de conocimiento para la planificación y prestación de servicios. Prestación que permitiría centrarse no solo en el neonato sino en la familia, brindando un cuidado holístico e integral.

Jofré y Henríquez (2002) sostienen que:

Con la mayor instrumentación y con la implementación de las UCIN se abren mayores expectativas de vida para aquellos recién nacidos de escaso peso al nacimiento. Junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería debe, desde el momento que el recién nacido se hospitaliza, intentar incorporar al niño que nace con problemas a su familia, estimulando el ingreso de los padres, promoviendo la manutención de la lactancia materna, tratando de incorporar a los padres al cuidado de su hijo, informando su evolución y estado de salud, para aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida.

(p. 32)

En este sentido se considera de suma relevancia poner a enfermería como referente de los profesionales de la salud en este contexto, ya que es la misma

que comparte casi la totalidad del tiempo junto al neonato y su familia, y donde la interacción entra ambos es profunda y continua.

El Código Deontológico de Enfermería (2012) plantea la necesidad universal de la enfermería, quien demuestra valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad, siendo sus deberes fundamentales, promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

Peplau³ ([1987] citado en Mastrapa – Gilbert Lamadrid, 2016) define a la enfermería como un proceso terapéutico de relación interpersonal, cuyo objetivo está orientado con un enfoque de relaciones humanas saludables, buscando desarrollar una personalidad creativa, constructiva y productiva en los individuos y la comunidad a través de un proceso interpersonal terapéutico.

Sifuentes Contrera et al. (2010) plantean:

En el ámbito hospitalario la comunicación juega un papel importante ya que a través de una completa y oportuna anamnesis se puede establecer una relación terapéutica (enfermero/usuario) la cual es la que indica la receptividad por parte del usuario en cuanto a la atención proporcionada, establece y mantiene relaciones de apoyo que evita que el usuario en cualquier situación determinada puede experimentar respuestas negativas, insuficientes e insatisfactorias. Dichas respuestas negativas

3 Hildegard Peplau (1 de septiembre del año 1901 – 17 de marzo de 1999), enfermera teorizadora estadounidense. Se graduó en 1931 en Pottstown (Pensilvania), precursora de la enfermería psiquiátrica. En 1997 fue galardonada con el Premio Christiane Reimann. Creadora del modelo que lleva su nombre y la Teoría Psicodinámica de la Enfermería, que se utilizan como herramienta para analizar procesos terapéuticos. El eje central de sus estudios se basó en la interacción y comunicación enfermero-persona usuaria.

pueden ser sentimientos de inquietud ante una amenaza imprecisa e inespecífica.

La comunicación, como parte del proceso terapéutico, es utilizada por los profesionales de enfermería como herramienta, que permite empatizar con los padres y lograr reconocer precozmente los factores estresantes, permitiendo un acompañamiento seguro basado en el cuidado de los mismos. A su vez, ayudaría a mejorar la participación de la familia, emancipando a los padres para futuros cuidados en el hogar y dándole herramientas que puedan fomentar el estado de bienestar psicoemocional de los mismos, capaces de reivindicar y sostener un vínculo familiar.

Basándose en estos problemas, es necesario poder contar con investigaciones científicas que sustenten con fundamentos teóricos y sólidos el accionar de los profesionales de enfermería, pudiendo convertirla en líder de cuidados integrales centrados en la familia dentro del equipo de salud. Considerando que el servicio de neonatología es un servicio cerrado, de tareas establecidas y mecanizadas, generar un aporte de este tipo generaría un impacto y relevancia social del cuidado enfermero, que ve y va más allá de las acciones asistenciales que conforman el imaginario social.

La relevancia social de este tipo de cuidado se enmarca en estar centrado en la familia. Basso (2017) considera este enfoque «como la única variable persistente y constante a lo largo de la vida del niño, por ende, la aplica como parte activa primordial en los cuidados del recién nacido en la UCIN». Es decir que no debe ser ajeno el estudio de las percepciones de los padres, cuyo

indicador marcara el rumbo de futuras intervenciones junto con la calidad de vida familiar y social del niño.

La importancia de esta investigación, para el autor, radicó en poder conocer el nivel de estrés que se genera en los padres por la interacción que tienen con el ambiente hospitalario, a través del impacto significativo y estresante que tienen por la hospitalización de su hijo, y el trato con el personal del servicio. A su vez, este estudio es enriquecedor y constructivo para el servicio y la institución, ya que permitiría hacer una revisión de su ambiente de trabajo y su práctica diaria, basado en datos objetivos brindados por los protagonistas de este proceso, la familia.

Los padres pasan a cumplir un papel fundamental y protagónico, tanto como el neonato hospitalizado. Hecho que se ve contenido en los principios éticos y legales que lo respaldan denotando la importancia de estos. El cuarto derecho del decálogo del prematuro se contempla: «los recién nacidos de parto prematuro tiene derechos a recibir **cuidados de enfermería** de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y **centrados en la familia**». El octavo y noveno derecho contemplan, respectivamente, que «la familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica» y, «el recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo» (UNICEF, 2010).

Por otro lado, bajo el aval del Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF, el Modelo de Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF) estipula una cultura

organizacional que reconoce a los padres y la familia, junto con el equipo de salud, como **protagonistas de la atención** de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. En el principio número cinco, se reconoce a las madres, hijos y familia como los **verdaderos dueños de casa**, alineado al concepto de derechos humanos.

Por todo lo expresado, se considera importante esta investigación, ya que permite conocer el nivel de estrés de los padres y la percepción de las dimensiones asociadas a la internación de su hijo hospitalizado. Obtener esta información permitirá saber en qué se puede mejorar en cuanto a aspectos vinculados a las dimensiones estresores tales como el ambiente, la apariencia y conducta del neonato, la comunicación con personal y el rol de los padres; evitando así futuras situaciones estresantes y mejorando la calidad del cuidado centrado en el neonato y la familia.

I. 3 CONTEXTO

Viedma es una ciudad 80.632 habitantes, capital de la provincia de Río Negro, se encuentra ubicada en el sector nordeste de la Patagonia argentina. Además, es cabecera del departamento Adolfo Alsina. Se sitúa al este de la provincia, en el margen derecho del tramo final de río negro, frente a la ciudad bonaerense de Carmen de Patagones y dentro de la zona productiva conocida como valle inferior de esta provincia.

El Hospital Regional Artémides Zatti es un hospital área programa de complejidad VI, lo que lo convierte en hospital cabecera y referente de la tercera zona sanitaria (zona atlántica) que está constituida por las localidades

de General Conesa, San Antonio Oeste, Las Grutas, Sierra Grande y Valcheta. Por ello, y de acuerdo a esta complejidad, recibe derivaciones de pacientes que requiere atención de diferentes especialidades o cuidados de mayor complejidad.

La OMS (2018) refiere que, en 184 países estudiados, la tasa de nacimiento prematuros oscila entre el 5 % y el 18 % de los recién nacidos. Las tasas de supervivencia son dispares entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas mueren por no haber recibido cuidados sencillos y costoeficaces. En contextos de países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos sobrevive y el uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad.

Según el informe del Ministerio de Salud (Natalidad y Mortalidad, 2018) se registraron 685.394 nacidos vivos, de los cuales el porcentaje de recién nacidos prematuros fue del 8,9 % y el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso (menos de 2500 gramos) fue del 7,4 % para todo el país.

La mortalidad neonatal (6 por 1000) duplica a la postneonatal (2,8 por 1000). El 38 % de las muertes neonatales corresponde a niños que habían registrado un peso al nacer de menos de 1000 g, siendo el 5 % las que tenían menos de 500 g. Las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas son responsables del 78,1 % de las muertes infantiles (4729 defunciones en menores de un año). Aquí, los trastornos relacionados a la duración de la gestación y el crecimiento fetal y la dificultad respiratoria del recién nacido son

las principales afecciones, que dan cuenta del 33 % (1026) y el 13 % (402), respectivamente. Las malformaciones congénitas de corazón concretan el 32 % (536).

En Río Negro, según datos estadísticos de Ministerio de Salud de la Provincia (2018) se han registrado 9.974 nacidos vivos, con una tasa bruta del 13,7 % y una tasa de mortalidad infantil neonatal del 6,1 %. En el Área Programa Zona Atlántica se registraron 1.604 nacidos vivos, con una tasa de natalidad del 13,8 % y una tasa de mortalidad infantil del 3,7 %. Donde el 5,1 % de los recién nacidos fue bajo peso al nacer (<2500 g), el 7,98 % pretérmino (<37 semanas de gestación), el 91,1 % de término (37 a 41 semanas) y el 0,75 % postérmino.

El servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti atiende a neonatos prematuros a partir de las 32 semanas de gestación, siendo indistinta la atención a menores de esta edad gestacional que nacen en la localidad y no requieran asistencia de mayor complejidad, caso en el que son derivados a la ciudad de General Roca. Entre las patologías y necesidades más comunes que se atienden son Síndrome de Distrés Respiratorio, Hipoglucemias, Retardos de Crecimiento Intrauterinos, Hiperbilirubinemias, entre otras.

La unidad cuenta con 9 camas disponibles y distribuidas en 3 box separados para cuidados intensivos (3), intermedios (2) y mínimos (4). Cuenta con office de enfermería, área limpia, área sucia, cocina de leche, lactario y baño del personal.

El plantel de profesionales está compuesto por enfermería (12) y médicos (5) quienes trabajan en conjunto con el servicio de rehabilitación para la atención temprana del neonato y la familia, brindando las especialidades de Fisiatría, Kinesiología, Terapia Ocupacional y Psicología.

La cantidad de ingresos anuales varía y va en disminución en los últimos tres años, 2017 (175), 2018 (153) y 2019 (145), de ellos el 10 % corresponde a prematuros. El promedio de pacientes mensuales es de 10 pacientes (2018): 11 pacientes (2019) y 8 pacientes (2020). Siendo el promedio general de los últimos tres años de 9 pacientes por mes. Cabe mencionar que, en el último semestre del 2020, el de menor cantidad de ingresos.

Como se puede visualizar, los datos estadísticos hasta aquí mencionados, no hacen referencia en ningún momento a información específica respecto al tema de estudio de esta investigación. Sólo se conoce la percepción del personal de enfermería sobre este tema del estrés en los padres, en particular a partir de las reflexiones en las reuniones del servicio y conversaciones entre profesionales. Por lo que esta situación demuestra la relevancia en la necesidad de realizar un estudio sobre este tema. Ya que trabajar sobre el estrés de los padres desde los cuidados de enfermería, colaborará seguramente en la mejora de las estadísticas hospitalarias, indicadores sanitarios y tiempos de estada del prematuro.

La presencia de los padres en el servicio es continua para las madres, siendo más restringida para los padres que aún son tomados como visita. En el contexto de la pandemia de la COVID19 por la cual estamos atravesando, se ha restringido aún más el ingreso de los mismos, hasta el punto de

suspender su ingreso, dato relevante para la medición de estrés en los mismos. Las madres tienen un apartamento en común a pocos metros de la unidad donde transcurre la estadía de su hijo en el servicio.

Finalmente se hace necesario aclarar que el plan de tesis que deriva en la presente investigación, fue elaborado en una etapa en la que se desconocía la posibilidad de una pandemia. Esta información es necesaria que sea tenida en cuenta a la hora de valorar los resultados, ya que finalmente la recolección de los datos, luego del correspondiente dictamen de la comisión de tesis, se recogieron en un contexto de plena pandemia.

Por tanto, es posible que los resultados se encuentren atravesados por esta variable, que concretamente no había sido prevista en el plan, y por tanto, no pudo ser tenida en cuenta a la hora de ser interpretados y analizados los datos.

1.4 OBJETIVOS

1.4 A) Objetivo General:

Conocer el Nivel de estrés y la percepción de los padres sobre las dimensiones asociadas respecto a la hospitalización de sus hijos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma –Río Negro, en el periodo septiembre – octubre del 2020.

I.4 B) Objetivos Específicos:

- Conocer y vincular los datos sociodemográficos de los padres con el nivel de estrés general percibido por los padres ante la hospitalización de sus hijos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre del 2020.
- Conocer y vincular los datos de los neonatos con el nivel de estrés general percibido por los padres ante la hospitalización de sus hijos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre del 2020.
- Identificar el nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados según las dimensiones estresoras relacionadas con el aspecto y sonidos de la unidad, apariencia y conducta del neonato, relación con el neonato y rol de los padres y comunicación con el personal en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre del 2020.

CAPÍTULO II: PERSPECTIVA TEÓRICA

II. 1 ESTADO DEL ARTE

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de internet, utilizando fuentes secundarias de revistas electrónicas como Enfermería Global, Scielo, Medline y Google Académico tomando como descriptores las palabras *Estrés*, *Estrés de los padres*, *Enfermería*, UCIN de las cuales se leyeron y seleccionaron investigaciones que tenían mayor relación con la temática en cuestión: Estrés de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, tomándose como prioritarias las más recientes y de la región. Estas fuentes se analizaron mediante un resumen sobre las líneas de investigación, metodologías utilizadas y resultados. Se presentan desde las más simples hasta las más complejas, en cuanto a muestra y tiempo.

- **Freglia, S. Franconeri, S. Lunaz, L. Rivero, L. Sastre, C. (2011).**
Factores que contribuyen al estrés de los padres de los Recién Nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal en un Hospital Universitario. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica. Montevideo. Concepción del Uruguay.

Realizaron una investigación con el objetivo de conocer cuáles son los factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros hospitalizados. La metodología utilizada es cuantitativa, descriptiva, prospectiva y transversal; con una muestra de 14 padres de recién nacidos internados en la UCIN de un Hospital Universitario de Montevideo,

Concepción del Uruguay. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas estructuradas y con una pregunta abierta. Como resultado se obtuvo que los factores estresantes extrapersonales del ambiente fueron: los procedimientos invasivos (punciones y aspiraciones), tener una máquina respirando por sus bebés, la presencia de otros bebés, tubos y equipamientos que tenía su bebé estaban cerca de él, que sus bebés se alimentaran por vía intravenosa o sonda orogástrica y la presencia de agujas y tubos. En cuanto a los factores estresantes interpersonales del ambiente se encuentra no poder alimentar a su bebé, no se siente capaz de protegerlo del dolor y procedimientos dolorosos; médicos y enfermeros utilizan palabras que no entienden; (conflictivas) acerca de la condición de sus bebés y el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca. En general, el 71 % los padres encuestados refirieron que la experiencia en la UCIN fue de extremo estrés. Esta investigación realiza aportes sencillos y concretos sobre los factores estresantes en un periodo de tiempo reducido (un mes), lo cual permite obtener de forma sencilla y clara de metodología de presentación, interpretación y análisis de datos.

- **Palacio Diaz, M. I. (2012). *Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología*. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la presencia de estrés en los padres con hijos hospitalizados en la UCIN del Hospital Materno Infantil de la Ciudad de San Luís durante el tercer trimestre del 2011. Se tomó como población a los padres con hijos hospitalizados en el

mes de julio de este año. Utilizaron como técnica de recolección de datos la entrevista estructurada. El instrumento estuvo dividido en datos de identificación socio-demográficos de los padres y la Escala para el diagnóstico y Medición del Estrés en los padres de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, elaborada por M. S. Miles (Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, 1992); que evalúa cuatro factores (luz y sonido, apariencia del bebé, comunicación con el equipo de salud e interacción con él bebé) que reflejan las percepciones parenterales acerca del ambiente físico y psicosocial de la UCIN. Los resultados fueron que el 63 % de los padres presentaron un estrés moderado en cuanto a la manera de percibir el ambiente físico y tecnológico; según el cuidado y tratamiento un 58 % indicó un alto nivel de estrés; de acuerdo a la comunicación con el personal de salud el 52 % de los encuestados refirió un moderado nivel de estrés; con respecto a la interacción con sus hijos el nivel de estrés fue del 61 %. En la medición del estrés general, el 68 % de los encuestados expresó un alto nivel de estrés. Se concluye que el proceso de hospitalización del bebé siempre será un evento traumático para sus padres, sin embargo, el personal de salud podría modificar sus estrategias para ayudar a afrontar esta situación.

- **Campos Arzapalo, L. D. (2017). *Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del hospital José Arguto Tello de Chosica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.***

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con método descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de estrés en las madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital José

Agurto Tello de Chosica. Se trabajó con una población de 30 madres utilizando como técnica la entrevista y como instrumento la escala de estrés maternal modificada, elaborada por Viviane Eugenia, Jofré Aravena, Elena Henríquez Fierro en 1991, en base a la escala de las autoras C. Margaret, M. Miles (USA 1987) denominada Escala del Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Obtuvo como resultado que el 70 % (21) de las madres (30) tiene un nivel de estrés medio, 17 % (5) alto, y 13 % (4) bajo. Concluyendo que la mayoría de las madres tiene un nivel de estrés medio a bajo referido al ambiente de la UCIN a la presencia de los ruidos repentinos de las alarmas, de los bebés enfermos en la unidad y un mínimo porcentaje alto, por la prohibición de las visitas; en el aspecto del bebé porque esa siendo alimentado por una línea o tubo, y el tamaño pequeño o bajo peso del bebé; seguido por un mínimo porcentaje alto debido a la presencia de aparatos, tubos y agujas; en el rol de la madre la mayoría siente que el personal está más cerca que ella y sentirse incapaz de proteger al bebé del dolor; y un mínimo porcentaje alto porque tiene miedo de tocar y coger al niño; mientras que en la comunicación del personal la mayoría le dice versiones diferentes sobre la condición del bebé y un mínimo porcentaje alto porque no le permiten permanecer en el hospital.

- **Gil Montilla, S. L. (2016). *Nivel de Estrés de las madres de los Recién Nacidos hospitalizados y los factores que se relacionan con él.* Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Macaray. República Bolivariana de Venezuela.**

Se realizó una investigación de campo con diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo. Como instrumento se utilizó la Escala de

Estrés Maternal (EEM) de Jofre Aravena (1999), método de autoejecución, conformada por datos de cuatro subescalas que miden el nivel de estrés de las madres frente: al ambiente de la UCIN, aspecto de RN, rol de la madre y comunicación con el personal y un cuestionario de antecedentes sociodemográficos. La población estuvo compuesta por 118 madres de recién nacidos que han sido hospitalizados en el Servicio de Neonatología, especialmente en el área de terapia intensiva en el periodo de julio – septiembre 2016. Los resultados marcan que se evidencia un nivel de estrés extremo cuando el recién nacido estaba hospitalizado y su respiración se detiene, cuando está conectado a un respirador, verle tubos puestos, su apariencia débil y cuando presente un tubo en el tórax.

- **Palma, E. Von Wussow K, F. Morales B, I. Cifuentes R, J. Ambiado T, S. (2016). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista Chilena de Pediatría. Sociedad Chilena de Pediatría. Santiago, Chile.***

Realizaron un estudio descriptivo y transversal entre diciembre del 2013 y mayo de 2014 con el objetivo de conocer el nivel de estrés de padres de recién nacidos (RN) hospitalizados en una UPCN nivel II y su asociación con variables clínicas y sociodemográficas. El muestreo no fue probabilístico y se incluyó a 43 padres y 57 madres de 59 RN ingresados a la UPCN que tuvieran al momento de la entrevista una hospitalización mayor a 7 días y menor a 21 días y que al menos hayan visitado al RN en tres oportunidades. Los instrumentos: 1) Cuestionario para datos que no pudieron obtener de la historia clínica; 2) Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales (PSS:NICU – Miles & Funís, 1987) compuesta de 41 ítems que se agrupan en 4 subescalas, que mide la percepción de los padres acerca de los estresores provenientes del ambiente físico («visitas y sonidos», «aspectos y comportamiento del RN») y psicológico de las UCiN («relación con el bebé y rol parental», «relación con el personal»). Como resultado: el estrés parental promedio fue de 2,87 +/- 0,69. La subescala que obtuvo puntajes más altos fue «relación con el bebé y rol parental» y el nivel general de estrés fue de 3,59 +/- 1,07. Se concluyó que los niveles de estrés no presentan diferencias de género y no guardan relación con las variables clínicas estudiadas; y que el apoyo y educación que se entrega a los padres de RN para hacer frente al estrés de la hospitalización, así como las practicas que promueven el vínculo entre los padres y el RN, debe ser entregado a todos los padres, independientemente si es padre o madre, de los antecedentes de embarazo y parto, del diagnóstico de RN o de su gravedad. Los profesionales de salud que trabajan en la UPCN pueden diseñar intervenciones que tengan como objetivo el estrés.

- **Gonzales Escobar, D. Basllesteros Celis, N. Serrano Reaatiga, M. (julio de 2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado* 1(9), pp. 43-53.**

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal donde se tiene por objetivo identificar los determinantes estresores presentes en las madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica San José e Institución Protectora de Salud (IPS).

Presentó una muestra de 145 madres de neonatos pretérminos entre los meses de febrero y mayo de 2011; como instrumento de recolección de datos se usó la Escala de estrés en los padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (EPP:UCIN), elaborada y validada en North Carolina, Estados Unidos por la Dra. Margareth Miles (1993). Resultados: la hospitalización de los neonatos pretérminos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal es considerada por las madres como muy o extremadamente estresante en un 89 %. Entre los factores más estresantes están la presencia de los monitores y aparatos cerca del bebé y sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos y la afectación del rol materno. Se llegó a la conclusión que la hospitalización del neonato es para las madres una situación muy o extremadamente estresante, ante la cual ningún padre o madre se encuentra preparado, como consecuencia la interrupción del rol o vínculo madre-hijo que existía durante el embarazo. Existe un pensamiento positivo hacia la relación con el personal que se desempeña en la UCIN.

- **Wornald, F y Col. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Argentina, Chile, Perú y Paraguay. *Arch Argent Pediatr* 113(4), pp. 303-309.**

Se realizó un estudio observacional, multicéntrico internacional y transversal en unidades de neonatología pertenecientes a la Red Neocosur, que reúne 24 UCIN de seis países de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay). El objetivo fue determinar el estrés de padres de recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) hospitalizados en

12 unidades de cuidados intensivos neonatales en una red neonatal sudamericana, identificar los factores asociados y comparar el nivel de estrés parental en centros públicos vs. privados. La población estuvo compuesta de madres/padres de RNMBPN (de 500 a 1500 g). Como instrumento se utilizó la Escala de Estrés Parental (Miles) en una escala de 1 (bajo estrés) a 5 (alto estrés) que determina la autopercepción de estrés de los padres, asociado a tener un hijo hospitalizado en la UCIN. Es autoadministrada y consta de 34 ítems dividido en tres subescalas: visitas y sonidos del ambiente de la UCIN; el aspecto y comportamiento del RN; y la alteración del rol parental. Las características sociodemográficas de las madres/padres y de los neonatos fueron recolectadas y asociadas a los niveles de estrés parental. Los resultados fueron: participaron 273 padres/madres de un total de 218 RNMBPN. La encuesta fue aplicada en el 5,9 +/- 2,0 días de vida del recién nacido. El estrés parental total promedio fue de 3,1 +/- 0,8, la subescala rol parental fue aquella que puntuó más alto (3,6) seguida por el aspecto y comportamiento del RN y las visitas y sonidos de la UCIN. Tener un menor nivel educacional, estar desempleado, ser ama de casa, no haber tomado al recién nacido en brazos y el requerimiento de apoyo ventilatorio se asociaron a mayor estrés parental. El estrés fue mayor en madres que en padres y en centro públicos que en privados.

Conclusiones: en padres de RNMBPN se encontró un estrés inicial moderado. El factor más relevante fue la alteración en su rol parental. El estrés parental fue mayor en madres y en los centros públicos. Este estudio apunta a generar una mayor una mayor sensibilización, investigación e intervención en esta área, poniendo mayor atención en los aspectos psicosociales de los

padres de prematuros hospitalizados en la UCIN. Refuerza la importancia de contar con maternidades centradas en la familia y un mayor involucramiento de profesionales del área de la psicología como parte de equipo de salud.

- **Reinaga Ornelas, Luxada (1996). *Estrés de padres de la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Tesis de Grado. Universidad de Nueva León. Monterrey, Nueva León, México.**

Se realizó un estudio de metodología de tipo descriptivo, correlacional y transversal con la finalidad de conocer los factores del ambiente de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), que actúan como estresores para los padres. La muestra estuvo compuesta por 94 padres de ambos sexos de edades entre los 15 y 49 años de neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos de cuatro hospitales de tercer nivel ubicados en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. Se utilizó como método de recolección de datos la Escala de Estresores de Padres de Cuidados Intensivos Neonatales (EEP:UCIN) utilizada por M. Miles (1993) calificado por una escala de Likert de cuatro niveles, desde no estresante hasta extremadamente estresante. Se exploraron tipos de estresores extrapersonales: aspecto y sonido de la unidad y apariencia y conducta del niño, los padres los calificaron como moderadamente estresante ($M=2.95$ y $M=3.14$); y de los estresores intrapersonales la relación y rol de los padres resultó con los niveles más altos de estrés ($M=3.7$). Las subescalas de comunicación y relaciones con el personal ($p<0.022$, en métrica 1; $p<0.01$, en métrica 2) y la subescala de apariencia y conducta del niño ($p=0.007$, en métrica 2). En general, la experiencia de tener en un hijo en una UCIN fue para los padres muy estresante

y se sugiere que la enfermera debe participar en la modificación de políticas para considerar a la UCIN como fuente potencial de estrés para los padres. El autor selecciona esta investigación ya que esta considera la dimensión relación de los padres con el personal de salud, la cual no es tenida en cuenta en todos los test sobre el estrés de los padres, pero que para su estudio la considera como un aporte sustancial a la realidad presente. Cabe mencionar que dicha investigación ha sido una de las más citadas en las demás investigaciones, por eso su elección.

II. 2 MARCO TEÓRICO

Se ha considerado sustentar esta investigación bajo las bases teóricas y fundamentos científicos que den referencia al estrés, el estrés de los padres en el servicio de neonatología y la profesión de enfermería que enmarca su acción en la teoría de los cuidados de Swanson.

Para comprender al estrés debemos remitirlo a la etiología de la palabra la cual viene de la palabra griega *stringere*, y significa «provocar tensión». Si recurrimos al campo de la física la palabra **stress** hace referencia a la fatiga de la materia, es decir, a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro. La Real Academia la define como «tensión provocada por situaciones que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves».

El doctor Hans Selye, es considerado del padre en el estudio del estrés (1935) lo definió como «la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores». Estímulos estresantes que si persisten dan lugar a lo que

denominó Síndrome General de Adaptación (SGA), que es la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continua a una reacción sistemática del estrés. Síndrome que se caracteriza en su desarrollo por tres fases consecutivas:

- Reacción de alarma: cuando el cuerpo detecta el estresor.
- Estadio de resistencia: el cuerpo reacciona ante el estresor.
- Fase de agotamiento: por su duración o intensidad empieza a agotarse las defensas del cuerpo.

Se considera estresores a las circunstancias, situaciones imprevistas o contrariedades, condiciones personales y/o profesionales, entre otras, que nos sobrevienen en la vida, y que percibimos consciente e inconscientemente como una amenaza, dificultad, etc. En definitiva, todo aquello que vivimos como algo negativo.

El estrés es una reacción fisiológica del organismo ante una situación que se percibe como amenazante o con una excesiva demanda. Por tanto, podemos decir que depende, por un lado, de las demandas del medio (tanto externo como interno), y por otro de la persona.

Junto al concepto de estrés biológico, definido como Selye, otros autores como Richard S. Lazarus y Folkman (1986) comienzan a plantear la idea de un estrés psicológico, desde donde surge la teoría del afrontamiento al estrés. Galán Rodríguez y Perona Parcelan (2001) citan la conceptualización del **Afrontamiento** de estos autores, al que definen como:

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164)

Los puntos fundamentales que configuran esta definición son los siguientes:

1. El afrontamiento es un proceso, implica un cambio continuo y es específico para cada situación, de ahí que no deba ser considerado como un rasgo.
2. La demanda de esfuerzo lleva a excluir las conductas automáticas o los estilos cognitivos.
3. El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, no por los resultados; por tanto, no debe confundirse con el dominio de la situación o con la obtención de logros.
4. El afrontamiento es un proceso multidimensional en cuanto que las personas tienden a utilizar una gran variedad de estrategias.

El carácter social de este modelo se basa en relación e interacción de los sujetos en su medio. La valoración del sufrimiento como resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas de su entorno. Además, la percepción de los esfuerzos de ajuste, tanto en la modificación de las condiciones del medio, como de su evaluación de sí mismo y su vivencia de la realidad.

Desde esta teoría, basada en la interacción, el **estrés** es considerado como el conjunto de interacciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona como algo que *grava* o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

La idea central de esta perspectiva medicional cognitiva es la **evaluación cognitiva**, que es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. Se distinguen tres tipos de evaluación.

- **Evaluación primaria:** se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a 4 modalidades de evaluación:
 1. Amenaza: anticipación de un daño que, aunque aún no se ha producido, su ocurrencia es inminente.
 2. Daño-perdida: daño psicológico que ya se ha producido (pérdida irreparable).
 3. Desafío: valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza. Resulta de demandas difíciles.
 4. Beneficio: este tipo de valoración no induce reacciones de estrés.
- **La evaluación secundaria:** se refiere a la valoración de los recursos para afrontar la situación. Esta valoración determinara que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Los recursos de afrontamiento incluyen las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social y lo recursos materiales.

- La **evaluación cognitiva** es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue a no producir estrés en el sujeto. Se considera a la persona como algo activo, interactuando con el medio. El modelo de Lazarus es un modelo relacional, procesual: el estrés es un proceso interaccional.

Estrés Psicológico

Lazarus (2000) plantea que el estrés psicológico depende no solo de las características de personalidad sino también dependen de una tipo particular de relación persona-medio. Desde principios del siglo xx, se relacionó al estrés con las guerras, los soldados eran los únicos que estaban sometido a éste. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo, se ha convertido en competencia de cualquier persona. Es un problema tanto de tiempos de paz como en tiempos de guerra. El estrés se produce tanto en el puesto de trabajo, en el hogar y en la escuela, en cualquier lugar donde las personas trabajen en equipo o tengan relaciones estrechas como, por ejemplo, con los compañeros de trabajo, miembros de la familia, amantes, amigos, estudiantes y profesores.

El estrés psicológico se basa en el constructo de la valoración, es decir, el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa (valora) las transiciones del entorno.

Estrés y estructura social

La estructura social se relaciona con el modo en que se organiza una sociedad, por ejemplo, en las clases sociales, edad y género y el modo de participación objetiva o subjetiva de estos subgrupos influye sobre los principales aspectos de la cultura.

El vínculo entre la estructura social y la cultura con el estrés es que ciertas condiciones, como el cambio sociocultural, la inmigración, la guerra, el racismo, los desastres naturales y las crisis sociales, como las depresiones económicas, desempleo, la pobreza, el aislamiento social, la privación y la anarquía social alimentan reacciones de estrés en las personas individuales y en grupos sociales, dependiendo de sus respectivas posiciones en la sociedad. Como se ha señalado previamente, estas fuentes de malestar en la sociedad a menudo son denominadas por los sociólogos como tensiones sociales, el cual producen estrés psicológico en los individuos y colectividades o grupos (Smelser, 1963, p. 50).

Si consideramos al estrés como un estímulo ambiental, debemos considerar que tipo de suceso coincide con esta definición. Es preciso comenzar con un enfoque de estímulos, continuar con un enfoque de respuesta para luego combinarlas para configurar una única definición.

Enfoque de estímulos

La escala de valoración de Reajuste Social de Holmes y Rabe (1967) fue una de las primeras escalas modernas para medir el estrés. El enfoque fue

diseñado para identificar los cambios vitales comunes (sucesos vitales) sobre la base de cantidad de esfuerzo presumiblemente necesario para manejarlos.

La idea de algún suceso ambiental, es decir un estímulo, que provoque las relaciones de estrés y la necesidad de manejarlas, es un modo natural y atractivo para pensar el estrés psicológico. Nos gusta explicar nuestras reacciones emocionales disruptivas refiriéndonos a la pérdida de un puesto de trabajo, a la suspensión de un examen importante, haber sido insultados o dañados por alguien y ofendidos, etc.

Los cambios en la propia vida, especialmente las derrotas y las pérdidas, son estresores psicológicos para la mayoría de las personas e ilustran una definición de estímulo.

Holmes y Rahe pidieron una muestra de diversos tipos de personas de diferentes países que valoraran el grado de reajuste que requerían diversos acontecimientos vitales. Los resultados configuraron la escala de valoración. El suceso altamente valorado fue la muerte de un cónyuge, seguido por el divorcio, la separación, condena judicial, muerte de un familiar cercano, enfermedad o dolencia personal, matrimonio y despido laboral entre otras.

Se supo que una puntuación alta, que podría resultar de múltiples cambios vitales importantes o de la suma de acontecimientos que conllevan demandas adaptativas moderadas, predisponía a las personas a la enfermedad entre 6 meses y un año después aproximadamente.

Enfoque de respuestas

En contraste con el enfoque de estímulos, el estrés se define frecuentemente como la reacción problemática a los estímulos estresantes, que constituye la definición de respuesta al estrés. Decimos que nos sentimos presionados, dolidos o amenazados, o que nos sentimos trastornados, angustiados, deprimidos, airados, ansiosos, tristes, etc., esto sería el estrés en términos de respuesta emocional, como lo ha explicado Selye en el SAG.

El estímulo estresante se define fundamentalmente por el hecho de existir la respuesta de estrés, y la respuesta de estrés se define a su vez mediante la referencia al estímulo que presumiblemente lo provoco en primer lugar. Lo que hace que un estímulo sea estresante depende en cierto grado de las características de la persona expuesta al él, esto nos conduce a las siempre presentes respuestas individuales. Se requiere tanto la condición de un estímulo estresante como de una persona vulnerable para generar la reacción de estrés.

Diferencias individuales

El grado y tipo de respuestas de estrés, incluso ante condiciones muy estresantes, puede variar de una persona a otra, y estas variables deben ser comprendidas.

La existencia de diferencias individuales sustanciales significa que un solo estímulo es insuficiente para definir el estrés, por que formula la cuestión de que es lo que hace que un estímulo sea estresante. Por ello, es necesario

identificar las características que hacen a algunas personas vulnerables al estímulo como estresor, y a otras no vulnerables.

Abundan las pruebas sobre las diferencias individuales en respuesta a los denominados estresores. Lazarus y Erickson (1952) hallaron pruebas en un experimento en el que la amenaza de fracaso provocaba un aumento visible en la variabilidad frente a un aumento medio o una reducción de la actuación. En efecto, tras el fracaso algunos sujetos experimentales presentaron una ejecución mucho mejor mientras que otros mostraron una ejecución mucho peor. Era como si la condición de estrés afectara a las personas favoreciendo la ejecución de unos y reduciendo la de otros.

No pueden predecirse las reacciones bajo condiciones estresantes sin referirse a los rasgos personales y a los procesos que explican las diferencias individuales en el modo en que responden las personas a los denominados estímulos estresantes (Lazarus, Deese y Ossler, 1952).

El significado psicológico que elabora una persona sobre un suceso ambiental es una causa próxima de la reacción de estrés y de las emociones que produce, que pueden ser contrastadas con una causa distal. La dimensión proximal-distal se refiere al ordenamiento de varios sucesos de acuerdo con su relevancia personal o cercanía psicológica, es decir el significado que el suceso tiene para esa persona (Jessor, 1981). El significado personal de lo que está sucediendo constituye la causa proximal de la reacción de estrés. El término distal, por lo contrario, se aplica a las grandes categorías sociales, como la clase y el género. Implica, literal y figuradamente, que está alejado de la persona o, más correctamente, de las preocupaciones de la persona.

Una categoría social amplia, como la clase social o el género, no nos permite decir cómo experimentará lo sucedido una persona que pertenezca a dicha categoría. Las mujeres no reaccionan idénticamente, entre sí, como tampoco lo hacen los hombres, y lo mismo podría decirse de las personas de la misma edad. Tales categorías son excesivamente globales para predecir la presencia de valores, metas y creencias. Debemos saber más para conocer el modo en que la persona piensa, siente, actúa y reacciona. Los estímulos estresantes, como los sucesos vitales y los desastres naturales o provocados por el hombre son distales por la misma razón. Las personas reaccionan diferentemente ante ellos.

Nuestras vidas cotidianas están repletas de experiencias que son estresantes, pero sin ser cambios vitales importantes, tal como lo subrayaban Holmes y Rabe. En la investigación del Proyecto de Berkeley sobre Estrés y manejo, se refiere a estas condiciones como molestias cotidianas (Lazarus, 1984), las aparentemente pequeñas dificultades que irritan y molestan a las personas. Estas situaciones son estresantes y a veces se escapan de las manos. Cuando una persona valora una dificultad como algo que ya ocurrió, dicha persona interpreta el suceso como algo con significado estresante. Por lo tanto, lo que sucedió es una causa de proximal de estrés en virtud de su relevancia reconocida para los valores, metas, intenciones situacionales y creencias de dicha persona.

Las características de personalidad influyen sobre las cosas ante las cuales, las personas pueden ser vulnerables, y están basadas en características de personalidad, especialmente las relacionadas con los recursos, las que ayudan a las personas a resistir a los efectos perjudiciales

del estrés. Entre dichas características influyen, el sentido de auto-eficacia (Bendura, 1977, 1997), la habilidad para pensar en términos constructivos (Epstein y Meier, 1989), la resistencia (Maddi y Kobasa, 1984; Orr y Westeman, 1990), la esperanza (Snyder et al., 1991), los recursos aprendidos (Rosenbaum, 1990), el optimismo (Scheier y Caver, 1987) y el sentido de coherencia (Antonovsky, 1987).

Es precisa contemplar el enfoque relacional, aquel que considere a la persona, ya que el estrés no solo depende de la condición ambiental, sino también de lo que hace que una persona sea vulnerable al mismo. Se necesita un enfoque relacional y otro distinto que permita ver lo que está sucediendo a través de los ojos de la persona para manejar con efectividad las diferencias individuales en el proceso de estrés.

Enfoque relacional

Una perspectiva relacional proporciona una segunda o tercera alternativa, a las definiciones de estímulo y respuesta y al dilema de las diferencias individuales, dependiendo de que conozcamos del estímulo y la respuesta, o los combinemos en la psicología del S-R (estímulo-respuesta).

Un buen modo de contemplar las relaciones estresantes persona-medio, consiste en examinar el relativo equilibrio de las fuerzas, entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos de la persona para manejarlas. Un balancín podría ser una buena analogía, con la carga ambiental en uno de los extremos del punto de equilibrio y los recursos de la persona en el otro. Si la

carga ambiental excede sustancialmente a los recursos de la persona, se produce una relación estresante.

En el estrés psicológico, la comparación se produce entre el poder de las demandas ambientales para dañar, amenazar o retar y los recursos psicológicos de la persona para manejar estas demandas, en efecto, dependiendo de la vulnerabilidad personal o resistencia a sus consecuencias estresantes.

Si los recursos de la persona son mayores o equivalentes o exceden a las demandas, nos enfrentamos a una situación carente de estrés. Sin embargo, en este caso se puede producir una inesperada base de estrés, a saber, la falta de implicación y, por tanto, el aburrimiento o tedio.

La ansiedad, una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para mejorar el mundo con efectividad.

Si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos, ya no hablamos de estrés sino de trauma. La persona se siente indefensa para manejar las demandas a las que está expuesta, y esto puede provocar sentimientos de pánico, desesperanza y depresión.

Esta analogía del balancín no debe asociarse literalmente al estrés psicológico, ya que es útil en el sentido didáctico, pero puede conducir a un error si se aplican al estrés físico, fisiológico o psicológico. En el contraste de los procesos fisiológicos automáticos, como la homeostasis, y las condiciones de estrés en las que una mente evaluadora debe interpretar lo que está sucediendo sobre la base de los valores, metas y las creencias personales.

Debe contemplarse un enfoque subjetivo, basado en los procesos de valoración de la importancia de lo que sucede desde el propio punto de vista de la persona. Cuando la relación persona-medio se combina con los procesos subjetivos de la valoración, hablamos del significativo relacional que se centra en la importancia personal de dicha relación.

El dogma básico del enfoque relacional es que el estrés y la emoción expresan un tipo particular de relación entre la persona y el medio. Para que una relación sea estresante, deben darse ciertas condiciones. La persona debe desear algo del medio, en efecto, quiere evitar ciertos resultados aversivos, o lograr ciertos resultados que congenien con la gratificación de metas o expectativas importantes. Estos son significados relacionales sobre los que se basa el estrés psicológico.

Una persona se halla estresada solo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o corrompe expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está, en parte, vinculado con el grado de intensidad de este compromiso y, parcialmente, con las creencias y las experiencias que crean, que pueden ser relacionadas o violadas. Un enfoque relacional contempla las características ambientales y personales, y su importancia relativa; el significado relacional nos aporta la otra parte necesaria del proceso del estrés, basado en las valoraciones subjetivas de la importancia de lo que está sucediendo.

Cuatro principales variables ambientales que influyen sobre el estrés y la emoción –las demandas, las limitaciones, las oportunidades y la cultura– y las

variables personales que interactúan con ellas, lo que influye sobre nuestras reacciones a través del proceso de valoración.

✓ Variables ambientales

--**Demandas:** consisten en precisiones explícitas o implícitas del medio social para actuar en cierto modo y mostrar actitudes socialmente correctas. Existen múltiples demandas para acomodarse a las convenciones sociales, para hacer lo que requiere el trabajo, para sobresalir, para amar y ser amado, para ser cortés y amable, para ser respetado y admirado, para preocuparse de los hijos, para interesarse por el bienestar de nuestras familias, para comportarse con coherencia e integridad, etc. Muchas de estas demandas se internalizan posteriormente, en consecuencia, suele ser difícil determinar si la presión primaria es externa o interna.

Estas demandas ambientales, y los conflictos que se crean con nuestras metas y creencias internas, se encuentran entre las fuentes más obvias del estrés psicológico. El modo de manejar estas demandas y conflictos, y las emociones activadas por esta lucha, influyen sobre nuestra moral, funcionamiento social y bienestar físico.

--**Limitaciones:** estas definen lo que una persona no debería hacer, suelen ir seguidas por el castigo si son violadas. Entre las limitaciones sociales más interesantes se encuentran esas que facilitan o interfieren en el proceso de manejo. Si manejamos el estrés de un modo que viola las normas sociales, digamos, de la comunidad o de la compañía para la que trabajamos, necesitamos censurar ciertas acciones incluso aunque de otro modo pueden a ser personalmente útiles. Que las limitaciones generen un conflicto depende

de la combinación entre las necesidades del individuo y los valores de la institución. Un ejemplo es cuando una persona cuyo trabajo conlleva estrés por sobrecarga de trabajo, lo que también puede interferir con sus responsabilidades familiares, aumentando así su nivel general de estrés.

--**Oportunidad:** Es la tercera variable ambiental que influye sobre el proceso de valoración. Se deriva de la temporalización afortunada pero también depende de la sabiduría para reconocer la oportunidad. Algunas veces podemos facilitar la aparición o uso de una oportunidad mediante la actividad preparatoria. Seleccionamos el entorno social más oportuno para vivir y trabajar, o desarrollamos las habilidades y conocimientos necesarios buscando dicha educación en los sujetos relevantes. Se debe tener presente el poder del análisis relacional porque se centra en la persona y en el medio como componentes esenciales para la previsión de un resultado favorable.

--**Cultura:** Las personas de una cultura no tienen las mismas creencias, metas y formas básicas de manejo. Como son más heterogéneas que homogéneas, se pueden identificar grupos discretos que comparten perspectivas a su tendencia a reaccionar antes las transacciones sociales con esta u otra emoción o a seleccionar estrategias de manejo particulares. Pertenecemos y mantenemos relaciones sociales con numerosos grupos, lo que complica nuestro modo de manejar las demandas, limitaciones y oportunidades sociales y reconciliarlas con nuestras metas y creencias personales. Se propone así la idea de la universalidad biológica y la variabilidad sociocultural en la activación y regulación de las emociones.

En cualquier caso, los cuatro factores ambientales que se han mencionado, las demandas, las limitaciones, las oportunidades y la cultura, en combinación con las variables personales, operan conjuntamente como potenciales influencias importantes sobre la valoración de daño/perdida, amenaza, reto el proceso de manejo y las emociones que derivan de ellas.

✓ Variables personales

Existen tres tipos de variables personales que son especialmente importantes para modelar la valoración: los objetos y la jerarquía de objetivos, las creencias sobre el *self* y el mundo y los recursos personales que aporta el individuo a las transacciones con el medio.

--**Objetivos y Jerarquías de Objetivos:** Sin un objetivo en el punto de mira, no hay posibilidad de que exista estrés o emoción. Las emociones son el resultado del modo en que valoramos o evaluamos el destino de los propios objetivos en las transacciones adaptativas y en la vida en general. Las emociones estresantes o de tono negativo se producen por la demora o imposibilidad de alcanzar un objetivo. Cuando en una transacción hay implicados más de un objetivo, se puede generar una complicación porque, algunos de ellos pueden ser contrapuestos. Por ello, es importante jerarquizar los objetivos de la persona en la vida emocional.

--**Creencias sobre el Self y sobre el Mundo:** estas creencias se relacionan con el modo en que nos concebimos a nosotros mismos y el lugar que ocupamos en el medio.

--**Recursos personales:** las variables personales influyen sobre lo que somos capaces o incapaces de hacer mientras buscamos la gratificación de

las necesidades, el logro de objetivos y el manejo de estrés producido por las demandas, las limitaciones y las oportunidades.

La maternidad y la paternidad prematura

Ruiz (2004) nos dice: Se ha planteado cómo los nueve meses de gestación del futuro hijo son acompañados por un proceso paralelo de gestación psicológica de la futura paternidad. Pero, ¿qué sucede cuando el nacimiento se produce antes de tiempo?

Muchos de estos nacimientos, producidos antes de la fecha probable para el parto, no son programados. La madre es internada de urgencia en la maternidad, en algunos casos de riesgo de vida para ella o para su hijo. En otros, el parto es provocado luego de un periodo de espera (ej. Hipertensión materna, retardo de crecimiento, etc.).

Las circunstancias singulares que acompañan el nacimiento antes de término dependerán por un lado de cuestiones biológicas, pero también de las posibilidades de reconstrucción fantasmática de la familia, a partir del hecho más o menos grave y real de la prematurez.

El nacimiento prematuro puede ser pensado así, como un hecho traumático por excelencia, tanto externo como interno, para la madre, el padre y el entorno familiar, así como también para el recién nacido.

Freud (1893) se refirió al trauma como un agente externo que interrumpe en el aparato psíquico, más adelante se referirá a él como la consecuencia de

una herida en la barrera protectora de estímulos provocados por incitaciones exógenas.

Lo traumático de la interrupción de la gestación movilizará en cada madre y padre aspectos ligados a su historia subjetiva, siendo esto vivenciado de manera particular. Se puede señalar que el nacimiento prematuro es vivido como un acontecimiento traumático, de interrupción de un proceso, encontrándolos no preparados para la separación que la internación del recién nacido en las unidades de cuidados intensivos requiere, ni para el anidamiento psíquico de un recién nacido *especial*.

La presencia real del niño, luego del parto prematuro, produce en la madre un desfasaje en las representaciones mentales. El niño se ve en doble desventaja, por la prematurez y sobrevivencia, y por las representaciones por construirse en la mente de su madre. A menor edad gestacional, menor es la identificación de ambos padres del bebé como ser diferente.

En la experiencia del alumbramiento todo es rápido (parto o cesárea), la madre solo verá pasar a su bebé y se juega algo del orden de la pérdida, del desgarro en los relatos.

Winnicott (1974) nos plantea que existen «agonías primitivas» que nos regresa a un estado no integrado, sensación de caída sin límites, pérdida del sentido de la realidad, fracaso de la pérdida sustentadora, las cuales tienen que poder sostenidas en un ambiente facilitador.

La *pérdida* de un bebé en gestación que nace prematuramente puede movilizar algunas agonías primitivas; es por ello que la madre debe encontrar un medio de sostén «un ambiente facilitador» que ayude a integrarse, para

superar estos padecimientos. El padre y el equipo de atención del recién nacido deben cumplir esta función.

La madre del niño prematuro requiere un matriz de apoyo que no solo le permita reorganizarse, sino que la ayude psicológicamente y afectivamente a amar a su bebé y sentir que el bebé la quiera, más allá de la atención médica que este requiera, y que ella pueda ayudar a que su hijo sobreviva.

De allí la importancia de las madres por la lactancia, ya que es la medida en que su hijo pueda recibir la leche materna, ellas aportarán algo para el bienestar y crecimiento del bebé. Se sentirán activas frente a la pasividad.

La paternidad también se puede ver afectada con el nacimiento prematuro. El padre se verá en un rol imprevisto «ver al bebé primero que la madre, muchas veces y reconocerlo a través del discurso médico». A su vez debe ocultar, en repetidas ocasiones, su angustia y el dolor delante de la madre. Es el quien recibe los primeros informes médicos cuando la sobrevivencia del bebé es incierta. Él también deberá atravesar los duelos que vivencia la madre y revestir a este bebé inmaduro.

El sentimiento de paternidad, igual que el de maternidad, necesita tiempo para desarrollarse. Esta última estará ligada a procesos de raíces biológicas, mientras que, en la paternidad, en cambio, a procesos de pensamiento.

Según Oiberman (1999), los padres parecen tener una actitud de acercamiento al recién nacido regular, no intensa, predominando la actividad visual y a partir de esta desarrollan las de más conductas de proximidad, más ligadas al contacto piel a piel, o sea sostenerlo, hablarle, etc. Es frecuente que el padre sienta temor a alzarlo, como si se tratara de un niño muy frágil.

Muchas veces el modelo cultural que el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos de internación neonatal tiene en relación al rol de padre puede interferir en los intentos de los padres de acercarse a su hijo, no facilitando los contactos piel a piel entre padre/bebé y dando una importancia espacial a la figura de la madre, haciéndola participar en diferentes cuidados que realizan con el niño como cambio de pañales, baño, etc.

El padre necesita que los sostengan para poder sostener a su hijo. Se presupone que esto puede darse fácilmente y a veces no se facilita estos encuentros, dejándolos solos.

El nacimiento antes de término, de acuerdo a lo desarrollado, encuentra a los padres aún no preparado para el ejercicio de la paternidad. Esto trae aparejada la inseguridad en ambos padres en lo que refiere a los primeros acercamientos al bebé, requiriendo de otros que establezcan un enlace entre el cuerpo del bebé y el repertorio de sus diferentes modalidades de comunicación con su hijo.

El niño prematuro ofrece a sus padres la posibilidad de conocerse antes de tiempo y acompañar su proceso de maduración fuera del útero.

Teoría de los cuidados

Los avances de la ciencia y la tecnología han permitido que la supervivencia de recién nacido haya aumentado gracias a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Sin embargo, sobrellevar y afrontar estas situaciones ha repercutido y repercuten en el entorno familiar de los

mismos, especialmente en los padres. Se sabe que el nacimiento de un niño con riesgo de vida produce en los padres un estado de máximo estrés y preocupación, por ello se considera necesario conocer cuál es el nivel de estrés que presentan ellos, con el objetivo de poder brindar cuidado de enfermería centrados en la prevención de situaciones y aspectos estresantes para los padres.

Como sustento teórico se tomará como referencia a la Teoría de los Cuidados propuesto por Kristen Swanson en el año 1991, donde la autora concibe a los cuidados como una forma educativa de relacionarse con el ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Básicamente, la teoría surge de una investigación en pérdidas gestacionales inesperadas, personal sanitario al cuidado de niños prematuros, enfermos en la unidad de cuidado intensivo neonatales y madres de alto riesgo social que recibían cuidados a largo plazo de enfermeras que estudiaban un máster.

Su teoría estuvo influenciada por la experiencia clínica; y recurre a especialistas como Jackeline Fawcett, quien es la encargada de llevar a la autora a profundizar sus bases conceptuales de cuidado. De igual manera la instructora en su tesis doctoral, Jean Watson, impulsa a la misma para la creación de un modelo.

La Dra. Swanson plantea su teoría de manera inductiva como resultado de varias investigaciones donde utilizó fenomenológica descriptiva; en su tesis doctoral analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente. Los resultados de dicha

investigación le dieron la base para formular dos modelos, el modelo de la experiencia humana del aborto y el modelo de los cuidados. Este último da significado a los actos etiquetados como cuidados.

Finalmente, fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de cuidados, ya que logró concluir otras investigaciones fenomenológicas que identificaban lo que había sido para las madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo; sembrando las bases para que el Modelos de los cuidados evolucionara hasta Teoría de cuidados de rango medio de Swanson.

Se destaca entonces que el **cuidado** es una forma educativa que acerca al enfermero con otro ser, más allá del ámbito de la enfermería perinatal, donde la investigación respalda la generalidad de su teoría fuera de este contexto. Por ello, se eligió a esta teoría ya que dará sustento al tema investigado: «El nivel de estrés en los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología», permitiendo comprender el cuidado en base a los agentes estresores y el rol de la enfermería en su forma educativa de relacionarse con los padres durante esta situación y este tiempo de internación.

La teoría tiene como objetivo promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad, teniendo en cuenta el bienestar biopsicoemocional y espiritual del paciente. Su enfoque plantea que hay que *mantener las creencias* básicas apoyada por el *conocimiento* de la realidad del mismo, expresada por *estar* emocional y físicamente presente, representada por *hacer por y posibilitar* al paciente, siendo cada uno de ellos un componente integral de la estructura del cuidado.

Los conceptos principales y definiciones que plantea esta teoría son:

- Cuidados: Forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.
- Conocimiento: Se refiere a la capacidad de las personas para dar cuidados, teniendo en cuenta el conocimiento empírico, ético, personal y estético.
- Estar con: Las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de cuidados, con miras en devolver la salud al individuo.
- Hacer por: las condiciones enfermera-paciente, que aumentan o reducen la posibilidad de suministrar cuidado dependiendo de las necesidades del paciente.
- Posibilitar: Es facilitar el paso de otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.
- Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en sus capacidades y teniéndolo en alta estima manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un

optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Los metaparadigmas desarrollados en la teoría son:

- **PERSONA:** Swanson define a las personas como «seres únicos que están en el proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas». También considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento espiritual, que se autorregulan y que anhelan estar conectadas con otros.
- **CUIDADO O ENFERMERÍA:** La enfermería es una disciplina que se basa en el conocimiento empírico, ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores. Presenta expectativas personales para brindar al paciente un cuidado holístico.
- **SALUD:** Restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidado, restableciendo la integridad y el sentido de plenitud.
- **ENTORNO:** se lo define de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es «cualquier contexto que influya o que es influido por el cliente». Afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos.

Para poder estudiar, comprender y aplicar los procesos de cuidados propuestos por la autora, es necesario entender en primera instancia las dimensiones que definen el nivel de estrés percibido por los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología. Miles y Holditch-Davis (1987) exploraron las reacciones emocionales de los padres ante la hospitalización del bebé, observando la presencia de desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima. Concluyeron que el ambiente de la UCIN en sí misma constituye una importante fuente de estrés para los padres.

Por lo cual, se utilizará la escala para el diagnóstico y medición del estrés de los padres, empleada a nivel mundial. La Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (EEP:UCIN) fue propuesta por Margaret Miles en el año 1987. (Miles y Holditch Davis, 1987; Miles y Funk, 1998). Esta se divide en cuatro subescalas que miden las cuatro dimensiones estresantes planteadas en las variables a estudiar:

- **Aspectos y sonidos de la Unidad:** El servicio de neonatología es un área donde coexisten tecnología avanzada como monitores, máquinas, incubadoras, servocunas, respiradores artificiales, bombas de infusión etc., junto con sonidos y luces constantes; además del recurso humano altamente capacitado para la atención de recién nacidos de alto riesgo. Todo ellos, generan diversos estímulos estresantes en los padres de los neonatos hospitalizados que son ajenos a este lugar y solo ven la vulnerabilidad de su hijo. Esta subescala analiza el nivel de estrés percibido por los padres en

relación al ambiente de la UCIN, incluyendo aspectos tales como los ruidos, alarmas y otros neonatos en la unidad, etc.

- **Apariencia y conducta del neonato:** El aspecto y comportamiento de un recién nacido prematuro o enfermero es muy diferente al de una recién nacido de término sano. Tanto física como fisiológicamente, es más pequeño, poco activo e inmaduro en varios sistemas de su cuerpo. El impacto y la asimilación de ver a su hijo diferente y lejos de ser el bebé esperado o soñando en un contexto no deseado generará una serie de estímulos estresores en los padres. Esta subescala hace referencia al estado en el que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que él requiere (ej.: ver agujas y tubos colocados en el bebé, el tamaño del neonato, etc.).
- **Relación con el neonato y rol de los padres:** Unos de los pilares fundamentales en la recuperación progresiva del neonato es la interacción o el contacto con la madre y/o padre. Sin embargo, esta se ve limitada por la inmadurez del neonato prematuro y los diferentes equipamientos y procedimientos a los que son sometidos para su recuperación. El vínculo y el apego normal son afectados de manera negativa por la reacción ante la crisis de los padres y por la separación antinatural de ellos y su bebé, la cual ocurre cuando el niño es ingresado a neonatología y limitada durante su hospitalización. Esta subescala hace referencia a los aspectos referidos a los vínculos entre madre/padre y su bebé, debido a su

condición de interacción (ej.: estar separado del bebé, sentirse impotente sobre cómo ayudar, etc.)

- **Comunicación con el personal:** Es el proceso mediante el cual se trasmite y mantiene la información entre los padres de los neonatos hospitalizados y el personal de salud (todo agente que trabaja en la institución más allá de su nivel de formación y que se comunica con los padres de los neonatos internados). En esta comunicación mutua y continua se considera la sencillez y forma correcta y verdadera de hacerlo, sobre todo la unificación de criterios. Es necesario establecer una buena relación entre todos los implicados, informar adecuadamente de forma veraz, hablar tantas veces sea necesario teniendo empatía y comprensión, con la finalidad de conseguir un clima de confianza mutua y evitando aquellas actitudes que puedan ser interpretadas como prepotentes o autoritarias. La comunicación que se da entre los padres y el personal del servicio juega un rol importante, por lo que la comunicación e información debe ser sencilla, correcta y precisa para evitar convertirla en un agente estresante. Esta subescala se descartó en la segunda versión del estudio sobre el estrés en los padres, por no constituir un factor en la escala total (Miles y Funk, 1998). En este estudio se incluirá ya que es de relevancia conocerlo por la falta de estudios previos en el servicio con relación a dicha temática y por ser un dato importante para comprender el proceso de cuidado interpersonal propuesto en la teoría de los cuidados de Swanson.

II. 3 HIPÓTESIS

La presente investigación pretende llevar delante un estudio de carácter descriptivo y en base a ello se formularon las siguientes hipótesis:

Ha₁. Existen diferencias en el nivel de estrés general de los padres de los neonatos hospitalizados según se evalúe la dimensión aspecto y sonidos de la unidad, la dimensión apariencia y conducta del neonato, la dimensión relación y rol de los padres o la dimensión comunicación con el personal.

Ha₂ No existen diferencias en el nivel de estrés general en los padres de los neonatos hospitalizados según se evalúe la dimensión aspecto y sonidos de la unidad, la dimensión apariencia y conducta del neonato, la dimensión relación y rol de los padres o la dimensión comunicación con el personal.

Hb₁. Existe relación entre los datos sociodemográficos y estrés percibido por los padres de los neonatos hospitalizados.

Hb₂. No existe relación entre los datos sociodemográficos y el estrés percibido por los padres de los neonatos hospitalizados.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

III.1 TIPO DE ESTUDIO

Con base en el planteamiento del problema, los objetivos y el marco teórico, se realizó un estudio enmarcado en el paradigma *cuantitativo* de tipo *transversal*, donde se estudió las variables simultáneamente en un determinado tiempo y lugar en una sola oportunidad; *correlacional* por que se compararán las características sociodemográficas con los datos obtenidos y *descriptivo* por que se describe la presencia y percepción de dimensiones estresantes en los padres durante el tiempo de internación de su hijo en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre - octubre de 2020.

Los datos fueron descriptos y sintetizados, permitiendo obtener de manera porcentual dicha percepción, para conocer y analizar la realidad generando así propuestas para futuras intervenciones.

III.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los padres de neonatos que ingresaron o estuvieron internados en el servicio de neonatología en el periodo septiembre - octubre del año 2020 y cumplían con los criterios de inclusión para dicho estudio, independientemente de la patología. Al ser la población finita, no se trabajó con muestra.

Sin embargo, es necesario mencionar que los meses en los cuales se recolectaron los datos fue el periodo más crítico respecto a la pandemia en la ciudad de Viedma, lo que produjo a fines del mes de septiembre un cambio en los protocolos de la institución, provocando particularmente en el servicio de neonatología, la restricción total al ingreso de los padres. Situación ésta que provocó, que solo se pudiera entrevistar durante el periodo a cuatro padres. Ante lo expuesto, se decide continuar el estudio, ya que no estaba planteado valorar el nivel de estrés de los padres según género.

III.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Padres de neonatos internados en el servicio de neonatología, con una estadía no menor a siete (7) días y no mayor a veintiún (21) días.
- Padres que estuvieran al menos dos veces en contacto con el neonato en el servicio de neonatología.
- Padres de neonatos que accedan a participar del estudio, de manera explícita a través de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Padres de neonatos que se encuentren en situación crítica.
- Padres de neonatos que ingresan después de unos días de nacidos o reingresan al servicio después de un periodo de alta.

- Padres de neonatos que presenten una estadía menor a 7 días y mayor a 21 días.
- Padres con discapacidades sensoriales.
- Padres que no deseen participar de la investigación.

III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Esta investigación constó con variables de tipo independientes tales como las características sociodemográficas de los padres y datos del recién nacido. A su vez, las variables dependientes se constituyeron en: el nivel de estrés y la percepción de las dimensiones asociadas que presentaron los padres en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti al momento del estudio.

A) Características sociodemográficas de los padres: En ellas se encuentran enmarcadas todas las características biológicas, socioeconómicas, educacionales y de creencias, presentes en los padres de los neonatos hospitalizados, que pueden ser medidas, ya que se considera que influyen directa o indirectamente en el afrontamiento de situaciones estresantes, como lo es la hospitalización de un hijo. A saber:

- Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de cada uno de los padres hasta la fecha en que se realizó el estudio. Se encuentra relacionada con la maduración anatomofisiológica y social de estos y determina particularidades en el comportamiento. La misma

permitirá conocer a qué grupo etario pertenecen los padres al momento de realizarse el presente estudio, ya que la variable, por ser cuantitativa, se medirá en la escala ordinal según los siguientes rangos: 15-25 años, 25-35 años; 35-45 años; + 46 años.

- Nacionalidad: Es la condición de los padres de los neonatos hospitalizados que permitirá reconocerlos como parte de un Estado o Nación. El mismo concierne a aspectos culturales que determinan el afrontamiento ante la hospitalización de su hijo. Los indicadores serían: *Argentina* perteneciente a la nación Argentina; *Boliviana* perteneciente al estado de Bolivia; *Paraguaya* perteneciente al estado de Paraguay; *otra* perteneciente a otra nacionalidad.
- Género: Es la construcción social y cultural del medio en el que se desarrollan los padres de los neonatos internados, y que ellos perciben respecto a su masculinidad y femeneidad. Se trata de una variable cualitativa que se medirá según la denominación MASCULINO, FEMENINO y TRANSGÉNERO.
- Escolaridad: Es el nivel de formación escolar que tuvieron los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología en un determinado tiempo y que condiciona el nivel de estrés que poseen ante su hijo hospitalizado. Este dato permite conocer el nivel de educación de los padres y las herramientas que poseen en cuanto a su alfabetización y afrontamiento al estrés. Los niveles que se consideraran son: *Sin escolaridad*; *Primaria*; *Secundaria*; *Terciaria* o *Universitaria*. Variable de tipo cualitativa ordinal.

- Estado Civil: Es la situación de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología, que determina la relación de familia vinculada al matrimonio y que establece ciertos derechos y deberes sobre la crianza de sus hijos hospitalizados en servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, incidiendo en la manera que afrontan la internación en cuanto al apoyo y sostén de una pareja. Para esta variable de categoría nominal se considerarán los siguientes indicadores: *Soltero*: aquellos que no se encuentran comprometidos legalmente entre ellos; *Conviviente* padres que mantienen relación, sin unión legal, pero en convivencia; *Casado* padres comprometidos legalmente entre sí; *Divorciado*: padres que han roto el vínculo amoroso y legal con su pareja; *Viudo* padres que han perdido a su pareja por deceso de esta.
- Ocupación: Es la actividad o trabajo en la que se desempeñan los padres de los neonatos en estudio, lo que influye en el tiempo y afrontamiento a la hospitalización de su hijo. Esta variable de categoría nominal se definirá según los siguientes criterios: *empleado*: padre que posee un trabajo activo y remunerado económicamente; *hogar*: padre que realiza actividades para el mantenimiento del hogar y la familia en el propio domicilio; *desocupado*: padre que al momento de la investigación no posee un trabajo.
- Religión/creencias: Es el conjunto de principios religiosos, espirituales o de creencia que tienen los padres de los neonatos en estudio. El apoyo y sostén espiritual es una herramienta fundamental

para el afrontamiento a situaciones complejas como la internación de un hijo. Se considerará los siguientes indicadores: *Ateo* padre que no cree en Dios; *Católico* padre perteneciente y practicante de la iglesia católica; *Evangelista* padre que perteneciente y practicante de la iglesia evangélica. *Otras* creencias en diversas divinidades o cultos. Variable cualitativa nominal.

- Experiencia previa en el servicio: Situación que corresponde a los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, que ya hayan tenido la experiencia de un hijo hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatal. Experiencia que influye como herramienta y conocimiento para afrontar nuevamente una situación similar. Se asigna un indicador por SI para una o más experiencias anteriores y por NO sin experiencia previa.

B) Datos del neonato hospitalizado: Son los datos correspondientes a características propias o adquiridas del neonato hospitalizado, tales como. tipo de parto, número de hijo, edad gestacional, peso al nacer, días de internación, las cuales pueden influir en el nivel de estrés de los padres. Se las puede definir como:

- Hijo número: Es el número filial del neonato hijo de padres en estudio. Se considera la experiencia en la maternidad o paternidad con sus respectivos significantes como factores influyentes en el estrés percibido por los padres. Se expresa en: 1 Primero; 2

segundo; 3 tercero; 4 cuarto y 5 + quinto o más de cinco hijos.

Variable cuantitativa discreta.

- Tipo de parto: Es el modo de culminación de un conjunto de procesos fisiológicos que dan lugar a la salida del feto del útero materno, lo que constituye un hecho significativo fisiológica y psíquicamente en los padres. Esta variable de tipo nominal comprende dos indicadores: *Parto Normal* y *Cesárea*.
- Edad gestacional: corresponde al tiempo transcurrido del neonato, hijo de los padres en estudio de esta investigación, dentro del vientre de su madre al momento del nacimiento. Esta se obtiene a través del examen de las características físicas del recién nacido y un conjunto de puntuaciones (Test de Capurro). Se considerará como intervalos: “- 28 semanas”; “29 a 32 semanas”, “33 a 37 semanas” “38 a 42 semanas”. Variable de tipo ordinal.
- Peso de nacimiento: es la unidad que considera la masa corporal total del neonato internado en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, al momento del nacimiento. Número significativo y muchas veces estresante para los padres, como indicador de evolución. Se considera intervalos de: “< 999 g” “1000 a 1499 g” “1500 a 1999 g” “2000 a 2499 g” “2500 a 2999 g” y “3000 g o más”. Variable continua.
- Días de hospitalización: Es la cantidad de días desde el momento que ingresa el neonato al servicio de neonatología. Se considera que menos de 7 días de interacción la percepción de los padres no suele

ser significativa y pasando los 21 días ya existe una habituación de los bebés al servicio. Se tomará como indicadores: “7 a 10 días”; “11 a 15 días” y “16 a 21 días”. Variable discreta.

- Diagnóstico médico: Es el diagnóstico dado al neonato en el momento de ingreso al servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, el cual es considerado como estresante ante los padres influyendo en su capacidad de afrontamiento y limitación al mismo. Se tomarán los diagnósticos más recurrentes de ingresos en el servicio: *Prematurez, Síndrome de Distrés Respiratorio; Retardo de Crecimiento Intrauterino, Hipoglucemia y Otros.*

C) Dimensiones estresantes: Son aquellas que influyen en los padres de los neonatos hospitalizados frente a una vulnerabilidad o suceso no deseado. Las mismas están presentes en la experiencia de hospitalización como agentes estresores, o estímulos que generan una respuesta, las que se valorarán según 4 subescalas: *Aspecto y sonido de la unidad; Apariencia y conducta del neonato; Relación con el neonato y rol de los padres y, Comunicación con el personal.*

- Aspecto y sonido de la Unidad: Comprende al espacio físico del servicio de neonatología en donde coexisten tecnología como monitores, máquinas, incubadoras, servocunas, respiradores artificiales, bombas de infusión etc., junto con sonidos y luces constantes; además del recurso humano para la atención de recién nacidos de alto riesgo. Todo ellos generan diversos estímulos

estresantes en los padres de los neonatos hospitalizados que son ajenos a este lugar y solo ven la vulnerabilidad de su hijo. Esta variable podrá ser medida mediante los indicadores de: (1) La presencia de monitores y equipos; (2) Ruido constante de monitores y aparatos; (3) Ruido repentino de las alarmas de los monitores; (4) Otros neonatos internados en la unidad; (5) La cantidad de gente que trabaja en la unidad y (6) Ver una máquina (respirador) respirar por mi bebé.

- Apariencia y conducta del neonato: Conjunto de características físicas, fisiológicas y de comportamiento de los hijos hospitalizados de padres en estudio. Dimensiones que será medida por los siguientes indicadores: (1) Tubos y/o aparatos en mi bebé o cerca de él; (2) Área lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé; (3) El color anormal de mi bebé; (4) Respiración anormal de mi bebé; (5) El tamaño de mi bebé (muy pequeño); (6) La apariencia arrugada de mi bebé; (7) Ver agujas y tubos en mi bebé; (8) Que mi bebé sea alimentado por vena o por sonda; (9) Cuando mi bebé parece tener dolor; (10) Cuando mi bebé parece triste; (11) La apariencia débil de mi bebé; (12) Movimientos agitados e inquietos de mi bebé; (13) Mi bebé no llora como otros bebés.
- Relación con el neonato y rol de los padres: Medirá la percepción de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología al momento de la interacción que ellos tienen con su hijo. Se considerará entre ellas el contacto, protección, intimidad y acciones básicas como alimentación e higiene. Considerando que cada una

de ellas se ve limitada por cuestiones de tratamiento y hospitalización. Por ello la variable será medida con los siguientes indicadores: (1) Estar separado de mi bebé; (2) No alimentarlo personalmente; (3) No poder cuidarlo personalmente (por ejemplo, cambiar pañales, bañarlo); (4) No poder cargar a mi bebé cuando yo quiero; (5) Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procedimientos dolorosos; (6) Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo; (7) No poder estar a solas con mi bebé; (8) Siento temor de tocar o sostener a mi bebé; (9) No me siento capaz de compartir a mi bebé con otro familiar; (10) Siento que el personal (enfermeras y médicos) están más cerca de mi bebé que yo.

- Comunicación con el personal: Es el proceso mediante el cual se transmite y mantiene la información entre los padres de los neonatos hospitalizados y el personal que trabaja en el servicio. En esta comunicación mutua y continua se considera la sencillez y forma correcta y verdadera de hacerlo, sobre todo la unificación de criterios entre los profesionales. Los indicadores para poder medir esta variable serán: (1) El personal explica las cosas muy rápido; (2) El personal utiliza palabras que no entiendo; (3) Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condición de mi bebé; (4) No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que se le hacen a mi bebé; (5) El personal no habla conmigo lo suficiente; (6) Hablan conmigo mucha gente diferente (médicos, enfermeras, otros); (7) Dificultad para obtener información o ayuda cuando estoy

en la unidad; (8) No me siento seguro de lo que me van a informar acerca de los cambios o evolución de mi bebé; (9) El personal se ve preocupado por mi bebé; (10) El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca; (11) El personal actúa como si no entendiera la conducta de mi bebé o sus necesidades.

D) Nivel general del estrés percibido: Es la intensidad de un estímulo que automáticamente se despierta en el cuerpo de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología, ante las situaciones que resultan amenazantes o desafiantes, las cuales representan diferentes intensidades:

- **Nivel inexistente:** (0) No ha experimentado, (1) No ha sido estresante.
- **Nivel moderado:** (2) Un poco estresante; (3) Moderadamente estresante.
- **Nivel Alto:** (4) Muy estresante, (5) Extremadamente estresante.

La percepción del nivel de estrés se representó con la misma escala de Likert, con la que se ha medido las variables anteriores. Quedando como indicadores:

--(0) No ha experimentado estrés;

--(1) No ha sido estresante;

--(2) Un poco estresante;

--(3) Moderadamente estresante;

--(4) Muy estresante;

--(5) Extremadamente estresante.

III.5 FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente que se utilizó es de tipo primaria, en donde se entrega de forma directa el cuestionario de autogestión a los padres de los neonatos que se encontraban internados en el servicio de neonatología. Como fuente secundaria se obtendrán datos de la historia clínica del neonato.

III.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó para llevar a cabo la recolección de datos consta básicamente de dos secciones:

- 1) La primera fue un cuestionario de autogestión de 8 ítems sobre los datos sociodemográficos de los padres (ver ANEXO 1 Tabla I) y otro apartado de 6 ítems con los datos correspondiente a los datos del neonato hospitalizado obtenidos de la historia clínica del mismo (ver ANEXO 1 Tabla II).
- 2) La segunda sección constó de la escala para evaluar el estrés de los padres en la UCIN. La escala fue elaborada, traducida oficialmente, autorizada y validada por la Dra. M. S. Miles, realizada en North Carolina, Estados Unidos en 1987, donde se refiere un coeficiente alfa mayor a 70, y una consistencia interna de 94; denominada Escala de

Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
(*Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU).
(ver ANEXO 1).

El objetivo fue determinar el nivel de estrés general de los padres de los neonatos hospitalizados en la UCIN y la percepción de situaciones específicas que se dividen en cuatro dimensiones que miden este estrés:

- Aspecto y sonidos de la unidad.
- Apariencia y conducta del neonato.
- Relación con el neonato y el rol de los padres.
- Comunicación con el personal.

La respuesta a cada dimensión fue evaluada a través de la escala de Likert de 6 niveles, donde 0 significaba que el ítem no fue experimentado hasta 5, significando un ítem extremadamente estresante. El instrumento está conformado por un formulario con 42 ítems de respuesta cerrada.

Nivel de estrés	Escala de Likert
No ha experimentado	0
No estresante	1
Un poco estresante	2
Moderadamente estresante	3

Muy estresante	4
Extremadamente estresante	5

Subescalas de los factores hospitalarios	Ítems
Aspecto y sonidos de la unidad	1 – 6
Apariencia y conducta del neonato	1 – 13
Relación con el neonato y rol de los padres	1- 10
Comunicación con el personal	1 – 11

Se realizaron modificaciones basadas en la evidencia de estudios realizados en la Argentina, cuyo análisis daban cuenta que dos ítems fueran descartados por resultar no aplicables a un porcentaje muy elevado de la muestra, estos son: “ver a mi bebé dejar de respirar”, y “a veces, olvidar como es mi bebé”.

En relación al primer ítem, el mismo resulta un suceso muy poco usual para los padres de los bebés prematuros (Miles y Funk, 1998). Con respecto al segundo reactivo, los cambios acontecidos actualmente en los servicios de neonatología, donde se promueve la permanencia de los padres en forma constante con sus hijos (UNICEF, 2011), permitiría mantener presente el recuerdo de ellos.

Se tuvieron en cuenta los niveles de estrés: inexistente, moderado y alto; según lo expresado en las variables.

a) Nivel inexistente que incluiría el No ha experimentado y el No ha sido estresante.

b) Nivel Moderado: Un poco estresante y Moderadamente estresante, y

c) Nivel Alto: Muy estresante y Extremadamente estresante.

III.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entregó a cada uno de los padres que se enmarcaron en los criterios de inclusión y exclusión un formulario de autogestión, donde debieron marcar con una cruz (x) cada uno de los 8 ítems preestablecidos en la tabla I que coincidan con sus datos sociodemográficos.

En una segunda instancia, el autor completó la tabla II con base en datos obtenidos de la historia clínica del neonato (con previa autorización), los datos correspondientes a este, donde marcó con una cruz (x) las opciones que correspondían.

Los padres continuaron leyendo el cuestionario y debieron completar la Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, donde se encontraron con cuatro subescalas:

- Aspecto y sonido de la Unidad (6 ítems),
- Apariencia y conducta del neonato (13 ítems);

- Relación con el neonato y rol de los padres (10 ítems);
- Comunicación con el personal (11 ítems), que valoran diferentes aspectos y situaciones estresantes, cuya percepción será medida por una escala de Likert de puntuación de 0 a 5, los cuales deberán redondear la puntuación que coincida con su percepción.

Por último y con la misma escala de puntuación se midió el estrés general utilizando la misma metodología de medición.

III.9 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio tuvo en cuenta la protección de los derechos del individuo y el balance de los beneficios y los riesgos del estudio. Se constó con la autorización de las autoridades directivas, departamento de enfermería y jefe de servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, los cuales fueron informados mediante nota de presentación del proyecto (ver ANEXO 2). Los participantes del estudio fueron informados de manera accesible y comprensible a través de un consentimiento informado (ver ANEXO 3) cuyos datos serán bajo anonimato y con fines de estudio para la investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS

IV. 1 ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas estadísticas, donde los datos fueron procesados en el sistema software Microsoft Excel. La técnica empleada fue la descriptiva, donde se describieron y sintetizaron dichos datos para su posterior análisis.

Las características sociodemográficas de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología en estudio y los datos del neonato obtenidos de historia clínica, se presentaron en variables nominales y ordinales, con sus respectivos rangos o intervalos. Los datos se tabularon en una matriz de manera sistemática, para su interpretación y análisis por distribución de frecuencias (ver anexos 5 y 6).

Los datos de la Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se valoraron a fin de conocer el nivel de estrés en base a la percepción que tienen los padres de las dimensiones: Aspecto y sonidos de la unidad, apariencia y conducta del neonato, relación con el neonato y rol de los padres y comunicación con el personal. Los cuales se presentan tabulados y con intervalo de intensidades (anexo 4).

Para todas las variables en estudio se realizará la presentación gráfica, para una mayor comprensión visual y análisis.

A. Características sociodemográficas de los padres de los neonatos internados.

La muestra en estudio estuvo conformada por 16 padres de recién nacidos internados en el servicio de neonatología. Los cuales accedieron a la encuesta de manera voluntaria.

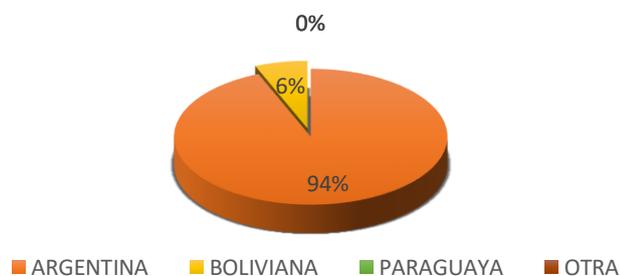
A.1 Nacionalidad

Tabla 1. Frecuencias según nacionalidad de los padres de neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre-octubre del 2020.

NACIONALIDAD	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencias Relativa</i>	<i>Frecuencia Relativa %</i>
	FA	FR	FR%
ARGENTINA	15	0,94	94
BOLIVIANA	1	0,06	6
PARAGUAYA	0	0,00	0
OTRA	0	0,00	0
TOTAL	16	1	100

Grafico 1. Nacionalidad de los padres de los neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020

Nacionalidad de los padres encuestados en el servicio de neonatología. Hospital Regional Artemides Zatti. Periodo septiembre - octubre. Año 2020



Fuente: elaboración propia

En base a los datos recolectados sobre la nacionalidad (tabla 1), se puede apreciar que el 94 % de los padres encuestados pertenece a la nacionalidad argentina, mientras que el 6 % corresponden a la nacionalidad boliviana. Al momento del estudio no se encontraron participantes de nacionalidad paraguaya (0%) como así tampoco de otra nacionalidad (0%).

A.2 Edad

Tabla 2. Frecuencias según rangos de edad de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

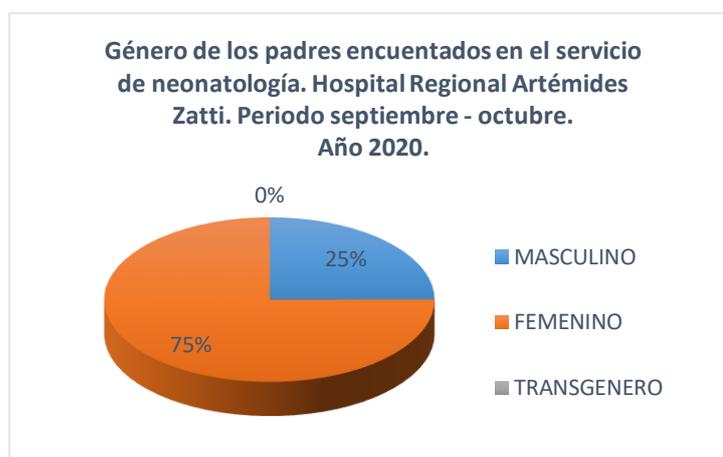
La edad de la población en estudio (tabla 2) se determinó en el rango de los 15 a 46 años o más, con un promedio de edad de 30,5 años. Encontrándose, con el mayor porcentaje, el rango entre los 25-35 años (56 %). Seguido de los rangos de 15- 25 (25 %), 35-45 (13 %) y 46 o más (6 %) (ver gráfico 2).

A.3 Género

Tabla 3. Frecuencias según género de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre – octubre 2020.

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIAS RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
MASCULINO	4	0,25	25
FEMENINO	12	0,75	75
TRANSGÉNERO	0	0	0
TOTAL	16	1	100

Gráfico 3. Género de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre – octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

De los encuestados el 75 % corresponde al género femenino y el resto al masculino (25 %), no se encontraron padres transgénero (ver tabla 3). La distribución dispar de madres y padres se debe al contexto de pandemia, en el cual a los padres se le restringió el acceso al servicio de neonatología en plena recolección de datos.

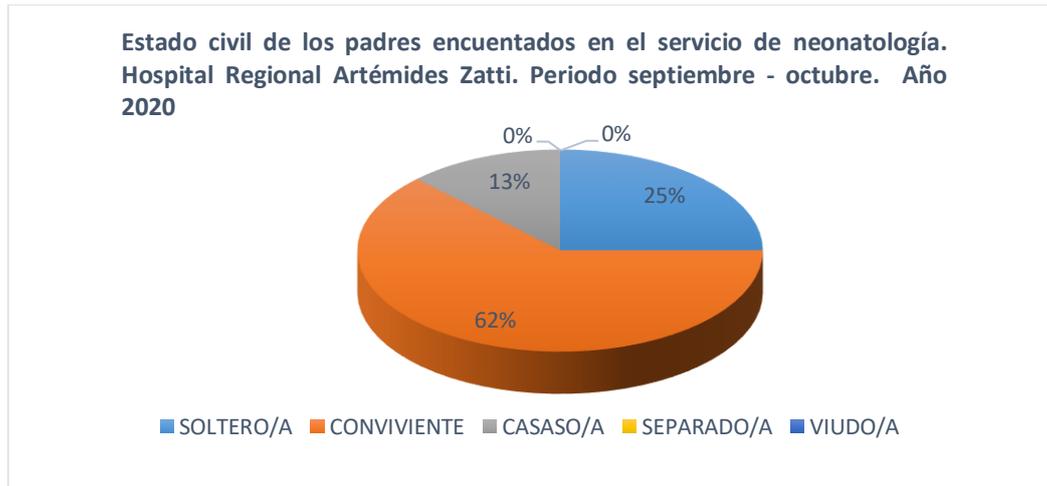
A.4 Estado civil

Tabla 4. Frecuencias según estado civil de padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
SOLTERO/A	4	0,25	25
CONVIVIENTE	10	0,63	62
CASADO/A	2	0,13	13
SEPARADO/A	0	0,00	0

VIUDO/A	0	0,00	0
TOTAL	16	1	100

Gráfico 4. Estado civil de padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al estado civil, un 63 % se encuentra en relación de convivencia, un 25 % solteros y un 13 % casados; datos que nos permite comprender si existen relaciones o vínculos de apoyo. (ver tabla 4 y gráfico 4).

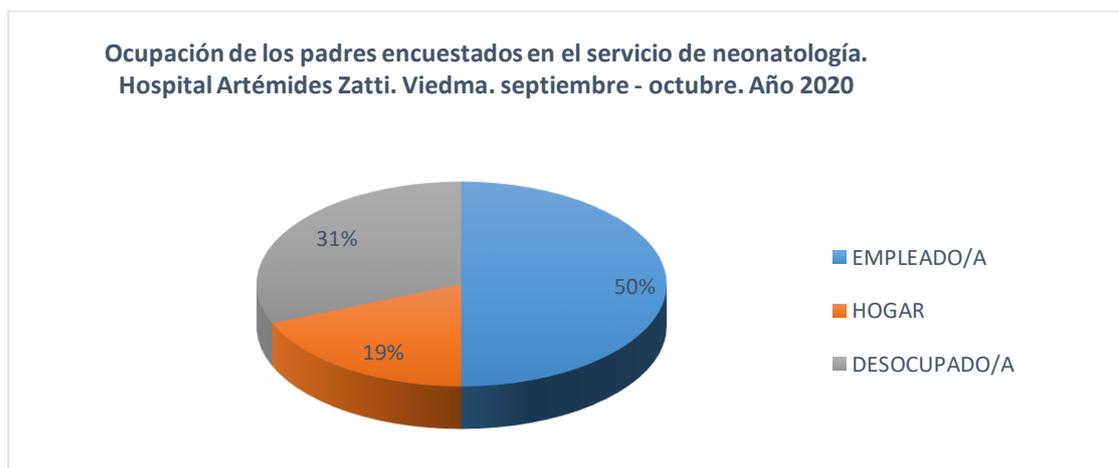
A.5 Ocupación

Tabla 5. Frecuencias según ocupación de padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIAS RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
EMPLEADO/A	8	0,5	50
HOGAR	3	0,2	19
DESOCUPADO/A	5	0,3	31

TOTAL	16	1	100
--------------	----	---	-----

Gráfico 5. Ocupación de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia.

El 50 % se encontraba empleado, mientras que en situación de desempleados un 31 %; el resto se dedicaba a su hogar (19%). (Ver tablas 6 y gráficos 6).

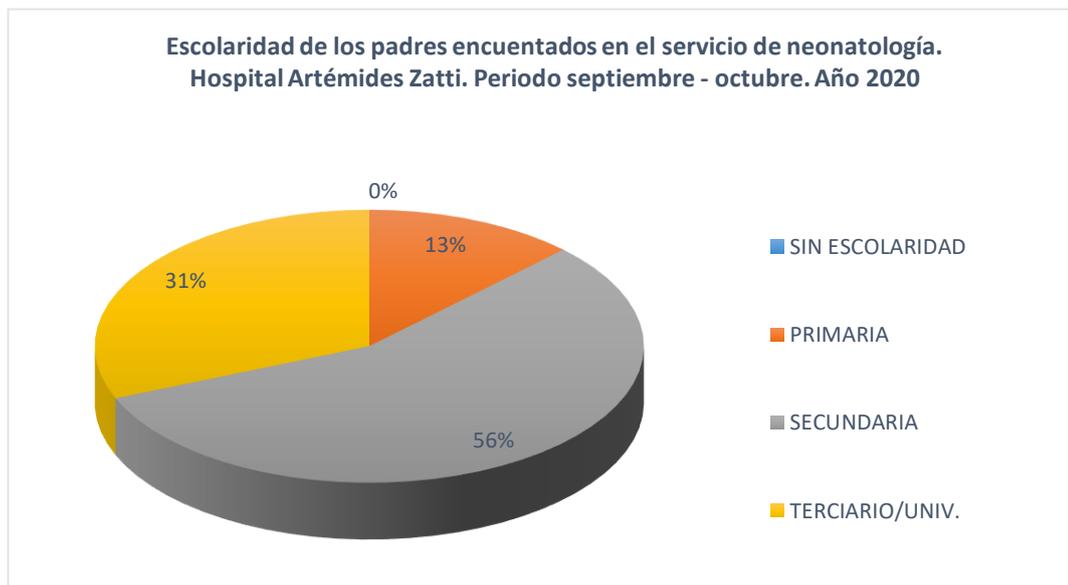
A.6 Escolaridad

Tabla 6. Frecuencias según escolaridad de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIAS RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,00	0
PRIMARIA	2	0,13	13
SECUNDARIA	9	0,56	56

TERCIARIO/UNIV.	5	0,31	31
TOTAL	16	1	100

Gráfico 6. Escolaridad de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente de elaboración propia

En cuanto a la escolaridad, en su totalidad se encontraron escolarizados, siendo la educación secundaria en su mayoría (56 %). Solo un 13 % primaria y el resto universitaria y/o terciaria (31 %).

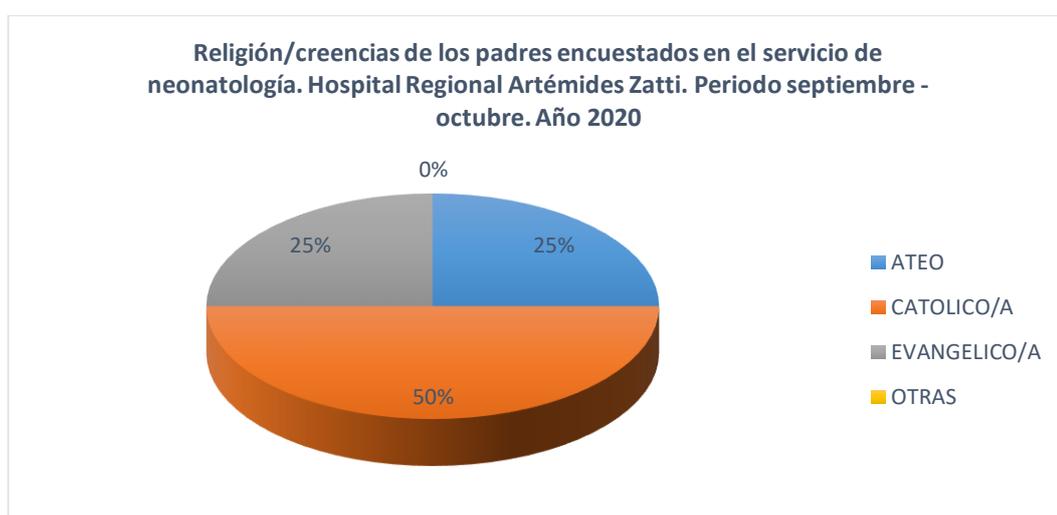
A.7 Religión/Creencias

Tabla 7. Frecuencias según religión/creencias de padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

RELIGIÓN/ CREENCIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
ATEO	4	0,3	25

CATÓLICO/A	8	0,5	50
EVANGÉLICO /A	4	0,3	25
OTRAS	0	0,0	0
TOTAL	16	1	100

Gráfico 7. Religión/creencias de padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Otro de los datos seleccionados e indagados fue el de religión y creencias (tabla 7), donde el 50 % manifestó ser católico, mientras que un 25 % refirieron ser evangélicos y un 25 % ateos (gráfico 7). El sostén espiritual y/o religioso se interpretó como parte de las herramientas de afrontamiento de cada persona.

A.8 Experiencia previa en el servicio de neonatología

Tabla 8. Frecuencias de experiencia previa en el servicio de neonatología de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

EXPERIENCIA PREVIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIAS RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR%
SI	2	0,1	12%
NO	14	0,9	88%
TOTAL	16	1	100%

Gráfico 8. Experiencia previa en el servicio de neonatología de los padres de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Es importante destacar que 88 % de los padres manifestaron que era su primera experiencia en el servicio de neonatología y el 13 % refirió que habían tenido ya otra experiencia (tabla 8 y gráfico 8).

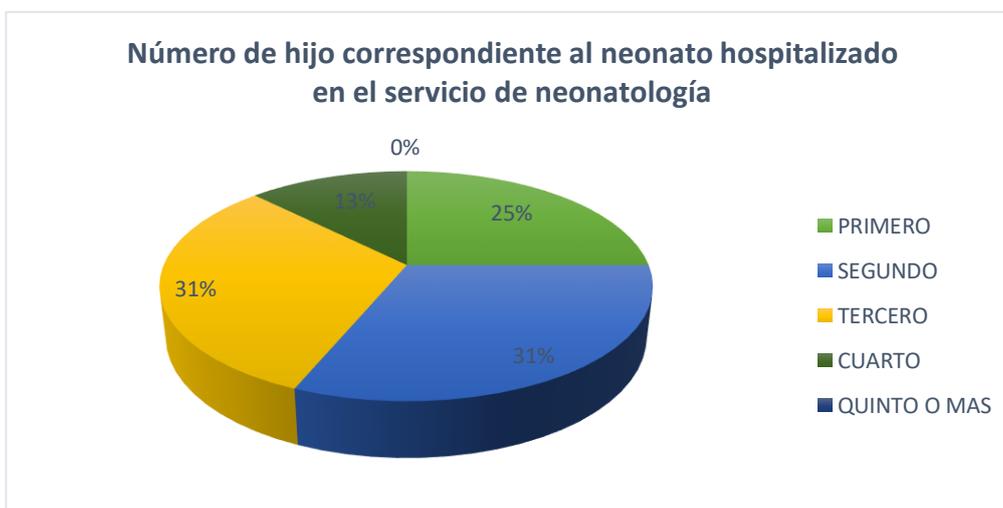
B) Datos del neonato hospitalizado

B.1 Número de hijo

Tabla 9. Frecuencias de número de hijo de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

NÚMERO DE HIJO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR %
PRIMERO	4	0,3	25
SEGUNDO	5	0,3	31
TERCERO	5	0,3	31
CUARTO	2	0,1	13
QUINTO O MÁS	0	0,0	0
TOTAL	16	1	100

Gráfico 9. Número de hijo de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

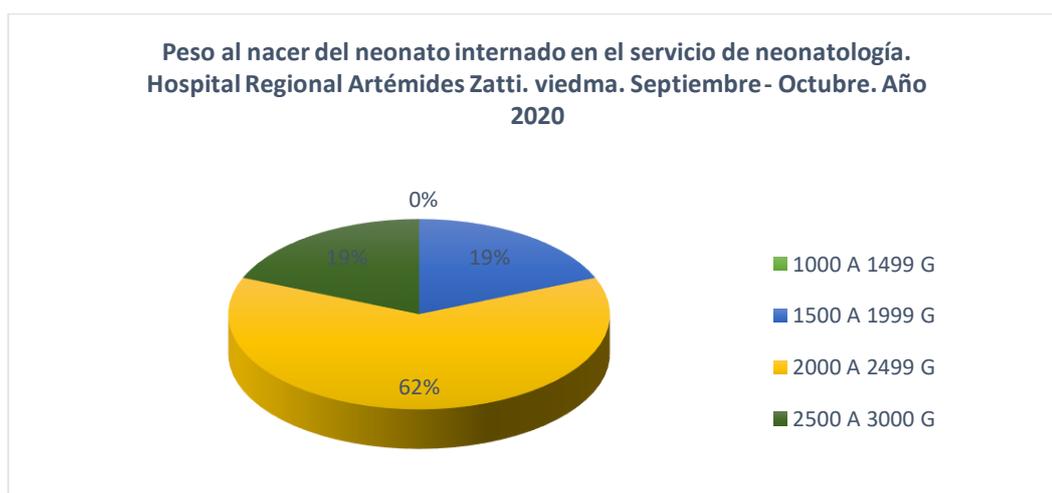
De los datos obtenidos de la historia clínica del neonato internado en el servicio de neonatología se obtuvo que el 31 % de ellos son el segundo y tercer hijo de los padres encuestados, mientras que en un 25 % el primer hijo y en un 13 % el cuarto hijo. No hubo datos de que los neonatos sean el quinto hijo o más.

B.2 Peso al nacer

Tabla 10. Frecuencias de peso al nacer de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

PESO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR %
1000 A 1499 G	0	0,0	0
1500 A 1999 G	3	0,2	19
2000 A 2499 G	10	0,6	63
2500 A 3000 G	3	0,2	19
TOTAL	16	1	100

Gráfico 10. Peso al nacer de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

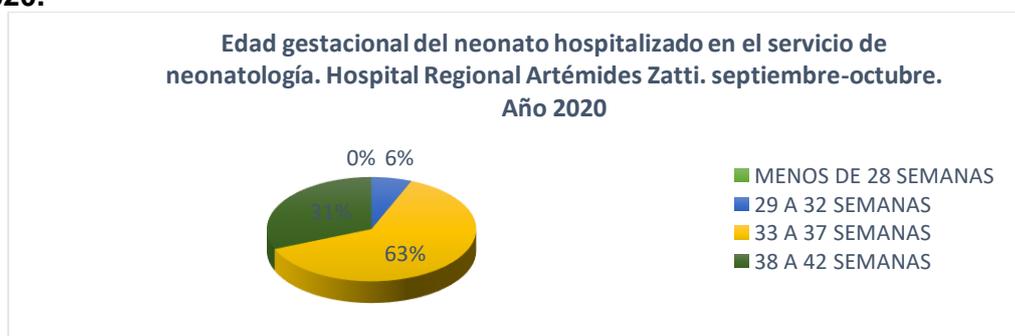
El peso al nacer de los neonatos se ubicó en el rango de los 2000 – 2499 g en un 62 %, mientras que en un 19 % correspondió para los rangos de 1500-1999 y 2500-3000 g (tabla y gráfico 10). No se encontraron neonatos de 1000 a 1499 g.

B.2 Edad gestacional

Tabla 11. Frecuencias de edad gestacional de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR %
MENOS DE 28 SEMANAS	0	0,0	0
29 A 32 SEMANAS	1	0,1	6
33 A 37 SEMANAS	10	0,6	63
38 A 42 SEMANAS	5	0,3	31
TOTAL	16	1	100

Gráfico 11. Edad gestacional de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

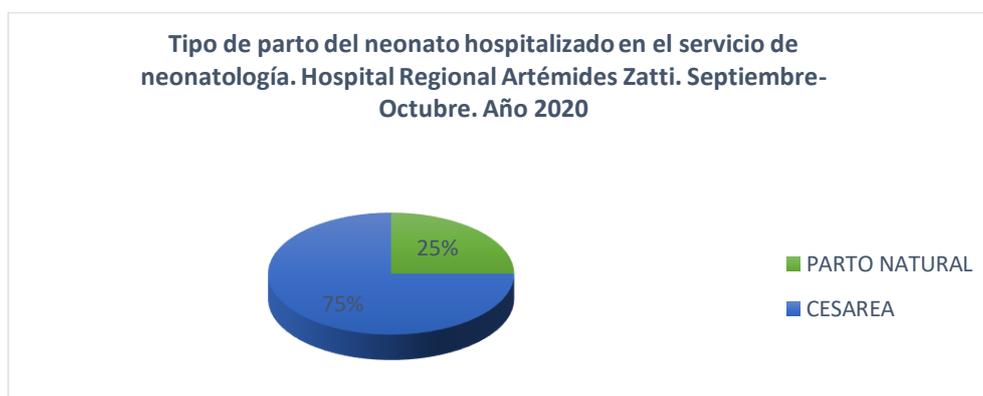
La edad gestacional de los neonatos hospitalizados al nacer corresponde en 63 % al rango de 33 a 37 semanas de edad gestacional, mientras que en un 31 % son de entre 38 y 42 semanas. Solo un 6 % son de 29 a 32 semanas, no había prematuros menores de 29 semanas presentes

B.3 Tipo de parto.

Tabla 12. Frecuencias de tipo de parto de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR %
PARTO NATURAL	4	0,25	25
CESÁREA	12	0,75	75
TOTAL	16	1	100

Gráfico 12. Tipo de parto de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

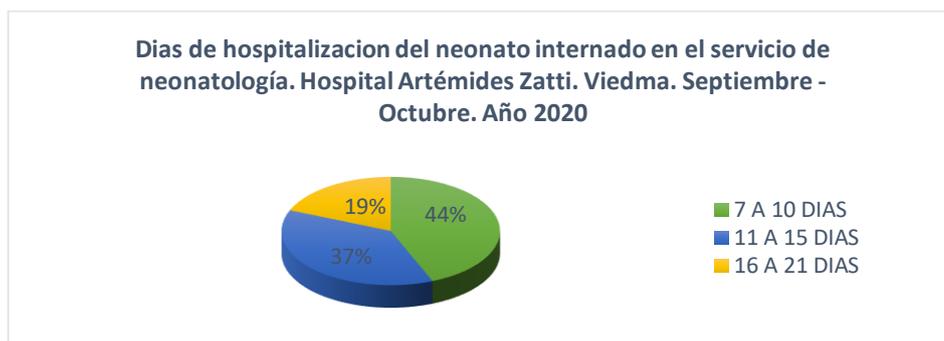
Se puede conocer que un 75 % de los neonatos internados en el servicio de neonatología nacieron por cesárea, mientras que por parto natural solo un veinticinco por ciento.

B.4 Días de hospitalización

Tabla 13. Frecuencias de días de hospitalización de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
7 A 10 DÍAS	7	0,44	44
11 A 15 DÍAS	6	0,38	38
16 A 21 DÍAS	3	0,19	19
TOTAL	16	1	100

Gráfico 13. Días de hospitalización de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Los días de hospitalización al momento de las encuestas fueron en su mayoría entre los 7 a 10 días (44 %), entre los 11 a 15 días (38 %), y en undiecinueve por ciento de 16 a 21 días.

B.5 Diagnóstico médico

Tabla 14. Frecuencias de diagnóstico médico de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.

DIAGNÓSTICO MEDICO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA %
	FA	FR	FR %
PREMATUREZ	8	0,50	50
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	2	0,13	13
RETARDO DE CRECIMIENTO	1	0,06	6
HIPOGLUCEMIA	2	0,13	13
OTRAS	3	0,19	19
TOTAL	16	1	100

Gráfico 14. Diagnóstico médico de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron la prematurez en un 50 %, siendo el síndrome de distrés respiratorio (SDR) junto con las hipoglucemias en un 19 % para ambas. El 6 % corresponden a retardo de crecimiento, mientras que en un 19 % corresponden a otras patologías. (ver tabla 14 y gráfico 14)

C) Escala de Estresores para Padres

C.1 Dimensión: Aspecto y sonido de la unidad

En esta dimensión se valoraron características relacionadas al aspecto y sonidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales, teniendo en cuenta el valor máximo de puntuación (80) obtenido si todos calificaran con 5 puntos (extremadamente estresante) de cada indicador se obtendrá el porcentual.

Tabla 15. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

DIMENSIÓN ASPECTO Y SONIDOS DE LA UNIDAD	FA	INTENSIDADES		PUNTAJE PROMEDIO	PORCENTAJE
		VALOR MAX.	VALOR. MIN		
1. La presencia de monitores y equipos	37	80	16	2,31	46
2. Ruido constante de monitores y aparatos	38	80	16	2,38	48
3. Ruido repentino de las alarmas de monitores	44	80	16	2,75	55

4. Otros neonatos internados en la unidad	25	80	16	1,92	31
5. La cantidad de gente que trabaja en la unidad	14	80	16	1,17	18
6. Ver una máquina (respirador) respirar por mi bebe	19	80	16	4,75	24
TOTAL/PROMEDIO	177			2,54	

GENERAL:

Moderadamente

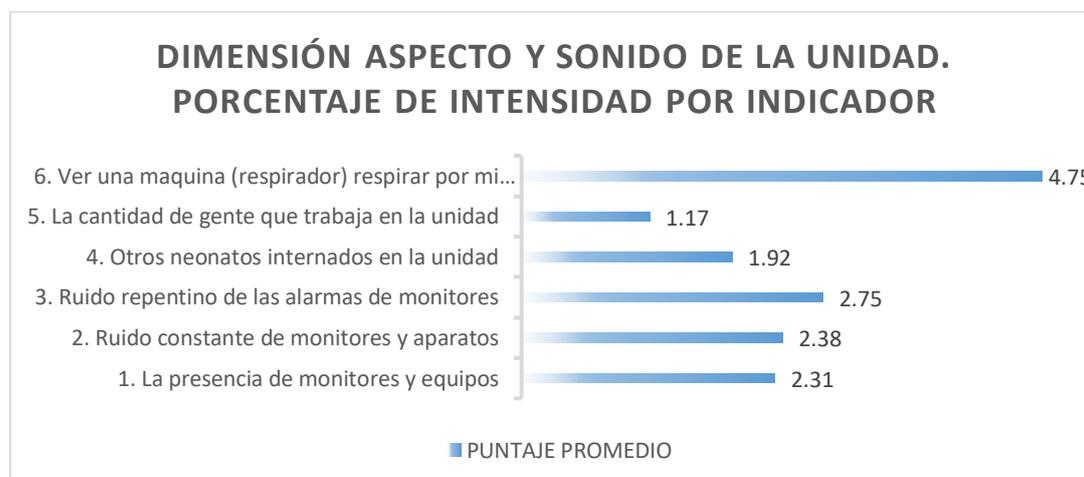
estresante

FA: frecuencia absoluta

Fuente: elaboración propia

Dentro de los indicadores se encontraban: la presencia de monitores y equipo (46 %); ruido constante de monitores y aparatos (48 %); ruido repentino de las alarmas de monitores (55 %); otros neonatos internados en la unidad (31 %); la cantidad de gente que trabaja en la unidad (18 %) y ver una máquina (respirador) respirar por mi bebé (24 %). Siendo el indicador más estresante el «ruido repentino de alarmas de monitores».

Gráfico 15. Promedio de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada indicador de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

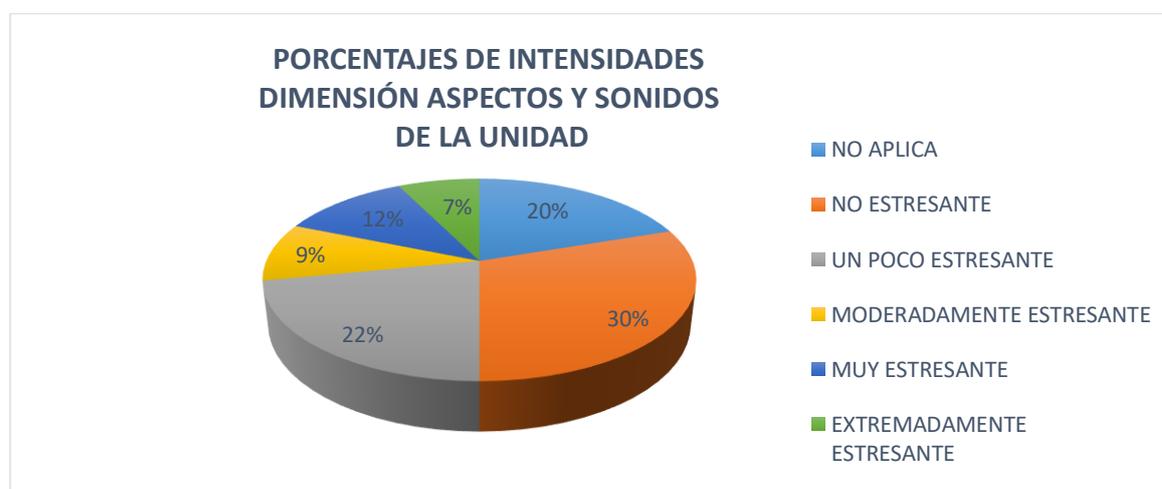
El nivel promedio general de todos los indicadores calificados fue de 2,54 puntos, en relación a la puntuación dada en cada intervalo. Lo cual indico, según la calificación, que esta dimensión fue considerada como moderadamente estresante. Es preciso denotar que el indicador «ver una máquina respirar por mi bebé» es uno de los menos calificados pero el más valorado en cuanto a la puntuación promedio de intensidad.

Tabla 16. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad en la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Porcentaje de Intensidad General	FA	%	TOTAL	NIVEL
NO APLICA	19	20%	50%	INEXISTENTE
NO ESTRESANTE	29	30%		
UN POCO ESTRESANTE	21	22%	31%	MEDIO
MODERADAMENTE ESTRESANTE	9	9%		
MUY ESTRESANTE	11	11%		
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	7	7%	19%	ALTO
TOTAL	96	100%		

FA: Frecuencia Absoluta Fuente: elaboración propia

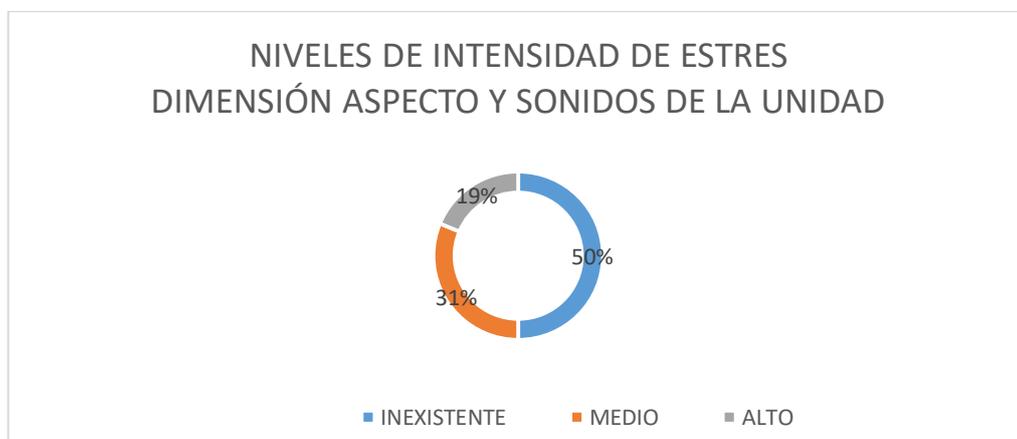
Gráfico 16 A. Categorías de intensidades percibidas por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad de la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

La valoración general de las categorías de intensidad indica que en un 30 % la experiencia fue considerada como *no estresante*; 22 % *un poco estresante*; 9 % *moderadamente estresante*; 11 % *muy estresante* y un 7 % *extremadamente estresante*. El 20 % restante no aplica ya que no vivenció ninguna de las experiencias presentadas (gráfico 16 A).

Gráfico 16 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti la dimensión “Aspecto y sonido de unidad” en el periodo septiembre-octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

De acuerdo a los niveles de estrés, se interpreta que la experiencia fue en un 50 % de nivel inexistente, un 31 % de nivel moderado y un 19 % de nivel alto (gráfico 16 B).

C.2 Dimensión: Apariencia y conducta del neonato

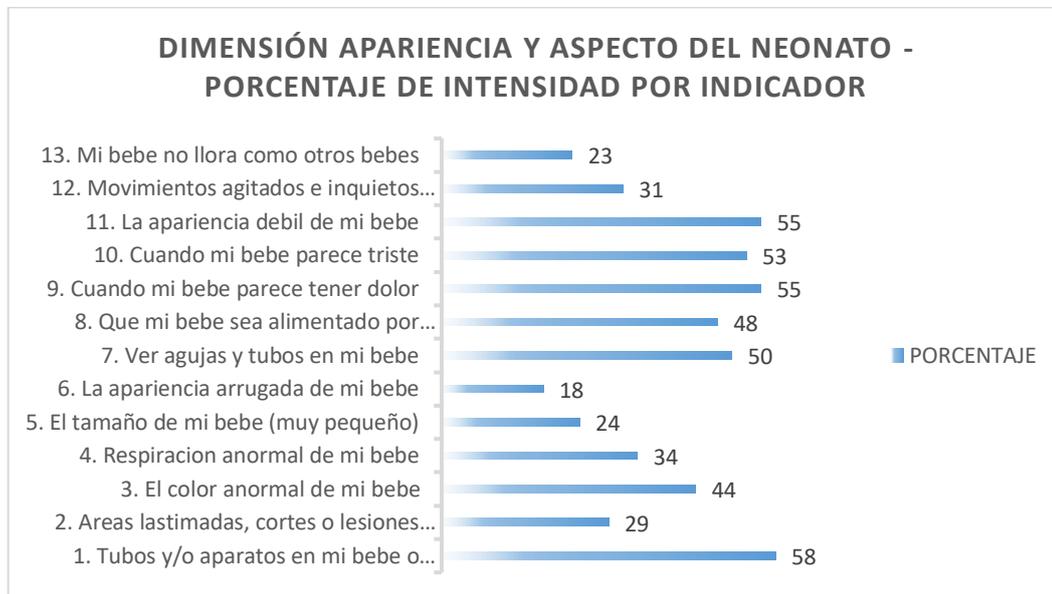
Tabla 17. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

DIMENSIÓN APARIENCIA Y ASPECTO DEL NEONATO	FA	INTENSIDADES			PORCENTAJE
		VALOR MA.	VALOR MIN.	PUNTAJE PROMEDIO	
1. Tubos y/o aparatos en mi bebé o cerca de él	46	80	16	3,29	58
2. Áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé	23	80	16	4,6	29
3. El color anormal de mi bebé	35	80	16	3,18	44
4. Respiración anormal de mi bebé	27	80	16	4,5	34
5. El tamaño de mi bebé (muy pequeño)	19	80	16	1,9	24
6. La apariencia arrugada de mi bebé	14	80	16	2	18
7. Ver agujas y tubos en mi bebé	40	80	16	3,33	50
8. Que mi bebé sea alimentado por vena o por sonda	38	80	16	3,17	48
9. Cuando mi bebé parece tener dolor	44	80	16	3,38	55
10. Cuando mi bebé parece triste	42	80	16	3,82	53
11. La apariencia débil de mi bebé	44	80	16	3,67	55
12. Movimientos agitados e inquietos de mi bebé	25	80	16	3,13	31
13. Mi bebe no llora como otros bebes	18	80	16	3,6	23
TOTAL/PROMEDIO	415			3,35	
GENERAL:					
Moderadamente estresante					

FA: Frecuencia absoluta

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

En esta dimensión fueron consideradas las características propias del neonato: Tubos y aparatos en mi bebé o cerca de él (58 %); áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé (29 %); el color anormal de mi bebé (44 %); respiración anormal de mi bebé (34 %); el tamaño de mi bebé (24 %); la apariencia arrugada de mi bebe (18%); ver agujas y tubos en mi bebé (50 %); que mi bebé sea alimentado por vena o por sonda (48 %); cuando mi bebé parecía tener dolor (55 %); cuando mi bebé parece triste (53 %); la apariencia débil de mi bebé (55 %); movimientos agitados e inquietos de mi bebé (31 %) y mi bebé no llora como otros bebés (23 %). Las características identificadas como más estresores fueron «tubos y aparatos en mi bebé o cerca de él» (58 %); cuando mi bebé parece tener dolor (55 %) y la apariencia débil de mi bebé (55 %).

En promedio de intensidad (3,35) se considera que la experiencia fue moderadamente estresante, pudiendo observar que los indicadores «áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé» (4,6), «respiración anormal de mi bebé» (4.5) y «cuando mi bebé parece triste» (3,82) son las experiencias más intensas para los padres encuestados.

Tabla 18 Nivel de estrés percibido por los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.

	FA	%	TOTAL	NIVEL
NO APLICA	82	39%	50%	INEXISTENTE
NO ESTRESANTE	22	11%		
UN POCO ESTRESANTE	18	9%		
MODERADAMENTE ESTRESANTE	23	11%	20%	MEDIO
MUY ESTRESANTE	27	13%		
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	36	17%	30%	ALTO
TOTAL	208	100%		

Fuente: elaboración propia

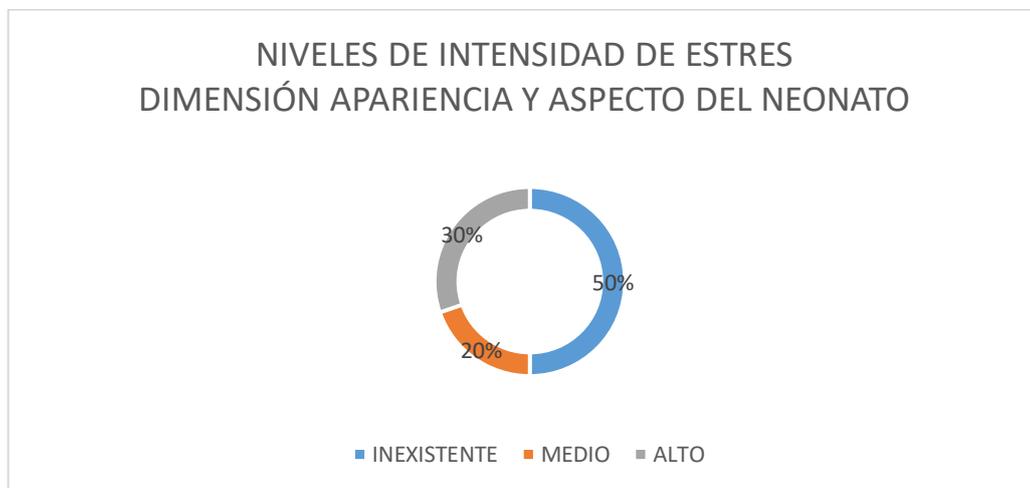
Gráfico 18 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a las categorías de medición de intensidad de la experiencia (ver gráfico 18 A) el 11 % considera que esta dimensión *no fue estresante*; 9 % un *poco estresante*; 11 % *moderadamente estresante*; 13 % *muy estresante*; 17 % *extremadamente estresante*. Un 39 % no aplica al no haber experimentado ninguna de las características expresadas.

Gráfico 18 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

En consideración general, se obtuvo que el nivel de estrés presentado en los padres sobre esta dimensión fue alto en un 30 %, para el 20 % fue medio y en un 50 % inexistente (gráfico 18 B).

C. 3 Dimensión: Relación con el neonato y rol de los padres

Tabla 19. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

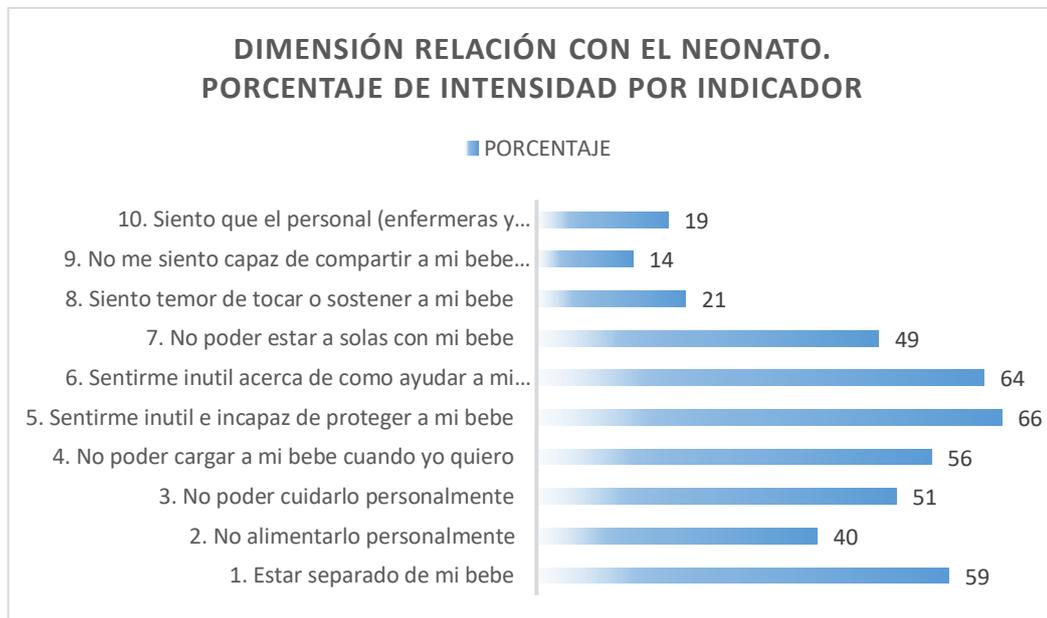
DIMENSIÓN RELACIÓN CON EL NEONATO	FA	INTENSIDADES		PUNTAJE PROMEDIO	PORCENTAJE
		VALOR MAX.	VALOR MINIMO		
1. Estar separado de mi bebé	47	80	16	3,62	59
2. No alimentarlo personalmente	32	80	16	2,91	40
3. No poder cuidarlo personalmente	41	80	16	3,15	51
4. No poder cargar a mi bebé cuando yo quiero	45	80	16	3,75	56
5. Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé	53	80	16	3,79	66
6. Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo	51	80	16	3,64	64
7. No poder estar a solas con mi bebé	39	80	16	3,25	49
8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé	17	80	16	1,7	21
9. No me siento capaz de compartir a mi bebé con otro familiar	11	80	16	1,83	14
10. Siento que el personal (enfermeras y médicos) están más cerca de mi bebé que yo	15	80	16	1,25	19
TOTAL/Promedio	351			2,89	

General:

Moderadamente estresante

FA: frecuencia absoluta Fuente: elaboración propia

Gráfico 19. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

Los indicadores que fueron considerados en esta dimensión corresponden a: estar separado de mi bebé (59 %); no alimentarlo personalmente (40 %); no poder cuidarlo personalmente (51 %); no poder cargar a mi bebé cuando yo quiero (56 %); sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos (66 %); sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo (64 %); no poder estar a solas con mi bebé (49 %); siento temor de tocar o sostener a mi bebé (21 %); no me siento capaz de compartir a mi bebé con otro familiar (14 %) y siento que el personal están más cerca de mi bebé que yo (19 %). De ellos, con un 66 %, sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos y con un 64 % ‘sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo’ fueron los dos indicadores más estresantes.

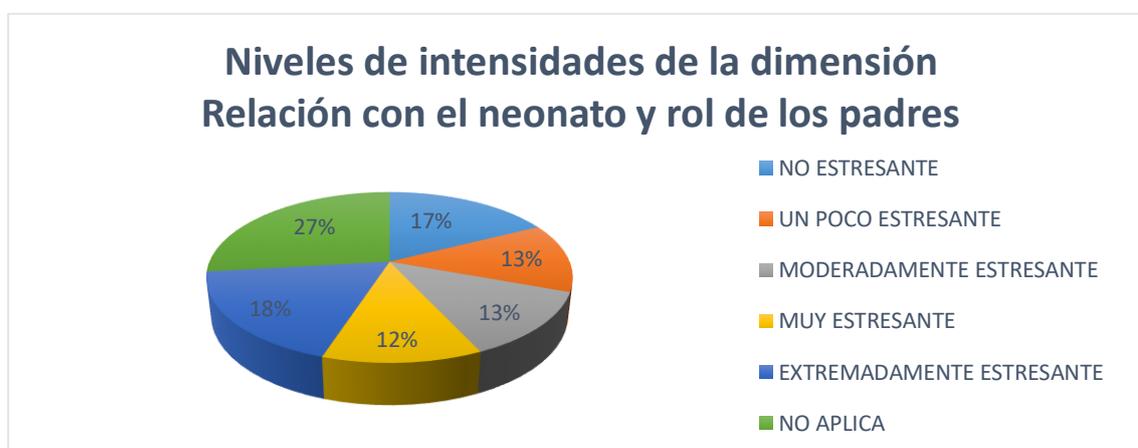
En relación al promedio general de nivel de estrés, se pudo saber que es de 2,89, considerado moderadamente estresante para esta dimensión. Las experiencias más intensas vivenciadas por los padres corresponden a *no poder cargar a mi bebé (3,75)* y *sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor (3,79)*.

Tabla 20. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad en la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.

	FA	%	TOTAL	NIVEL
NO APLICA	43	27%	44%	INEXISTENTE
NO ESTRESANTE	28	18%		
UN POCO ESTRESANTE	21	13%	26%	MEDIO
MODERADAMENTE ESTRESANTE	20	13%		
MUY ESTRESANTE	19	12%	30%	ALTO
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	29	18%		
TOTAL	160	100%		

Fuente: elaboración propia

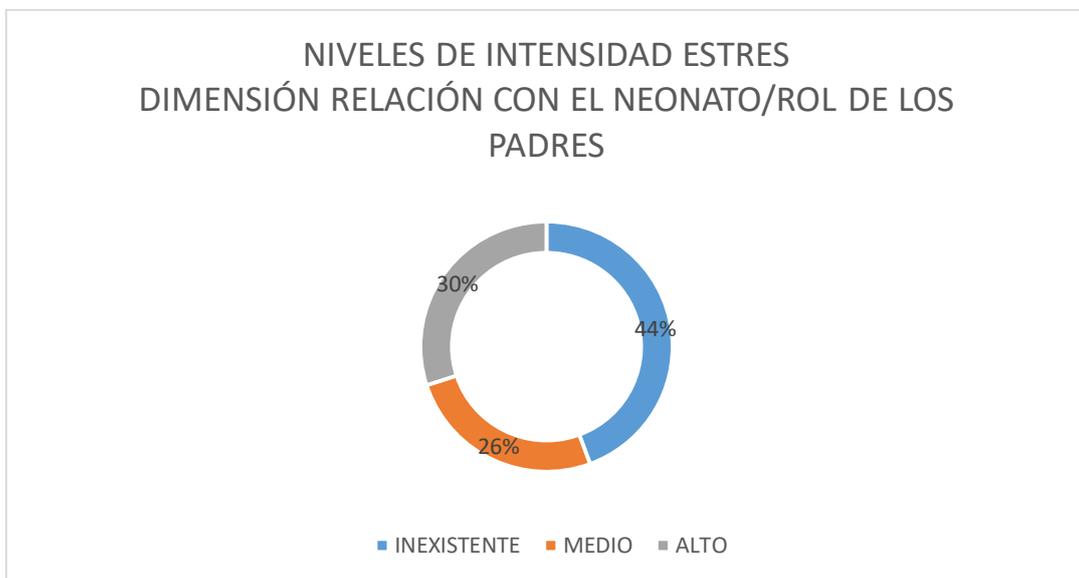
Gráfico 20 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las categorías de medición de intensidad del estrés, la experiencia en un 18 % no fue estresante; 13 % un poco estresante; 13 % moderadamente estresante; 12 % muy estresante; 18 % extremadamente estresante. Un 27 % no aplica al no vivenciar las características expresadas.

Gráfico 20 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Relación con el neonato y rol de los padres” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: Elaboración propia

El nivel general que presentaron los padres en esta dimensión fue en un 30 % de alto estrés, un 26 % medio y en un 44 % inexistente.

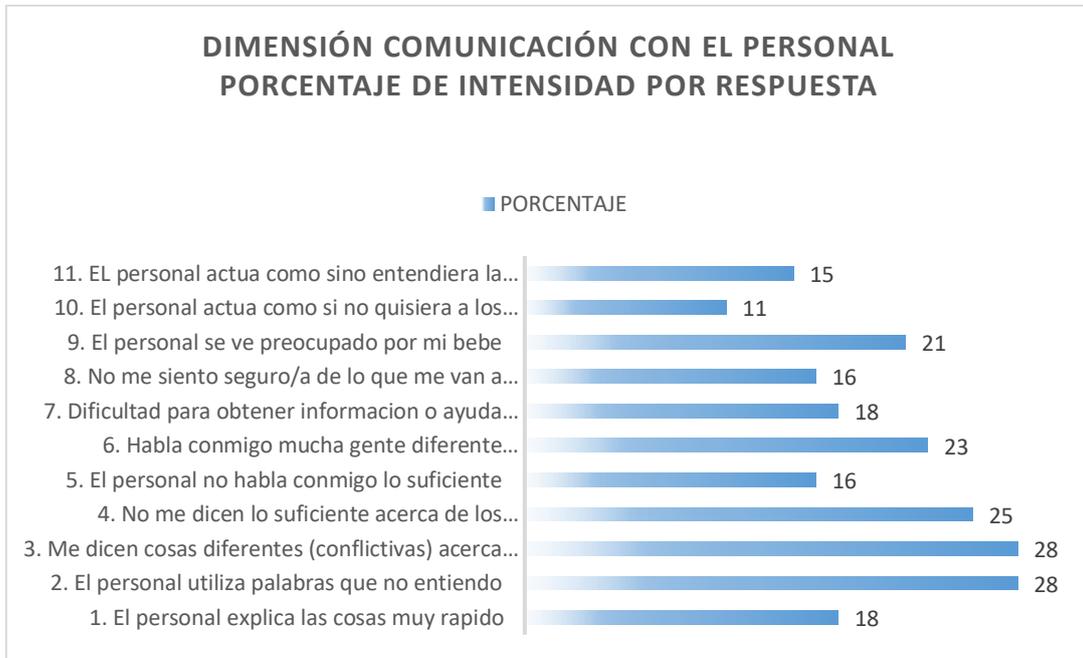
C.4 Dimensión: Comunicación con el personal

Tabla 21. Porcentual de intensidad de la percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

DIMENSIÓN COMUNICACION CON EL PERSONAL	FA	INTENSIDADES			PORCENTAJE
		VALOR MAX.	VALOR MIN.	PUNTAJE PROMEDIO	
1. El personal explica las cosas muy rápido	14	80	16	2	18
2. El personal utiliza palabras que no entiendo	22	80	16	2,44	28
3. Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condición de mi bebé	22	80	16	2,2	28
4. No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que se le hacen a mi bebé	20	80	16	2,22	25
5. El personal no habla conmigo lo suficiente	13	80	16	1,63	16
6. Habla conmigo mucha gente diferente (médicos, enfermeras, etc)	18	80	16	2	23
7. Dificultad para obtener información o ayuda cuando estoy en la unidad	14	80	16	2,33	18
8. No me siento seguro/a de lo que me van a informar acerca de los cambios o evolución de mi bebé	13	80	16	1,6	16
9. El personal se ve preocupado por mi bebé	17	80	16	2,13	21
10. El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca	9	80	16	2,25	11
11. EL personal actúa como sino entendiera la conducta de mi bebé o sus necesidades	12	80	16	3	15
TOTAL/Promedio general: Un poco estresante	174			2,17	

FA: frecuencia absoluta Fuente: elaboración propia

Gráfico 21. Percepción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Los indicadores para esta dimensión dieron como resultado: el personal explica las cosas muy rápido (18 %); el personal utiliza palabras que no entiendo (28 %); me dicen cosas diferentes acerca de la condición de mi bebé (28 %); no me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que se le hacen a mi bebé (25 %); el personal no habla conmigo lo suficiente (16 %); habla conmigo mucha gente diferente (23 %); dificultad para obtener información o ayuda cuando estoy en la unidad (18 %); no me siento seguro de lo que me van a informar acerca de los cambio o evolución de mi bebé (16 %); el personal se ve preocupado por mi bebé (21 %); el personal actúa como si no quisiera a los padres cerca (11 %) y el personal actúa como sino

entendiera la conducta de mi bebé o sus necesidades (15 %). De estas fueron identificadas como las más estresantes, 28 % cada una, «el personal utiliza palabras que no entiendo’ y ‘me dicen cosas diferentes acerca de la condición de mi bebé».

El promedio de intensidad expresa que en un 2,17 la experiencia solo fue un poco estresante para los padres. Considerando que «el personal actúa como si no entendiese la conducta de mi bebé o sus necesidades» (3) y «el personal utiliza palabras que no entiendo» (2,44). (Ver tabla 21)

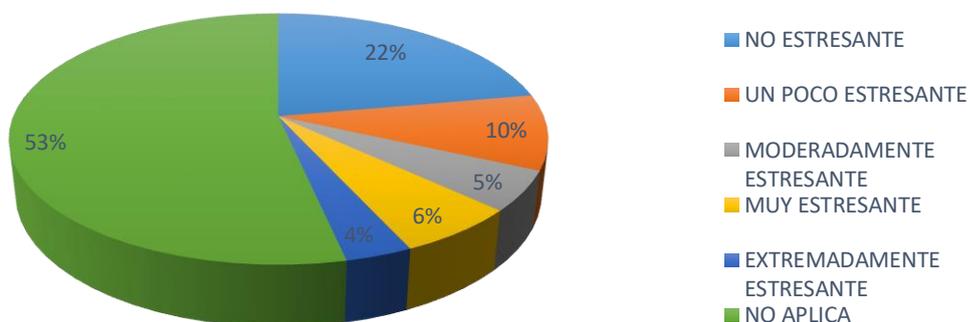
Tabla 22. Nivel de estrés de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti respecto a cada categoría de intensidad en la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

	FA	%	TOTAL	NIVEL
NO APLICA	94	53%	76%	INEXISTENTE
NO ESTRESANTE	39	22%		
UN POCO ESTRESANTE	17	10%	15%	MEDIO
MODERADAMENTE ESTRESANTE	9	5%		
MUY ESTRESANTE	11	6%	10%	ALTO
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	6	3%		
TOTAL	176	100%		

FA: Frecuencia Absoluta Fuente: elaboración propia

Gráfico 22 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

Nivel de intensidades de la dimensión Comunicación con el personal



Fuente: elaboración propia

Las categorías de medición de intensidad del estrés expresaron que en un 22 % *no fue estresante*; en un 10 % *un poco estresante*; el 5 % *moderadamente estresante*; 6 % *muy estresante*; 3 % *extremadamente estresante*. El 53 % no aplico al no vivenciar las características expresadas.

Gráfico 22 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a cada indicador de la dimensión “Comunicación con el personal” en el periodo septiembre- octubre 2020.

NIVELES DE INTENSIDAD ESTRES DIMENSIÓN COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL



Fuente: elaboración propia

Se puede conocer que el nivel de estrés general que presentaron los padres para esta dimensión fue de 15 % medio, 10 % alto y en un 76 % inexistente.

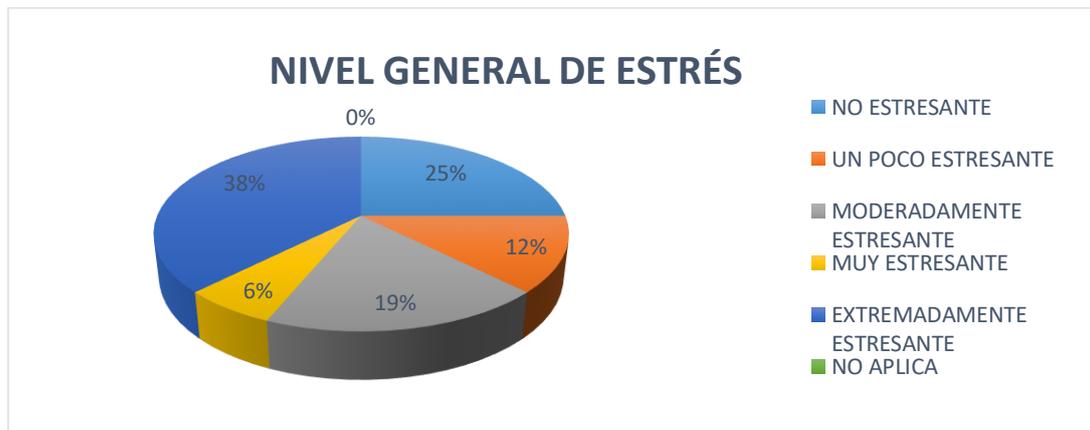
D) Nivel general del estrés

Tabla 23. Nivel de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.

	FA	%	TOTAL	NIVEL
NO APLICA	0	0%	25%	INEXISTENTE
NO ESTRESANTE	4	25%		
UN POCO ESTRESANTE	2	13%	31%	MEDIO
MODERADAMENTE ESTRESANTE	3	19%		
MUY ESTRESANTE	1	6%	44%	ALTO
EXTREMADAMENTE ESTRESANTE	6	38%		
TOTAL	16	100%	100%	

FA: Frecuencia Absoluta Fuente: elaboración propia

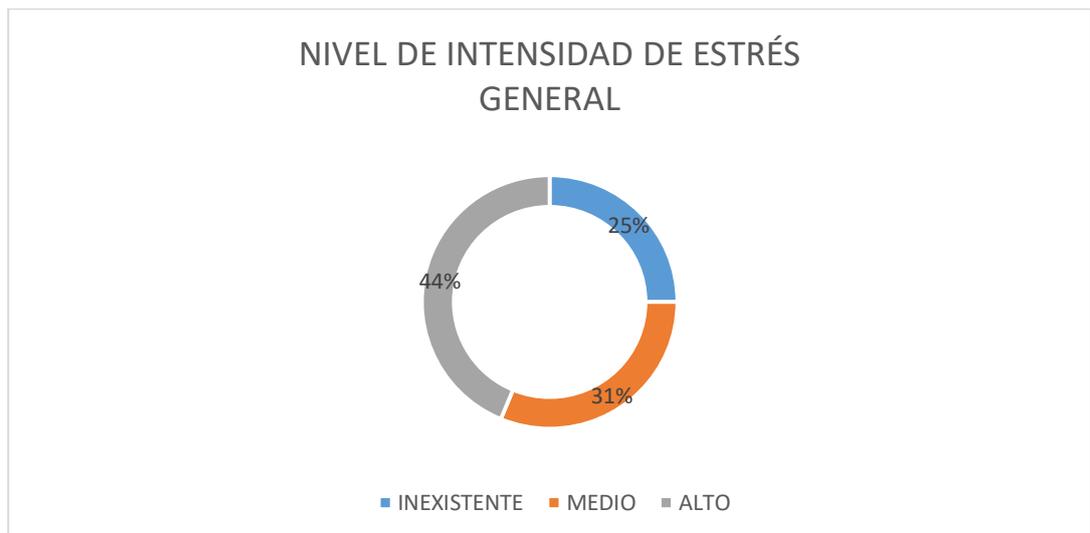
Gráfico 23 A. Categorías de intensidad de la percepción de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

El puntaje promedio de estrés corresponde a 3,18 (moderadamente estresante), siendo la experiencia en un 38 % extremadamente estresante. El 25 % no estresante; 13 % un poco estresante; 19 % moderadamente estresante y un 6 % muy estresante (ver tabla 23)

Gráfico 23 B. Nivel de intensidad de estrés de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Esta última dimensión considero el estrés general generado toda la experiencia de tener a un hijo hospitalizado. La experiencia es considerada con un alto nivel de estrés (44 %).

D.2 Nivel Promedio de Estrés para todas las dimensiones

Tabla 24. Puntaje promedio de estrés percibido de los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, respecto a las dimensiones “Aspecto y sonido de unidad, apariencia y conducta del neonato; relación con el neonato y rol de los padres y comunicación con el personal en el periodo septiembre- octubre 2020.

Dimensión	Puntaje promedio
Aspecto y sonido de la unidad	2,54
Apariencia y aspecto del neonato	3,35
Relación con el neonato	2,89
Comunicación con el personal profesional	2,17
Nivel General de estrés	3,19

Gráfico 24. Puntaje promedio de estrés percibido por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Si consideramos el nivel de estrés promedio para todas las dimensiones se observa que las más intensas fue *Apariencia y aspecto del neonato* (3,35) seguida de *Relación con el neonato* (2,89); seguidas de aspecto y sonido de la unidad (2,54) y relación con el personal (2,17). Y el nivel de estrés general fue calificado con 3,19 promedio, lo que lo hace *moderadamente estresante*.

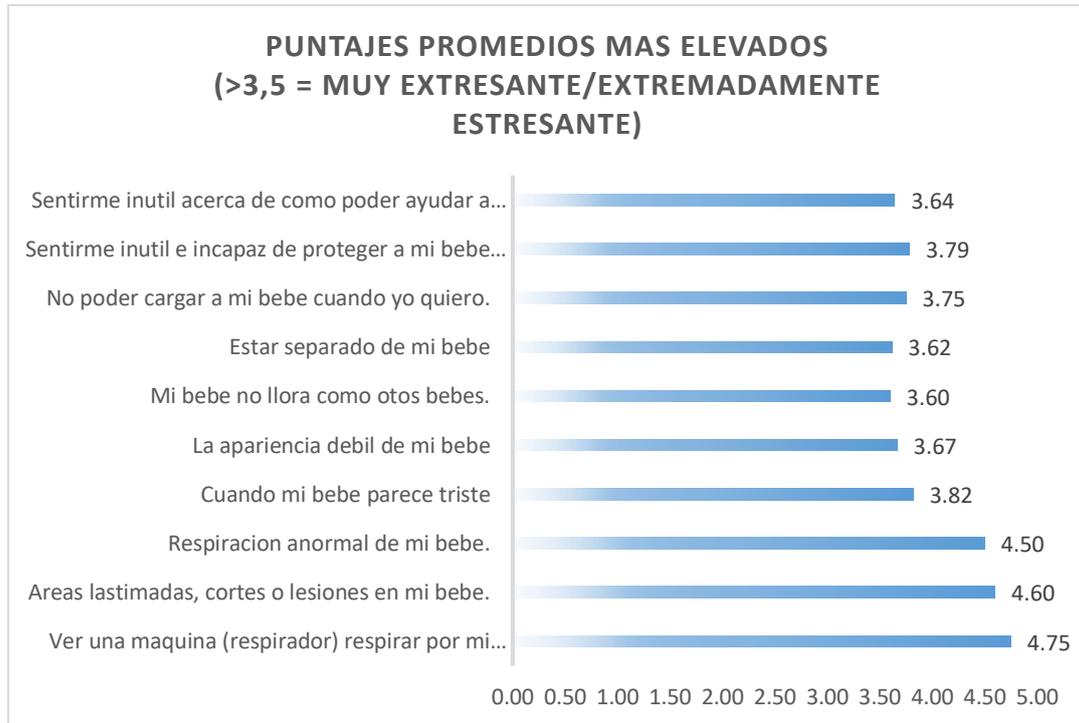
D.3 Puntajes promedios más elevados

Tabla 25. Puntaje promedio de estrés percibido más elevados percibido por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en relación a todos los indicadores consultados en el periodo septiembre- octubre 2020.

Indicadores	Puntajes promedios más elevados (>3,5 = muy estresante/extremadamente estresante)
Ver una máquina (respirador) respirar por mi bebé.	4,75
Áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé.	4,60
Respiración anormal de mi bebe.	4,50
Cuando mi bebé parece triste	3,82
La apariencia débil de mi bebé	3,67
Mi bebe no llora como otros bebés.	3,60
Estar separado de mi bebé	3,62
No poder cargar a mi bebé cuando yo quiero.	3,75
Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos.	3,79
Sentirme inútil acerca de cómo poder ayudar a mi bebé este tiempo	3,64

Fuente: elaboración propia

Gráfico 25. Puntaje promedio de estrés más elevados percibidos por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre- octubre 2020.



Fuente: elaboración propia

Se valoró entre todos los indicadores de la escala, cuáles fueron los de mayor puntaje promedio (tabla 25). Se visualizó que ellos pertenecían a las dimensiones Aspecto y sonido de la unidad y Apariencia y conducta del neonato y, correspondían a: Sentirse inútil acerca de cómo poder ayudar mi bebé (3,64); Sentirme incapaz de proteger a mi bebe (3,79); No poder cargar a mi bebé cuando yo quiero (3,75); Estar separado de mi bebe (3,62); Mi bebé no llora como otros bebés (3,60); La apariencia débil de mi bebé (3,67); cuando mi bebé parece triste (3,82); Respiración anormal de mi bebé (4,50); Áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé (4,60); Ver una máquina (respirador) respirar por mi bebé (4,75). (ver gráfico 25).

D.4 Nivel promedio de estrés general y características sociodemográficas de los padres

Tabla 26. Nivel promedio de estrés general percibido por los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en relación a las características sociodemográficas de ellos, en el periodo septiembre – octubre del 2020.

NACIONALIDAD	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
ARGENTINA	3,1	Moderadamente estresante
BOLIVIANA	5	Extremadamente estresante
PARAGUAYA	0	N/A
OTRA	0	N/A
EDAD	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
15 – 25	4	Muy estresante
25 – 35	2,8	Moderadamente estresante
35 - 45	3,5	Muy estresante
46 o +	3	Moderadamente estresante
SEXO	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
MASCULINO	3,5	Muy estresante
FEMENINO	3,1	Moderadamente estresante
TRANSGÉNERO	0	N/A

ESTADO CIVIL	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
SOLTERO/A	1	No estresante
CONVIVIENTE	4	Muy estresante
CASASO/A	3,5	Muy estresante
SEPARADO/A	0	N/A
VIUDO/A	0	N/A
ESCOLARIDAD	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
SIN ESCOLARIDAD	0	N/A
PRIMARIA	1	No estresante
SECUNDARIA	3,2	Moderadamente estresante
TERCIARIO/UNIV.	4	Muy estresante
OCUPACION	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
EMPLEADO/A	3,3	Moderadamente estresante
HOGAR	3,3	Moderadamente estresante
DESOCUPADO/A	3	Moderadamente estresante

RELIGION/CREENCIAS	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
ATEO	2,8	Moderadamente estresante
CATÓLICO/A	4	Muy estresante
EVANGÉLICO/A	2	Un poco estresante
OTRAS	0	N/A
EXPERIENCIA PREVIA	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
SI	3,5	Muy estresante
NO	3,1	Moderadamente estresante

D.5 Nivel promedio de estrés general y datos del neonato

Tabla 27. Nivel promedio de estrés general percibido por los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti, en relación a los datos del neonato hospitalizado en el periodo septiembre – octubre del 2020.

NÚMERO DE HIJO	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
PRIMERO	4,3	Muy estresante
SEGUNDO	2,8	Moderadamente estresante
TERCERO	2,6	Moderadamente estresante
CUARTO	3,5	Muy estresante
QUINTO O MAS	0	N/A

EDAD GESTACIONAL	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
MENOS DE 28 SEMANAS	0	N/A
29 A 32 SEMANAS	5	Extremadamente estresante
33 A 37 SEMANAS	2,4	Un poco estresante
38 A 42 SEMANAS	4,4	Muy estresante
PESO	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
1000 A 1499 G	0	N/A
1500 A 1999 G	2,3	Un poco estresante
2000 A 2499 G	3,4	Moderadamente estresante
2500 A 3000 G	3,3	Moderadamente estresante
TIPO DE PARTO	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
PARTO NATURAL	4,5	Extremadamente estresante
CESAREA	2,8	Moderadamente estresante
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
7 A 10 DÍAS	2,9	Moderadamente estresante
11 A 15 DÍAS	2,7	Moderadamente estresante
16 A 21 DÍAS	5	Extremadamente estresante

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Promedio de Nivel de Estrés General	Nivel
PREMATUREZ	2,4	Un poco estresante
SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO	4	Muy estresante
RETARDO DE CRECIMIENTO	5	Extremadamente estresante
HIPOGLUCEMIA	3,5	Muy estresante
OTRAS	4	Muy estresante

IV. 2 DISCUSIÓN

A los fines de resolver los objetivos planteados en el presente estudio se presentan los datos según su orden. Los primeros objetivos que se pretendieron conocer son los datos sociodemográficos de los padres y datos de los neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti en el periodo septiembre-octubre del 2020.

- En primer lugar, se analizó las características sociodemográficas de los 16 padres encuestados, ya que se conoce que hay características que hacen que una persona se vuelva más vulnerable o no a estímulos externos (Lazarus, 2000).

Se obtuvo que el 94 % corresponde a la nacionalidad Argentina y un 6 % nacionalidad Boliviana, no se encontraron padres de nacionalidad Paraguaya ni de otra nacionalidad. En relación al nivel promedio de estrés se pudo conocer que los padres argentinos presentan un 3.1 (moderadamente

estresante) y los padres Bolivianos un nivel promedio de 5 (extremadamente estresante). Se considera que las migraciones son consideradas como una fuente de estrés en relación a la cultura, aunque no se puede confirmar ya que la muestra es muy desigual.

El grupo etario mayoritario es el de 25-35 años (56 %) y los que más se estresan corresponden al rango de 15-25 años puntaje promedio de 3,5 (muy estresante) coincidente con otro estudio de Raynaga (1996), que dio como resultado un estrés moderado. Sin embargo, en estudios como Jofré (1999), las madres de mayor edad son las que más se estresan, y refieren que en otros estudios a menor edad hay más estrés psicológico. En promedio se estresan más los hombres 3,5 (muy estresante) que representan tan solo el 25 % de la muestra, las demás son madres (75 %), otro dato coincidente con ese mismo estudio.

El estudio multicéntrico Wornald & Col (2015) afirman que son las madres las que más se estresan e incluso tienen tres veces más riesgos de estar estresadas por la permanencia en el contexto de la UCIN, mientras que los padres se estresan en relación a tener menor nivel educacional y desempleo.

El 63 % de los padres se encontraba en estado de concubinato y son los que más se estresaron con un promedio de 4 (muy estresante), dato no coincidente con otros estudios donde los solteros son los que más se estresan (Reynaga, 1996), allí se menciona que la presencia de una pareja que apoye al padre o madre durante estos momentos ayuda a sobrellevar la experiencia, la pareja tiende a comportarse como una unidad, pero en este estudio no se

visualizó, solo deja el interrogante de cómo perciben el acompañamiento y sostén los padres, o si interfirió que la muestra fue muy pequeña.

La escolaridad fue en un 56 % secundaria, y se registró que a mayor nivel de instrucción más se estresaron, con un nivel promedio 4 (muy estresante) del grupo terciario/universitario, hecho que coincide con el estudio de Reynaga, donde a mayor nivel de instrucción más se estresaron los padres, infiero que a mayor instrucción más recursos se tienen para identificar la severidad y los riesgos de una enfermedad crítica, lo que deja entrever que no por ello se cuenta con herramientas para afrontar el estrés.

El 50 % de la muestra se encuentra empleada, independientemente de estar empleado, desocupado o dedicarse al hogar se estresaron moderadamente con un promedio de 3, esto se relaciona con que el promedio de estadía de neonatos hospitalizados es de doce días, tiempo en el cual los padres cambian de actividades cotidianas, empleo, tipo y hora de comidas, atención del hogar, relaciones familiares en pos del cuidado de su hijo (Palacio Díaz, 2012).

De acuerdo a las creencias, se estresaron más el grupo de creyentes sobre el grupo de ateos, con un promedio de 4 (muy estresante), se podría pensar que el tener creencias y/o fe brindaría mayores herramientas de sostén, pero solo queda claro que no de afrontamiento al estrés. Por otro lado, el modelo de enfermera de Swanson nos plantea como primer paso es mantener las creencias como parte del cuidado educador de la enfermería. Los padres que tuvieron una experiencia previa en el servicio (87,5 %) son los que más se estresaron, en promedio de 3,5 (muy estresante), se puede denotar que cada

experiencia es única y en estos casos no influyó tener experiencias previas para la manera de afrontar nuevas vivencias, o quizás la situación de pandemia marca una perspectiva de vivencia.

Lazarus (2000) nos plantea que el estrés y las emociones dependen mucho de la valoración que la persona hace del medio que lo rodea. El estrés psicológico se ve influenciado por la estructura social, considerando que las migraciones y el aislamiento social son dos fuentes de estrés importantes.

- En cuanto a la variable de datos del neonato hospitalizado, se pudo conocer que el 31 % correspondió al segundo y tercer hijo de los padres en estudio. Estos, en promedio, se estresaron más al tener a su primer hijo (4,3) o al cuarto (4) muy estresante. Como ya vimos, tener la experiencia de otro hijo hospitalizado no disminuye el estrés, pero podemos pensar que los miedos y ansiedad propios de un primer hijo influyen como el tener más hijos a los de los cuales cuidar, como factor preocupante al ausentarse del domicilio por el tiempo incierto de hospitalización del neonato internado en la UCIN.

La edad gestacional de los neonatos hospitalizados es de 33 a 37 semanas en promedio (63 %), lo cual ratifica que es una UCIN destinada a prematuros moderados a tardíos. Los padres que tuvieron la experiencia de tener un hijo en el rango de 29 a 32 semanas, consideraron la experiencia como extremadamente estresante, coincidente que, a menor edad gestacional del neonato mayor es el grado de estrés (Reinaga, 1996).

El peso de los neonatos hospitalizados fue en total concordancia con las edades gestaciones que se encontraron en mayoría, correspondiendo al

rango de 2000-2499 g., a su vez los padres estimaron a esto como moderadamente estresante (3,4).

Un indicador significativo en relación al peso es el diagnóstico médico de retardo de crecimiento intrauterino, considerado extremadamente estresante (5). Estos neonatos presentan una morbilidad elevada, los neonatos nacidos a término con menos de 2500 g presentan una tasa de mortalidad de 5 a 30 mayor que los nacidos con peso normal y tienen un comportamiento particular al prematuro, realizan más complicaciones asociadas a síndrome de aspiración meconial con hipertensión pulmonar, alteraciones metabólicas como hipoglucemias e hipocalcemia; inestabilidad térmica y la policitemia (Ceriani Cernadas, 2009; Tamez, 2016). Todo esto, prolonga los periodos de internación y genera ansiedad en los padres por la inestabilidad de su hijo.

De igual manera, la prematuridad sigue siendo el motivo de ingreso más común en el servicio de neonatología (50 %). El tipo de parto en su mayoría fue por cesárea (75 %), pero las madres que tuvieron un parto natural fueron las más estresadas 4,5 (Extremadamente estresante).

Los días de internación al momento de la encuesta fueron en un 44 % entre 7 a 10 días, sin embargo, el más estresante en promedio fue el rango de 16 a 21 días, considerado como extremadamente estresante. Podemos asociar estos datos a que a mayor tiempo de hospitalización, más estrés se experimenta. Palacio Diaz (2012) expresa que los padres están obligados a permanecer periodos largos en un ambiente desconocido, que los hace recurrir a conductas inusuales tales como desconcierto, incapacidad para comprender la información y ajustarse psicológicamente a lo vivenciado. Es

particular que haya sido extremadamente estresante, podríamos pensar que los primeros días son los más estresantes por la complejidad y el desconocimiento del ambiente. De todas maneras, en el contexto particular de pandemia, el aislamiento social y la permanencia en la institución hospitalaria podrían significar una causa importante.

Jofre (1999) demuestra que las características tales como situación marital, religión, tipo de familia, experiencia previa no tiene significancia estadística en relación al nivel de estrés.

- A través de la Escala de Estresores para Padres: Unidad de cuidado Intensivos Neonatales (EEP:UCIN) se pudo conocer que la experiencia fue percibida en general, con un alto nivel de estrés, considerándola como una experiencia extremadamente estresante (38 %) dato coincidente con la experiencia registrada por Ruiz (2005) y Gonzales (2012).

En promedio fue considerada como un hecho moderadamente estresante (promedio 3,18), siendo en promedio las dimensiones más estresantes las “Apariencia y aspecto del bebé” y, “Relación y Rol Parental”. Esto refuerza otros estudios previos como Miles y Holdich-Davis (1987); Reinaga Ornelas (1996); Palma (2016); Campos Arzapalo (2017); Palacio Diaz (2012) y Caruso (2012), donde el nivel de estrés ha sido moderado, concluyendo que la UCIN es un lugar de estrés importante para los padres.

La dimensión Aspecto y sonido de la unidad, ha significado en los padres una experiencia de *nivel de estrés inexistente (50%) y de nivel medio en un 31 %*. Estudios como el de Palma (2012) y Campos Arzapalo (2017) manifestaron en esta dimensión un estrés medio a bajo. El indicador más

significativo fue la de “ruidos repentinos de alarmas de monitores”, calificado en un 55 % con promedio de intensidad 2,75, como ya se mencionó el indicador “ver una máquina (respirador) respirar por mi bebé, es el más intenso (4,75). En total relación la “presencia de monitores y equipos” junto con “ruidos constantes de monitores y equipos” (2.3) fueron las más puntuadas, esta misma secuencia se puede apreciar en los estudios de Gonzales Escobar (2012) y el estudio Multicéntrico del Neocosur (2015).

El rol educador de la enfermería reforzaría y complementaría gran parte del bajo nivel de estrés de esta dimensión, ya que la misma, brinda cuidados con el objetivo de brindar bienestar a otros con compromiso y responsabilidad como nos plantea Swanson (1991) en su teoría de los cuidados. Es aquí donde enfermería, a través del cuidado como forma educativa, sabe posibilitar información, estar con los padres y hacer por ellos una experiencia menos estresante a través de la comunicación y ambientación dentro de la unidad.

La influencia que tiene el contexto ambiental de la UCIN en los padres está relacionada con los procedimientos y medios invasivos que se le realizan al neonato, la influencia de la cultura y el conocimiento que se tiene previo a un suceso como es la condición física del mismo, generando un descubrimiento ante algo desconocido y particular.

La dimensión apariencia y conducta el neonato fue la más valorada como experiencia estresante por los padres encuestados, con un *nivel alto de estrés* (30 %). Los indicadores con mayor porcentaje son “tubos y aparatos en mi bebé o cerca de él” (58 %) que ha sido visto como muy estresante en otras investigaciones Freglia (2011); González Escobar (2012); Gil Montilla (2016);

y “cuando mi bebé parece tener dolor” (55 %) y “la apariencia débil de mi bebé” (55 %). Estas últimas, no se registraron como significativas en estudios previos, se deben considerar como llamativas.

En cuanto al promedio general de esta dimensión se pudo apreciar que es de 3,35, considerado *moderadamente estresante*; en total relación con otros estudios promedio = 3,22 (Palma, 2016) y promedio = 3,14 (Reynaga, 1996).

Los indicadores “áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé” (4,6) y “respiración anormal de mi bebé” (4,5) fueron considerados como extremadamente estresantes, mientras que “cuando mi bebé parece triste” (3,82) muy estresante; como parte de las experiencias más intensas para los padres encuestados. Estos se encuentran frente a una realidad donde el estado máximo de felicidad esperada con la llega de un nuevo hijo, se convierten en un estado de máximo estrés y preocupación, en donde deben aprender a asimilar y vincularse con el «hijo real» (Palacios Diaz, 2012; Levobici,1983).

Se considera de influencia el grado de instrucción de los padres, ya que a mayor instrucción mayor es el grado de estrés (tabla 26, promedio 3,2 y 4 formación secundaria/terciaria), es decir, que la instrucción brinda herramientas para identificar la severidad y los riesgos de cada situación; pero no dota de herramientas para afrontar el estrés.

Fue evidente que al no haber prematuros extremos en la unidad y con un promedio de 2,4 de internación por prematurez los padres percibieron e intensificaron otras características o circunstancias. El color (3,2), tamaño (1,9), llanto (3,6) y tonicidad (3,6) son signos muchos más marcados a menor

edad gestacional. El promedio de edad gestacional de neonatos internados, corresponde a prematuros tardíos o recién nacidos de término (63 % y 31 %) en este estudio, considerando que estos indicadores fueran moderadamente valorados.

Una de las mayores dificultades que enfrentan los padres en la UCIN es la dificultad para tener contacto físico permanente con su bebé, lo cual genera en ellos sentimientos fluctuantes de tristeza, culpa, fracaso y sensación de “no poder hacer nada para ayudar a sus hijos” (Cano Giménez, 2013). La dimensión Relación con el neonato y rol de los padres, fue la segunda más intensa percibida por los padres, como en estudios previos, Miles (1991) y Jofre Henríquez (1999). El promedio de intensidad de estrés que obtuvo esta dimensión fue 2,89, es decir moderadamente estresante y un nivel alto de estrés (30 %); en discordancia con Palacio Díaz (2012) que la señalaron como una experiencia con nivel bajo de estrés.

Griffin (1990) citado en Cano Giménez, señala las posibles dificultades a las que se enfrenta la relación entre padres e hijos en la UCIN: la separación física, las barreras mecánicas entre ellos, las barreras psicológicas como los sentimientos de impotencia y culpa de los padres, y, por último, las enfermeras que proporcionan cuidado de expertos al niño que los padres no son capaces de proporcionar. Todas estas dificultades pueden ser tomadas como amenazas por parte de los padres, ante su rol paterno, y consecuentemente producir una desestabilización psíquica y estresante.

Los sentimientos de incapacidad e inutilidad son los más intensos que se detectaron en esta dimensión, por ejemplo, con 66 %, “sentirme inútil e

incapaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos” y con un 64 % “sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo” fueron los dos indicadores más estresantes. Ruiz (2004) nos plantea la necesidad que tienen los padres de una matriz de apoyo y acompañamiento por parte de los profesionales de la salud, para poder construir su rol paterno que aún se encuentra prematuro.

Así también, se experimenta intensamente la separación que sufren con su hijo, calificadas como muy estresantes. Estas se ven reflejadas en “no poder cargar a mi bebé cuando yo quiero” (3,75) y “estar separado de mi bebé” (59 %), ya sea por las barreras físicas como incubadoras, servocunas, estar conectados a tubuladuras, horarios preestablecidos y restricciones de ingreso en el caso de los padres. Esto concuerda con estudios previos, como González Escobar (2012) y Palma (2017) donde se señala que la separación de padres e hijo, fue una experiencia muy o extremadamente estresante.

Sánchez Veracruz; Cano Moroba, (2012) demuestran que el hecho de hacer partícipes a los padres en el cuidado de su hijo hace que vuelvan a recuperar el rol cuidador principal, produciéndoles una sensación de alegría, placer y seguridad, además de disminuir la ansiedad y angustia causada por el ingreso del bebé. Es allí donde se puede ver reflejado la función facilitadora de la enfermera, que logra posibilitar, estar y hacer junto a los padres la construcción y la reconstrucción de un vínculo y un rol paterno. Los profesionales de salud que trabajan en la UCIN son testigos del nacimiento de un niño en *riesgo vital*, pero también son testigos del nacimiento de la relación más temprana entre el niño y sus padres, en un contexto adverso; la cual debe respetar y fomentar (Palacio Diaz, 2012).

En este estudio los indicadores relacionados al rol paterno como “siento que el personal está más cerca de mi bebé que yo”, “siento temor de tocar a mi bebé”, “no poder estar a solas con mi bebé”, “no alimentarlo personalmente” y “no cuidarlo personalmente” fueron los menos valorados e intensos, lo cual deja entrever la propiciación por parte de los profesionales, del vínculo y rol paterno.

La dimensión relación con el personal, fue la menor valorada de las todas, tuvo en un 76 % nivel de estrés inexistente (el 53 % no aplica y un 22 % considera que no ha sido estresante); situación que refuerza el motivo por el cual los autores de la Escala de Estresores para Padres (1993) la sacan por no tener significancia estadística. Este estudio volvió a considerarla por no ser el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de alta complejidad, lo cual podría arrojar datos relacionados a esa dimensión y para dejar evidencia al ser la primera vez que se aplica en la región. Estudios como Reinaga (1996), González Escobar (2012) y Jofre (1999), también vuelven a reconsiderar esta dimensión y la califican como poco significativa, no estresante o no aplica en su gran mayoría. Otro aspecto a tener en cuenta es que el autor de esta investigación forma parte del servicio donde se recolectaron los datos, lo cual pudo influir en la valoración de los indicadores por sentirse inhibidos (53 % no aplica).

Los datos obtenidos manifestaron como indicadores más estresantes a “me dicen cosas diferentes”, “el personal utiliza palabras que no entiendo”, “no me dicen lo suficiente” y “habla conmigo mucha gente diferente”. Es evidente la falta de unificación de criterios en los profesionales a la hora de la comunicación con los padres, y lograr expresar de manera sencilla todo

aquello que atañe a brindar información y evacuar dudas existentes, generando grados de estrés en los padres. Estudios como los de Sánchez Veracruz (2017), Sifuentes Contreras (2010) y Santos (2015) promulgan la necesidad de comprender por parte de los profesionales de salud que la comunicación debe ser entendida como una estrategia terapéutica capaz de favorecer a los procesos de afrontamiento y superación de situaciones estresantes durante la internación de un hijo y rescatar todos aquellos aspectos positivos de la relación terapéutica.

El nivel de estrés general que los padres percibieron corresponde a un alto nivel (44%), un 38 % la considera extremadamente estresante y en promedio de intensidad un 3,18 se considera moderadamente estresante. El alto nivel de estrés percibido coincide con los estudios de Freglia (2011), Palacio Díaz (2012), González Escobar (2012), Gil Montilla (2016) que la consideraron como extremadamente estresante; mientras que en los estudios de Jofre Hernández (1998), Wornaild (2015), Palma (2016) fue considerado como muy estresante.

Todos estos estudios junto con esta investigación reafirmaron que, si bien el nacimiento de un hijo es esperado, la experiencia se convierte en estresante al ser prematura y/o que implique la hospitalización del bebé; situación a la que ningún padre está preparado.

CAPÍTULO V

V.1 CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que:

- En relación a los datos sociodemográficos de los padres se encontró que, los padres que más se estresan tiene características tales como: otra nacionalidad, menor edad, género masculino, mayor grado de instrucción, relación de convivencia y los que ya tuvieron experiencia previa en la internación de un hijo.

- Se afirman las hipótesis de que existen diferencias en el nivel de estrés entre las dimensiones estudiadas y que las características sociodemográficas interfieren en su gran mayoría en el afrontamiento al estrés de los padres.

- Al conocer e identificar las características sociodemográficas (recursos), datos del neonato y dimensiones e indicadores más estresantes (estímulos) y percepción de la población objetivo, se concluye que desde la enfermería se debe tener presentes los conceptos de la teoría de los cuidados de Swanson, desde donde se puede brindar nuevos recursos (comunicación/información) para que los padres puedan valorar el entorno (UCIN) y enfrentar los estímulos del medio acompañados (estar con), posibilitando y reforzando así su capacidad de afrontamiento al estrés al dar respuestas desde su rol paterno (bienestar).

- La experiencia de tener un hijo hospitalizado ha sido de alto nivel considerada como extremadamente estresante. Con un promedio de intensidad moderadamente estresante. Las dimensiones con mayor promedio

de estrés fueron “Apariencia y conducta del neonato” seguido de “Relación con el neonato y Rol de los padres”.

- El nivel de estrés para la dimensión “Aspecto y sonido de la unidad” fue calificada con nivel inexistente de estrés, donde los indicadores más estresantes percibido por los padres han sido “Ruido repentino de alarmas y monitores” y “Ruido constantes de monitores y aparatos”. Promedio de intensidad: 2,54.

- El nivel de estrés para la dimensión “Apariencia y conducta del neonato” fue calificada con nivel de estrés inexistente. Siendo los indicadores más estresantes “Tubos y aparatos en mi bebé o cerca de él”; “Cuando mi bebé parece tener dolor” y “La apariencia débil de mi bebé”. Promedio de intensidad: 3,35.

- El nivel de estrés para la dimensión “Relación con el neonato y Rol de los padres” fue calificada como de nivel inexistente. Siendo los indicadores más estresantes “Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y procedimientos dolorosos”; “Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé en este tiempo” y “estar separado de mi bebé”. Promedio de intensidad: 2,89.

- El nivel de estrés para la dimensión “Comunicación con el personal profesional” fue calificada como de nivel de estrés inexistente. Siendo los indicadores más estresantes “Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condición de mi bebé”; “El personal utiliza palabras que no entiendo” y “No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que le hacen a mi bebé”. Promedio de intensidad: 2,17.

- La dimensión nivel de estrés general ha sido percibido como de alto nivel de estrés. Siendo el indicador más valorado “Extremadamente estresante”. Promedio de intensidad: 3,19.

V.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal de enfermería tomar los conceptos aquí desarrollados de la Teoría de los Cuidado de Swanson para el trabajo diario con los neonatos y sus padres en el servicio de neonatología. Considerando el cuidado como una forma educativa, instando al bienestar psicoemocional y espiritual del neonato y de sus padres, *manteniendo las creencias* básicas apoyada por el *conocimiento* de la realidad del mismo, expresada por *estar* emocional y físicamente presente, representada al *hacer por y posibilitar* recursos, siendo cada uno de ellos un componente integral de la estructura del cuidado.

Realizar, por parte del equipo de trabajo del servicio, una revisión de los datos obtenidos, pudiendo resaltar los aspectos positivos en los indicadores que no fueron valorados como estresantes y, especialmente, de aquellos indicadores que resultan ser estresantes, como punto de partida para el mantenimiento de las acciones positivas e intervención de futuras acciones estresantes.

Considerar al servicio de neonatología como fuente potencial de estrés para los padres, para lograr aplicar políticas y filosofías del cuidado centradas en la familia, considerando a los padres como verdaderos protagonistas y

dueños de casa junto con sus hijos. Pudiendo aplicar cuidados integrales basados en las necesidades del grupo familiar, y no tanto en cuestiones técnicas y rutinarias que imposibiliten u obstaculicen el vínculo padre, madre e hijo, a los fines de mejorar la calidad de los cuidados.

Tener en cuenta, la vulnerabilidad física y psíquica de los padres, ya que ellos atraviesan una paternidad y maternidad prematura, en donde se les debe generar un medio de acompañamiento y sostén que les ayude a crecer y asimilar, junto a su hijo, su rol paterno.

Se debe promover y sostener la participación activa de los padres en el cuidado, lo cual disminuye el estrés brindando la posibilidad de reconstruir y construir su rol paterno que se ve vulnerado en la separación sorpresiva de su hijo. Todo esto, basados en la comunicación y empatía del personal de salud como parte primordial de la relación terapéutica.

Los cuidados de enfermería y las acciones de otros profesionales no pueden eliminar el estrés paterno, pero deben estar destinados a disminuir los agentes estresores como acciones innecesarias u omisiones que conlleven a generar temor, ansiedad y angustia en los padres. Brindar información oportuna antes del ingreso a la unidad es considerado uno de los puntos más importantes en relación al estrés, se recomendaría poder articular con el servicio de maternidad y consultorios externos, charlas informativas y de presentación del servicio de neonatología a padres y madres, especialmente a las madres con embarazos de alto riesgo y amenazas de parto prematuro.

Elaborar material educativo a través del lenguaje sencillo sobre cuidados al neonato, que sumen y complementen a los cuidados profesionales de

enfermería para así poder generar estrategias en conjunto con la familia como parte del plan terapéutico de sus hijos.

Articular con otros profesionales, especialmente con los de psicología, puntos de encuentro y comunicación para evaluar el grado de estrés de los padres como forma de detectar la presencia de factores estresantes de manera precoz, y tener una mirada objetiva sobre situaciones que puedan estar siendo naturalizadas por el personal del servicio y ser estresantes para los padres.

En futuros estudios se deberían considerar las diferencias de estrés entre padres y madres, para obtener así datos concretos que ayuden a comprender las cuestiones de afrontamiento al estrés en cuestiones de género.

Realizar estudios similares y comparativos con una muestra mayor de padres que en este estudio y en otras unidades de cuidados intensivos neonatales de la región y sin contexto de pandemia. Como así también, se recomienda que el mismo sea realizado por personal que no esté trabajando en el servicio de neonatología.

CAPÍTULO VI

Lista de referencias bibliográficas

- Acosta, M. Cabrera Bravo, N. (2016). *Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental*. San Juan de Pasto: Universidad Mariana. Colombia.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Natalidad y Mortalidad. Síntesis estadística n.º 6*.
- Basso, G. (2018). *Neurodesarrollo en Neonatología. Intervenciones ultratempranas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Cano Moroba S, Marsellés Vidal M. A., Jové Monclús G. (2012). Un paseo por la 5ª planta. Análisis de las vivencias y el grado de satisfacción de los padres de bebés hospitalizados en la UCIN del hospital universitario Arnau de Villanueva de Lleida. *Rev Educ Inclus*. 5(3), pp. 17-32.
- Campos Arzapalo, L. (2017). *Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Arguto Tello de Chosica*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Canales Poma, M. & Llanos Acuña, U. (2017). *Factores hospitalarios y nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros en un hospital nacional*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.
- Caruso, A., Mikulic, I. M. (2012). *El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales: traducción y adaptación de la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS; NICU – M.S. MILES Y D. HOLDITG DAVIS, 1987, M.S. MILES Y S.G. FUNK, 1998)*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Anuario de investigaciones, Vol. XIX, p 19-26.
- Casado Cañero. F. *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas*. Sevilla. España.
- Cañas, E. (2012). *Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Cerani Cernadas; Fustiñana, Mariani, Janik y Lupo. (2009). *Neonatología Práctica* (pp. 22-23). Editorial Panamericana. Buenos Aires.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del Consejo Internacional de enfermeras para la profesión de enfermería*.
- Díaz, C. (2012). *Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales*.

- Freglia, S. Franconeri, S. Lunaz, L. Rivero, L. Sastre, C. (2011) *Factores que contribuyen al estrés de los padres de los recién nacidos prematuros en un Servicio de Cuidado Intensivos Neonatal en un Hospital Universitario*. Universidad de la República. Uruguay.
- Fundación Neonatología, Maternidad Sarda, Ministerio de Salud y UNICEF (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*. Segunda Edición.
- Galán Rodríguez A. y Perona Garcelán S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema* (13), pp. 563-570.
- Gil Montilla, S. (2016) *Nivel del estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados y los factores que se relacionan con él*. Universidad de Carabobo. República Bolivariana de Venezuela.
- González Escobar, D. Ballesteros, Celis, N. Serrano Reatiga, M. (2012) Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(1), pp. 43-53.
- Jofre Aravena, V. y Henríquez Fierro, E. (2002). Nivel de Estrés de las Madres con Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), pp. 31-36.
- Lalonde Marc (1996) El concepto de “campos de la salud”: una perspectiva canadiense; En promoción de la Salud: Una Antología, OPS-OMS. Washington, DC, Publicación científica N°557. p. 3-5.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicancia en nuestra salud*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Miles, M. S. y Holditch, D. (1987). Parenting the premature and born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, pp. 250-276.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. (2018). Departamento Provincial de Estadísticas. Estadísticas Vitales Río Negro. Año 2018. <https://salud.rionegro.gov.ar/sala/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Resumen Ejecutivo. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Nacimientos prematuros – Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Palacio Díaz, M. (2012). *Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología*. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

- Palma. E. Von Wussonw K, Morales B, I. Cifuentes R, J. Ambiendo T, S. (2016). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*. Sociedad Chilena de Pediatría. Chile.
- Reinaga Ornelas, L. (1996). *Estrés de padres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Universidad de Nueva León. México.
- Ruiz, A. (2004). *El bebe prematuro y sus padres*. Miñoiz y Davilas Editores. Buenos Aires. Argentina
- Sánchez Veracruz, M., Leal Costa, C., Pastor Rodríguez, J. Díaz Agea, J. (2017). Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. *Revista electrónica. Enfermería Global*. Julio. N° 47. ISSN 1695-6141.
- Sifuentes Contreras, A., Parra, FM., Maruina Volcanes, M., Oviedo Soto, S. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enfermería Global*. Junio, 19. ISSN 1695-6.
- Santos, L. Oliveira, L. Munari, D. Barbabosa, M. Peixoto, M. y Nogueira, A. (2015). Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Revista electrónica. Enfermería Global*, 37. ISSN 1695-6141.
- Tamez, R. (2016). *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Medica Panamericana.
- UNICEF – Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2010) Decálogo del prematuro.
- Valle López Santos, M. y Frías Osuna, A. (2000). Concepto de salud pública. Parte I Marco conceptual de salud publica. En A. Frías Osuna. *Salud pública y educación para la salud* (pp. 3-13). España: Masson.
- Villanova, F., Eimil, B., Cuellar Flores. I., Palacios., I. (2013). El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso. *Clínica Contemporánea*, 4(2), pp. 171-183.
- Wolnarl, F et al. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidado neonatales. Estudio Multicentrico. Argentina, Chile, Perú y Paraguay. *Arch Arget Pediatr*, 113(4), pp. 303-309.

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente encuesta tiene como finalidad conocer el nivel de estrés y la percepción de los padres sobre las dimensiones asociadas respecto a la hospitalización de sus hijos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma –Río Negro. El proyecto de Investigación es propuesto por el enfermero Llanqueleo, Bernardo Antonio estudiante de la Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias del Ambiente y Salud de la Universidad Nacional del Comahue, sede en Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA).

Los datos que usted aporte son de carácter anónimo y confidencial ya que se efectúa con fines estrictamente académicos y de investigación, lo que permitirá cumplir con el requisito de presentación de una tesis para acceder al título de Licenciado en Enfermería.

Instrucciones

Se solicita que:

- Lea con atención cada uno de los ítems presentados.
- Marque con un círculo cada uno de los ítems que usted considera correctos o escriba con letra legible los datos correspondientes, así la información logra ser comprensible.
- El instrumento cuenta con dos secciones: la primera “Características sociodemográficas” en donde deberá marcar con una cruz la opción acorde a sus datos. En la segunda sección corresponde a la “escala del estrés parental: Cuidados Intensivos Neonatal” donde deberá encerrar con un círculo la opción correcta, según su percepción.

Características sociodemográficos

Tabla I

1. NACIONALIDAD		2. EDAD		3. SEXO		4. ESTADO CIVIL	
Argentina		15 – 25		Masculino		Soltero/a	
Boliviana		25-35		Femenino		Conviviente	
Paraguaya		35-45		Transgénero		Casado/a	
Otra		+ 46				Separado/a	
						Viudo/a	
5. ESCOLARIDAD		6. OCUPACION		7. RELIGION/CREENCIAS			
Sin escolaridad		Empleado/a		Ateo			
Primaria		Hogar		Católico/a			
Secundaria		Desocupado/a		Evangélico/a			
Terciario/Univ				Otras			
8. EXPERIENCIA PREVIA EN NEONATOLGIA							
SI				NO			

Características del Neonato (obtenidos de Historia Clínica)

Tabla II

1. HIJO NUMERO		2. EDAD GESTACIONAL		3.PESO	
Primero		- 28 semanas		1000 a 1499 g.	
Segundo		29 a 32 semanas		1500 – 1999 g.	
Tercero		33 a 37 semanas		2000 – 2499 g.	
Cuarto		38 a 42 semanas		2500 – 2999 g.	
Quinto o +				3000 g o mas	
4. TIPO DE PARTO					
Parto Natural				Cesárea	

5. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN					
7 – 10 días		11 – 15 días		16 – 21 días	
6. DIAGNÓSTICO MÉDICO					
Prematurez		Síndrome de Distrés Respiratorio		Retardo de Crecimiento	
Hipoglucemia		Otras			

Escala de Estresores para Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Se considera que la experiencia de tener a su hijo/a hospitalizado es una situación difícil e inesperada para Usted, donde experimenta diversas tensiones emocionales. Por esto, quisiera saber su experiencia en el servicio de neonatología; lo cual permitirá obtener una visión general de la misma.

En el siguiente cuestionario contiene diversas experiencias estresantes que otros padres reportaron cuando sus hijos estuvieron hospitalizados. Quisiera que indicara lo estresante que ha sido cada ítem para usted. Si no tuvieron la experiencia, puede indicarlo circulando N/A, que significa “no ha tenido la experiencia” en este aspecto del servicio.

Es importante señalar que como estresante nos referimos a aquella experiencia que lo hizo sentir ansioso, alterado o tenso.

En el cuestionario usted deberá circular solamente el número que exprese lo estresante que cada experiencia ha sido. Los números indican los siguientes niveles de estrés.

- 1 = No estresante (la experiencia no le causó sentirse alterado, tenso o ansioso)

- 2 = Un poco estresante
- 3 = Moderadamente estresante
- 4 = Muy estresante
- 5 = Extremadamente estresante (la experiencia hizo sentirse alterado, tenso o ansioso)

Recordarle que, si NO ha tenido la experiencia, favor circular N/A "No aplicable".

ASPECTOS Y SONIDOS DE LA UNIDAD

1. La presencia de monitores y equipo
N/A 1 2 3 4 5
2. Ruido constante de monitores y aparatos
N/A 1 2 3 4 5
3. Ruido repentino de las alarmas de monitores
N/A 1 2 3 4 5
4. Otros neonatos internados en la unidad
N/A 1 2 3 4 5
5. La cantidad de gente que trabaja en la unidad
N/A 1 2 3 4 5
6. Ver una maquina (respirador) respirar por mi bebé
N/A 1 2 3 4 5

APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NEONATO

1. Tubos y/o aparatos en mi bebé o cerca de él
N/A 1 2 3 4 5
2. Áreas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
3. El color anormal de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
4. Respiración anormal de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
5. El tamaño de mi bebé (muy pequeño)
N/A 1 2 3 4 5
6. La apariencia arrugada de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5

7. Ver agujas y tubos en mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
8. Que mi bebé sea alimentado por vena o por sonda
N/A 1 2 3 4 5
9. Cuando mi bebé parece tener dolor
N/A 1 2 3 4 5
10. Cuando mi bebé parece triste
N/A 1 2 3 4 5
11. La apariencia débil de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
12. Movimientos agitados e inquietos de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
13. Mi bebé no llora como otros bebés
N/A 1 2 3 4 5

RELACIÓN CON EL NEONATO Y ROL DE LOS PADRES

1. Estar separado de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
2. No alimentarlo personalmente
N/A 1 2 3 4 5
3. No poder cuidarlo personalmente
(ejemplo: cambiar pañales, bañarlo)
N/A 1 2 3 4 5
4. No poder cargar a mi bebé cuando yo quiero
N/A 1 2 3 4 5
5. Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé
del dolor y procedimientos dolorosos
N/A 1 2 3 4 5
6. Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé
durante este tiempo
N/A 1 2 3 4 5
7. No poder estar a solas con mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
9. No me siento capaz de compartir a mi bebé
con otro familiar
N/A 1 2 3 4 5
10. Siento que el personal (enfermeras y médicos)
está más cerca de mi bebé que yo.
N/A 1 2 3 4 5

COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL

1. El personal explica las cosas muy rápido
N/A 1 2 3 4 5
2. El personal utiliza palabras que no entiendo
N/A 1 2 3 4 5
3. Me dicen cosas diferentes (conflictivas)
acerca de la condición de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
4. No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes
y tratamientos que se le hacen a mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
5. El personal no habla conmigo lo suficiente
N/A 1 2 3 4 5
6. Hablan conmigo mucha gente diferente
(Médicos, enfermeras, otros)
N/A 1 2 3 4 5
7. Dificultad para obtener información o ayuda
cuando estoy en la unidad
N/A 1 2 3 4 5
8. No me siento seguro/a de lo que me van a informar
acerca de los cambios o evolución de mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
9. El personal se ve preocupado por mi bebé
N/A 1 2 3 4 5
10. El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca
N/A 1 2 3 4 5
11. El personal actúa como sino entendiera la conducta
de mi bebé o sus necesidades.
N/A 1 2 3 4 5

Utilizando la misma escala, indique para usted, que tan estresante ha sido en general la experiencia de tener un hijo hospitalizado en el servicio de Neonatología

N/A 1 2 3 4 5

Muchas gracias por su tiempo y aporte a esta investigación.

**ANEXO 2 NOTA DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO A LA
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL**

Viedma, agosto 2020

Sr. Director

Hospital Regional Artémides Zatti

SU DESPACHO

Por medio de la presente me dirijo a usted a fin de dar a conocer que como alumno perteneciente a la Universidad Nacional del Comahue, me encuentro realizando la tesis para obtener el título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

Por tal motivo, solicito a Ud. y por su intermedio al departamento de enfermería, autorización para llevar a cabo la investigación referida al tema "Nivel de estrés y factores asociados en los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma- Río Negro en el periodo septiembre - octubre del 2020"

Para esto, será necesario realizar cuestionarios a los padres de los neonatos internados en dicho servicio, con previo consentimiento informados suministrados a los mismos.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorables saluda a usted.

Atte.

Enf. Llanqueleo, Bernardo Antonio

M.P 7469

ANEXO 3 PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Nivel de estrés y factores asociados en los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, Río Negro.

El presente estudio tiene como finalidad conocer el nivel de estrés y los factores asociados percibido por los padres de neonatos internados en el servicio de neonatología y es llevado a cabo por Llanqueleo Bernardo Antonio, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Comahue, del Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

Por este motivo, aquí se le ofrecerá un cuestionario y se le solicitará responda sabiendo que:

- El tema tratado se refiere a la percepción que usted posee sobre el nivel de estrés que le generan las diversas situaciones y vivencias que experimentaron durante esta internación.
- El procedimiento del estudio implica que no haya daños previsibles para usted.
- La participación es voluntaria.
- No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio, ya que los resultados tendrán un interés científico.
- La participación del estudio es confidencial.
- La información podrá ser divulgada en publicaciones y reuniones científicas, conservando el anonimato de la persona.

Si Ud. está de acuerdo con estos puntos le solicito firme el siguiente consentimiento informado para poder comenzar con el cuestionario.

Muchas gracias,

Bernardo Antonio Llanqueleo

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación de este estudio.

Viedma, a los..... de..... de 2020.

Firma.....

Aclaración.....

ANEXO 4 MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSIONES E INTENSIDADES

		MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSION E INTENSIDADES											VARIABLE: ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UCIN																																			
		DIMENSION ASPECTOS Y SONIDOS DE LA UNIDAD					DIMENSION APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NEONATO					DIMENSION RELACION CON EL NEONATO					DIMENSION COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL PROFESIONAL					NIVEL DE ESTRÉS GENERAL																										
NUMERO DE INSTRUMENTO APLICADO																																																
		1. La presencia de monitores y equipos	2. Ruido constante de monitores y equipos	3. Ruido repentino de las alarmas de monitores	4. Otros neonatos internados en la unidad	5. La cantidad de gente que trabaja en la unidad	6. Ver una máquina (respirador) respirar por mi bebe	TOTAL	1. Tubos y/o aparatos en mi bebe o cerca de el	2. Areas lastimadas, cortes o lesiones en mi bebe.	3. El color anormal de mi bebe.	4. Respiracion anormal de mi bebe	5. El llanto de mi bebe (muy pequeño)	6. La apariencia arrugada de mi bebe	7. Ver agallas y tubos en mi bebe.	8. Que mi bebe sea alimentado por vena o por sonda	9. Cuando mi bebe parece tener dolor	10. Cuando mi bebe parece triste	11. La apariencia de mi bebe	12. Movimientos agitados e inquietos de mi bebe.	13. Mi bebe no llora como otros bebe	TOTAL	1. Estoy apurado de mi bebe	2. No alimentarlo personalmente	3. No poder cuidarlo personalmente	4. No poder cargar a mi bebe cuando yo quiero	5. Sentirme inutil e incapaz de proteger a mi bebe del dolor y procedimientos dolorosos	6. Sentirme inutil e incapaz de como ayudar a mi bebe durante este tiempo	7. No poder estar a solas con mi bebe	8. Sentir temor de tocar o sostener a mi bebe	9. No me siento capaz de compartir a mi bebe con otro familiar	10. Siento que el personal (enfermeras y matricos) estan mas cerca de mi bebe que yo	TOTAL	1. El personal explica las cosas muy rapido	2. El personal utiliza palabras que no entiendo	3. Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condicion de mi bebe	4. No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que se le hacen a mi bebe	5. El personal no habla conmigo lo suficiente	6. Habla conmigo mucha gente diferente (medicos, enfermeros, otros)	7. Dificultad para obtener informacion o ayuda cuando estoy en la unidad	8. No me siento seguro/a de lo que me van a informar acerca de los cambios o evoluciones	9. El personal se ve preocupado por mi bebe	10. El personal actua como sino quisiera a los padres cerca	11. El personal actua como sino entendiera la conducta de mi bebe a sus necesidades	TOTAL			
1	5	3	4	4	N/A	5	21	5	5	5	4	3	4	5	4	4	5	5	2	5	58	5	5	5	5	5	5	3	2	2	2	39	5	5	2	1	1	5	5	1	2	N/A	27	5				
2	2	2	4	4	N/A	N/A	8	3	N/A	N/A	N/A	5	5	N/A	N/A	4	5	5	5	N/A	N/A	32	N/A	N/A	N/A	5	5	5	4	N/A	N/A	19	N/A	N/A	4	N/A	N/A	N/A	N/A	3	3	5	15	5				
3	3	4	4	4	2	5	22	5	N/A	N/A	5	3	3	4	5	N/A	3	37	3	3	3	4	3	3	3	1	N/A	1	24	1	2	1	1	1	1	2	N/A	N/A	1	N/A	9	5						
4	4	4	5	4	2	5	24	5	N/A	5	4	N/A	5	3	3	4	5	N/A	3	37	5	3	5	5	5	4	4	2	N/A	1	34	1	4	2	3	2	2	1	N/A	N/A	2	20	5					
5	1	1	1	1	1	N/A	5	1	N/A	1	N/A	1	N/A	2	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	1	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	0	1				
6	3	1	2	1	N/A	N/A	7	1	N/A	N/A	N/A	1	N/A	2	3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	7	2	1	1	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	1	1	1					
7	2	3	2	1	1	N/A	9	2	N/A	2	N/A	1	1	2	3	3	3	3	3	N/A	23	2	N/A	N/A	2	3	2	2	1	2	1	15	1	1	N/A	1	N/A	1	N/A	1	N/A	N/A	4	2				
8	5	2	1	N/A	N/A	N/A	8	5	N/A	N/A	5	N/A	5	N/A	2	2	2	N/A	21	5	5	5	5	5	5	3	N/A	3	36	N/A	N/A	N/A	2	N/A	N/A	N/A	2	3	N/A	N/A	7	5	2					
9	1	1	1	1	1	1	N/A	5	1	N/A	1	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	5	N/A	5	4	4	4	5	N/A	1	28	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0	0	2	2					
10	2	4	5	1	1	N/A	13	5	5	5	5	5	4	4	5	3	4	2	4	46	N/A	N/A	2	2	2	2	3	1	1	1	14	1	1	1	2	1	1	2	1	2	14	4	4					
11	2	3	3	2	1	N/A	15	3	4	5	2	1	3	3	4	5	4	5	4	3	3	44	3	3	4	4	4	2	1	1	29	1	1	3	4	3	1	1	2	4	3	32	3	3				
12	2	2	3	N/A	1	N/A	8	2	N/A	3	N/A	N/A	2	2	4	4	4	5	N/A	26	3	4	N/A	3	4	4	N/A	2	N/A	21	N/A	2	3	N/A	2	N/A	N/A	2	N/A	N/A	9	3	3					
13	1	1	2	2	1	N/A	7	N/A	N/A	1	N/A	1	1	N/A	2	2	2	N/A	9	2	1	1	N/A	2	2	N/A	N/A	1	9	N/A	N/A	1	1	N/A	1	1	N/A	1	1	N/A	N/A	5	1	2				
14	1	2	2	2	1	N/A	8	N/A	N/A	1	N/A	1	1	N/A	2	N/A	1	N/A	6	2	1	1	N/A	2	2	1	N/A	1	10	N/A	N/A	1	1	N/A	1	1	N/A	1	1	N/A	N/A	5	1	1				
15	1	2	2	1	1	N/A	7	5	5	N/A	N/A	N/A	4	4	4	4	5	N/A	28	5	5	5	5	5	5	4	3	3	1	41	1	4	4	5	1	4	4	N/A	N/A	N/A	23	5	5					
16	2	3	3	1	1	N/A	10	3	4	3	N/A	1	1	4	4	4	N/A	4	3	N/A	31	4	N/A	3	3	5	4	1	N/A	1	24	N/A	2	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	3	3	3					
SUBTOTAL/FRECUENCIA ABSOLUTA (FA)	37	38	44	25	14	19	177	46	23	35	27	19	14	40	38	44	42	44	25	18	415	47	32	41	45	53	51	39	17	11	15	351	14	22	22	20	13	18	14	13	17	9	12	174				
PROMEDIO	2.31	2.38	2.75	1.92	1.17	4.75	2.5621	3.29	4.60	3.18	4.50	1.90	2.00	3.31	3.17	3.38	3.82	3.67	3.15	3.00	3.36	3.62	2.91	3.15	3.75	3.79	3.64	3.75	1.70	1.83	1.35	2.89	2	2.4444	2.2	2.2722	1.625	2	2.3333	1.625	2.125	2.25	3	2.1666	3	1.667		
FRECUENCIA RELATIVA (FR)	0.21	0.21	0.25	0.14	0.08	0.11	1	0.11	0.08	0.08	0.07	0.05	0.05	0.10	0.09	0.11	0.10	0.11	0.06	0.04	2	0.1339	0.0912	0.1168	0.1282	0.151	0.1463	0.1111	0.0489	0.0313	0.0427	1	0.0804598	0.1264	0.1264368	0.1249	0.0747	0.103	0.0885	0.075	0.0977	0.0517	0.06897	1	0.06897			
FR PORCENTUAL (%)	21	21	25	14	8	11	100	11	6	8	7	5	3	10	9	11	10	11	6	4	100	13	9	12	13	15	15	11	5	3	4	100	8	13	13	11	7	10	8	7	10	5	7	100				

Escala de likert	
INTENSIDADES	VALOR
NO ESTRESANTE	1
UN POCO ESTRESANTE	2
MODERADAMENTE ES	3
MUY ESTRESANTE	4
EXTREMADAMENTE ES	5
NO APLICA	N/A

ANEXO 5 MATRIZ DE ANALISIS DATOS BIOSOCIODEMOGRAFICOS

MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSION E INTENSIDADES									TOTAL
VARIABLE BIOSOCIODEMOGRAFICA									
IDENTIFICADOR	NACIONALIDAD	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	RELIGIO/CREENCIAS	EXPERIENCIA PREVIA EN EL SERV.	
1	ARGENTINA	15 - 25	FEMENINO	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	DESOCUPADO/A	CATOLICO/A	NO	
2	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	CONVIVIENTE	TERCIARIO/UNIV.	DESOCUPADO/A	CATOLICO/A	NO	
3	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	CONVIVIENTE	TERCIARIO/UNIV.	EMPLEADO/A	CATOLICO/A	NO	
4	ARGENTINA	25 - 35	MASCULINO	CONVIVIENTE	TERCIARIO/UNIV.	EMPLEADO/A	ATEO	NO	
5	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	SOLTERO/A	SECUNDARIA	EMPLEADO/A	EVANGELICO/A	NO	
6	ARGENTINA	25 - 35	MASCULINO	SOLTERO/A	SECUNDARIA	EMPLEADO/A	EVANGELICO/A	NO	
7	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	CONVIVIENTE	TERCIARIO/UNIV.	HOGAR	CATOLICO/A	NO	
8	ARGENTINA	35 - 45	MASCULINO	CASASO/A	SECUNDARIA	EMPLEADO/A	CATOLICO/A	NO	
9	ARGENTINA	35 - 45	FEMENINO	CASASO/A	SECUNDARIA	EMPLEADO/A	CATOLICO/A	NO	
10	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	EMPLEADO/A	ATEO	SI	
11	ARGENTINA	46 o +	MASCULINO	CONVIVIENTE	TERCIARIO/UNIV.	EMPLEADO/A	CATOLICO/A	NO	
12	ARGENTINA	15 - 25	FEMENINO	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	DESOCUPADO/A	EVANGELICO/A	NO	
13	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	SOLTERO/A	PRIMARIA	DESOCUPADO/A	ATEO	NO	
14	ARGENTINA	25 - 35	FEMENINO	SOLTERO/A	PRIMARIA	DESOCUPADO/A	ATEO	NO	
15	BOLIVIANA	15 - 25	FEMENINO	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	HOGAR	CATOLICO/A	NO	
16	ARGENTINA	15 - 25	FEMENINO	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	HOGAR	EVANGELICO/A	SI	
TOTAL									16

ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS DEL NEONATO

MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSION E INTENSIDADES							TOTAL
VARIABLE CARACTERISTICAS DEL NEONATO							
IDENTIFICADOR	HIJO NUMERO	EDAD GESTACIONAL	PESO	TIPO DE PARTO	DIAS DE HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO MEDICO	
1	SEGUNDO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	7 A 10 DIAS	PREMATUREZ	
2	TERCERO	29 A 32 SEMANAS	1500 A 1999 G	CESAREA	16 A 21 DIAS	PREMATUREZ	
3	PRIMERO	38 A 42 SEMANAS	2000 A 2499 G	PARTO NATURAL	16 A 21 DIAS	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	
4	PRIMERO	38 A 42 SEMANAS	2000 A 2499 G	PARTO NATURAL	16 A 21 DIAS	RETARDO DE CRECIMIENTO	
5	SEGUNDO	33 A 37 SEMANAS	1500 A 1999 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	PREMATUREZ	
6	SEGUNDO	33 A 37 SEMANAS	1500 A 1999 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	PREMATUREZ	
7	PRIMERO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	7 A 10 DIAS	PREMATUREZ	
8	SEGUNDO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	OTRAS	
9	SEGUNDO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	OTRAS	
10	CUARTO	38 A 42 SEMANAS	2500 A 3000 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	HIPOGLUCEMIA	
11	CUARTO	38 A 42 SEMANAS	2500 A 3000 G	CESAREA	11 A 15 DIAS	HIPOGLUCEMIA	
12	TERCERO	33 A 37 SEMANAS	2500 A 3000 G	CESAREA	7 A 10 DIAS	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	
13	TERCERO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	7 A 10 DIAS	PREMATUREZ	
14	TERCERO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	CESAREA	7 A 10 DIAS	PREMATUREZ	
15	PRIMERO	38 A 42 SEMANAS	2000 A 2499 G	PARTO NATURAL	7 A 10 DIAS	OTRAS	
16	TERCERO	33 A 37 SEMANAS	2000 A 2499 G	PARTO NATURAL	7 A 10 DIAS	PREMATUREZ	
TOTAL							16