



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA “DR. SILVESTRE FRENK FREUND”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

“Evaluación de ansiedad en padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Tercer Nivel de atención de acuerdo a la escala validada STAI”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
Neonatología**

PRESENTA:

Dra. Lourdes Paulina Tirado Torres

TUTORES:

Dr. Héctor Jaime González Cabello

Médico Pediatra Neonatólogo

Dr. Alfredo Ulloa Ricárdez

Médico Pediatra Neonatólogo

Dra. Laura Carina Feria Kaiser

Médico Pediatra Neonatólogo

COLABORADORA:

Dra. Ps. Karmina Elena Rojas Carrasco

Psicólogo clínico Adscrita al Servicio de Salud Mental

Ciudad de México.

Marzo 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Núm. pág.
Resumen estructurado	3
Marco teórico	5
Antecedentes	5
Planteamiento del problema	13
Pregunta de investigación	13
Justificación	14
Hipótesis	15
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Sujetos, material y métodos	17
Diseño del estudio	17
Universo del estudio	17
Tipo de muestreo y Tamaño de la muestra	17
Criterios de selección	18
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	18
Criterios de eliminación	18
Definición de Variables	19
Descripción general del estudio	24
Plan de Análisis Estadístico	25
Factibilidad y Aspectos Bioéticos	26
Recursos: Humanos, físicos y financieros	28
Resultados	29
Discusión	40
Conclusiones	44
Referencias bibliográficas	45
Anexos	47
Carta de Consentimiento bajo información	47
Hoja de recolección de datos	49
Cronograma de actividades	55

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: “Evaluación de ansiedad en padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Tercer Nivel de atención de acuerdo a la escala validada STAI”

Participantes: Dra. Tirado Torres Lourdes Paulina, Dr. Ulloa Ricárdez Alfredo, Dr. González Cabello Héctor Jaime, Dra. Feria Kaiser Laura Carina. Colaboradora: Dra. Ps. Karmina Elena Rojas Carrasco.

Introducción: En la UCIN de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI ingresan pacientes con una gran diversidad de condiciones neonatales críticas, referidos desde otras unidades, que requieren cirugías o intervenciones de muy alta complejidad y en ocasiones incluso de mal pronóstico; requieren de una estancia hospitalaria prolongada, lo cual puede repercutir en la salud mental de los padres, provocando trastornos de ansiedad y alterando la dinámica en la relación con el personal de salud y la familia.

Objetivo: Se identificaron los niveles de ansiedad en los padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI (State-Trait Anxiety Inventory o Inventario Ansiedad Rasgo-Estado)

Métodos: El diseño de la investigación fue longitudinal en dos momentos, prequirúrgico y postquirúrgico, observacional y descriptivo. El estudio se realizó en la UCIN de esta unidad, tercer nivel de atención que recibe pacientes del sur de la Ciudad de México y algunos estados de la república Mexicana. Se identificaron al momento del ingreso a los padres de los pacientes que cumplieron los criterios de selección, posteriormente se les realizó la encuesta STAI, ansiedad- estado y ansiedad-rasgo antes y después de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, se tomó en cuenta el resultado de los reactivos positivos menos los reactivos negativos, de acuerdo a la escala y este se percentiló según las tablas correspondientes de validación en esta unidad de la encuesta STAI (IDARE), el resultado numérico nos ayudó a clasificar Ansiedad-Estado y Ansiedad- Rasgo “mínima”, “leve”, “moderada”, “severa”, una vez obtenidos los datos se procedió a su captura en el programa Excel y su análisis estadístico en programa SPSS v20.

Análisis de datos. Para la descripción de la población de estudio se usó estadística descriptiva: cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cálculo de medidas de tendencia y dispersión para las cuantitativas.

Resultados. Nuestra muestra fue de 50 pacientes, en quienes encontramos una media de edad en los padres fue de 32 años y en las madres de 29 años, y en 62% eran casados, con escolaridad media y superior en el 74% y la ocupación de empleados (83%). Los neonatos fueron en 31 casos de sexo masculino, con una edad promedio al momento de la cirugía de 29 días para los niños y 20 días para las niñas y 58% de neonatos pretérmino. La enfermedad quirúrgica cardiovascular compleja predominó en el 48% de los casos. Se encontró Ansiedad-Estado “mínima” del 46% en los padres antes de la cirugía de sus hijos. Se observó que el 52% de las madres en la encuesta postquirúrgica presentan Ansiedad- Estado “mínima”, así como el 26% de los padres. Ansiedad-Rasgo se describe que el 18% de la población se cataloga como “severa” y “mínima” en el 16%.

Conclusiones. La frecuencia de ansiedad-estado en el grupo estudiado en el periodo prequirúrgico fue de 46% en la categoría “mínima”, mientras que el 14% estaba en categoría “severa, mientras que la frecuencia de Ansiedad-estado en el periodo postoperatorio fue del 79% en la categoría “mínima”, en contraste solo 5% estaban en la categoría “severa” y una frecuencia de Ansiedad-rasgo fue “mínima” en el 28% y también severa en el 28%.

MARCO TÉRICO Y ANTECEDENTES

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción emocional y adaptativa ante una amenaza, peligros reales o imaginarios o eventos adversos, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. ^(1,2)

La ansiedad se manifiesta por sensaciones somáticas como aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, diarrea, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria. También se pueden presentar síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como: Intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. Se llegan a afectar los procesos mentales, produciendo distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo. ⁽¹⁾

Se describen dos tipos de ansiedad: aquella con umbral emocional la cual se considera normal ante una crisis o es útil. Existe también la ansiedad patológica que marca el inicio del desarrollo de trastornos de ansiedad y que disminuyen por consiguiente la calidad de vida del individuo; se caracteriza por presentar tensión constante. ^(1, 2)

Freud fue quien hizo la contribución al crear el concepto de “neurosis de angustia” desarrollado en su obra: “Las primeras publicaciones psicoanalíticas” publicada entre 1893 y 1899, describe alteraciones clínicas agrupadas que son dadas por la angustia. El cuadro se caracteriza por la “excitabilidad general”, un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Le es característica la “espera angustiosa” que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo (3)

Spielberger en 1972 describe la ansiedad rasgo como algo "psicobiológico" y "extremadamente complejo" que implica una serie de diferentes componentes

medibles, Carleton subrayó que la diferenciación de estado y ansiedad rasgo es sólo el comienzo de la comprensión de la ansiedad. ⁽⁴⁾

Generalidades de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

La Ansiedad Estado (A-Estado) es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. ⁽⁵⁾

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales y más estables, en la propensión a la ansiedad, es la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad. Como concepto psicológico, la Ansiedad- Rasgo tiene las características de “motivos” (Atkinson, 1964) y “disposiciones conductuales adquiridas” (Campbell, 1963)

Los motivos son disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activas. Las disposiciones conductuales adquiridas involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencia de respuesta ⁽⁵⁾

Inventario de Ansiedad – Rasgo, Ansiedad- Estado.

Existe el STAI (State- Trait Anxiety Inventory) (Inventario de Ansiedad – Rasgo y Estado con siglas en español IDARE) un instrumento de medición de la ansiedad, que fue diseñado para ser auto aplicable así como de aplicación individual o en grupo como encuesta.

El inventario no tiene límite de tiempo, universitarios tardan menos de 15 minutos para contestar ambas encuestas. Las personas con menor nivel educativo, trastornos emocionales, o ambos pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos.

Las aplicaciones repetidas de la escala Ansiedad-Estado típicamente necesitan de 5 minutos o menos.

La validez del STAI se fundamenta en el que el examinado entiende las instrucciones en relación con el “estado”, él debe reportar como se siente en ese momento específico. En las instrucciones que se le dan en relación con el “rasgo” se le pide que indique como se siente generalmente.

El proceso de estandarización del STAI recomienda se aplique primero la escala A -Estado (forma SXE) y en seguida la escala A-Rasgo (forma SXR). Este es el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas.

La escala A-estado fue diseñada con el fin de que fuese sensible a las condiciones bajo las cual se aplica el inventario, puede ser influenciada por la atmósfera emocional.

Este inventario es para evaluar dos tipos de ansiedad, consta de 40 aseveraciones: 20 evalúan la ansiedad– rasgo y 20 la ansiedad– estado. El participante debe responder a una de las cuatro opciones: no, algunas veces, frecuentemente y casi siempre para la escala de ansiedad- rasgo; y no, poco, regular y mucho para la escala de ansiedad estado. Las respuestas se califican con 1, 2, 3, y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 4, 3, 2, y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad), se utiliza una plantilla de calificación del manual. De acuerdo a las puntuaciones se determinará como ansiedad mínima, leve, moderada y severa ⁽⁵⁾. En la validación realizada por Rojas en padres con un hijo de terapia intensiva en la UMAE Hospital de Pediatría CMN se refiere que los valores de confiabilidad estuvieron por arriba del 0.83. ⁽⁶⁾ Los coeficientes de consistencia interna de la escala van de 0.86 a 0.95, los coeficientes de confianza van desde 0.65 a 0.75 sobre un intervalo de dos meses. Los coeficientes test-retest en el estudio van de 0.69 a 0.89. Existe evidencia considerable que valida la escala. ⁽⁷⁾

Epidemiología de Ansiedad

En México se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100 000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100 000. La mayoría de los pacientes son adultos. Se reportó en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que el 50% de los trastornos psiquiátricos inician antes de los 21 años. ⁽⁸⁾

De acuerdo a la Organización los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad. ⁽⁹⁾ En nuestro país se reportaron en la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica que el 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los 23 trastornos mentales de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% reportó haberlo padecido en los últimos 12 meses y el 5.8% durante los últimos 30 días. Es decir, alrededor de 6 de cada 20 mexicanos, 3 de cada 20 y 1 de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días respectivamente. ^(10, 11)

De todas las enfermedades mentales, los trastornos de ansiedad son las que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá de un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. ⁽⁹⁾ La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica reporta que el tipo de trastornos más frecuentes en nuestro país son los trastornos de ansiedad tanto en la categoría “alguna vez en la vida” (14.3%), como en los “últimos 12 meses” (8.1%) y en el “último mes” (3.2%) ^(10, 11)

Reporte de estudios de ansiedad en padres de niños hospitalizados o en terapia intensiva

Tanto para el paciente como para la familia el ingreso en la UCI es una experiencia estresante. Un estudio descriptivo transversal realizado por Ayllon sobre los factores ambientales estresantes de una UCI señala que el paciente puede verse rodeado de cables, monitores, respiradores así como estímulos y ruidos irreconocibles que le pueden originar una situación de miedo e incertidumbres. El ingreso en cuidados intensivos lleva a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica. Esta situación puede causar en el resto de la familia una experiencia de desorganización y crisis familiar. ⁽¹²⁾ Diversos estudios señalan que la información es la principal necesidad de las familias. La falta de una comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI

precipita en los familiares sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo. ⁽¹²⁾

Los médicos con frecuencia son los encargados de dar información a la familia, sin que se forme previamente un equipo interdisciplinario para que la comunicación con la familia aborde todos los aspectos que rodean al paciente. No se trata únicamente de informar sobre el pronóstico del paciente, sobre su descanso, su confort, los cuidados así como la dinámica de la unidad. ⁽¹²⁾

Se refiere en el artículo de Davidson, la existencia de literatura en donde se habla sobre el importante impacto en los familiares de pacientes con enfermedades críticas. Estos familiares tienen riesgo de ansiedad, depresión y desorden de estrés postraumático. Pochard y colaboradores encontraron que el 73.4% y el 35.3% de los miembros de la familia tenían síntomas de ansiedad y de depresión respectivamente. En un estudio realizado por Chien, se tomaron familiares de pacientes de una UCI a quienes se le dio un programa individualizado de información diaria por una enfermera entrenada, demostrando disminución de los niveles de ansiedad en los familiares y mejoraron la satisfacción de éstos hacia el personal de salud. Un estudio realizado por Medland y Ferrans consistía en llamar a los familiares de los pacientes de manera diaria, se les informaba acerca de las condiciones y cambios de la persona hospitalizada. En tales estudios se encontró que los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI presentaban menores niveles de ansiedad, depresión y desorden de estrés postraumático en comparación a familiares de pacientes en donde no se realizaban tales medidas. ⁽¹³⁾

Se realizó un estudio en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social en donde el STAI se aplicó a 50 parejas de padres de niños hospitalizados, con la intención de identificar las diferencias en los niveles de ansiedad entre las madres y los padres con un hijo hospitalizado en un servicio de terapia intensiva pediátrica. El instrumento utilizado fue la versión en español del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger y Díaz Guerrero que consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad rasgo y la

ansiedad-estado. Rojas validó el STAI en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. Al aplicar la t de Student a la Ansiedad-rasgo de las madres y los padres se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas. En la ansiedad estado tampoco se observaron diferencias entre los grupos. Según los percentiles que Rojas obtuvo para este tipo de muestras, la ansiedad en las madres fue de intensidad “leve” (rasgo) a “moderada” (estado) y en los padres, de “moderada” (rasgo) a “severa” (estado), sin embargo, las diferencias cualitativas no fueron estadísticamente significativas al comparar los grupos. ⁽¹⁴⁾

La ansiedad entre madres y padres son similares, ya sea que el hijo con la enfermedad crónica se encontrara en casa o en una situación no crítica (ansiedad-rasgo) o requiriera cuidados intensivos (ansiedad- estado). En este estudio quienes presentaron mayor ansiedad fueron los padres, ya que pasaban de una Ansiedad-rasgo “moderada” a una Ansiedad-estado “severa”, mientras que las madres transitaron de una Ansiedad-rasgo “leve” a una Ansiedad-estado “moderada”. ⁽¹⁴⁾

Tener un hijo con una enfermedad crónica o internado en una unidad de terapia intensiva causa niveles de ansiedad similares en ambos progenitores. La ansiedad se incrementa significativamente en ambos padres cuando el hijo ingresa a la unidad de cuidados intensivos, por lo que debe considerarse la necesidad de que reciban apoyo psicológico durante la hospitalización. ⁽¹⁴⁾

Reportes de ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Tanto el ingreso de lactantes como de recién nacidos causa una repercusión anímica en sus padres muy importante. Los Padres de un recién nacido llevan nueve meses esperándolo y lo último que se les pasa por la imaginación es que, una vez nacido el pequeño, se va a dirigir a ellos un pediatra para indicarles que su hijo precisa ingresar y que debe ser separado de ellos. Periódicamente nos encontramos en los medios de información con quejas o protestas de los padres de niños ingresados, aunque no esté en nuestra mano poner remedio a ese problema. ⁽¹⁵⁾

Respecto a los estudios realizados para evaluar la ansiedad en familiares de recién nacidos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales; se realizó un estudio en Turquía para determinar niveles de ansiedad en los padres de recién nacidos con cardiopatía congénita que requirieron realización de cateterismo cardiaco y angiografía. ⁽¹⁶⁾

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión y los niveles de ansiedad de Madres y / o padres cuyos hijos fueron vistos en el Departamento de Cardiología Pediátrica de un hospital turco en enero a mayo de 2014 y que fueron sometidos a angiografía debido a cardiopatía congénita.

El estudio incluyó a padres de 73 pacientes. Se les realizó el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, que comprenden 21 preguntas cada una, cada pregunta se puntúa de 0-3. De acuerdo a los puntajes se clasifica como normal, leve depresivo, síntomas depresivos moderadas y síntomas depresivos severas. La ansiedad de Beck se clasifica en normales, síntomas de ansiedad leve, ansiedad moderada y síntomas de ansiedad severa. En el Inventario de Depresión de Beck se determinaba que las madres tenían 11% depresión leve, 19.2% moderada y 13,7% depresión grave. Los resultados de inventario de ansiedad de Beck mostraron que 21,9% tuvieron ansiedad leve, 11% moderada y 17,8% ansiedad grave. Los puntajes del Inventario de Depresión de Beck para los padres mostraron que 16,4% tenían depresión leve, 13,7% moderada, y 11% depresión severa. Las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck mostraron que 16,4% tenían ansiedad leve, 13,7% moderada y 11% ansiedad severa. ⁽¹⁶⁾

El miedo a perder un hijo puede causar dolor, preocupación e ira en la familia. La presencia de una enfermedad crónica en un niño puede cambiar la situación física, emocional y la estabilidad económica, lo que puede reducir su calidad de vida. ⁽¹⁶⁾

Otro estudio realizado en un Hospital de Pediatría de la Universidad de Iowa, encontró que las madres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) tienen riesgo clínicamente significativo para niveles de depresión y ansiedad. ⁽¹⁷⁾

La prevalencia relativa de los trastornos de ansiedad en las madres de niños recién nacidos hospitalizados en la UCIN, los resultados de un estudio

longitudinal de tres años realizado por Singer y colaboradores, comparó directamente la prevalencia de ansiedad generalizada en tres grupos, correspondiente a la edad gestacional de un bebé. Se encontró la prevalencia de ansiedad en las madres de recién nacidos prematuros de alto y bajo riesgo, y en madres de lactantes en 26%, 23%, 7%, respectivamente. ⁽¹⁷⁾

Se realizó otro estudio en 200 madres, con el Inventario Beck de Ansiedad (BAI) se evaluaron los niveles de síntomas de ansiedad general, se encontró que los síntomas de ansiedad, medidos fueron mínimas en el 42.1% de los participantes, leves en el 30.3%, moderadas en 17.4% y grave en 10.3%. ⁽¹⁷⁾.

Se realizó un estudio en el servicio de neonatología del hospital clínico “San Carlos” de Madrid en el que los padres debían contestar una encuesta con el objetivo de conocer cómo era la vivencia que tenían los Padres de los niños ingresados en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se realizaron 201 encuestas voluntarias y anónimas. Además de datos relativos a profesión de los Padres, duración del embarazo, peso de los recién nacidos y tipo de parto, lo más interesante de la encuesta fueron los relativos a la opinión de los Padres sobre lo referente a la hospitalización, información médica y participación de los Padres en los cuidados. Sobre la información recibida por parte del personal de salud, un 90% la consideró clara, un 84% suficiente, mientras que el 8% la consideró confusa y el 13% insuficiente.

Cuando se les preguntó sobre si hubiesen deseado apoyo psicológico durante su estancia en la UCIN, el 58% respondió que no y el 39% que sí ⁽¹⁵⁾

Se realizó otro estudio en el Hospital de la Niñez Oaxaqueña, en donde a 7 participantes se les realizó el STAI, siendo que éstos presentaron niveles de ansiedad elevados. Posteriormente se realizó una intervención en modalidad de taller vivencial la intervención en la modalidad de taller vivencial sobre el proceso de duelo por pérdida del hijo sano. ⁽¹⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se ingresan aproximadamente 350 pacientes al año, con una gran diversidad de condiciones neonatales como cardiopatías congénitas, malformaciones de tubo digestivo, prematurez extrema entre otras enfermedades.

Por la gravedad o complejidad de su padecimiento, todos los pacientes son referidos desde otras unidades, inclusive fuera de la ciudad de México, esto implica cirugías o intervenciones de muy alta complejidad y en ocasiones incluso de mal pronóstico; a su ingreso todos ellos llegan en condiciones críticas, con la necesidad de una estancia hospitalaria prolongada. Estos pacientes son acompañados por uno o ambos padres, quienes durante la estancia del niño tienen miedo a perderlo, lo que causa dolor, preocupación y ansiedad, cambiando la situación física, emocional de los padres, reduciendo su calidad de vida, requiriendo en ocasiones de intervenciones por parte de psicología para ayudarlos a enfrentar la situación. Se plantea pues la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en los padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI?"

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría se manejan pacientes muy graves con enfermedades quirúrgicas diversas que requieren manejo especializado, con necesidad de estancia intrahospitalaria prolongada, que en los padres provoca temor ante la incertidumbre del pronóstico del niño, además de dolor, preocupación, así como problemas en la relación médico-familiar. El identificar si este temor e incertidumbre, llega a grado de provocar Ansiedad patológica y la intensidad de ella, permitiría realizar intervenciones en los padres por parte del servicio de salud mental correspondiente al área de UCIN y con ello influir en una mayor adaptación ante un evento tan impactante como la enfermedad grave de un hijo, así como favorecer la confianza y mejorar la relación médico paciente.

HIPÓTESIS

Los padres de niños con Enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI presentan Ansiedad – Estado severa y Ansiedad – Rasgo severa de acuerdo a la escala validada STAI previo a la realización de procedimiento quirúrgico de sus hijos. Posterior a ello presentan Ansiedad – Estado Leve.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Se identificaron los niveles de ansiedad en los padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Se detectaron a los Padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI que presenten Rasgo- Ansiedad importante de acuerdo a la escala validada STAI
2. Se clasificó la gravedad de Ansiedad – Rasgo de cada uno de los Padres con un niño con enfermedad quirúrgica hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI, previo a la realización de procedimiento quirúrgico de su hijo.
3. Se clasificó la gravedad de Ansiedad – Estado de cada uno de los Padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados previo y posterior a la realización de procedimiento quirúrgico de sus hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI.
4. Posterior a la clasificación de la gravedad de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad– Estado de los cuestionarios realizados antes y después del procedimiento quirúrgico de su hijo, se ofreció a los padres con moderada o severa nivel acudir al servicio de Salud mental para su evaluación.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS (Programa de Trabajo)

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

La Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI es un nosocomio de tercer nivel de atención que cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la cual recibe aproximadamente 350 pacientes al año con una gran diversidad de condiciones neonatales como cardiopatías congénitas, malformaciones de tubo digestivo, cromosomopatías, prematurez, entre otros; pacientes derivados de hospitales de segundo o tercer nivel de toda la república mexicana.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Observacional, Descriptivo, Longitudinal en momento prequirúrgico y postquirúrgico

UNIVERSO DE ESTUDIO

Padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI

TIPO DE MUESTREO:

Es no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Fueron todos los padres de niños con enfermedad quirúrgica que ingresaron que cumplieron con los criterios de selección a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

1. Padres de niños con enfermedad quirúrgica ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Pediatría Centro Médico

Nacional Siglo XXI que aceptaron participar en el estudio, del 15 de Noviembre de 2016 al 15 de Febrero de 2017.

Criterios de Exclusión

1. Retiro del consentimiento antes del término de la recolección de datos
2. No cooperación durante la realización de la prueba o retiro del consentimiento por parte del padre

Criterios de Eliminación

1. No aceptar la encuesta postquirúrgica (se analizarán aparte)
2. Casos por fallecimiento transquirúrgico o antes de la realización de la segunda encuesta

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables del niño con enfermedad quirúrgica hospitalizado:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad Gestacional	Edad comprendida desde la concepción hasta el nacimiento	Se registra en semanas de gestación	Independiente	Cuantitativa Discreta
Edad al ingreso o	Tiempo que ha vivido una persona, se registra la edad en días que tiene el paciente a su ingreso a la UCIN	Se registra en días	Independiente	Cuantitativa Discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos que distinguen a un hombre y a una mujer. Registrado en el expediente clínico como masculino, femenino	Se registra como masculino, femenino	Independiente	Cualitativa Nominal dicotómica: Masculino o femenino
Diagnóstico de Ingreso	Padecimiento que motiva el ingreso a la UCIN del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI	Se registra diagnóstico médico	Independiente	Cualitativa Nominal
1era hospitalización en UCIN	Se registra si es la primera ocasión que el paciente es hospitalizado en UCIN	Se registra como si o no	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica
Días de Estancia Intrahospitalaria	Tiempo comprendido desde el ingreso hasta el día realizado el cuestionario. Se registra en días	Se registra como días	Independiente	Cuantitativa Discreta

Variables de los padres:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Sexo	Caracteres sexuales externos que distinguen a un hombre y a una mujer. Registrado en el expediente clínico como masculino, femenino	Se registró como masculino, femenino	Independiente	Cualitativa Nominal dicotómica: Masculino o femenino
Edad	Edad comprendida desde el nacimiento hasta la actualidad.	Se registró en años	Independiente	Cuantitativa Discreta
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Se registró como condición de soltería, matrimonio viudez, unión libre, separado	Independiente	Cualitativa nominal
Escolaridad	Grado de escolaridad cursadas en una escuela o centro de enseñanza	Se registró como el último grado de estudios	Independiente	Cualitativa nominal
Ocupación actual	Empleo que realiza el padre con el que recibe remuneración	Se registró como el empleo que realiza el padre	Independiente	Cualitativa nominal
Lugar de residencia	Lugar en que el padre vive en el momento del estudio	Se registró como Lugar de residencia	Independiente	Cualitativa nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
STAI ANSIEDAD- ESTADO Pre quirúrgico	Se registró como el puntaje obtenido de acuerdo a las percentilas al momento del estudio posterior a procedimiento quirúrgico del paciente en la UCIN	Se registró de acuerdo al nivel obtenido, de acuerdo al número de puntos de los reactivos positivos menos los reactivos negativos en escala STAI SXE prequirúrgico, percentilándolo de acuerdo a sexo. Lo que nos brinda Nivel de ansiedad mínima 1-25, leve 26-50, moderada de percentil 51-75, severa 76-100 ⁽⁶⁾	Independiente	Cualitativa

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
STAI ANSIEDAD-RASGO	Se registró como el puntaje obtenido de acuerdo a las percentilas al momento del estudio previo a procedimiento quirúrgico del paciente en la UCIN	Se registró de acuerdo al nivel obtenido, de acuerdo al número de puntos de los reactivos positivos menos los reactivos negativos en escala STAI SXR, percentilándolo de acuerdo a sexo. Lo que nos brinda Nivel de ansiedad mínima 1-25, leve 26-50, moderada de percentil 51-75, severa 76-100 ⁽⁶⁾	Independiente	Cualitativa

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
STAI ANSIEDAD-ESTADO POSTQUIRÚRGICO	Se registró como el puntaje obtenido de acuerdo a las percentilas al momento del estudio posterior a procedimiento quirúrgico del paciente en la UCIN	Se registró de acuerdo al nivel obtenido, de acuerdo al número de puntos de los reactivos positivos menos los reactivos negativos en escala STAI SXE prequirúrgico, percentilándolo de acuerdo a sexo. Lo que nos brinda Nivel de ansiedad mínima 1-25, leve 26-50, moderada de percentil 51-75, severa 76-100 ⁽⁶⁾	Independiente	Cualitativa ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Ansiedad	Es un padecimiento psíquico, cuya característica esencial es ansiedad y preocupación excesivas relacionadas con múltiples acontecimientos y situaciones	Mínima, leve, moderada, severa	Independiente	Cualitativa nominal Valores: Mínima, leve, moderada, severa

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se realizó el estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, unidad de tercer nivel de atención que recibe pacientes derivados de hospitales de segundo y tercer nivel de toda la república Mexicana
2. Se identificó al momento del ingreso a los padres de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales de esta unidad, que cumplan los criterios de selección del 15 de Noviembre del 2016 al 15 de Febrero de 2017.
3. Se les invitó a los padres de los pacientes ingresados a la UCIN de esta unidad para ingresar al estudio, se expresaron los objetivos y beneficios potenciales de su participación y al aceptarse se formalizó con la carta de consentimiento informado. (Anexo).
4. Se completó la información en la hoja de datos que se comenta en el anexo
5. Para la realización de la encuesta, el examinador mencionó las preguntas en voz alta y el examinado contestó el cuestionario de Ansiedad- Estado y posteriormente Ansiedad - Rasgo de la escala STAI previo a la realización de procedimiento quirúrgico de su hijo (el orden de la aplicación de los cuestionarios es el indicado en el manual original de STAI).

6. Se realizó posteriormente la encuesta de Ansiedad -Estado de la escala STAI después de realizado el procedimiento quirúrgico de su hijo, determinándose el nivel de ansiedad en el postquirúrgico.
7. Se realizó la sumatoria en cada una de las encuestas, calificándose basados en la puntuación
8. Al determinarse la puntuación, se percentiló de acuerdo a la Validación del Inventario de Ansiedad- Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva ⁽⁶⁾, determinándose como Nivel de ansiedad mínima de percentil 1-25, nivel de ansiedad leve 26-50, nivel de ansiedad moderada de 51-75, nivel de ansiedad severa 76-100, de acuerdo a la escala STAI
9. Como medidas de seguridad, se mantuvo contacto estrecho con el servicio de Salud mental en caso de que se requirieran medidas de contención para los familiares del paciente hospitalizado.
10. Al encontrarse niveles de ansiedad moderada o severa, se le invitó a los padres a acudir a evaluación por el servicio de Salud Mental.
11. Una vez obtenidos los datos se procedió a su captura en el programa Excel y su análisis estadístico en programa SPSS20.
12. Posteriormente se realizó el análisis estadístico propuesto empleando el software anterior.
13. Se realizó la escritura final del documento.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADISTICO

Para la descripción de la población de estudio se usó estadística descriptiva: cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cálculo de medidas de tendencia y dispersión para las cuantitativas.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS BIOETICOS

De acuerdo en el reglamento de la Ley General de Salud: Titulo segundo, Capítulo I, Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II.- Investigación con riesgo mínima: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderada en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este reglamento, entre otros

III.- investigación con riesgo mayor que el mínima: son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Por lo anterior el protocolo se considera una investigación con riesgo mínima, ya que se realizarán encuestas o pruebas psicológicas en los que no se manipulará la conducta del padre, sin embargo al realizar el cuestionario se puede provocar estimulación mental repercutiendo positiva o negativamente en los pensamientos, sensaciones y sentimientos del padre encuestado, que puedan requerir de asesoramiento psicológico.

RECURSOS: HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Recursos Materiales:

- Libreta para registro de pacientes
- Hojas impresas de recolección de datos y de la escala validada STAI
- Lápiz mirado # 2
- Computadora personal Marca Dell
- Impresora
- Software SPSS versión .20 para Windows

Recursos financieros:

- Propios del Investigador y del Hospital.

Factibilidad del Estudio:

- Se contó con los recursos Humanos y Materiales así como los pacientes ingresados al servicio de neonatología.

Recursos Humanos:

Investigador Principal: Se encargó de realizar el protocolo, seleccionar pacientes, recolectar datos, estructurar la base de datos, efectuar el análisis estadístico, elaborar el escrito final.

Asesor Temático: Supervisó la elaboración del protocolo, selección de pacientes, codificación y captura de la base de datos.

Asesor Metodológico: Se encargó del análisis estadístico y de la revisión del escrito final.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, se ingresaron a la sala un total de 61 pacientes, de los cuales 55 cumplieron los criterios de selección, y un número total de padres entrevistados fue de 50.

En la tabla 1 se observan los datos generales del grupo de estudio y es necesario aclarar que previo al procedimiento quirúrgico de los recién nacidos, en ocasiones se contaba solo con padre o madre para realizar la entrevista. Algunas veces, la madre se encontraba hospitalizada posterior a su cesárea o parto, por lo cual el recién nacido quedaba al cargo del padre y en otras circunstancias el paciente se trasladaba acompañado de la madre. En el texto se puede observar un ligero predominio de madres sobre los padres, con una media de edad en los padres de 32 años y en las madres de 29 años, y en 62% eran casados, con un predominio de escolaridad media y superior en el 74% y la ocupación predominante es la de empleados seguidos de ama de casa (83%).

Tabla 1. Datos Generales del cuidador primario (n=50)

Cuidador Primario	VALOR	PORCENTAJE
Padres	21	42%
Madres	29	58%
Edad (\bar{x})		
Padres	32 (19-48)	*
Madres	29 (19-45)	*
Estado civil		
Casados	31	62%
Solteros	2	4%
Unión libre	17	34%
Escolaridad		
Primaria	2	4%
Secundaria	9	18%
Bachillerato	18	36%
Licenciatura	19	38%
Posgrado	2	4%

Ocupación		
Ama de casa	17	34%
Empleado	21	42%
Profesionista	12	24%
Residencia		
Ciudad de México	23	46%
Interior de la República	27	54%

*No aplica

En la tabla 2, se describen los datos de los recién nacidos del grupo de Padres encuestados, se observa predominio de sexo masculino en 31 casos y 19 del sexo femenino, La edad promedio al momento de la cirugía fue de 29 días para los niños y 20 días para las niñas predominaron en cuanto a edad gestacional los neonatos pretérmino en el 58%

Tabla 2. Datos generales de los recién nacidos

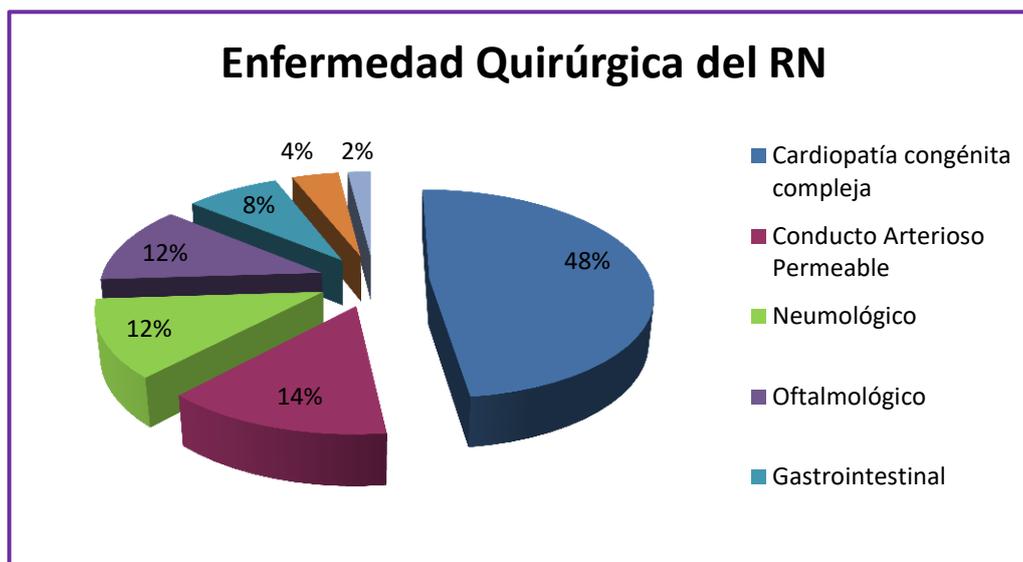
ÍTEM	VALOR	PORCENTAJE
Recién Nacidos		
Masculino	31	62%
Femenino	19	38%
Edad (\bar{x})		
Masculino	29 (2-89)	*
Femenino	20 (9-76)	*
Edad en Rangos		
0 a 14 días	18	36%
15 a 30 días	12	24%
31 a 44 días	8	16%
45 a 60 días	3	6%
Más de 60 días	9	18%
Edad Gestacional		
Pretérmino <32 SDG	29	58%
Término	19	38%
Postérmino	2	4%
Número de Hospitalización		
Primera	45	90%
Segunda	5	10%

Estancia Intrahospitalaria		
Menos de 7 días	35	70%
8 a 15 días	3	6%
Más de 15 días	12	24%

*No aplica

En el gráfico 1, se ilustran los principales padecimientos neonatales quirúrgicos del grupo de estudio, con un predominio de un 48% con enfermedad quirúrgica cardiovascular compleja, seguida de Prematuros con conducto arterioso permeable, y posteriormente neonatos con padecimientos oftalmológicos y neumológicos, entre otros.

Gráfico 1. PADECIMIENTOS O DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO



Con respecto a los resultados de la encuesta se encontró que con relación a Ansiedad-Estado, tanto los padres como las madres antes de realizarse el evento quirúrgico, tuvieron un nivel de Ansiedad-Estado “mínima” con 20 y 26% respectivamente. Las madres tuvieron mayor porcentaje de estado “leve” comparado con los padres y un porcentaje similar en moderada y severa, tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. **Frecuencia de Ansiedad-estado en el momento prequirúrgico, en padres y madres de los pacientes (n = 50)**

Estado Prequirúrgico	Padres		Madres		Porcentaje del grupo total
	n	%	n	%	
Mínima	10	20%	13	26%	46%
Leve	2	4%	7	14%	18%
Moderada	5	10%	6	12%	22%
Severa	4	8%	3	6%	14%

En la tabla 4 se observa que el 52% de las madres en la encuesta postquirúrgica presentan Ansiedad- Estado “mínima”, así como el 26% de los padres.

Tabla 4 **Frecuencia de Ansiedad-estado en el momento postquirúrgico, en padres y madres de los pacientes (n 38).**

Estado Postquirúrgico	Padres		Madres		Porcentaje Global
	n	%	n	%	
Mínima	10	26%	20	52%	79%
Leve	1	2.6%	1	2.6%	5%
Moderada	3	8%	1	2.6%	11%
Severa	1	2.6%	1	2.6%	5%

Por otra parte al explorar la frecuencia de Ansiedad-Rasgo, en la tabla 5 se describen los porcentajes de los padres con un 18% de la población presentan Ansiedad-Rasgo “severa” y “mínima” en el 16%, en cuanto a las madres Ansiedad-Rasgo “mínima” se encontró en el 16% y Ansiedad-Rasgo “severa” se reportó el 18% de las madres.

Tabla 5 **Frecuencia de Ansiedad-rasgo en padres y madres de los pacientes (n 50).**

Rasgo	Padres		Madres		Porcentaje Global
	n	%	n	%	
Mínima	6	12%	8	16%	28%
Leve	5	10%	6	12%	22%
Moderada	5	10%	6	12%	22%
Severa	5	10%	9	18%	28%

Con respecto al padecimiento de los recién nacidos y el estudio de frecuencia de ansiedad-rasgo, en los padres de niños con enfermedad cardiovascular, se observaron categorías altas (“moderada” y “severa”) en el 54%, que se ilustra en la tabla 6

Tabla 6. **Frecuencia de ansiedad-rasgo en padres y madres de los pacientes con enfermedad cardiovascular compleja (n=24).**

CARDIOVASCULAR Rasgo	PADRES		MADRES	
	N	%	N	%
Mínima	3	12.5%	4	16.6%
Leve	0	0	2	8%
Moderada	3	12.5%	3	12.5%
Severa	4	16.6%	5	20.8%

En la tabla 7 se muestra que los padres con escolaridad de Preparatoria y licenciatura, hubo predominio de Ansiedad-Estado prequirúrgico de tipo “mínima” en el 34% de los padres encuestados. En contraste la Ansiedad-Estado de tipo “severa” se presentó en el 14% de todos los padres encuestados, con distribuciones similares independiente de la escolaridad. En cuanto a Ansiedad Estado Postquirúrgico, se encontró predominantemente en el 78% de nuestra población puntaje “mínima”.

Tabla 7. **Relación entre Escolaridad y Ansiedad-estado prequirúrgico y postquirúrgico en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Escolaridad de los Padres	Ansiedad Estado prequirúrgico (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Primaria	2%	0%	0%	2%
Secundaria	8%	4%	0%	2%
Preparatoria	16%	10%	22%	2%
Licenciatura	18%	4%	10%	6%
Posgrado	2%	0%	0%	2%
Escolaridad de los Padres	Ansiedad Estado postquirúrgico (n=38)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Primaria	2.6%	0%	0%	2.6%
Secundaria	18.5%	0%	2.6%	0%
Preparatoria	18.5%	5.2%	5.2%	2.6%
Licenciatura	37%	0%	0%	0%
Posgrado	2.6%	0%	2.6%	0%

En la tabla 8, se describe la relación entre la escolaridad de los padres y el nivel de la Ansiedad-Rasgo, en donde muestra que cuando los padres tenían nivel de escolaridad de bachillerato y licenciatura, la distribución del nivel de Ansiedad-rasgo, fue semejante para las 4 categorías

Tabla 8. **Relación entre Escolaridad y Ansiedad-Rasgo en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Escolaridad de los Padres	Ansiedad Rasgo (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Primaria	0%	2%	0%	2%
Secundaria	2%	6%	2%	8%
Preparatoria	6%	10%	12%	8%
Licenciatura	18%	4%	8%	8%
Posgrado	2%	0%	0%	2%

En cuanto a la edad, esta se dividió de acuerdo a si eran madres adolescentes o en edad adecuada para la procreación o la denominada “madre añosa” y se encontró que el predominio de padres era de 20 a 35 años, el 40% de estos padres presentaron “mínima” Ansiedad-Estado prequirúrgico, y el 14% de estos padres presentaron “moderada” intensidad. Ansiedad-Estado postquirúrgico se presentó en el 79% de los casos “mínima”, de éstos el 63% fue en los padres de 20 a 35 años.

Tabla 9- **Estado en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Edad de los Padres	Ansiedad Estado prequirúrgico (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menor de 20 años	0%	2%	0%	2%
20- 35 años	40%	10%	14%	12%
Mayor de 35 años	6%	6%	8%	0%
Edad de los Padres	Ansiedad Estado postquirúrgico (n=38)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menor de 20 años	0%	2.6%	0%	2.6%
20- 35 años	63%	0%	6%	2.6%
Mayor de 35 años	16%	2.6%	6%	0%

Se encuentra en la siguiente tabla que el 26% de los padres entre 20 a 35 años presentan Ansiedad-Rasgo “mínima” y el 20% rasgo “severa”.

Tabla 10. **Relación entre la edad de los padres y Ansiedad Rasgo en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Edad de los Padres	Ansiedad Rasgo (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menor de 20 años	0%	0%	2%	2%
20- 35 años	26%	18%	12%	20%
Mayor de 35 años	2%	4%	8%	6%

En la tabla 11 siguiente tabla el 24% de los padres empleados presentan estado ansiedad prequirúrgico “mínima” en el 24%. Las amas de casa presentan estado ansiedad muy similar en todos los grados. En Ansiedad-Estado Postquirúrgico “mínima” es predominante en el 29% en las amas de casa y empleado en el 34%.

Tabla 11. **Relación entre la ocupación de los padres y Ansiedad- Estado de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Ocupación de los Padres	Ansiedad Estado prequirúrgico (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Ama de casa	10%	10%	10%	4%
Empleado	24%	6%	8%	4%
Profesionista	2%	2%	4%	6%
Ocupación de los Padres	Ansiedad Estado postquirúrgico (n=38)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Ama de casa	29%	2.6%	2.6%	0%
Empleado	34%	2.6%	5%	2.6%
Profesionista	16%	0%	2.6%	0%

En la tabla 12, se encuentra que la predominancia de Ansiedad- rasgo “severa” fue en el 14% en amas de casa, en los empleados encontramos una distribución similar en todos los niveles, y los profesionistas el 10% se encuentran con Ansiedad-rasgo “mínima”

Tabla 12. Relación entre la ocupación de los cuidadores primarios y Ansiedad Rasgo en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.

Ocupación de los Padres	Ansiedad Rasgo (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Ama de casa	6%	6%	8%	14%
Empleado	12%	10%	12%	8%
Profesionista	10%	6%	2%	6%

Se encuentra en la siguiente tabla que el 34% de los padres que presentaba Ansiedad-Estado prequirúrgico “mínima” en los padres de hijos menores de 7 días de EIH. En el resto de las distribuciones los porcentajes son similares. El estado postquirúrgico en más de la mitad, corresponde a padres con hijos menores de 7 días.

Tabla 13. Relación entre los días de estancia en UCIN del recién nacido y Ansiedad-Estado en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.

Días de EIH UCIN	Ansiedad Estado prequirúrgico (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menos de 7 días	34%	12%	12%	12%
8 a 15 días	4%	0%	2%	0%
Más de 15 días	8%	6%	8%	2%

Días de EIH UCIN	Ansiedad Estado postquirúrgico (n=38)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menos de 7 días	55%	2.6%	11.4%	5%
8 a 15 días	6%	0%	0%	0%
Más de 15 días	18%	2.6%	6%	0%

En la Tabla 14 encontramos una distribución muy similar en los padres que tienen hijos con estancia intrahospitalaria menor de 7 días.

Tabla 14. **Relación entre los días de estancia en UCIN del recién nacido y Ansiedad-Rasgo en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.**

Días de Estancia del RN en UCIN	Ansiedad Rasgo (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Menos de 7 días	22%	14%	14%	20%
8 a 15 días	2%	2%	0%	2%
Más de 15 días	4%	6%	8%	6%

En la Tabla 15 se encuentra que el 32% de la población correspondiente a los padres con hijos de 0 a 30 días de vida extrauterina son de nivel Ansiedad-estado "mínima". En el postquirúrgico se encuentra el mayor predominio de "mínima" en los padres con hijos de 15 a 30 días de vida, similar al de 0 a 14 días y mayor de 60 días.

Tabla 15. Relación entre los días de vida extrauterina en UCIN del recién nacido y Ansiedad-Estado pre y postquirúrgico en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.

VEU RN	Estado Prequirúrgico (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
0 a 14 días	16%	8%	8%	6%
15 a 30 días	16%	2%	2%	2%
31 a 44 días	4%	2%	6%	4%
45 a 60 días	2%	0%	2%	2%
Más de 60 días	8%	6%	4%	0%
	Estado Posquirúrgico (n=38)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
0 a 14 días	18%	2.6%	8%	0%
15 a 30 días	26%	0%	0%	2.6%
31 a 44 días	10%	0%	2.6%	2.6%
45 a 60 días	2.6%	0%	0%	0%
Más de 60 días	21%	2.6%	0%	0%

En la tabla 16 se encuentra una distribución muy similar en cuanto a todos los grados

Tabla 16. Relación entre los días de vida extrauterina en UCIN del recién nacido y Ansiedad-Rasgo en padres de pacientes con enfermedad neonatal quirúrgica.

VEU	Rasgo (n=50)			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
0 a 14 días	8%	12%	8%	10%
15 a 30 días	8%	4%	4%	6%
31 a 44 días	4%	2%	6%	4%
45 a 60 días	2%	0%	0%	4%
Más de 60 días	6%	4%	4%	4%

DISCUSIÓN

La ansiedad es un estado anímico, que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, y se considera una reacción emocional y adaptativa ante una amenaza ^(1,2). La frecuencia de trastornos de ansiedad en población mexicana oscila entre el 13.6 al 28.9% ⁽⁹⁾, aunque existe la posibilidad potencial de que un individuo la desarrolle ante eventos estresantes como es la hospitalización de un hijo y más aún la intervención quirúrgica del mismo. Se desconoce la frecuencia de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes neonatos que son sometidos a cirugía y fue precisamente el objetivo de esta investigación indagar la frecuencia de ansiedad en ese tipo de situaciones.

La población estudiada es particularmente distinta a otros tipos de poblaciones de terapia intensiva, en este caso se hospitaliza a recién nacidos y lactantes, repercutiendo de manera distinta en los padres y en los familiares en comparación a las otras poblaciones. Estos bebés son esperados por sus padres por el tiempo que duró el embarazo, generalmente con la expectativa de que su hijo nazca sano y sin complicaciones al nacimiento. Sin embargo, la realidad es muy distinta a lo esperado, el recién nacido es separado de sus padres para tratar una enfermedad importante y debe de ser llevado a UCIN.

En este estudio no encontramos diferencias demográficas significativas contrastando con otros estudios realizados en padres de otras etapas pediátricas. La población se conformó de 42% de padres y 58%, siendo una distribución por sexos muy similar, esta información no es fácil contrastarla debido a que no hay publicaciones que la mencionen en el periodo neonatal y en etapas pediátricas. Llama la atención el nivel educativo mayoritario con instrucción media y media superior, que es superior a un reporte de 1993, en el estado de Nuevo León, en donde en aquel entonces la instrucción predominante fue primaria, lo cual revela un cambio en la escolaridad que puede implicar mayor concepción de un problema y generar ansiedad. ⁽¹⁹⁾.

En cuanto a la profesión de los padres del estudio, se encontró que el 34% eran representados por amas de casa, en el 42% eran empleados y en el 24% profesionistas, éstos últimos con escolaridad licenciatura o posgrado que se dedicaban a su carrera, datos muy similares en comparación a los realizados en la terapia intensiva pediátrica de éste hospital ⁽⁶⁾. El Instituto Mexicano del

Seguro Social le otorga servicios de salud a la población trabajadora del país y a sus familias, por lo tanto un gran porcentaje son empleados, profesionista, esposas o esposos de los trabajadores.

Con respecto a la frecuencia de Ansiedad-estado prequirúrgico se detectó como “mínima” en el 46%, semejante al 42% reportado en un estudio realizado en Iowa⁽¹⁷⁾ también muy cercano una cifra de 49% reportada en un estudio en Turquía⁽¹⁶⁾ circunstancia que llama la atención ya que en ambos reportes lo predominante es un estado Ansiedad inicial que puede ser explicada por el poco vinculo que se ha establecido por la corta edad de los pacientes y que en algunos de ellos informaron de estar conscientes de la posible pérdida.

Con respecto a la frecuencia de Ansiedad-estado postquirúrgica se encontró que el 79% fue “mínima”, cifra que no es posible contrastar con la literatura por no encontrar cifras en estudios semejantes, pero que refleja que una vez que sobrevivieron al proceso quirúrgico, la magnitud de la Ansiedad-estado disminuyó.

Por otra parte, la frecuencia de Ansiedad-rasgo, se distribuyó de manera muy semejante en las cuatro categorías de la escala, que refleja la forma de afrontar eventos estresantes, y la distribución muestra la variabilidad de la misma población, desde los padres con ansiedad rasgo mínima, con madurez en su afrontamiento o los de tipo severa, con impulsividad y reacciones extremas de estrés, que teóricamente se reflejará en una ansiedad-estado modificada por la situación quirúrgica de sus hijo., pero al ver las cifras de ansiedad estado, queda inquietud de porqué se manifestó más frecuente el estado ansiedad mínima como el predominante prequirúrgico. Con todo lo anteriormente expuesto se puede inferir que los padres de un niño en UCIN, experimentan sentimientos de ansiedad, angustia y estrés emocional diferente y que aumentan ante la propuesta de una cirugía como tratamiento de la enfermedad de recién nacido, y que son mayores que la hospitalización ordinaria de un niño ya los cuales muy pocos están preparados para enfrentar.

Los acontecimientos en este tipo de Unidades críticas, no siguen una secuencia lógica, no se ajustan a un marco de referencia previo y por lo tanto, aunque los padres intenten comprender lo que está sucediendo, parecen

aturdidos y a menudo malinterpretan la información, sus percepciones de los hechos son imprecisos y algunas veces pueden tener conductas inusuales, enojo, acusaciones o demostraciones de frustración que puede ser una incapacidad para adaptarse a la situación y resultar en que su ansiedad-rasgo previo influya en una ansiedad-estado alta. Por otro lado, las terapias intensivas neonatales no son lugares tranquilos ni privados, hay actividad constante, el equipo de monitoreo está siempre presente alrededor del paciente con cúmulo de datos, sonidos y pantallas. La mayoría de las veces es abrumador ver la falta de espacio físico y de privacidad. El tiempo de visita es muy variado, de aproximadamente dos horas al día, con el propósito de permitir la asistencia ininterrumpida del paciente y de "proteger" de la carga emocional abrumadora que sería para los padres una visita prolongada ^(19, 20) todo lo anterior parecería inducir mayor ansiedad.

PROPUESTAS DE MANEJO EN EL SERVICIO

Identificar a los padres en duelo con riesgo, padres ansiosos o con tendencia a conductas depresivas, con sensación de rabia, anhelo, reproche a sí mismo, culpabilidad, padres con falta de redes de apoyo, una relación marital pobre o conflictiva, la presencia de alguna otra crisis. Se debe apoyar a padres que tengan más hijos jóvenes en casa, que pertenezcan a una clase social baja, un pobre empleo, falta de redes de apoyo en esta unidad o inclusive lugar de alojamiento. Se proponen medidas de manejo, como el asesoramiento en procesos de duelo para ayudar a los padres completar cualquier cuestión no resuelta con el recién nacido, su enfermedad o inclusive fallecimiento, tratando de aumentar la realidad de la pérdida, ayudar al padre a tratar tanto las emociones expresadas como las que no puede expresar, aceptar la enfermedad de su recién nacido o en el caso de fallecimiento. Se pueden realizar dinámicas para relacionarse con otros padres que viven la misma situación que ellos y sus hijos, en donde se pueda conocer sus opiniones, sentimientos y vivencias, que al mismo tiempo les pueda ayudar a expresarse, escuchar a los demás, permitirse la empatía con el resto de los padres y formar un vínculo con los demás y así formar redes de apoyo entre ellos. En cuanto a la relación de apego que se puede tener con el recién nacido, podemos sugerir que se deberían de extender los horarios de visita, ya que dos horas al día no

son suficientes para relacionarse con su hijo. Permitirle a los padres tomar fotografía del recién nacido, en caso de que sea posible encargarle o sugerir realizar cambio de pañal, el poder peinarlos, colocarles adornos en el cabello o alguna actividad que pueda permitir el contacto de piel a piel, e inclusive si es posible poder cargarlo, pero mostrándole al padre la manera adecuada de hacerlo. Se les podría permitir la entrada a dispositivos como música, masajeadores que puede formar un vínculo con el recién nacido e inclusive como medida de fisioterapia. Estas son medidas que pueden promover el acercamiento de los padres a los recién nacidos. Se puede asignar un área adecuada para el poder dar informes a los padres, que puede servir también como lugar para la realización medidas de terapia grupal o individual por parte del servicio de psicología.

LIMITANTES DEL ESTUDIO.

Por el diseño del estudio, transversal, no es posible determinar factores de riesgo. Existe limitación de la muestra a pacientes atendidos en un solo centro, sus resultados deben ser tomados con cautela ya que representan a la población derechohabiente con diversos factores demográficos, de procedencia geográfica, así como distintas costumbres, escolaridad provocando discrepancias con la población atendida en otros centros. Así mismo las frecuencias encontradas no son traspolables, dado que las enfermedades de los recién nacidos en este hospital son distintas a otros centros de referencia, por lo cual puede repercutir en los Estados de Ansiedad de los padres. Se puede ampliar el estudio agregando otras variables como nivel socioeconómico (salario promedio de los padres de manera mensual), si tienen redes de apoyo en esta ciudad, si cuentan con alojamiento y asistencia alimentaria o si se ha llevado atención psicológica previa. Por otra parte, no se contó con un área adecuada o confortable para llevar a cabo la entrevista, no existe una sala designada para dar informes a los padres y por lo tanto en donde se pueda establecer una mejor comunicación, y este tipo de ambiente no propicios, podrían influir en el nivel de ansiedad-estado de los padres ante la cirugía de sus hijos.

CONCLUSIONES.

1. La frecuencia de ansiedad-estado en el grupo estudiado en el periodo prequirúrgico fue de 46% en la categoría “mínima”, mientras que el 14% estaba en categoría “severa”
2. La frecuencia de Ansiedad-estado en el periodo postoperatorio fue del 79% en la categoría “mínima”, en contraste solo 5% estaban en la categoría “severa”
3. La frecuencia de Ansiedad-rasgo fue “mínima” en el 28% y también severa en el 28%.
4. Las variaciones en la frecuencias Ansiedad-estado de pre y postcirugía varió al aumentar la frecuencia de la categoría “mínima” y disminuir la de categoría “severa”, probablemente en relación a que el evento estresante de la cirugía ya había pasado.
5. La detección del nivel de ansiedad prequirúrgico, debería conducir a iniciar medidas de contención y apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud ,2010.
2. González-Anido A, Pérez- Cabeza L, Erkoreka- González L, et al. “Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias”. Norte de Salud Mental, 2009; 35: 20–29.
3. Freud S. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893- 1899) in: Obras completas Sigmund Freud. Volumen III. Amarrortu. Buenos Aires/Madrid; 1981.
4. Carleton RN. Fear of the unknown: One fear to rule them all?” Journal of Anxiety disorders, 2016; 41: 5-21.
5. Spielberger CD, Diaz-Guerrero R. “STAI. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado” Editorial Manual Moderno, 1975; 1-27.
6. Rojas Carrasco K. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (5): 491-496
7. Spielberger C. State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography. Consulting Psychologists Press, 1989.
8. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM- OMS) 2011
9. Heinze G, Camacho PV (2010). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. Ed. S Berenzon, JDel Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)
10. Medina- Mora ME, ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P: Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. The British Journal of Psychiatry 2007; 190 (6): 521- 528.
11. Medina- Mora ME, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J: Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-months DSM – OV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychol Med 2005; 35 (12): 1773 – 1783

12. Pardavila Belio M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23 (2):51-67
13. Davidson JE. Family – Centered Care: Meeting the Needs of Patients families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse*. 2009;29: 28-34.
14. Rojas-Carrasco K. “Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva”. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(6):606-9.
15. Gorrotxategi -Gorrotxategi, P. El niño hospitalizado: opiniones de los padres y de los niños. *Osasunaz*. 2003; 5: 13-24
16. Üzger A, Baspınar O, Bübüi F, et al. Evaluation of depression and anxiety in parents of children undergoing cardiac catheterization. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2015;43(6):536–541
17. Segre L , McCabe J, Chuffo-Siewert R, et al. Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Newborns Hospitalized on the Neonatal Intensive Care Unit. *Nurs Res*. 2014; 63(5): 320–332
18. Rubiños- Martínez A. Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*. 2012; 1 (1): 15-33.
19. Silva- Luna, D. Estrés de padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [Tesis de Maestría en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil: Pediatría] Monterrey, Nuevo León, México; 1996
20. Meneses- Canizarez C. Estudio comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados durante la primera semana en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal, del Hospital de los Valles en el año 2014. [Tesis de postgrado de Pediatría] Quito; 2015.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Ciudad de México a _____ 201__

Nombre del Proyecto: "Niveles de ansiedad en padres de niños con enfermedad quirúrgica hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI de acuerdo a la escala validada STAI"

Responsable del proyecto: Dra. Lourdes Paulina Tirado Torres

Número de Folio y Registro de Aprobación: _____

Yo, _____, Padre o madre de _____, hospitalizado en la cama _____ con cédula de afiliación _____. Se me invita a participar en un protocolo de estudio para determinar a través de una encuesta, la existencia y gravedad de rasgo y estado de ansiedad en los padres con hijos hospitalizados por condiciones quirúrgicas en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales de ésta unidad.

PROCEDIMIENTO:

1. Se responderán de manera verbal los datos para la identificación solicitados: Nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de procedencia, número de hijos, diagnóstico de su hijo hospitalizado,
2. Su participación es voluntaria, no tiene que participar si no lo desea, usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento.
3. Se aplicará la encuesta STAI (IDARE) de rasgo e STAI (IDARE) de estado que cuenta con 20 preguntas cada encuesta en la que se darán 4 opciones de respuesta, las cuales serán analizadas posteriormente por el investigador responsable
4. Si usted tiene cualquier duda o pregunta acerca de la encuesta en la que está participando, se responderán por el médico responsable de la aplicación de la misma.
5. Si derivado de la respuesta del cuestionario usted requiere en cualquier momento de la estancia de su bebé atención psicológica por parte del Servicio de Salud Mental se derivará inmediatamente para su atención.

BENEFICIOS. Se obtendrá información sobre el nivel de Ansiedad - Rasgo y Ansiedad - Estado de acuerdo a la escala validada STAI en los padres de neonatos hospitalizados con condición quirúrgica en la UCIN de la UMAE Hospital de Pediatría

CMN Siglo XXI para detectarlo, tratarlo y con ello intentar mejorar las condiciones de los padres durante la estancia intrahospitalaria de sus bebés.

Se podrá detectar tempranamente cualquier Ansiedad- Rasgo y Ansiedad- Estado en los padres para ofrecer un manejo oportuno.

RIESGOS: Este estudio es considerado de bajo riesgos para los padres o los menores hospitalizados. Sin embargo al hablarse de su situación actual se pueden ver afectadas sus emociones, sentirse incómodo o con sentimiento de tristeza, en caso de que lo desee o requiera atención, se le podrá enviar al servicio de salud mental a la brevedad para su tratamiento y seguimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El personal de salud involucrado en el estudio garantizamos que cualquier información obtenida en este estudio se manejará con un criterio estricto de confidencialidad, tanto de los datos personales como el resultado de la encuesta, lo que significa que solo serán conocidos por el médico investigador y los Padres.

Por todo lo anterior, he leído y comprendido el presente consentimiento por lo cual yo _____

Acepto _____ No acepto: _____

Participar en el estudio, entendiendo que no recibiré remuneración económica, ni modificaré la atención médica de mi bebé

Nombre y firma de padre o madre:

Investigador: Dr. Ulloa Ricárdez:

Testigo:

Investigador: Dr. González Cabello:

Testigo:

Investigadora: Dra. Feria Kaiser

Investigadora: Dra. Tirado Torres

Para aclarar cualquier duda favor de comunicarse con los investigadores: Dr. Ulloa Ricárdez, Dr. González Cabello, Dra. Feria Kaiser y Dra. Tirado Torres de forma personal. Por vía telefónica al Tel: 56276900 Ext. 21932. O a los siguientes correos electrónicos: alful1065@yahoo.com.mx, hector.gonzalezc@imss.gob.mx, carina.feria@yahoo.com, y polis_torres@hotmail.com.



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
HISTORIA CLÍNICA Y NOTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DEL RECIÉN NACIDO EN UCIN:

1- Nombre: _____

2- Número de Afiliación: _____

3- Diagnóstico: _____

4- Edad Gestacional: _____

5- Fecha y hora de ingreso: _____

6- 1era Hospitalización: Si: _____ No: _____ Número: _____

7- Días de Estancia intrahospitalaria a día quirúrgico: _____

8- Días de Vida extrauterina a día quirúrgico: _____

Procedimiento quirúrgico planeado: _____

11- Fecha de evento quirúrgico: _____

DATOS DEL PADRE O MADRE (A):

1- Nombre: _____

2- Parentesco con el paciente: Padre _____ Madre _____ Abuelo (a) _____

3- Sexo: Mujer _____ Hombre _____

4- Edad: _____

5 - Estado civil: a) Casado _____ b) Soltero _____

c) Unión libre _____ d) Viudo _____ e) Separado _____

6- Escolaridad: a) Primaria: Trunca o Completa

b) Secundaria: Trunca o Completa

c) Bachillerato: Trunco o Completo

d) Licenciatura: Trunca o Completa

e) Posgrado: Trunco o Completo

7. Ocupación actual: _____

8. Lugar de Residencia habitual: _____

9. Teléfono de contacto: _____

10. Fecha y hora de encuesta: _____

11. Puntaje obtenido en STAI SXE al ingreso _____

Nivel de ansiedad en STAI SXE al ingreso _____

12. Puntaje obtenido en STAI SXR al ingreso _____

Nivel de ansiedad en STAI SXR al ingreso _____

13. Puntaje obtenido en STAI SXE postquirúrgico _____

Nivel de ansiedad en STAI SXE postquirúrgico _____

En este espacio es para que exprese libremente algún comentario o sugerencia con la certeza de mantener el anonimato y confidencialidad

STAI – SXE (INGRESO)

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo. Lea cada frase y marque el número que **indique como se siente en este momento en que su hijo se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales previo a la realización de procedimiento quirúrgico**. No se detenga mucho en cada frase pero trata de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi siempre
1.Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto (a)	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómoda (a)	1	2	3	4
11.Me siento confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4
14. Me siento a “punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

STAI – SXR (INGRESO) Fecha de aplicación: _____

	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo (lo mejor) a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

STAI – SXE (POSTQUIRÚRGICO)

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo. Lea cada frase y marque el número que **indique como se siente en este momento en que su hijo se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales posterior a su procedimiento quirúrgico**. No se detenga mucho en cada frase pero trata de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi siempre
1.Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto (a)	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómoda (a)	1	2	3	4
11.Me siento confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4
14. Me siento a “punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

Plantilla de Puntuación para STAI Ansiedad- Rasgo y Ansiedad- Estado

State-Trait Anxiety Inventory for Adults Scoring Key (Form Y-1, Y-2)

Developed by Charles D. Spielberger in collaboration with R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg, and G.A. Jacobs

To use this stencil, fold this sheet in half and line up with the appropriate test side, either Form Y-1 or Form Y-2. Simply total the scoring **weights** shown on the stencil for each response category. For example, for question # 1, if the respondent marked 3, then the weight would be 2. Refer to the manual for appropriate normative data.

Form Y-1	NOT AT ALL	SOMEBWHAT	MODERATELY SO	VERY MUCH SO	Form Y-2	ALMOST NEVER	SOMETIMES	OFTEN	ALMOST ALWAYS
1.	4	3	2	1	21.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1	22.	1	2	3	4
3.	1	2	3	4	23.	4	3	2	1
4.	1	2	3	4	24.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1	25.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4	26.	4	3	2	1
7.	1	2	3	4	27.	4	3	2	1
8.	4	3	2	1	28.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4	29.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1	30.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1	31.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4	32.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4	33.	4	3	2	1
14.	1	2	3	4	34.	4	3	2	1
15.	4	3	2	1	35.	1	2	3	4
16.	4	3	2	1	36.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4	37.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4	38.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1	39.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1	40.	1	2	3	4

Copyright 1985, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.

© Copyright 1985, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.
Published by Mind Garden, Inc., 1690 Woodside Rd, Suite 202, Redwood City, CA 94061

STAI-AD Scoring Key
www.mindgarden.com

Rangos de Percentiles Para la Escala STAI de Ansiedad y Rasgo

XIII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	Julio16	Agosto 16	Septiembre 16	Octubre 16	Noviembre 16	Diciembre 16	Enero 16	Febrero 16
Revisión bibliográfica	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXX					
Elaboración de protocolo de investigación				XXXXXXXX	XXXXXXXX			
Autorización del protocolo					XXXXXXXX	XXXXXXXX		
Trabajo de campo							XXXXXXXX	
Elaboración de base de datos							XXXXXXXX	
Análisis de datos							XXXXXXXX	XXXXXXXX
Elaboración de resultados y conclusiones								XXXXXXXX
Presentación de tesis								XXXXXXXX