

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES CON  
HIJOS HOSPITALIZADOS EN UCI NEONATAL**

**DAYRA MARITZA QUIÑONES ZUÑIGA**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN**

**CHIA, CUNDINAMARCA. 2017**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES CON  
HIJOS HOSPITALIZADOS EN UCI NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**

**DAYRA MARITZA QUIÑONES ZUÑIGA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**DIRECTORA: ENF. MAG. LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN**

**CHIA, CUNDINAMARCA. 2017**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

Firma. Presidente del jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bogotá, D. C. 2017

## **DEDICATORIA**

*A Dios y a mis padres....*

*A mi esposo por su amor, apoyo y la confianza que ha depositado en mí todos estos años.*

*A mis hijos: Antonio José y Juan Esteban, mi motor, razón de mi existencia, mi vida entera... son mi gran motivación.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi querida asesora, la profesora Lucy Muñoz de Rodríguez, por sus enseñanzas, paciencia y permanente acompañamiento en la ejecución de este trabajo.*

*Al profesor de Estadística Humberto Mayorga por su gran disposición y sus conocimientos.*

*A la clínica la Estancia por concederme el espacio para trabajar con las madres del recién nacidos hospitalizados que cursan con esta difícil situación y a todo el equipo interdisciplinario de la unidad de cuidado intensivo neonatal.*

*A las madres que participaron en el estudio, quienes a pesar de su inmenso dolor siempre estuvieron dispuestas a aprender de las actividades programadas en la intervención y por permitirme conocer sus sentimientos y parte de su vida durante esta experiencia tan enriquecedora en mi formación personal y profesional.*

## RESUMEN

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de una intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad en madres, que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en una unidad neonatal de una Institución de III nivel en Popayán. **Metodología** Estudio cuasi experimental, sin grupo control. La muestra estuvo constituida por 60 madres de los recién nacidos hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó la subescala del instrumento IDARE Ansiedad como estado, antes y después de la intervención. **Resultados** El 46,67 % de las madres presentaron un nivel de ansiedad- estado alto previo a la intervención, después de la intervención el 21,67% de las madres presentaron un nivel de ansiedad- estado alto; lo anterior indica una reducción del nivel de ansiedad. La evaluación estadística realizada da respaldo a la intervención de Enfermería porque la pruebas aplicadas demuestran que existe una diferencia significativa del comportamiento estadístico entre el puntaje previo a la intervención y el posterior, es decir, que los resultados muestran que la utilización de las estrategias de afrontamiento descritas por Roy (2014) incluidas en la intervención, tales como : lenguaje común, centrado en lo bueno, tener fortaleza, conexión única y apoyo de otros; pudieron contribuir en la disminución del nivel de ansiedad de las madres de recién nacidos hospitalizados. **Conclusiones** La intervención aplicada respaldada en la disciplina de enfermería, puede ser útil en el proceso de adaptación de las madres a los eventos de la vida, en este caso cuando tienen a sus hijos hospitalizados en la unidad neonatal, que de acuerdo a la teoría la disminución de la ansiedad lleva a la adaptación. **Recomendaciones** Validar la intervención de enfermería aplicada en esta investigación con el fin de que sea adaptada por la institución escenario del estudio.

**Palabras Claves:** Intervención, Enfermería, Madres, Ansiedad, Unidad de cuidado intensivo neonatal,

## ABSTRACT

**Objective.** General: To assess the effectiveness of a nursing intervention on the level of anxiety in mothers, who live the situational event of having their child hospitalized in a neonatal unit of a III level institution in Popayán. **Methodology** Quasi experimental study, without control group. The sample consisted of 60 mothers of hospitalized newborns who met the inclusion criteria. The subscale of the instrument was applied to IDARE anxiety as a state, before and after the intervention. **Results** 46.67% of the mothers presented a high anxiety level prior to the intervention, after the intervention 21.67% of the mothers presented a level of anxiety-high status; The above indicates a reduction in the level of anxiety. The statistical evaluation carried out in support of the nursing intervention because the applied tests show that there is a significant difference in the statistical behavior between the previous intervention and the posterior score, in other words, the results show that the utilization of the coping strategies described by Roy (2014) included in the intervention, such as: Common language, centered on the good , having strength, unique connection and support from others; They were able to contribute to the decreased anxiety level of hospitalized newborn mothers. **Conclusions** the applied intervention supported in the discipline of nursing, it may be useful in the process of adapting mothers to life events, in this case when they have their children hospitalized in the neonatal unit, which according to the theory the decrease in anxiety leads to adaptation. **Recommendations** validate the nursing intervention applied in this investigation in order to be adapted by the institution scenario of the study.

**Key Word:** Intervention, Nursing, Mothers, Anxiety, Neonatal intensive care unit



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	10
1. MARCO REFERENCIAL .....	11
1.1.DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA .....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	15
1.3.OBJETIVO GENERAL.....	18
2. MARCO CONCEPTUAL TEÓRICO .....	19
2.1 MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY .....	19
2.2. TEORIA DE ADAPTACIÓN A LOS EVENTOS DE LA VIDA .....	25
2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	28
2.4. ANSIEDAD.....	30
2.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	32
3. MARCO DE DISEÑO .....	34
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	34
3.2 TIPO DE MUESTREO.....	34
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	35
3.5. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
5. RESULTADOS ANALISIS Y DISCUSIÓN .....	44
6. CONCLUSIONES.....	54
7. RECOMENDACIONES.....	55
ANEXO 1. PRESUPUESTO .....	63

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.. .....	65
ANEXO 3. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN.....	66
ANEXO 4. PLAN DE ACTIVIDADES PARA LA INTERVENCIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD – ESTADO .....	79
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.. .....	81
ANEXO 6. INSTRUMENTO IDARE SUBESCALA ANSIEDAD ESTADO.. .....	84
ANEXO 7. LISTA DE CHEQUEO DE LA INTERVENCIÓN.....	86
ANEXO 8. LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN DE LA SUBESCALA ANSIEDAD ESTADO .....	88

## INTRODUCCIÓN

Los cambios en la salud del recién nacido con su consecuente hospitalización, es para las madres, un evento situacional, que de acuerdo a Roy se presenta de manera inesperada y puede generar preocupaciones y ansiedades en estas mujeres (1).

La investigación reporta que las personas ante este evento situacional utilizan estrategias de afrontamiento para alcanzar la adaptación a esta situación, que, de acuerdo a Roy, se entiende como disminución de la ansiedad (1).

Por tal motivo, el presente estudio evaluó la efectividad de una intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad de madres que vivían el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado.

En el marco referencial de este proyecto se muestran los avances del conocimiento sobre fenómeno de la investigación, la justificación del estudio, los conceptos y los objetivos propuestos.

El marco teórico muestra el modelo conceptual de adaptación de Roy, como fundamento para la derivación de la teoría de adaptación a los eventos de la vida y las investigaciones que la fundamentan y que permiten entender las estrategias de afrontamiento propuestas. También se exponen investigaciones con la aplicación del modelo de Roy su relación con la ansiedad y otras que permiten una mejor comprensión de los conceptos de las estrategias de afrontamiento contenidas en la intervención.

En el marco de diseño se presenta el tipo de estudio cuasi experimental para esta investigación, la muestra con sus criterios, el instrumento de valoración de ansiedad como estado, el procedimiento para la recolección de la investigación, los controles de sesgos de este tipo de diseño, análisis, consideraciones éticas, resultados conclusiones y recomendaciones.

## **1. MARCO REFERENCIAL**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA**

El nacimiento de un hijo inevitablemente genera una serie de cambios que alteran la rutina familiar y aunque se crean otras dinámicas en los padres, con diversas manifestaciones y sentimientos, este acontecimiento generalmente es considerado benéfico (2), pero cuando se afecta la condición de salud del recién nacido, por algunas situaciones relacionadas con la adaptación neonatal, como la asfixia perinatal, la prematurez, el síndrome de dificultad respiratoria, problemas metabólicos u otra patología, los padres deben admitir que se apliquen medidas terapéuticas inmediatas para estabilizar su condición física y evitar otras complicaciones. Estas medidas generalmente llevan a la hospitalización del recién nacido, con la separación padres -hijos e interrupción de la dinámica en la relación parental. (3, 4).

Las madres de los niños hospitalizados en la unidad de cuidado neonatal pasan a un plano secundario en cuanto al cuidado de sus hijos porque desde el ingreso de estos a la unidad, son atendidos por el personal de salud (5). Esta situación de hospitalización provoca cierto nivel de intensidad emocional y estrés parental, incertidumbre, impotencia, pesimismo, angustia, ansiedad, inseguridad, desamparo y miedo a la muerte de sus hijos, sentimientos que se agudizan cuando las madres son separadas de estos, de manera sorpresiva, para ingresarlos a un lugar que ellas desconocían: la unidad de cuidado neonatal. A los sentimientos de las madres se suma la alteración del vínculo afectivo con sus hijos, debido al poco e insuficiente contacto entre ellos, lo cual además afecta la recuperación de la salud física y mental del niño(a) ( 6, 7, 8, 9, 10,11, 12, 13, 14).

Algunas otras razones que aducen las madres por sus sentimientos, con respecto a la hospitalización de sus hijos, son el ambiente de las unidades de cuidado neonatal, con presencia de ruidos continuos, luces, monitores y situaciones de urgencia permanentes (2,8), la falta de preparación para cuidar a sus hijos y escasa comunicación con el equipo de salud, (10). Además, la pareja y la familia se enfrentan a cambios en su vida diaria, ante los cuales deben desarrollar mecanismos de afrontamiento para la adaptación a esta situación. (3,4, 6, 13).

De igual manera, las reacciones emocionales de las madres están influenciadas, por el diagnóstico de su hijo y la necesidad de contar con otras opciones respecto al tratamiento para tomar decisiones; en este contexto, existe gran dificultad para hacer frente a un futuro incierto (14).

Algunas madres reconocen que las demandas de cuidado de su hijo están a cargo en un alto porcentaje por parte de la enfermera y aprecian cuando dicha profesional ofrece apoyo emocional e informativo; sin embargo, sienten preocupación y experimentan ansiedad al desconocer su capacidad para cuidar solas a sus hijos (15).

El estado de vulnerabilidad, que experimentan las madres debe considerarse como una oportunidad para reflexionar acerca del cuidado que el equipo de salud les proporciona, con el fin de mejorar la atención centrada en la familia (4,7, 16).

En este contexto cuando un recién nacido es hospitalizado, sin importar la causa, el equipo de salud debe prepararse para cuidar a madres e hijos lo que implica conocer también las necesidades de cuidado de las madres.

Una manera de conocer estas necesidades de las madres, es por medio de los significados que ellas le asignan a esta experiencia. En algunos casos hay un reconocimiento de los beneficios de la unidad de cuidado neonatal y de la parte tecnológica para la recuperación de sus hijos, lo cual les genera confianza y tranquilidad frente a la situación que viven. (5).

Algunas madres refieren la necesidad de recibir información por parte del personal de enfermería y desearían saber si se pueden comunicar con sus hijos en su propio lenguaje (3). Por ejemplo, las madres tienen sus propias maneras de comunicarse y de establecer una

relación de apego con sus hijos desde lo cultural y realizan comportamientos y formas de cuidado mediante la comunicación madre-recién nacido, la observación madre-recién nacido, el toque materno, y el apoyo religioso y familiar (5, 17, 18). También utilizan estrategias en todo este proceso como desarrollar relaciones de empatía con los profesionales de la salud y así sentirse más seguras con quienes cuidan a sus hijos (9).

Adicionalmente se indica que el proceso de adaptación de las madres a la hospitalización de los recién nacidos, empieza con la información sobre la necesidad de tener que hospitalizar a su hijo, hasta cuando logran la adaptación a esta circunstancia, proceso representado en tres niveles: 1º exploración, 2º apoyo y 3º la adaptación (17). Sin embargo, las relaciones de pareja saludables y los mecanismos de afrontamiento positivo pueden actuar como amortiguador frente a esta situación (7), por lo que se debe tener en cuenta que el proceso de afrontamiento y adaptación de las madres, puede favorecer un cuidado oportuno y adecuado a sus hijos (18).

Otro aspecto fundamental es lograr la participación de las madres en el cuidado de sus hijos, lo cual pone en evidencia una mayor ganancia de peso entre los recién nacidos, aumento de 80% en la práctica de la lactancia materna al momento del alta, reducción del 25% en estrés parental e impacto positivo en el desarrollo neurológico del niño (16, 19, 20).

Por lo anterior es necesario que la Enfermera reconozca su compromiso con el recién nacido hospitalizado, dependiente física y emocionalmente y tengan en cuenta la familia, para realizar un cuidado óptimo (16), sin olvidar que para lograrlo, las madres requieren del apoyo emocional del profesional de enfermería teniendo en cuenta sus creencias, costumbres y condición social al momento de ofrecer este cuidado.

Por tanto, es importante que los padres reciban ánimo, fe y esperanza en cuanto a la recuperación de sus hijos (9, 21). Sin embargo, se evidencia que el personal de la UCIN, necesita de apoyo y formación para ofrecer información ante este tipo de situaciones, independientemente de su función, experiencia o confianza con la entrega de noticias difíciles para las familias (1).

De acuerdo a lo mostrado anteriormente, hay un desarrollo de conocimiento con respecto al proceso vivido por las madres de recién nacidos hospitalizados, relacionado con sus sentimientos, causas de estos, sus necesidades de cuidado, su proceso de adaptación y, la relación con los profesionales de enfermería, donde se reflejan sentimientos de temor, incertidumbre y ansiedad que permanentemente viven las mujeres, ante este evento de su vida.

Es así como se evidencia, que la hospitalización de un recién nacido es para las madres, un evento situacional, que de acuerdo a Roy (2014), se presenta de manera inesperada y puede estar relacionado con acontecimientos específicos, como por ejemplo el periodo del posparto o la menopausia o cambios en la salud como es en este caso el proceso de hospitalización de un hijo (1), que genera preocupación y ansiedad.

Según la teoría de rango medio de Roy, la ansiedad se puede considerar como una respuesta inefectiva al estímulo que reciben las madres ante el evento situacional de la hospitalización de su hijo en la UCI neonatal y sería necesario realizar algunas intervenciones que pudieran favorecer la adaptación a este evento, referida por Roy como disminución de la ansiedad y atención personalizada (1).

Si bien es cierto, la hospitalización de un hijo en la UCIN afecta de manera similar a los padres (22), realizar intervenciones simultáneamente con ambos padres resulta difícil en consideración a que en la práctica cotidiana, las madres son las que permanecen con sus hijos la mayor parte del tiempo, debido a que los padres por múltiples razones no siempre pueden hacer uso del derecho a la licencia de paternidad.

Por tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de una intervención de enfermería, sobre el nivel de ansiedad, en madres que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en la unidad neonatal de la Clínica la Estancia en Popayán?

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

A continuación, se describe la relevancia social de esta investigación y su importancia para el desarrollo disciplinar y teórico de la enfermería.

Esta investigación tiene relevancia social por cuanto, numerosos estudios han evidenciado, que la hospitalización de los recién nacidos y su consecuente separación familiar, genera en las madres sentimientos de estrés, impotencia, incertidumbre, temor que llevan a la ansiedad (3) (4) (5) /6) (7) (8) (9) (10).

Estos sentimientos pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre madres e hijos, así como también en la comunicación con los profesionales que cuidan a los recién nacidos (2, 23, 24, 25). En este mismo sentido, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se asume la salud como derecho y reconoce a las mujeres, niños y niñas como grupos de especial protección (26). Esta investigación tiene beneficio a los recién nacidos y sus madres, al prepararlas para para cuidar a sus hijos en casa y seguramente evitar reingresos como consecuencia de desconocimiento en el cuidado de sus hijos.

La situación que experimentan las madres de los recién nacidos hospitalizados en UCI neonatal fue considerada como un evento situacional de tipo, cambios en la salud, para lo cual las madres deben emplear estrategias de afrontamiento para alcanzar la adaptación a esta situación, como puede ser la disminución de la ansiedad. Estas estrategias deben ser apoyadas por las enfermeras, quienes, al conocer el proceso de afrontamiento, tienen la oportunidad de brindar un cuidado holístico a las madres de los recién nacidos hospitalizados y de esta manera, disminuir la ansiedad.

En la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida, para el evento situacional: cambios en la salud, Roy (2014) propone cinco estrategias de afrontamiento para alcanzar una adaptación efectiva hacia la disminución de la ansiedad (1): lenguaje común, tener fortaleza, centrado en lo bueno, unión/ conexión y contar con otros. Por tanto, esta investigación aplicó una intervención de enfermería a las madres que vivieron el evento situacional de tener a sus hijos hospitalizados en UCI neonatal y en la que se



contemplaron las estrategias de afrontamiento descritas anteriormente con el fin de contribuir a disminuir su ansiedad.

Adicionalmente, con esta investigación se obtienen resultados centrados en las personas, tanto en la dimensión física como en la interpersonal de la atención, con beneficios para la Institución donde se realice este trabajo, teniendo en cuenta que dentro del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad, se aporta con resultados que, favorecerán el cuidado personalizado a las madres de los recién nacidos como resultado de la utilización de las estrategias de afrontamiento descritas por Roy (2014). Este proyecto contribuyó además a generar espacios dentro de la práctica profesional y hacer visible la humanización del cuidado de enfermería, política indispensable en los procesos de acreditación en salud (27).

Respecto a la relevancia teórica, la teoría de mediano rango de adaptación a los eventos de la vida (Roy, 2014), se aporta evidencia sobre cómo las madres de recién nacidos hospitalizados se adaptan a dicha situación, facilita el proceso de transición de las visiones reactivas determinísticas a visiones más holísticas (visión Interactiva-Integrativa o de Reciprocidad) en la práctica del cuidado. Para Roy, la persona es un sistema de adaptación holístico, en el cual la totalidad es mayor que la suma de las partes (Roy, 2009; Roy y Andrews, 1999). Como sistema, la persona es una serie de partes conectadas para desempeñar una función, y el funcionamiento requiere la interdependencia de las mismas (28,29). Con la aplicación de la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida se aporta a un proceso de validación de la teoría mediante intervenciones que contemplaron estrategias de afrontamiento propuestas por la teoría para la adaptación de las personas que viven este evento y en el caso particular a la disminución de la ansiedad de las madres.

Con el desarrollo de la intervención respaldada en la teoría de rango medio de Roy, se evidencia el alcance de los conceptos planteados en esta y se logró un mayor acercamiento al entendimiento de la teoría de manera que se demuestra su utilidad en la práctica de enfermería.

Así mismo, contribuye al desarrollo de la profesión como disciplina, con aportes al conocimiento acerca de las acciones e intervenciones de cuidado que ofrece el profesional de enfermería a las madres del recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, con la evaluación del nivel de ansiedad frente al proceso de hospitalización de su hijo, antes y después de realizar una intervención de enfermería, aspecto que debe ser ampliamente estudiado y que por supuesto, permitió evidenciar la importancia de ofrecer una atención integral al recién nacido y a sus madres.

La investigación respaldada en la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida (Roy, 2014), permite orientar el cuidado de tal manera que trascienda lo biológico, reconocer a las madres como sujetos de cuidado. Permitió a la enfermera utilizar en la práctica un cuerpo de conocimiento propio, que contribuya al fortalecimiento de la profesión como una disciplina profesional y a la calidad del cuidado (1).

### **1.3 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la efectividad de una intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad en madres, que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en una unidad neonatal de una Institución de III nivel en Popayán.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el nivel de ansiedad en madres con hijos hospitalizados en una unidad neonatal antes de aplicar la intervención de enfermería diseñada.
- Determinar el nivel de ansiedad en madres con hijos hospitalizados en una unidad neonatal después de aplicar la intervención de enfermería diseñada.
- Comparar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención de enfermería en madres con hijos hospitalizados en una unidad neonatal.

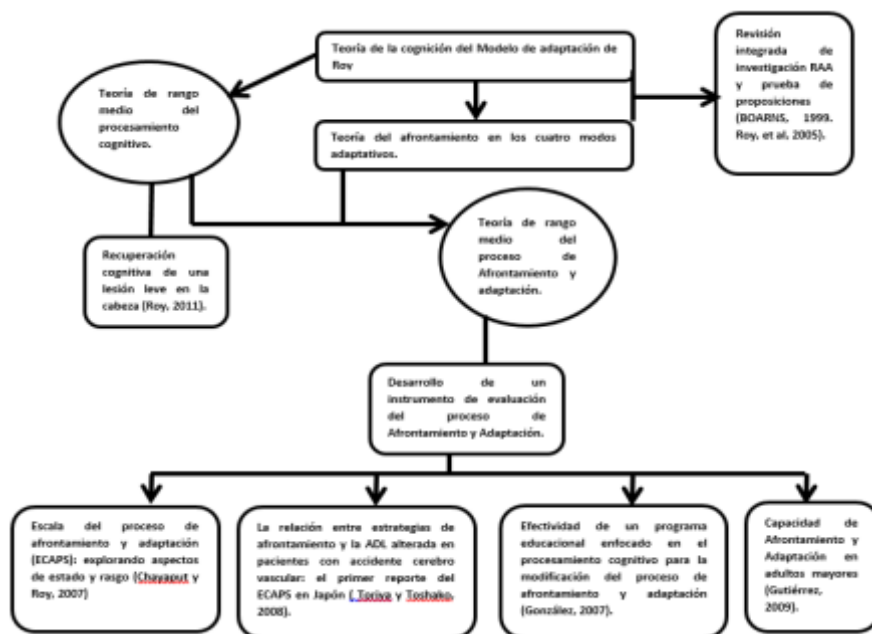
## **2. MARCO CONCEPTUAL TEÓRICO**

Se presenta el Modelo de Adaptación de Roy como fuente de la derivación de la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida de sor Callista Roy, con conexiones teóricas entre ansiedad y afrontamiento. Adicionalmente se hace referencia a intervenciones con el proceso de afrontamiento como el del subsistema cognitivo, articuladas con los eventos de la vida, situación que viven las madres con hijos hospitalizados en UCIN.

### **2.1 MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY**

El Modelo de Adaptación de Roy (RAM), fue desarrollado por su autora con base en los conceptos de Enfermería y la teoría de los sistemas de Helson (1970). La primera versión del RAM, fue escrito durante la década de 1960 cuando Roy era estudiante de maestría. El modelo fue publicado en 1970, año durante el cual se impulsó el desarrollo y la utilización de los modelos conceptuales de Enfermería, en un principio, se utilizó para desarrollar planes de estudio (29) y en el transcurso del tiempo ha sido aplicado en la práctica y en la investigación.

La visión global de la investigación basada en RAM se muestra en la figura 1; se observan los principales conceptos de la teoría (en rectángulos) y el desarrollo de la teoría de mediano alcance (en óvalos) generadas a partir de la investigación (30).

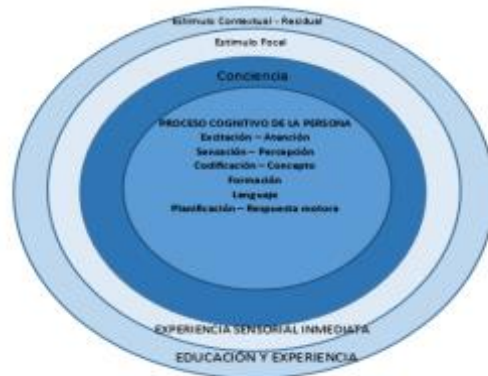


**Figura 1. Síntesis de investigación del modelo de adaptación de Roy**

**Nota: RAA Asociación de Adaptación de Roy, BBARNs Sociedad de Investigación de Enfermería de Boston basada en el modelo de Adaptación.**

**FUENTE:** Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. Nursing Science Quarterly 2011; 24(4) 312 –320 Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/24/4/312>

La teoría cognitiva fue descrita inicialmente como parte de la teoría que considera a la persona como un sistema adaptativo (Roy y MacLeod, 1981). Al explicar el subsistema cognitivo se identifican las vías de procesamiento de la información: percepción, aprendizaje, juicio y emoción. Esta teoría ha recibido aportes significativos de estudios de post doctorado en Neurociencias de Enfermería (Roy, 1988, 2001) y en ella se muestran los principales procesos implicados en la entrada y las fases del procesamiento cognitivo de la salida (30).



**Figura 2. Teoría de rango medio del Procesamiento cognitivo**

**FUENTE:** Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. Nursing Science Quarterly 2011; 24(4) 312–320 Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/24/4/312>

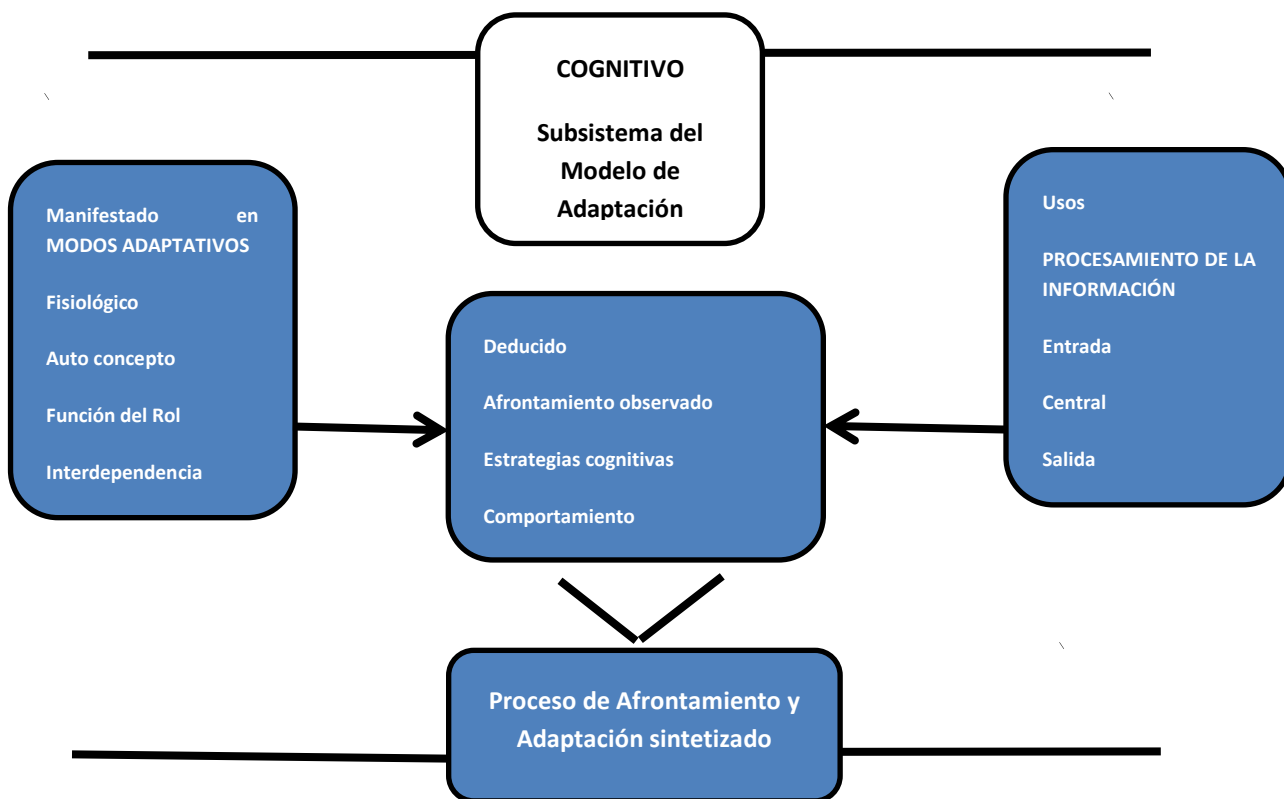
Estos procesos a su vez, se articulan en otro concepto importante del modelo, *el medio ambiente*, que incluye los estímulos focales como: experiencia sensorial inmediata y estímulos contextuales y residuales que implican educación y experiencia (30).

Roy define el ambiente como todas las condiciones, circunstancias e influencias que están alrededor y afectan el desarrollo y el comportamiento de la persona o grupo. El concepto de salud es definido como un estado y un proceso del ser que favorece la integración y el todo de la persona, siendo la adaptación un proceso de promoción que favorece la integración fisiológica, psicológica y social, llevando a la plenitud al sistema (persona) (31).

En otro trabajo, Roy (1976) también identificó los conceptos teóricos importantes para el afrontamiento, *los cuatro modos adaptativos*: modo fisiológico, auto concepto, función de rol e interdependencia, que representan las categorías por las que la enfermera evalúa los comportamientos de las personas frente a sus entornos internos y externos. Estos comportamientos se derivan de los procesos centrales de las personas, el cognitivo y regulador (30).

Las necesidades identificadas en el modo fisiológico son: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, equilibrio hidroelectrolítico, función neurológica y función endocrina (Roy y Andrews). La necesidad de modo de autoconcepto se describe como la integridad psicológica y espiritual. Las necesidades de la función del rol se identifican como integración social, la necesidad de saber quién soy en relación con otros para que pueda actuar, y por último, la necesidad de interdependencia que indica cómo alcanzar la integridad relacional (31).

A través de los años de educación, práctica e investigación (Roy, 2009) se combinó la teoría de afrontamiento en los modos adaptativos con la teoría de mediano alcance de procesamiento cognitivo y trabajo empírico dando como resultado a la teoría de mediano alcance del proceso de afrontamiento y adaptación (30) que a continuación se presenta.



**Figura 3. Teoría de rango medio del proceso de afrontamiento y adaptación.**

**FUENTE:** Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model : Last 25 Years. Nursing Science Quarterly 2011; 24(4) 312 –320 Disponible en: [http:// nsq.sagepub.com /content/24/4/312](http://nsq.sagepub.com/content/24/4/312)

Al lado izquierdo de la figura se observan las múltiples funciones de los cuatro modos adaptativos y en el derecho se muestra los tres tipos de procesamiento cognitivo en relación con el ambiente.

Después, como producto del trabajo empírico inductivo y deductivo basado en la teoría de mediano alcance se obtuvieron los elementos para el instrumento de afrontamiento y adaptación (CAPS) y posteriormente el refinamiento y la elaboración de pruebas a la escala.

Desde el subsistema cognitivo del RAM se manifiesta el comportamiento en los cuatro modos adaptativos. Roy (1975) realizó entrevistas a 10 pacientes y recogió 36 planes de cuidado de enfermería basados en el RAM, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento de los pacientes hospitalizados. Realizó el análisis de contenido y de manera inductiva infirió las estrategias de afrontamiento en los modos de adaptación. Identificó 45 estrategias en su investigación, éstas fueron revisadas por dos expertos voluntarios y se identificó: a) niveles diferentes de generalidad de los elementos y b) la necesidad de otro enfoque para organizar la multidimensionalidad, así como para acentuar el proceso de relación con el medio ambiente. Como resultado, se utilizó el modelo de enfermería de procesamiento cognitivo para identificar deductivamente 26 categorías dentro de los tres tipos de relación con el medio ambiente (entrada, centro y salida). Por ejemplo, la extensa dimensión de los procesos de entrada incluye las estrategias conceptuales de excitación y atención. Estas estrategias tenían además una subcategoría de atención selectiva que es útil para las observaciones conductuales, es decir, si una persona centra su atención o se distrae.

Finalmente, y basada en su trabajo teórico y empírico (1976, 1988, 2001) Roy define la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas piensan y sienten y utilizan la conciencia para integrarse con el ambiente. Las estrategias de afrontamiento son comportamientos para el proceso de adaptación y se llevan a cabo en situaciones cotidianas



y en momentos críticos; las categorías son sintetizadas de comportamientos en los cuatro modos adaptativos y el proceso de adaptación como un patrón de conducta de afrontamiento que toma, maneja y responde a factores de estrés y se enfocan hacia la supervivencia, crecimiento, reproducción, habilidad y trascendencia. Para Roy, el proceso de afrontamiento y adaptación es el patrón de formas innatas y adquiridas de tomar, manipular y responder a un medio ambiente cambiante en situaciones cotidianas y momentos críticos que dirigen el comportamiento hacia la supervivencia, crecimiento, reproducción, habilidad y trascendencia y la capacidad de afrontamiento y adaptación como la capacidad de las personas de responder a los cambios del entorno al utilizar sus estrategias y estilos de afrontamiento para adaptarse con eficacia a los retos (González, 2007) (30).

Para Roy (1990), la adaptación es un proceso y un estado, como proceso consiste en una serie sistemática de acciones dirigidas hacia un fin y como un estado, es decir, la condición de la persona con respecto al medio ambiente, el final para Roy es un bien inherente o intrínseco, este bien está relacionado con sus creencias religiosas acerca de la existencia de una verdad estable y universal, que es lo que pretende el *Veritivity* (29).

El *Veritivity* es un supuesto filosófico fundamental del RAM y se basa en las cinco propiedades de la verdad (unidad, universalidad, teología, relacionalidad y estabilidad). Los supuestos filosóficos, según lo expuesto por Roy (1988), se basan en las dimensiones subjetivas del comportamiento humano dentro de un contexto, estos supuestos, los cuales incluyen principios de valor basados en significados, la intencionalidad, la relación con los demás y el holismo comparten una sólida base con las hipótesis científicas (Roy y Andrews, 1999) (29).

Algunas premisas científicas desde la perspectiva del modelo de adaptación, son:

1. La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno.
2. La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir.

3. El hecho de pensar y de sentir media en la acción humana.
4. Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
5. La integración de los significados de la existencia humana y del entorno es el resultado de la adaptación (31).

Del modelo de adaptación de Roy, se han derivado teorías de mediano rango, dentro de las que se encuentra la teoría de adaptación a los eventos de la vida, teoría publicada por Roy en el año 2014 y la cual, fue producto de la selección y evaluación por parte de la autora, de 12 investigaciones basadas en su modelo, Los estudios incluyeron a enfermeras que trataron con experiencias difíciles en ambientes particulares donde trabajaban. Roy determinó que el proceso de adaptación usado por las enfermeras concordaba con las estrategias usadas por adultos al tratar con eventos de la vida que ocurren frecuentemente y por madres o niños que se enfrentaban a experiencias de vida común y poco común. A partir de los estudios seleccionados se realizaron observaciones para seleccionar y definir conceptos que se interrelacionan en su teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida (1).

Luego categorizó los principales tipos de estímulos, las estrategias de afrontamiento y los resultados, conectó conceptualmente los estímulos con los resultados a la luz del modelo de adaptación y finalmente realizó el planteamiento de proposiciones.

## **2.2. TEORIA DE RANGO MEDIO DE ADAPTACIÓN A LOS EVENTOS DE LA VIDA**

Como se mencionó anteriormente, la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida (Roy, 2014), se deriva del modelo de adaptación de Roy. En la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida (Roy, 2014), se consideran tres conceptos principales: los estímulos, las estrategias de afrontamiento y los resultados, conceptos que se relacionan con los conceptos del modelo conceptual (1).

En la teoría, se describen dos tipos de estímulos: eventos del desarrollo, que son esperados y pueden estar relacionados con cambios internos o externos y los eventos situacionales, que son inesperados y pueden estar relacionados con acontecimientos específicos o cambios en la salud (Figura 4).



**Figura 4.** Middle Range Theory of coping with life events, Situational Events.

**Fuente:** Roy, C. Generating Middle Range Theory: From Evidence to Practice. Chap 8: Middle Range Theory of coping with life events. 2014. Springer Publishing Company. Pag: 238.

Al considerar que el proceso de hospitalización de un hijo en una unidad de cuidado neonatal corresponde a un evento situacional que afecta a las madres, lo cual sería el estímulo, las estrategias de afrontamiento son: **lenguaje común, conexión única, centrarse en lo bueno, tener fortaleza y apoyo de otros**. Los resultados según Roy son: atención personalizada, disminución de la ansiedad y miedo y la normalización de la ansiedad. Estas estrategias de afrontamiento, de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy, actúan con los resultados en la adaptación.

Las estrategias de afrontamiento citadas anteriormente, se derivaron principalmente de tres estudios de investigación:

- **Lazenby, L.M. (2001) The experiences of mexican mothers in a neonatal intensive care nurser.** El propósito del estudio fue explorar las experiencias de madres mexicanas con niños hospitalizados en UCI. Investigación con diseño fenomenológico, tuvo como muestra 5 mujeres. Para guiar el estudio y el análisis del mismo, se utilizó el modelo de adaptación de Sor Callista Roy. Los resultados indicaron un efecto negativo del medio ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatal en el estrés materno y la adaptación. Se demostró la importancia de establecer un lenguaje común entre madres y personal de salud. Un hallazgo importante fue que, aunque las madres mexicanas pueden experimentar algunos estresores similares que las madres caucásicas, la incapacidad para comunicarse con los cuidadores de su bebé aumentaron el estrés. Esta falta de un idioma común requiere más atención de la enfermera, para disminuir los niveles de estrés maternal y facilitar su adaptación a la maternidad (32).
- **Clark, E.D. The lived experience mothers with their child's cancer.** La autora enfatiza en el requerimiento continuo de adaptación en los miembros de la familia cuando un niño es diagnosticado con cáncer. Afirma que el modelo de adaptación de Roy ayudó a explicar cómo las madres perciben su adaptación para luchar con el cáncer de su hijo. En su estudio, afirma que las percepciones de las madres fueron clave y el permitirles hablar de sus experiencias de afrontamiento traería el significado en la conciencia. Debido a la cronicidad del cáncer infantil, es esencial permitir que las madres reflexionen sobre lo que había sucedido en sus experiencias de afrontamiento con el encuentro de su hijo con el cáncer; también podría ayudar a comprender lo que se están actualmente viviendo. Las enfermeras podrían obtener una mejor comprensión acerca de las madres y cómo ayudarles a afrontar esta situación (33).
- **Moore, L. A. (2005) The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy.** Este estudio cualitativo describe la experiencia vivida de cinco madres que cuidan a sus hijos con parálisis cerebral severa. El fenómeno fue

estudiado utilizando el modelo de adaptación de Roy (Roy & Andrews, 1999) y la fenomenología como marco teórico. Los datos fueron analizados con el método de Colaizzi (1978) Los temas identificados capturan las experiencias colectivas de estas mujeres. El estudio examina el rol maternal alterado que comienza con el diagnóstico del niño con parálisis cerebral severa y la adaptación necesaria para la atención del niño. Describe cómo las madres se vincularon y comunicaron con sus hijos. Las madres también describieron cómo trataban con múltiples cargas, adaptadas con y sin el apoyo y cuyo resultado fueron relaciones familiares alteradas Hay una descripción de las intensas respuestas emocionales de estas madres a la experiencia y los aspectos positivos de esta experiencia de crianza de los hijos (34).

La revisión de los estudios mencionados anteriormente, cuyo sustento teórico fue el modelo de adaptación, permitió establecer las estrategias de afrontamiento descritas por Roy cuando la persona se enfrenta a eventos situacionales relacionados con cambios en la salud.

En efecto, Roy (2014) considera que la adaptación puede tomar muchas formas, pero es el resultado de que las personas o grupos, como sistemas adaptativos, utilicen estrategias de afrontamiento para el manejo de los estímulos. Para el estímulo, cambios en la salud, la adaptación efectiva es considerada como: *Atención personalizada, Disminución del miedo y de la ansiedad* (1).

Basada en los tres conceptos principales: estímulos o cambios en la salud, estrategias de afrontamiento y resultados, Roy (2014) sintetizó las proposiciones con el fin de proveer una mejor comprensión de la teoría de adaptación a los eventos de la vida y de esta manera, contribuir con la práctica del cuidado de enfermería.

Las declaraciones teóricas respecto al concepto *cambios en la salud* son:

1. La relación con otros en los cambios de salud, es necesaria, pero puede suspenderse dejando a la persona avanzar con su propia fortaleza.
2. El lenguaje común entre quienes tratan con cambios en la salud y la enfermera pueden disminuir la ansiedad y el miedo.

3. La situación paradójica de la unión y la conexión de madres de niños enfermos, por sí sola no elimina la normalidad de la ansiedad (1).

### **2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

A diario las personas se enfrentan a situaciones en las que deben tomar decisiones importantes para la vida, lo que en muchas ocasiones genera altos niveles de ansiedad (50); la hospitalización de un recién nacido en unidad de cuidado neonatal, requiere un proceso de adaptación que implica en las madres una preparación para utilizar diferentes estrategias de afrontamiento y responder de manera eficiente a las situaciones estresantes generadas por el cambio del contexto.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas (externas y/o internas) que son valoradas como abrumadoras o desbordantes de los recursos de la persona; esta valoración se da en dos momentos, la primera hace referencia a la estimación de las consecuencias que estas situaciones traen a la persona que las experimenta y en una segunda valoración, se consideran los recursos con los que se cuentan para disminuir o impedir dichas consecuencias. según Casado (2002), la asociación de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada por la persona como desafío, cuando el individuo percibe que sus capacidades no son suficientes para enfrentar las situaciones estresantes y como amenaza cuando no cuenta con los recursos para enfrentar la situación (35, 36, 37).

En principio, el modelo de la valoración predice que la intensidad de la respuesta emocional estará en relación directa con el grado de amenaza o desafío que determine la valoración primaria (38).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (coping) que el individuo tiene frente a esta situación y puede ser que arroje un resultado positivo o

negativo. En la valoración secundaria, si el individuo valora sus recursos de afrontamiento como suficientes y adecuados para enfrentarse a la situación, entonces disminuirá la reacción emocional; pero si son insuficientes o inadecuados, entonces la reacción de ansiedad se hará más intensa. Tras la valoración primaria y la valoración secundaria, se sucederán una serie de revaluaciones continuas sobre la situación y sus consecuencias, así como sobre la capacidad para afrontar las exigencias de la situación, especialmente si hay algún cambio que pueda alterar el resultado de sus valoraciones. Estas reevaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola. La valoración secundaria es una valoración sobre lo que debe y puede hacerse ante una situación determinada. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, así como de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y, por último, la valoración de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas (internas y/o externas) que podrían ocurrir simultáneamente (38).

La importancia de las estrategias de afrontamiento es sostenida por Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985), quienes afirman que las estrategias de afrontamiento, antes que la naturaleza de los estresores, pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos o estrategias de afrontamiento que domina, sea por aprendizaje o por descubrimiento fortuito, en una situación de emergencia (38).

Algunos factores como la constitución genética, la inteligencia, la relación con los padres, las experiencias previas y el optimismo, entre otros, son un excelente predictor de la posibilidad de que una persona adquiera la habilidad efectiva para afrontar el estrés (Cruz y Vargas, 2001).

Como se mencionó anteriormente, Roy (2014) describe cinco estrategias de afrontamiento para el estímulo: cambios en la salud: *lenguaje común, conexión única, centrarse en lo bueno, tener fortaleza y apoyo de otros*. Con el fin de comprender cada uno de estos

conceptos, se presenta un cuadro con el respectivo fundamento teórico a la luz de la investigación. Ver anexo 1.

## **2.4 ANSIEDAD**

Con la revisión de la literatura, se evidenció que cuando un hijo tiene una enfermedad crónica, es frecuente que las madres presenten ansiedad, que se incrementa al enfrentar una situación crítica, como la hospitalización en una unidad de cuidados neonatales (4, 38, 39, 40).

La ansiedad-estado, es conceptualizada como una condición o estado transitorio del organismo humano. Esta es experimentada por los individuos ante situaciones que no pueden predecir o controlar, o sobre situaciones amenazantes y/o peligrosas. Se midió la ansiedad - estado a través de la sub escala ansiedad-estado parte del inventario IDARE (Spielberger y Cols. 1973), instrumento de autoevaluación que evalúa dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada sub escala tiene 20 ítems con cuatro opciones de respuesta (41).

Las bases conceptuales de esta medición son la teoría de señal de peligro de Freud (citado por Grau, Martín y Portero, 1993), los conceptos de Cattell acerca de la ansiedad rasgo-estado (citado por Grau, Martín y Portero, 1993) y posteriormente, se refinaron estos conceptos por Spielberger (citado por Grau, Martín y Portero, 1993) (41).

Existe un amplio desarrollo del conocimiento respecto a las estrategias de afrontamiento y el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios a nivel mundial (42, 43, 44,45). En lo relacionado a madres con niños enfermos en un estudio sobre la reacción de padres y madres ante el diagnóstico de cáncer de su hijo y la asociación entre estrés y afrontamiento, se encontró que a mayor afrontamiento por evitación, menor es la reevaluación positiva de la situación, se acude menos a la religión y se percibe más estrés en ambos padres. En la



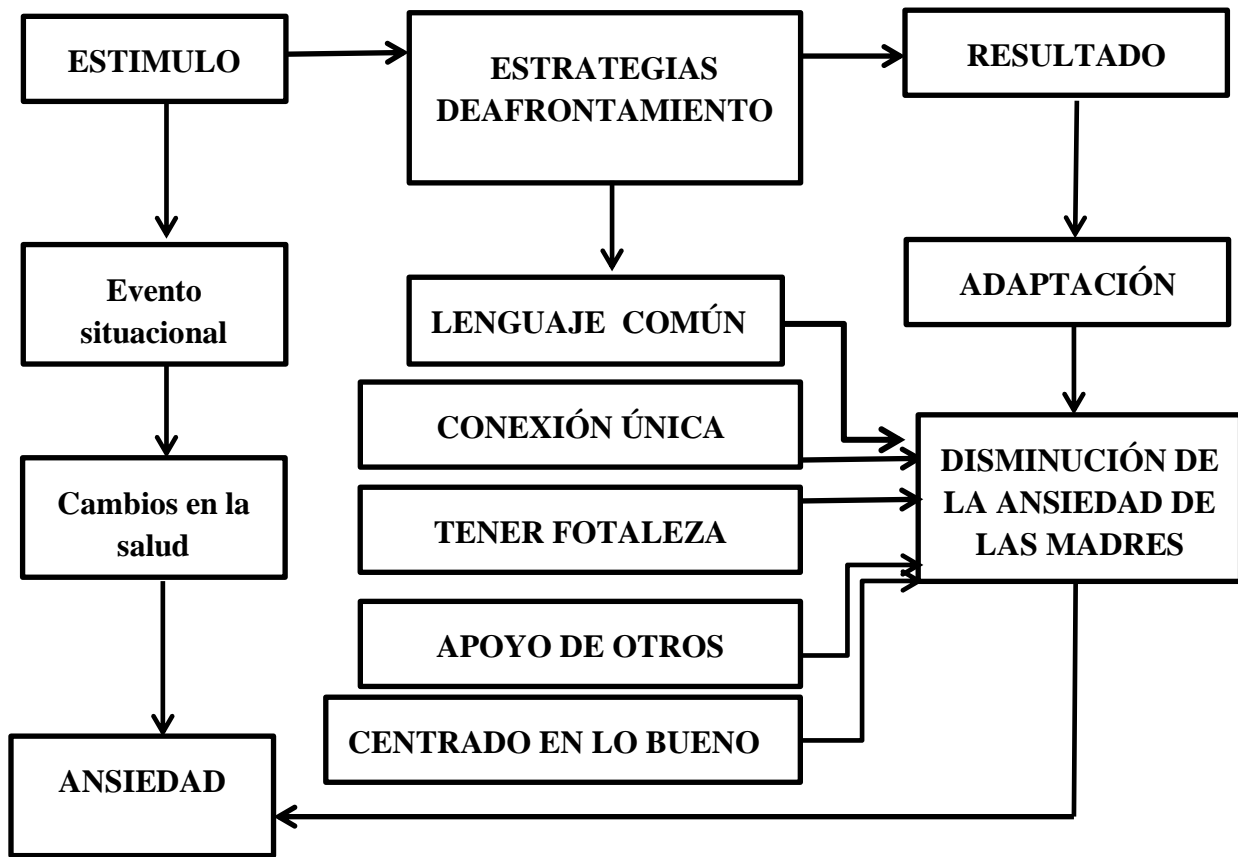
muestra de madres se encontró que, a mayor afrontamiento por evitación, se percibe más estrés y en la muestra de padres, a mayor afrontamiento por evitación y menor reevaluación positiva, se percibe más estrés (46).

En un estudio prospectivo, transversal sobre las estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad en padres de pacientes con parálisis cerebral se encontró que el afrontamiento se asocia en un 75,3% con depresión y un 75,8% con ansiedad, y que una estrategia de afrontamiento positiva en los padres de pacientes con discapacidad posibilita un mejor ajuste y aceptación reduciendo el riesgo de depresión y ansiedad (47).

Un estudio experimental con diseño de pretest y postest con grupo de caso y control sobre el efecto de formación de estrategia hacer frente al problema enfocado en los síntomas psicológicos de las madres de niños con síndrome de Down, indica que el programa de formación de estrategia de afrontamiento centrado en el problema tiene un efecto positivo en la salud mental y disminución del índice de síntomas generales y síntomas psicológicos (fobia, depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y agresividad) en madres de niños con síndrome de Down (48).

A continuación, se presenta un esquema, elaborado por la investigadora, donde se intenta articular la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida de Roy y ansiedad:

**Figura 5. Teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida y Ansiedad**



### **2.5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

En consideración a que el modelo de adaptación de Roy asume que las personas son sistemas abiertos que responden a estímulos internos y externos, las madres de recién nacidos hospitalizados en UCI deben ser considerados como un sistema adaptativo involucrado con el medio ambiente, definido por Roy como todas las condiciones, circunstancias e influencias que están alrededor y afectan el desarrollo y el comportamiento de la persona o grupo. Por tanto, su respuesta positiva a estímulos es la adaptación, entendida como un proceso de promoción que favorece la integración fisiológica, psicológica y social, llevando a la plenitud al sistema (madres), mientras que la respuesta negativa es lo que se denomina respuesta infectiva. De ahí que la meta de la enfermería sea

promover la adaptación a los cambios que implica la hospitalización de su hijo recién nacido en unidad de cuidado neonatal.

Como se había mencionado anteriormente, los procesos de afrontamiento del subsistema cognitivo son adquiridos (respuesta deliberada de aprendizaje) y responden a través de cuatro canales: procesamiento de la información/percepción, aprendizaje, juicio y emoción (31); sumado a lo anterior, para Roy y Andrews (1999), una vez que se han establecido los aspectos que pueden promover la adaptación, la enfermera determina las intervenciones que pueden ayudar a las madres a lograr la meta, por tanto, se aplicó una intervención de enfermería dirigida a madres de recién nacidos hospitalizados en unidad de cuidado neonatal que incluyó los conceptos de la teoría (estrategias de afrontamiento) a través de la comunicación, el manejo de sentimientos, la presencia de las madres y el apoyo, procesos que involucraron el aprendizaje y emociones de las madres y el ambiente de la unidad de cuidado neonatal entre otros.

Finalmente, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy, se plantean las siguientes proposiciones que apoyan la intervención de enfermería del presente estudio:

1. La adecuación de los procesos de afrontamiento en el subsistema cognitivo de las madres de recién nacidos hospitalizado en UCI promueven respuestas efectivas.
2. La adaptación de las madres de recién nacidos hospitalizados está condicionada por su integración con el ambiente de la UCIN.
3. La meta de la intervención de enfermería es promover la adaptación mediante la educación a las madres a través de los procesos de afrontamiento del subsistema cognitivo.
4. La integración de los significados humanos y ambientales tiene como consecuencia la adaptación.

### 3 MARCO DE DISEÑO

#### 3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuasi experimental, sin grupo control. El objetivo primordial fue evaluar la efectividad de una intervención de enfermería, sobre el nivel de ansiedad, en madres que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en UCI neonatal. Se aplicó la subescala Ansiedad- estado del instrumento IDARE antes y después de la intervención.

La variable dependiente fue el nivel de ansiedad de las madres, antes y después de la intervención de cuidado.

La variable independiente fue la intervención de enfermería aplicada a las madres participantes en el estudio.

Hipótesis estadística:

**H<sub>0</sub>** = No existe diferencia del valor del nivel de ansiedad antes y después de la intervención de Enfermería.

**H<sub>1</sub>**= Existe diferencia del valor del nivel de ansiedad antes y después de la intervención de Enfermería.

**Hipótesis teórica:** La intervención de enfermería dirigida a las madres, con sus hijos hospitalizados en UCIN, centrada en lo bueno, en las fortalezas de la madre, en la conexión con su hijo, con apoyo de otros y con un lenguaje claro, modifica el nivel de ansiedad de estas.

**Población:** Madres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de cuidado intensivo neonatal de una Institución de tercer nivel en Popayán I semestre de 2017.

**Muestra:** Estuvo constituida por madres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de cuidado intensivo neonatal de una Institución de tercer nivel en Popayán que cumplieron los criterios de Inclusión.

**Muestra:** 60 madres

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la siguiente ecuación (49):

$$n = \left\{ \frac{\sigma_d(t_{1-\alpha}(n-1) + t_{1-\beta}(n-1))}{\delta} \right\}^2 + 1$$

### 3.1. Criterios de inclusión

- Madres biológicas de recién nacidos que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica La Estancia en la ciudad de Popayán.
- Madres mayores de 14 años

### Criterios de exclusión:

Madres con las siguientes características:

- Con recién nacidos que se encontraban en protocolo de mínima manipulación: prematuro extremo, recién nacido con hipertensión pulmonar.
- Con recién nacidos cuya condición fue inestable al momento de la intervención.
- Con alteraciones mentales, de atención, memoria o del comportamiento.
- Con lenguaje nativo incomprensible para la investigadora.

### Variables:

Variable	Tipo	Nivel de medición
Intervención de enfermería	Independiente	Cualitativa - Nominal
Nivel de ansiedad	Dependiente	Cualitativa – Ordinal

Edad de la madre	Contextual	Cuantitativa - razón
Nivel socioeconómico de la madre	Contextual	Cualitativa – nominal politómica
Nivel educativo de la madre	Contextual	Cualitativa - ordinal
Edad gestacional del recién nacido	Contextual	Cuantitativa -razón
Nivel de complejidad de la hospitalización al ingreso del recién nacido	Contextual	Cualitativa - ordinal

### 3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las mujeres que participaron en el estudio, fueron aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, elegidas aleatoriamente, con el fin de evitar la exclusión voluntaria de las madres, en los turnos de mañana y tarde con el siguiente modelo de programación elaborado en excell.

**Tabla 1. Modelo de programación aleatoria para la selección de la muestra.**

SEMANA 1		Semana 2		Semana 3		Semana 4		Semana 5	
DIA	ALEATORIO	DIA	ALEATORIO	DIA	ALEATORIO	DIA	ALEATORIO	DIA	ALEATORIO
Martes T	0,06950	Miércoles M	0,15828	Miércoles T	0,03063	Martes M	0,04878	Miércoles M	0,03459
Jueves T	0,14414	Lunes M	0,23590	Martes T	0,12360	Miércoles T	0,18534	Lunes M	0,03628
Martes M	0,19553	Jueves M	0,26124	Jueves M	0,15634	Lunes T	0,48458	Jueves T	0,22671
Jueves M	0,24255	Jueves T	0,31320	Martes M	0,32454	Jueves T	0,58872	Martes T	0,28179
Lunes M	0,65334	Miércoles T	0,45613	Jueves T	0,36747	Martes T	0,68199	Miércoles T	0,28520
Miércoles M	0,84370	Martes T	0,64766	Lunes T	0,53204	Lunes M	0,78496	Jueves M	0,55440
Lunes T	0,94680	Lunes T	0,82722	Miércoles M	0,92524	Jueves M	0,96588	Martes M	0,70527
Miércoles T	0,96317919	Martes M	0,88775801	Lunes M	0,94093393	Miércoles M	0,97761303	Lunes T	0,79278798

Como se observa en el cuadro, se presenta una programación para 5 semanas, de lunes a jueves, donde la letra “M” corresponde a la jornada de la mañana y la “T” a la tarde.

A cada semana, se le generó números aleatorios, después se ordenaron y se decidió que los menores fueran elegidos para seleccionar el día y la jornada en que se recogió la información.

En sombreado color rosado, se especifican las jornadas en las que no se recolectaron datos.

### **3.3. CONTROL DE SESGOS**

Se controló el sesgo de selección con la aplicación minuciosa de los criterios de inclusión de las madres a la muestra. Fue necesario excluir 8 madres de las cuales 6, sus hijos fueron dados de alta sin completar la intervención planeada y las otras 2 por tener lenguaje nativo incomprensible para la investigadora, aunque recibieron la totalidad de la intervención.

Respecto a los sesgos de información, se controló con el uso de la escala de ansiedad estado que presenta evaluaciones psicométricas válidas y ha sido utilizada en Colombia.

Se tuvo precaución de aplicar la escala en un sitio tranquilo, cómodo sin interrupciones.

Respecto a control de sesgos de recolección de datos, se capacitaron auxiliares de investigación fueron para la aplicación adecuada de la subescala y se realizó seguimiento en los dos momentos de su aplicación.

La intervención fue aplicada por la investigadora principal y se verificó su cumplimiento mediante lista de chequeo. (Ver anexo 4).

La aplicación de la subescala antes y después de la intervención fue realizada por personas diferentes (auxiliares de investigación) a la investigadora principal quien aplicó la intervención.

### **3.4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN**

La recolección de los datos se inició posterior a la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Subcomisión de Investigación de la Facultad de Enfermería

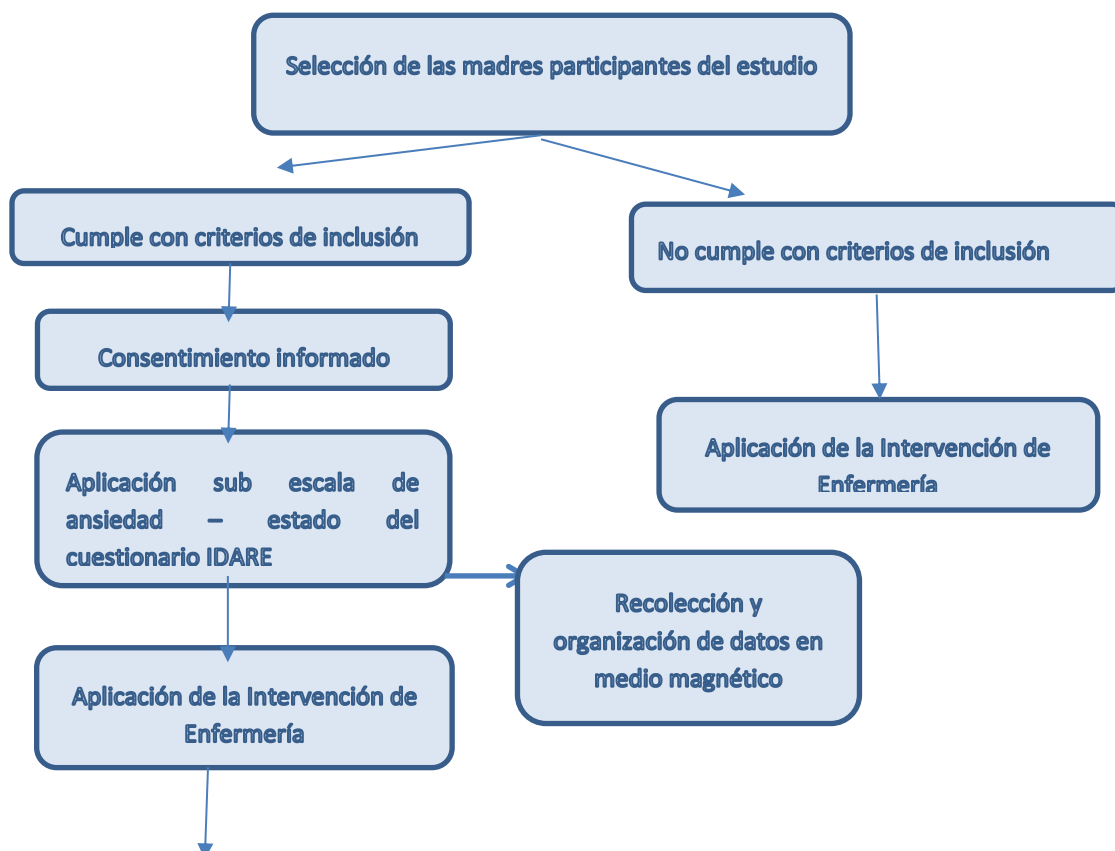
y Rehabilitación en Acta No 25 del 28 de Julio de 2016 y la aprobación por parte del comité de ética de la Clínica la Estancia en Acta No 34 del 30 de Agosto de 2016.

Previa firma del consentimiento informado (Anexo 3) por las madres participantes en el estudio, los datos fueron recolectados con la aplicación de la sub escala ansiedad-estado del cuestionario IDARE, antes y después de la intervención de enfermería.

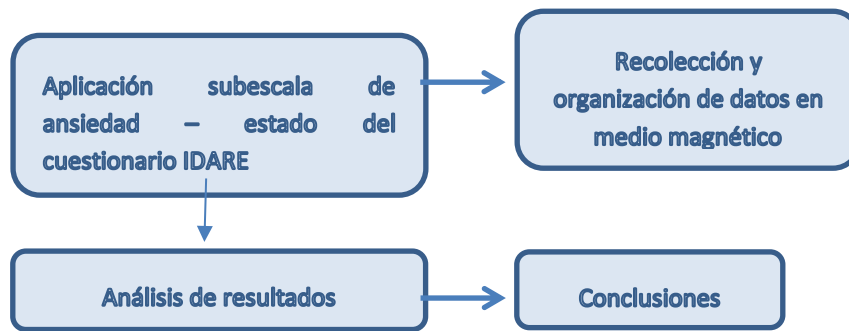
El diligenciamiento del cuestionario fue realizado por tres enfermeras del servicio, previamente capacitadas para esta actividad. La capacitación se realizó en 2 sesiones en las que se socializó el contenido de la escala y las recomendaciones de los autores para su aplicación. Una vez se verificó la información, obtenida, se consignó en una base de datos creada por la investigadora principal, con el fin de acceder de forma fácil y rápida a toda la información disponible.

A continuación, se presenta la ruta que se siguió:

**Figura 6. Ruta con las fases del estudio:**







Fuente: Elaboración propia.

### Prueba Piloto:

La prueba piloto se realizó con 10 madres que cumplieron con los criterios de inclusión, después de la firma del consentimiento informado, las auxiliares de investigación aplicaron la subescala de ansiedad – estado del inventario IDARE y posteriormente se aplicó la intervención de enfermería a cargo de la investigadora principal por un período de tres días, finalizada la intervención, las auxiliares de investigación aplicaron nuevamente la subescala de ansiedad – estado del inventario IDARE.

La prueba piloto se realizó con el fin de verificar:

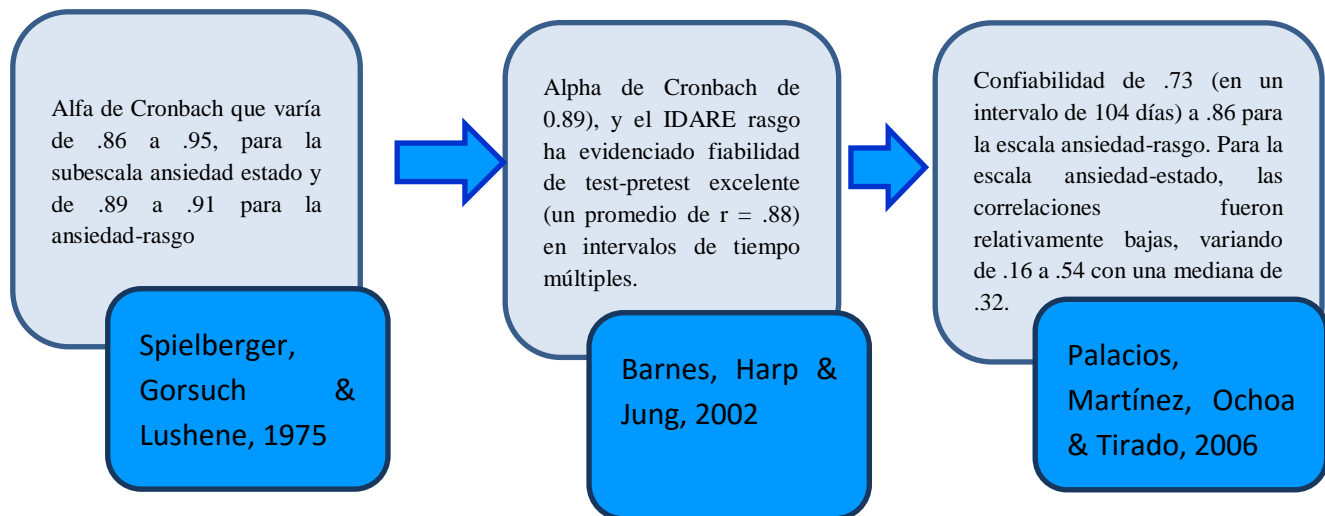
- la comprensión de los ítems de la sub escala ansiedad-estado por parte de las madres, la cual fue fácilmente entendida por las participantes del estudio.
- el tiempo requerido para aplicar la escala ansiedad-estado, siendo éste de 8 a 10 minutos.
- la habilidad de las auxiliares de investigación con el proceso de recolección de datos, lo cual se verificó con la lista de chequeo (anexo 6) que mostró el cumplimiento de todos los ítems por las tres auxiliares de investigación.
- la aplicación de la intervención en cuanto a tiempo y cumplimiento de actividades establecidas, por medio de lista de chequeo previamente diseñada. (Ver anexo 5), permitió ajustarla a 2 días; al identificar que las madres llegaban al segundo o tercer día de hospitalización del recién nacido y frente a un eventual egreso del servicio, no se alcanzaría a aplicar completa esta intervención.

### 3.4.1. Aplicación del instrumento de valoración de Ansiedad Estado

Para esta investigación se seleccionó por sus buenas cualidades psicométricas la subescala ansiedad estado del inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1975) (Ver anexo 4). El inventario mide dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Consta de 40 ítems, el cual se subdivide en 20 ítems para la escala que mide Ansiedad Rasgo (ser), estos describen cómo se siente el sujeto generalmente, y 20 afirmaciones que describen cómo se siente el sujeto en un momento dado, esto último para medir Ansiedad Estado (estar).

A continuación, se presentan los valores psicométricos del inventario en relación a su consistencia interna en un diagrama de tiempo:

**Figura 7. Valores psicométricos del inventario IDARE**



Fuente: Elaboración propia.

Para la interpretación de la subescala ansiedad – estado, se utilizó una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar a cada madre en distintos niveles de ansiedad, siendo baja, moderada o alta.

La puntuación de ansiedad como estado puede tomar valores de 20 a 80 puntos. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones

directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

La estrategia de calificación IDARE para la subescala Ansiedad – estado es la siguiente:

**A. Estado**

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18=A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20=B$$

**Nivel de ansiedad - estado:**  $(A-B) + 50$

Es así como el test DARE comprende tres niveles de ansiedad:

**Bajo** (20 - 29)

**Medio** (30-44)

**Alto** (45 - 80)

La recolección de la información se llevó a cabo en la unidad de cuidado intensivo neonatal de una Institución de III nivel en Popayán.

La aplicación de la sub escala ansiedad – estado se realizó en dos momentos: antes y después de la intervención de enfermería, de acuerdo a la programación aleatoria presentada en la tabla 1, cuando la madre llega a la unidad de cuidado intensivo neonatal independiente de los días de hospitalización de su hijo (en promedio 2 a 3 días) porque la madre generalmente también se encontraba hospitalizada y después de la intervención de enfermería cuya duración fue de dos días.

### **3.4.2. Aplicación de la Intervención de Enfermería**

Después de la verificación de criterios de inclusión y la firma del consentimiento informado, se aplica la intervención de enfermería en 2 momentos que se describen a continuación:

**Primer día:** se informó el nombre y apellido de la enfermera a la madre del recién nacido, el diagnóstico del recién nacido al ingreso a la unidad a través de un lenguaje claro. Luego se realizó un recorrido por la UCI neonatal con las madres para familiarizarlas con el

entorno y finalmente se enseñó a las madres el nombre y la función de los equipos biomédicos más frecuentemente utilizados para el cuidado de su hijo (incubadora, monitor, lámparas de fototerapia, etc)

**Segundo día:** se animó a las madres a expresar sus temores, miedos, sentimientos, se enseñó a las madres actividades de cuidado básico con su hijo: baño, higiene, cambio de posición, alimentación, se informó acerca de las expresiones de afecto de las madres hacia su hijo: toque, hablarle, cantarle, se permitió que las madres sostengan a su hijo en brazos y finalmente se identificaron necesidades de cuidado de las madres.

#### 4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo del proyecto se tuvo en cuenta las consideraciones éticas según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, por la cual se establece que este estudio corresponde a una investigación de bajo riesgo. Además de los principios éticos de autonomía, reciprocidad, vulnerabilidad, beneficencia, no maleficencia, veracidad de la información

El principio de autonomía se garantizó al ofrecer a las madres la libertad de elegir su participación en el estudio. A cada participante se le explicaran los objetivos y propósito del estudio, se obtuvo su consentimiento, se le explicó el manejo de la información, así como la posibilidad de participar en el estudio de forma voluntaria, y se informó la posibilidad de retirarse libremente, sin que estas decisiones generen pérdida de algún beneficio con la institución.

Para cumplir con el principio de reciprocidad la investigadora se comprometió a divulgar los resultados a las personas y entidades que participaron como sujetos de investigación en el proyecto y a publicar los resultados en los medios más idóneos para su comunidad científica en particular.

El principio de beneficencia y el de no maleficencia, entendidos como prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros y no causar daño a otros respectivamente, se aseguraron porque la intervención de enfermería buscó capacitar a las madres acerca del cuidado de sus hijos y respecto al proceso de hospitalización, situación que puede traducirse no solo en el bienestar emocional de las madres sino en la salud de los recién nacidos.

El principio de fidelidad, se mantuvo teniendo en cuenta el rigor metodológico planteado en la investigación, siendo fiel a la información suministrada por las participantes y con el uso adecuado de las referencias utilizadas respetando la propiedad intelectual.

A cada instrumento diligenciado se le asignó un código, se custodió la identidad de las participantes, así como el compromiso de la investigadora por mantener el anonimato de las personas que participaron en el estudio.

Es importante precisar que todas las madres que manifestaron su deseo de participar de las actividades educativas contempladas dentro de la intervención de Enfermería diseñada, pudieron hacerlo, aun cuando no participaron en el estudio.

Este estudio, se acogió además a los lineamientos éticos establecidos en el código Nuremberg y el código de Helsinki y las pautas éticas internacionales para investigación biomédica en seres humanos establecidos por el Consejo de organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). No tuvo conflicto con los principios éticos para la investigación con seres humanos y no representó riesgo para la salud o integridad de los sujetos de investigación (50, 51, 52).

Se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, revertir daños y tensiones y salvaguardar la vida.

## 5 RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la caracterización sociodemográfica de las madres que participaron en el estudio, con el respectivo análisis y discusión:

**Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de la muestra**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nivel socioeconómico</b>		
1	24	40
2	26	43,33
3	9	15
5	1	1,67
<b>Nivel educativo</b>		
Primaria	24	40
Secundaria	27	45
Pregrado	8	13,33
<b>Posgrado</b>	<b>1</b>	<b>1,67</b>
<b>Nivel de complejidad</b>		

---

de la hospitalización

<b>Intensivo</b>	<b>45</b>	<b>75</b>
<b>Intermedio</b>	<b>14</b>	<b>23,33</b>
<b>Básico</b>	<b>1</b>	<b>1,67</b>

---

<b>Variable</b>	<b>Media</b>
<b>Edad en años de la madre</b>	<b>27,450</b>
<b>Edad gestacional en semanas</b>	<b>37,167</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa que un alto porcentaje (75%) de los ingresos corresponden a hospitalización en cuidado intensivo, lo anterior indica la condición de gravedad en el estado de salud del neonato que a su vez puede generar un nivel mayor de ansiedad en las madres.

Los datos del nivel educativo de la muestra del estudio, coinciden con los del DANE (2016) con respecto a que las personas que habían completado la educación media fue 32,9%, 23,3% había completado la educación básica primaria, el 6,0% la educación básica secundaria, 18,6% la educación técnica profesional o tecnológica y/o universitaria y el 3,3% postgrado (53).

El 83,33 % de las madres participantes pertenecían al nivel socioeconómico 1 y 2, de la misma manera, niveles de formación académica primaria y secundaria, concentraron el 85% de las madres participantes. En un informe del Departamento de Educación Económica y Financiera del Banco de la República se encuentra que las condiciones



socioeconómicas familiares son un buen predictor del logro académico de los estudiantes y que al utilizar el estrato social como medida del nivel socioeconómico de la familia, se observa que los de estratos altos obtienen mejores resultados en las pruebas académicas estandarizadas que sus pares de estratos bajos, lo cual podría sugerir un menor acceso a un nivel de educación superior (54).

La edad promedio de las madres entre 27 y 28 años corresponde al promedio nacional reportado por el DANE con respecto a que el 23, 33% de las mujeres con hijos en el país, tuvieron sus hijos entre los 25 y 29 años; es decir que del total de nacimientos reportados (641.493), 149.657 nacimientos correspondieron a ese grupo etáreo (53).

Con respecto a la edad gestacional promedio entre 36 y 37 semanas sugiere que la mitad de las madres participantes del estudio tenían un embarazo menor a 37 semanas lo anterior está relacionado con las causas principales de hospitalización del niño, entre ellas la prematurez, el bajo peso al nacer y el síndrome de dificultad respiratoria. El promedio de la edad gestacional coincide con el reportado por Sepúlveda, NM (2016), en su trabajo sobre el efecto de una intervención de enfermería sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado neonatal, donde la edad gestacional promedio se ubicó en ambos grupos entre 36 y 37 semanas (55).

La tabla 3 presenta la evaluación de la normalidad del puntaje de ansiedad antes y después de la intervención.

**Tabla 3. Evaluación de la normalidad del puntaje de ansiedad**

	Hipótesis nula	Prueba	Sig	Decisión
1	La distribución del puntaje pre es normal con la media de 46,067 y la desviación estándar de 10,96	Prueba de Kolmogorov Smirnof para una muestra	0,003	Se rechaza la hipótesis nula.
2	La distribución del puntaje pos es normal con la media de 37,833 y la desviación estándar de 10,68	Prueba de Kolmogorov Smirnof para una muestra	0,200	Se conserva la hipótesis nula.

El nivel de significancia es 0,05

La tabla 3 muestra que el nivel medio de la ansiedad previo a la intervención fue de 46,067 puntos y el promedio de ansiedad posterior a la intervención descendió a 37,833 puntos.

Lo anterior significa que las pruebas aplicadas respaldan la decisión de rechazar la hipótesis nula es decir que existe diferencia del valor del nivel de ansiedad antes y después de la intervención de Enfermería.

En vista de la disparidad de decisiones, se utilizaron pruebas no paramétricas que se describen a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Comparación del nivel de ansiedad - estado antes y después de la intervención**

	Hipótesis nula	Prueba	Sig	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre el puntaje	Prueba de Signos para muestras	0,000	Se rechaza la hipótesis nula.

	pre y puntaje pos es igual a 0.	relacionadas.		
2	La mediana de las diferencias entre el puntaje pre y puntaje pos es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas.	0,000	Se rechaza la hipótesis nula.

Para analizar los cambios en la valoración pretest y postest, se empleó la prueba de signos para muestras relacionadas y la prueba de rangos con signos de Wilcoxon. Estas técnicas permiten analizar la existencia de diferencias y su dirección antes y después de una intervención, por lo que comúnmente se emplea para analizar los efectos de tratamientos cuando se realizan estudios experimentales o cuasi experimentales, como es el caso del presente estudio.

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los puntajes del nivel de ansiedad estado antes y después de la intervención**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría
Puntaje pre	60	24,0	75,0	46,067	10,9573	,490
Puntaje pos	60	20,0	67,0	38,567	9,4803	,598

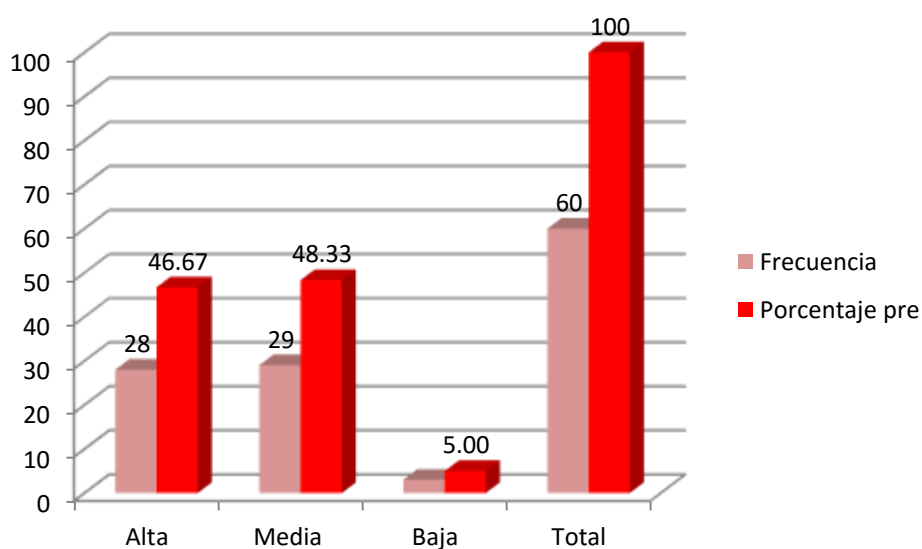
En la tabla 5 se aprecia la diferencia de los promedios de los puntajes obtenidos previo y posterior a la intervención.

La variabilidad de los puntajes también presentó un ligero descenso de 10,9575 puntos a 9,4803 puntos, lográndose así una mejor homogeneidad de los puntajes del nivel de ansiedad estado posterior a la intervención.

Los coeficientes de asimetría que consigna la tabla, también muestran un cambio en la forma de la distribución de los puntajes, aun cuando los dos puntajes muestran una asimetría positiva, es decir, una concentración hacia los valores más bajos, el hecho de que la asimetría de los puntajes posterior a la intervención sea mayor, ratifica la disminución de los niveles de ansiedad fruto de la intervención.

A continuación, se presentan el análisis y discusión de los datos correspondiente al nivel de ansiedad antes y después de la intervención.

**Figura 8. Nivel de ansiedad antes de la intervención**



El 46,67 % de las madres presentaron un nivel de ansiedad- estado alto previo a la intervención, momento en el cual su hijo llevaba dos o tres días de hospitalización, lo cual sugiere que la falta de información y de contacto con su hijo puede contribuir a este estado de ansiedad de la madre, que de acuerdo a López Pita J (2009), en su trabajo sobre apoyo emocional que proporciona enfermería a padres de recién nacidos, afirma que la visita precoz de los padres en la UCIN contribuye a disminuir en menor tiempo el temor e incertidumbre por el futuro de sus hijos, así como las dificultades de comunicación intra institucional, además, permite al equipo de salud idear estrategias de apoyo en el plano psico afectivo para las personas involucradas (57).

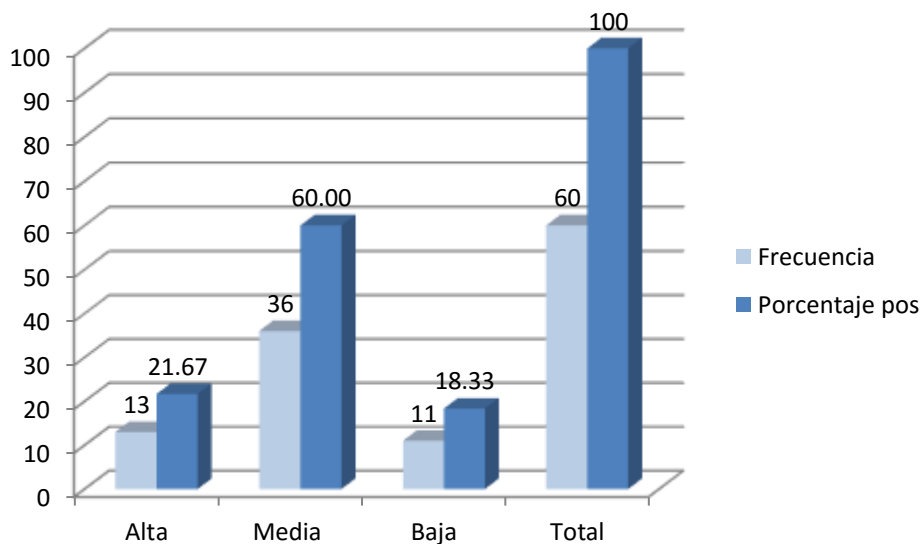
De acuerdo a Spilberger (1980), el temor e incertidumbre son sensaciones que se involucran en la ansiedad como una respuesta emocional (58).

Es necesario recordar que la ansiedad estado en las madres es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio (58) frente al evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en UCI, de tal manera que si esta ansiedad no es abordada se podría afectar el proceso de afrontamiento y adaptación descrito por Roy (1).

El porcentaje del nivel de ansiedad previo a la intervención podría indicar un efecto negativo del medio ambiente de la unidad de cuidado intensivo neonatal en la ansiedad materna, donde la relación persona y entorno juegan un papel fundamental en el proceso de afrontamiento y adaptación (30). Así mismo, Lazarus (1976) plantea que la ansiedad es el resultado de la evaluación que la persona realiza de su entorno como nocivo o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (58).

Con respecto al lenguaje común entre madres y personal de salud, Lazenby (2001) concluye que las madres mexicanas a pesar de enfrentarse a estresores similares que las caucásicas, presentaron incapacidad para comunicarse con los cuidadores de su bebé, es decir, la falta de un lenguaje común puede aumentar los niveles de estrés en la madre e interferir con su adaptación (32). El estrés está muy relacionado con la ansiedad y a través del tiempo estos dos conceptos han sido abordados de manera similar, y no son claros los límites en cada uno de estos (58).

**Figura 9. Nivel de ansiedad después de la intervención**

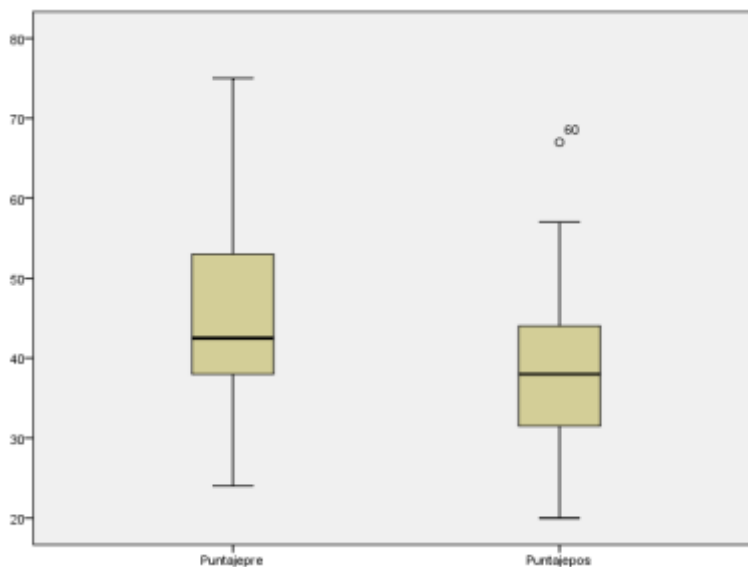


La figura 9 muestra que 21,67% de las madres presentaron un nivel de ansiedad- estado alto después de la intervención y el 78,33% de las madres se encontraron en un nivel de ansiedad – estado medio y bajo; Lo anterior indica una reducción del nivel de ansiedad, lo cual es comparable con el estudio de Emine Çakmak & Zekiye Karaçam, 2017 (59) en el que se encontró que las madres que participaron en los procedimientos de cuidados básicos en la UCIN, presentaron reducción de los niveles de ansiedad rasgo y mejor habilidad de resolución de problemas con respecto al cuidado del bebé.

Cabe resaltar que aunque el estudio descrito anteriormente, no determinó el nivel de ansiedad estado, Spielberger;1966, citado por Castro Magan IM; 2015, informa que las personas con un nivel elevado de ansiedad rasgo pueden presentar también una ansiedad estado elevada (60).

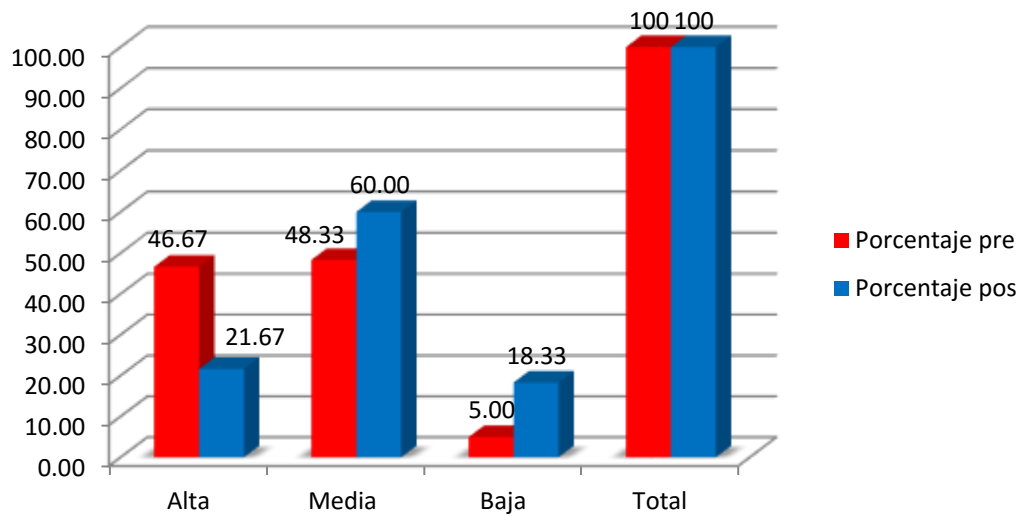
En la investigación de Carvalho et al (2009), se reveló la reducción en los niveles de ansiedad estado y rasgo después de la intervención psicológica realizada con las madres de recién nacidos pretérmino hospitalizados en UCI (61). Lo cual indica el valor de las intervenciones realizadas con las madres de recién nacidos hospitalizados para disminuir sus niveles de ansiedad e influir en el proceso de afrontamiento y adaptación (29,30).

**Figura 10. Nivel de ansiedad de madres de recién nacidos hospitalizados antes y después de la intervención**



El gráfico muestra de manera sintética el comportamiento estadístico del nivel de ansiedad-estado previo a la intervención. La modificación del nivel de ansiedad estado posterior a la intervención también se ve reflejada en el cambio de la magnitud de la mediana que antes era 42 y ahora se encuentra en 38, esto significa que la intervención modificó el nivel de ansiedad – estado de las madres, participantes del estudio, que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en una unidad de cuidado neonatal.

**Figura 11. Nivel de ansiedad antes y después de la intervención**



En la figura 11 se puede evidenciar el cambio ocurrido en los niveles de ansiedad después de la intervención; el mayor descenso lo alcanzaron las madres que se encontraban en un nivel de ansiedad estado alto con una disminución de 25%, Cabe resaltar que el porcentaje de madres que alcanzaron un nivel de ansiedad estado bajo aumentaron en un 13,33% después de la intervención; es decir que la intervención tuvo un efecto favorable para la muestra incluida en este estudio.

Los resultados muestran que la utilización de las estrategias de afrontamiento descritas por Roy (2014) incluidas en la intervención, tales como : lenguaje común, centrado en lo bueno, tener fortaleza, conexión única y apoyo de otros; pudieron contribuir en la disminución del nivel de ansiedad de las madres de recién nacidos hospitalizados, tal como lo plantean Lazenby (2001), Clark y Moore (2005) cuando recomiendan utilizar un lenguaje común, el apoyo de las enfermeras, el vínculo y la comunicación con sus hijos, con el fin de disminuir el nivel de ansiedad en las madres y por tanto facilitar su proceso de adaptación frente al evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en la UCI neonatal (32, 33, 34).

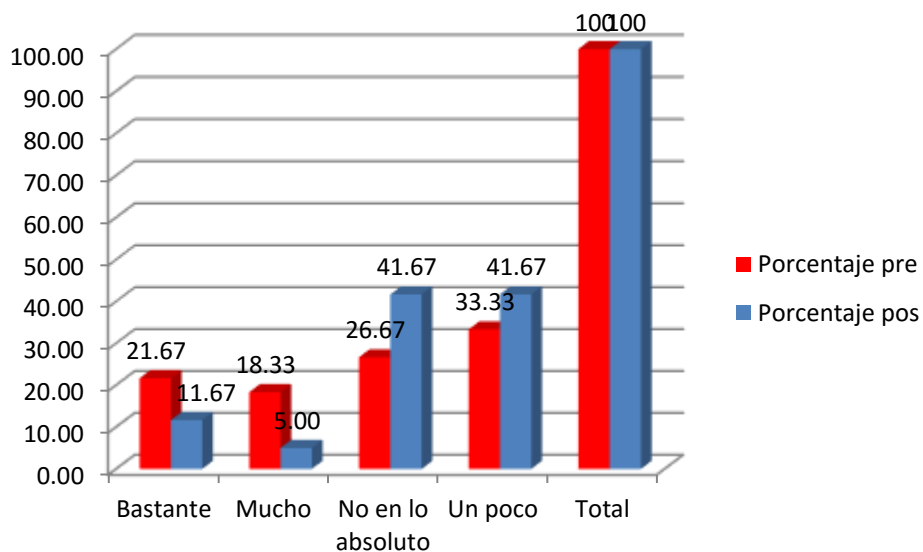
Adicionalmente, en la intervención del presente estudio se incorporó, de manera transversal, a las madres en el cuidado de su hijo hospitalizado, lo cual pudo contribuir a la disminución de la ansiedad en la muestra, esto coincide con el estudio de Merighi M, et al;



(2011) quien afirma que las enfermeras tienen un papel fundamental en la incorporación de los padres al cuidado de su hijo, principalmente a partir de la primera visita, brindando información sobre el estado del recién nacido, equipos utilizados y respondiendo a sus preocupaciones, con el fin de disminuir la ansiedad y el miedo que los padres sienten (62).

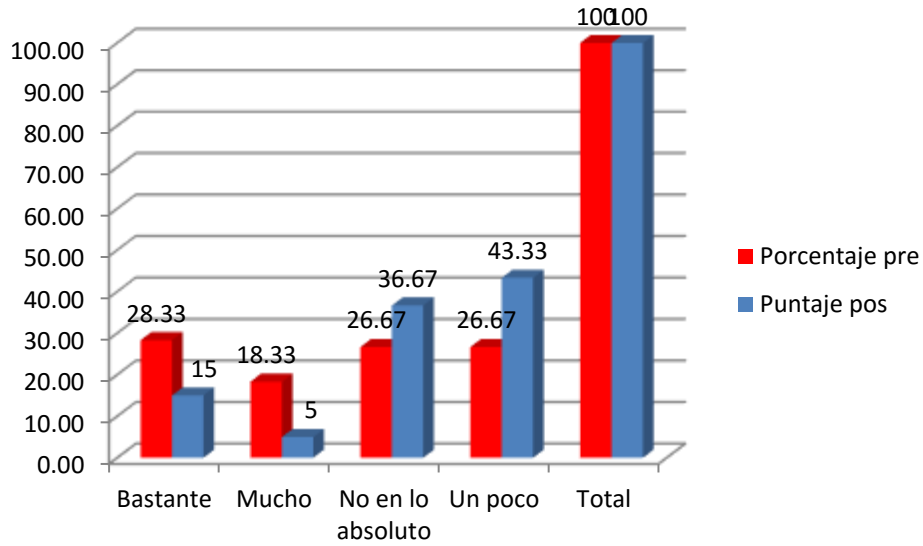
Por considerar de utilidad, a continuación, se presentan los resultados correspondientes a algunos ítems relacionados con un nivel alto de ansiedad, que tuvieron mayor cambio, de la subescala ansiedad – estado del IDARE, después de la intervención:

**Figura 12. Ítem IDARE: Estoy tenso(a)**



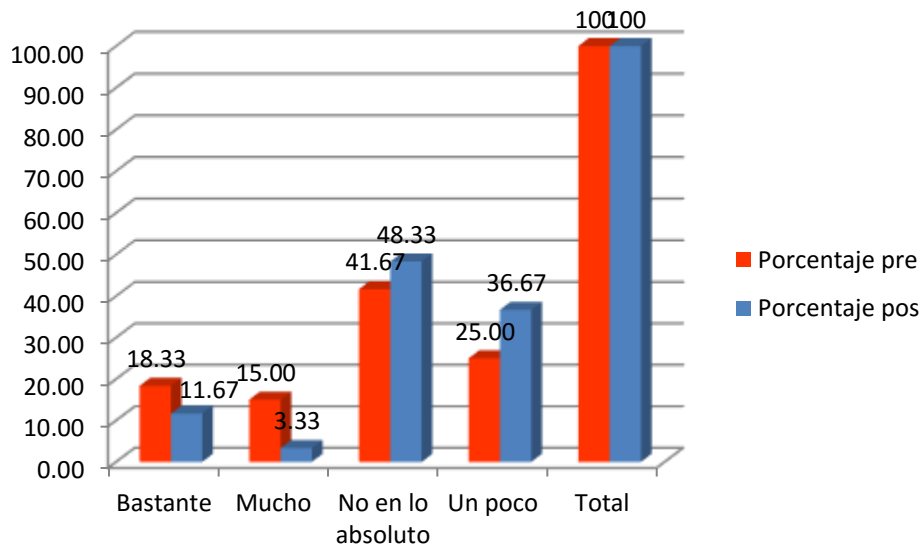
La figura 12 muestra que el 18,33% de las madres refirieron sentirse muy tensas (mucho) antes de la intervención, este porcentaje descendió al 5% luego de su participación en la misma.

**Figura 13. Item IDARE: Me siento ansioso(a)**



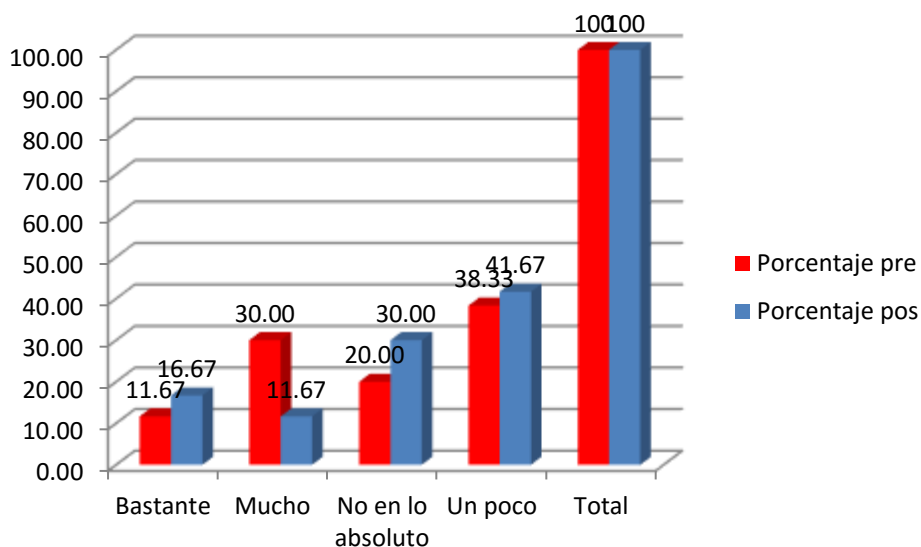
La figura 13 muestra que el 46.66% de las madres refirieron sentirse ansiosas (bastante – mucho) antes de la intervención, este porcentaje descendió al 20% luego de su participación en la misma.

**Figura 14. Item IDARE: Me siento nervioso (a)**



La figura 14 muestra que el 33.33 % de las madres refirieron sentirse nerviosas (bastante – mucho) antes de la intervención, este porcentaje descendió al 15 % después de la intervención.

**Figura 15. Item IDARE: Estoy preocupado(a)**



La figura 15 muestra que el 30 % de las madres refirieron sentirse muy preocupadas antes de la intervención, este porcentaje descendió a 11.67 % luego de su participación en la misma.

Los datos que se acaban de presentar corroboran el cambio favorable de la intervención en los sentimientos percibidos por las madres ante el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en UCI, puesto que estos sentimientos de estar tensa, nerviosa y preocupada son considerados por los autores de la subescala como reactivos que al obtenerse puntajes altos indican un nivel de ansiedad estado alto (60).

## 6. CONCLUSIONES

- Los resultados de los niveles de ansiedad, antes de la intervención, indican que la situación que viven las madres al tener a sus hijos hospitalizados en UCI neonatal es considerada como amenazante y por lo tanto se evidencian reacciones de ansiedad elevadas frente a este evento situacional.
- Las pruebas estadísticas aplicadas respaldan la decisión de rechazar la hipótesis nula, es decir que existe diferencia del valor del nivel de ansiedad antes y después de la intervención de Enfermería.
- Los coeficientes de asimetría muestran un cambio en la forma de la distribución de los puntajes, aun cuando los dos puntajes muestran una asimetría positiva, el hecho de que la asimetría de los puntajes posterior a la intervención sea mayor, ratifica la disminución de los niveles de ansiedad fruto de la intervención.
- La intervención de enfermería dirigida a las madres, con sus hijos hospitalizados en UCIN, centrada en lo bueno, en las fortalezas de la madre, en la conexión con su hijo, con apoyo de otros y con un lenguaje claro, modifica el nivel de ansiedad de estas.
- La intervención aplicada respaldada en la disciplina de enfermería, puede ser útil en el proceso de adaptación de las madres a los eventos de la vida, en este caso cuando tienen a sus hijos hospitalizados en la UCI, que de acuerdo a la teoría la disminución de la ansiedad lleva a la adaptación.

- La intervención de enfermería sustentada desde los cinco conceptos de la teoría de rango medio de adaptación a los eventos de la vida permite proveer un cuerpo propio de conocimientos, visibilizar la autonomía en el cuidado y finalmente evaluar la aplicabilidad de la teoría a la práctica.
  
- Aunque no fue objetivo del estudio, se pudo evidenciar durante la intervención, la desaparición de los gestos de tristeza en las madres cuando son informadas a través de un lenguaje común acerca del diagnóstico, la condición de su hijo y su tratamiento.
  
- El momento de la intervención en el que se enseñó a las madres las actividades de cuidado básico con su hijo, permitió identificar que su temor y miedo disminuía, observado en su actuar de una manera autónoma y libre.

## 7. RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de este estudio en la Institución escenario de la investigación hacia el mes de septiembre de 2017, la socialización con las madres se hará por medio electrónico con aquellas que se logre ubicar.
- Plantear en el programa de enfermería de la Universidad del Cauca, una línea de investigación de articulación Teoría de Enfermería – práctica para el cuidado de la salud porque de esta manera se podrían tener las herramientas necesarias para brindar un cuidado autónomo, sustentado desde la disciplina.
- Realizar un taller con enfermeras de la unidad de cuidado intensivo sobre la intervención de enfermería aplicada en esta investigación, donde se resalte el sustento de la teoría propia de la disciplina de enfermería, se refuerce el conocimiento, y de esta manera se contribuya a cualificar el cuidado de enfermería.
- Establecer estrategias que faciliten la comunicación con las madres de procedencia indígena con quienes se tiene dificultad de entendimiento mutuo, madres y personal de salud.
- Validar la intervención de enfermería aplicada en esta investigación con el fin de que sea adaptada por la institución escenario del estudio.
- Realizar investigaciones similares a esta, con grupo experimental y grupo control para controlar la influencia de variables que pueden afectar los resultados.

- Institucionalizar un plan de atención de enfermería a las madres de los recién nacidos hospitalizados en UCI, de tal manera que ellas sean consideradas como sujetos de cuidado y personas que requieren ser escuchadas y atendidas en sus necesidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roy, C. Generating Middle Range Theory: From Evidence to Practice. Chap 8: Middle Range Theory of coping with life events. 2014, Springer Publishing Company. Pag: 233 – 251.
2. Ong S F, et al: Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. Rev Midwifery, 2014; 30(6): 772 – 778
3. Valderrama M L, Muñoz de R L. Necesidades de los padres para cuidar a sus hijos en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. 2016; 34 (1): 1 – 4.
4. Gorrita Pérez R R, Hernández Mompie E, Alfonso Hernandez L. Lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida , estres y ansiedad maternos. Rev de Ciencias Médicas de La Habana, 2017; 24 (1).
5. Cañas E M, Dir. Rodríguez Y A. Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pre término extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2012.
6. Ocampo M P.El hijo ajeno: vivencias de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichan. 2013; 13 (1): 69-80
7. Kendig S, et al; Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety, Rev journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing, 2017; 46(2):276 – 281.
8. Gómez G, Pérez C C, Dir. Muñoz de Rodríguez L. Significado de las experiencias vividas de padres de niños sometidos a cirugía cardiovascular en la Fundación



cardioinfantil de Bogotá. Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería Universidad de la Sabana Bogotá. 2013.

9. McCabe-Beane J E, Stasik-O'Brien S M, Segre L S. Anxiety screening during assessment of emotional distress in mothers of hospitalized newborns. Rev journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing, 2017; 46(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.01.0139>.

10. Grandrud M, Ludvinseg E y Andershed B. Parents' Experiences of Their Premature Infants' Transportation From a University Hospital NICU to the NICU at Two Local Hospitals, Journal of Pediatric Nursing. 2014;29 (1);11.18

11. Chupillón L E, Dir. Núñez A R. Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de Neonatología. Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, 2013.

12. Salonen A, Oommen H y Kaunonen M. Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. Midwifery. 2014; 30 (1): 476-485

13. Solano Y A. Dir. Munevar R Y. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá. Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2012.

14. Wilpers A B, et al; Maternal Anxiety Related to Prenatal Diagnoses of Fetal Anomalies That Require Surgery, Rev journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing, 2017; 46(3): 456-464

15. Hall E, Kronborg H, Aagaard H y Brinchmann B. The journey towards motherhood after a very preterm birth: Mothers' experiences in hospital and after home-coming. Journal of neonatal Nursing 2013; 18 /1): 109-113.

16. Keim M C, et al; Parent distress and the decision to have another child after an infant's death in the nicu, *Rev journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 2017; 46(2):446 – 455.
17. Rodríguez Y , Muñoz de R L. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. *Actualizaciones en enfermería* .2009; 12 (1): 12-18.
18. Suárez C. E, Monroy A. M. Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. *Index Enfermería*. 2012 ; 21(3): 145-149
19. Shoemark H y Arnup S. A survey of how mothers think about and use voice with their hospitalized newborn infant. *Journal of neonatal Nursing*. 2014; 20 (1): 115-121
20. Lee SK y O'Brien K. Los padres como principales cuidadores en la unidad de cuidado intensivo. *CMAJ*. 2014.
21. Sifuentes A, Parra F.M, Marquina M, Oviedo S. Relación terapéutica del personal de Enfermería con los padres de neonatos en la unidad de terapia intensiva neonatal. *Enfermería Global*. 9 (2) Junio 2010.
22. Rojas K E. Ansiedad en madres y padres con hijos en terapia intensiva. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51 (6): 606 – 609.
23. Macdonell K, et al. An Effective Communication Initiative: Using parents' experiences to improve the delivery of difficult news in the NICU. *Journal of neonatal Nursing*. 2015.
24. Collados L, Jara TO, Sánchez-Alarcos M, Calderari E, Rodríguez A. Ansiedad en padres de niños hospitalizados. *Rev Rol Enf*. 2012; 35(2):122-7.
25. Qoussine S, et al; Communication Between Postdelivery Mothers in the PACU and Newborns in Israel. *Rev Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2017; 32(4): 295 – 301. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.06.005>
26. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021. Bogotá, 2013. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Consultado el 4 de Marzo de 2016: <http://>

[www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf)

27. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition ©2010 P: 56-65 Consultado 31 de marzo 2016: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica>

28. Díaz de F, L et al; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Rev Aquichan

29. Hanna D. Roy's Specific Life Values and the Philosophical Assumption of Veritivity. Nursing Science Quarterly 2012; 25(3) 245 –252 Disponible en: [http:// nsq.sagepub.com](http://nsq.sagepub.com)

30. Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. Nursing Science Quarterly 2011; 24(4) 312 –320 Disponible en: [http:// nsq.sagepub.com /content/24/4/312](http://nsq.sagepub.com/content/24/4/312)

31. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería, 2011. Editorial Elsevier. Séptima edición. Pág 335 – 365

32. Lazenby, L.M. The experiences of mexican mothers in a neonatal intensive care nursery, 2001. University of Nevada, Reno.

33. Clark, E.D. The lived experience mothers with their child's cancer, 2001. Toledo OH: Medical college of Ohio at Toledo.

34. Moore, L. A. The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy, 2005. Toledo OH: Medical college of Ohio.

35. Rossmante B, M.Greene M, Kratovil A L, Meier P P. Resilience in Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants Hospitalized in the NICU, Rev journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing, 2017; 46(3).

36. Casado, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Apuntes de Psicología, 20, 403- 414.

37. Espinosa, J; Contreras, F; & Esguerra, G (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. Revista Diversitas, 5 (1), 87-96.

38. Agrinzones E, Yarlay M, Katherine M, Dir Parra F. Estrés en madres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital Dr “Pablo Acosta Ortiz”. San Fernando de Apure. Tesis para optar por el título de licenciada en Enfermería Universidad de los Andes, Venezuela. 2013
39. Parra F. M, Dir Marquina M. Vivencia de los padres y las madres con hijos(as) hospitalizados (as) en la unidad de alto riesgo neonatal: un aporte para su cuidado. Tesis para optar por el título de doctora en Enfermería Universidad Carabobo, Venezuela. 2012
40. Rychik, J. et al; Maternal Psychological Stress after Prenatal Diagnosis of Congenital Heart Disease. *The Journal of Pediatrics*. 2013; 162 (2): 302 – 307.
41. Spielberger C D, Díaz Guerrero R. Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado. Manual e Instructivo. Ed. El Manual Moderno. México, 1975.
42. Dávila A M, Salgado M J, Luna Viveros A, Gantiva Díaz C A, Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina* 2010, 4(1), 63-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>. Fecha de consulta: 23 de mayo de 2016.
43. Castellanos, M.T., Guarnizo, C.A., Salamanca, Y., (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
44. Sierra H; Guaicha Á; Salamanca Y. Relación entre estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. **Rev Médicas UIS**, [S.l.], v. 27, n. 2, sep. 2014. ISSN 1794-5240. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/4321/5213>. Fecha de acceso: 23 may. 2016
45. Casari, L M; Anglada, J; Daher, Celeste. Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. 2014 *Revista de Psicología*, Lima, v. 32, n. 2, 2014. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472014000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200003&lng=es&nrm=iso). accedido en 23 mayo 2016.

46. De la Rubia JM y Martínez J. Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Rev Psicología y Salud*. 2009; 19(2).
47. Ceja E G, Castellanos A. Estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad en padres de pacientes con parálisis cerebral. En: revista *Psicología científica*. 2015; 17.
48. Pourmohamadreza M, Azadfallah P, Hemmati S, Bakshi E. The Effect of Problem-Focused Coping Strategy Training on Psychological Symptoms of Mothers of Children with Down Syndrome. *Rev Iranian Journal of Public Health*. 2015;44(2):254-262.
49. Desu MM, Raghavarao D. *Sample Size Methodology*. 1990.
50. Resolución No 8430 de 1993. República de Colombia, Ministerio de Salud. Disponible [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_\\_8430\\_1993\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res___8430_1993_Salud.pdf)
51. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: [https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Declaracion\\_Helsinki\\_2013.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Declaracion_Helsinki_2013.pdf)
52. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *pers. bioét.* 2015; 19(2): 182-197. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/5134/html>
53. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informe preliminar 2016. Disponible en <https://www.dane.gov.co/catalog>
54. Sánchez A, Otero A. Educación y reproducción de la desigualdad en Colombia. *Rev Reportes del Emisor – Investigación e información económica*. 2012;154(2).
55. Sepúlveda NM. Efecto de una intervención de enfermería sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en unidades de

cuidado neonatal. Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería. Universidad de la Sabana. Chía, Cundinamarca, 2016.

56. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informe preliminar 2016. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/censos>

57. López J. Apoyo emocional que proporciona enfermería a padres de recién nacidos. Disponible en: <Http/www.Monografías.com> trabajos 10/sienf Consultado Junio 2017.

58. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade [en línea] 2003, 3 (Março) : [Fecha de consulta: 29 de junio de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>> ISSN 1518-6148

59. Cakman E, Karacam Z. The correlation between mothers' participation in infant care in the NICU and their anxiety and problem-solving skill levels in caregiving. Pubmed journals, 2017; 1 (11).

60. Castro IM. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso. Tesis para optar por el título de Doctor en psicología. Universidad Cesar Vallejo. Perú, 2016.

61. Carvalho AE , et al. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal intensive care unit. Rev Span J Psychol 12 (1), 161-170. 5 2009.

62. Merighi M, et al; Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 June 30] ; 19( 6 ): 1398-1404. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600017&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600017>

**ANEXO 1**

**PRESUPUESTO**

<b>RECURSO HUMANO</b>				
<b>Ítem</b>	<b>Valor unitario en pesos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor total pesos</b>	<b>Fuente</b>
Horas investigador/estudiante	25.000	600	15.000.000	<u>Investigadora principal</u>
Horas auxiliar de investigación 1	5.000	40	200.000	<u>Investigadora principal</u>
Horas auxiliar de investigación 2	15.000	40	200.000	<u>Investigadora principal</u>
Horas auxiliar de investigación 3	15.000	40	200.000	<u>Investigadora principal</u>
Horas Asesor/Directora de tesis semanal	35.000	260	9.100.000	<u>Universidad de La Sabana</u>

Horas Asesoría Estadística	33.000	60	1.980.000	<u>Universidad</u> <u>De</u> <u>La Sabana</u>
<b>Recurso Físico</b>				
Uso de la Computadora	1.230.000	3	3.690.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
Impresiones hoja	100	3000	300.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
Conexión a Internet/banda	140.000	1	140.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
Impresión tesis final	200.000	2	400.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
<b>Gastos de transporte y Varios</b>				
Pasajes	400.000	3	1.200.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
Otros	500.000	1	500.000	<u>Investigadora</u> <u>principal</u>
<b>TOTAL</b>	<b>24.910.000</b>			



**ANEXO 2**  
**CRONOGRAMA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS EN  
UCI CLINICA LA ESTANCIA SEPTIEMBRE 2016 -SEPTIEMBRE 2017**

	2017								
MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
<b>ACTIVIDAD</b>									
Recolección de la información									
Análisis de los datos									
Elaboración informe final									
Publicación de resultados									
<u>Socialización de resultados</u>									

### ANEXO 3

#### FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

A continuación, se expone la intervención de Enfermería diseñada según los conceptos de la TRM de Roy: Adaptación a los eventos de la vida; lenguaje común, centrado en lo bueno, tener fortaleza, conexión única y apoyo de otros, dirigida a madres de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidado intensivo neonatal de la Clínica la Estancia. Dicha intervención está estructurada desde el nivel teórico, empírico y el respectivo fundamento teórico a la luz de la investigación.

<b>NIVEL TEORICO</b>	<b>NIVEL EMPIRICO CUIDADO DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTO TEORICO</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>
<b>LENGUAJE COMÚN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar nombre y apellido de la enfermera a la madre del recién nacido.</li><li>• Mantener contacto</li></ul>	Trabajo que muestra la importancia de establecer un lenguaje común entre madres y personal de salud, para guiar el estudio y el análisis del mismo, se utilizó el modelo de adaptación de Sor Callista Roy. Un hallazgo importante fue que a pesar de que las madres	Lazenby, L.M. The experiences of mexican mothers in a neonatal intensive care nursery, 2001. University of Nevada, Reno.

	<p>visual con la madre mientras le hable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>informar acerca del diagnóstico del recién nacido al ingreso a la unidad a través de un lenguaje claro.</li> </ul>	<p>mexicanas pueden experimentar algunos estresores similares que las madres caucásicas, la incapacidad para comunicarse con los cuidadores de su bebé aumentaron el estrés. Esta falta de un idioma común requiere más atención de la enfermera, para disminuir los niveles de estrés maternal y facilitar su adaptación a la maternidad</p>	
		<p>El lenguaje empleado en el momento de proporcionar la información a los padres acerca del estado de sus hijos les permitirá comprender lo que sucede en estos momentos evitando malas interpretaciones y aclarando sus dudas.</p>	<p>Arenas Lagos YL, Salgado Rozo CY, Eslava Albarracín DG. Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. Rev Actualizaciones en Enfermería 2005; 8(2): 8 -13</p>

		<p>Los padres boyacenses manifiestan la necesidad de recibir información por parte del personal de enfermería y desearían saber si se pueden comunicar con sus hijos en su propio lenguaje utilizando términos que ellos puedan entender y averiguando lo que esperan y necesitan para brindar cuidado a sus hijos en la UCIP.</p>	<p>Valderrama y Sanabria (2013)</p>
		<p>La forma como se realiza el ingreso del recién nacido a la unidad de hospitalización puede disminuir la ansiedad o intensificar el temor en los padres y la familia; es el momento preciso para el establecimiento de la comunicación, el escenario propicio para la manifestación de actitudes tanto de los padres como del personal presente en ese momento. Aunque el ingreso forma parte de la rutina de la enfermera, no es nada común para los padres afectados, pero, cuando se</p>	<p>Jirado N y Parra D. Percepciones y conductas generadas en los padres que dan cuidado especial en casa al niño atendido inicialmente en la unidad de recién nacidos del Hospital de San Ignacio, Bogotá, 1996. Disponible en Internet: <a href="http://www.tone.udea.edu.co/revista/sep97/">http://www.tone.udea.edu.co/revista/sep97/</a></p>

		<p>proporciona una atención oportuna y adecuada, se pueden disminuir su ansiedad y temor, insinuándose la tranquilidad y confianza necesarias durante la estancia de sus hijos en la unidad de recién nacidos.</p>	<p>Durán N et al. Cuidando a los padres. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Disponible en Internet en: <a href="http://www.terra.es./personal2/21congreanecipn/m1pp6">http://www.terra.es./personal2/21congreanecipn/m1pp6</a>.</p>
		<p>Los resultados del estudio son concordantes con un estudio que encontró que la adaptación materna a los aspectos estresantes de la hospitalización neonatal está fuertemente asociada al nivel socioeconómico, educacional y estatus laboral. Esto último podría explicarse por la menor disponibilidad de recursos para adaptarse a esta situación y a la dificultad para comprender la información recibida.</p>	<p>Wormald F, et al; Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch. Argent. Pediatr. 2015; 113(4).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un recorrido por la UCI neonatal con</li> </ul>	<p>Estudio en el que participaron 12 unidades de neonatología de cuatro países (Argentina,</p>	<p>Wormald F, et al; Estrés en padres de recién nacidos prematuros de</p>

<p><b>CENTRADO EN LO BUENO</b></p>	<p>las madres para familiarizarlas con el entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las necesidades de las madres para cuidar al recién nacido.</li> <li>• Dedicar tiempo exclusivo para las madres.</li> <li>• Hacer contacto ocular y físico (tómele las manos) con las madres.</li> <li>• Responder a las preguntas de las madres.</li> <li>• Enseñar a las madres el nombre y la función de los equipos biomédicos más frecuentemente utilizados para el</li> </ul>	<p>Chile, Paraguay, Perú) que se centra en la atención a los aspectos psicosociales de los padres de prematuros hospitalizados en la UCIN y refuerza la importancia de contar con maternidades centradas en la familia y un mayor involucramiento de profesionales del área de la psicología como parte del equipo de salud. Parece relevante que el personal de las UCIN identifique los factores causantes de estrés parental para que puedan desarrollar políticas de intervención que permitan manejar mejor las ansiedades de los padres, reducir su estrés, favorecer conductas de apego y estimular su habilidad para comprender y adaptarse al complejo entorno de las UCIN.</p>	<p>muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch. Argent. Pediatr. 2015; 113(4).</p>
--	---	--	--

	cuidado de su hijo (incubadora, monitor, lámparas de fototerapia, etc)		
<b>TENER FORTALEZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a las madres a expresar sus temores, miedos, sentimientos.</li> <li>• Prestar atención a las necesidades de las madres.</li> </ul>	<p>Estudio cualitativo que describe la experiencia vivida de cinco madres que cuidan a sus hijos con parálisis cerebral severa. El fenómeno fue estudiado utilizando el modelo de adaptación de Roy (Roy &amp; Andrews, 1999) y la fenomenología como marco teórico. Los temas identificados capturan las experiencias colectivas de estas mujeres. El estudio examina el rol maternal alterado que comienza con el diagnóstico del niño con parálisis cerebral severa y la adaptación necesaria para la atención del niño. Describe cómo las madres se vincularon y comunicaron con sus hijos. Las madres también describieron cómo trataban con múltiples cargas, adaptadas con y sin el apoyo y cuyo resultado fueron relaciones</p>	<p>Moore, L. A. The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy, 2005. Toledo OH: Medical college of Ohio.</p>

		<p>familiares alteradas Hay una descripción de las intensas respuestas emocionales de estas madres a la experiencia y los aspectos positivos de esta experiencia de crianza de los hijos.</p>	
<p><b>CONEXIÓN UNICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a las madres actividades de cuidado básico con su hijo: baño, higiene, cambio de posición, alimentación.</li> <li>• Favorecer expresiones de afecto de las madres hacia su hijo: toque, hablarle, cantarle.</li> <li>• Permitir que las madres sostengan a su hijo en brazos.</li> </ul>	<p>Este estudio cualitativo describe la experiencia vivida de cinco madres que cuidan a sus hijos con parálisis cerebral severa. El fenómeno fue estudiado utilizando el modelo de adaptación de Roy (Roy &amp; Andrews, 1999) y la fenomenología como marco teórico. Los temas identificados capturan las experiencias colectivas de estas mujeres. El estudio examina el rol maternal alterado que comienza con el diagnóstico del niño con parálisis cerebral severa y la adaptación necesaria para la atención del niño. Describe cómo las madres se vincularon y comunicaron con sus hijos. Las madres también describieron cómo trataban</p>	<p>Moore, L. A. The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy, 2005. Toledo OH: Medical college of Ohio.</p>



		<p>con múltiples cargas, adaptadas con y sin el apoyo y cuyo resultado fueron relaciones familiares alteradas Hay una descripción de las intensas respuestas emocionales de estas madres a la experiencia y los aspectos positivos de esta experiencia de crianza de los hijos.</p>	
		<p>Las madres tienen su propia forma de establecer una relación de apego con sus hijos mediante su propia cultura.</p>	<p>Guerra Ramírez M y Muñoz de Rodríguez L. (2013)</p>
		<p>Tener un RN de MBPN hospitalizado en la UCIN es una experiencia estresante para sus padres. El factor más relevante es la alteración en su rol parental. Se identifican varios factores asociados a mayor estrés parental, entre los cuales se destaca no haber tomado en brazos a su RN.</p>	<p>Miles MS, Funk SG, Kasper MA. The stress response of mothers and fathers of preterm infants. Res Nurs Health 1992;15(4):261-9.</p> <p>Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montiroso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU.</p>

			Acta Paediatr 2013;102(1):8-14.
		<p>La estabilización del recién nacido la aprovechamos, para aumentar la vinculación de los padres con el niño; se les ofrecerá que ayuden en pequeñas tareas, no sólo que les tomen en sus brazos, sino en el aseo personal, baño, toma de alimento, aunque sea por sonda, esto hace que los padres no se sientan como invitados de sus propios hijos, con esta actitud el protagonismo será mayor, psicológicamente se encontrarán mejor al mismo tiempo que como el niño irá madurando, poco a poco irá percibiendo esos pequeños estímulos, que le proporcionarán una vinculación.</p>	<p>Arrabal Terán MC. Participación de la familia en los cuidados del recién nacido hospitalizado. Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de San Carlos. Madrid</p>

		<p>En el presente estudio, los padres que habían tomado en brazos, al menos, una vez a su RN mostraron un menor nivel de estrés inicial. Este hallazgo es muy relevante y refuerza lo importante que es para los padres el contacto físico precoz con su hijo, tanto para reducir el estrés como para promover interacciones tempranas positivas que favorezcan un apego seguro.</p>	<p>Wormald F, et al; Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch. Argent. Pediatr. 2015; 113(4).</p> <p>Sangüesa P, Farkas C, Rochet P. The relationship between maternal representations and interactive behaviour with the mother's emotional state, perceived social support and the infant's risk level in a group of premature babies. Estud Psicol 2014;35(1):80-103.</p>
		<p>Cuando se educa a los padres acerca de los cuidados que pueden proporcionar a sus hijos durante la visita, se logrará mayor seguridad</p>	<p>Arenas Lagos YL, Salgado Rozo CY, Eslava Albarracín DG. Vivencias de los padres de niños</p>

		<p>y preparación para el momento del alta; esto fortalece sus habilidades cuando ya han tenido la experiencia de la crianza. Este es el momento que permite al equipo de salud promover la lactancia materna, haciendo énfasis en la importancia desde lo emocional tanto para el recién nacido como para la madre.</p>	<p>hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. Rev Actualizaciones en Enfermería 2005; 8(2): 8 – 13</p>
<p><b>APOYO DE OTROS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fuentes de apoyo familiar, social, espiritual de acuerdo a las creencias de las madres.</li> <li>• Solicitar apoyo de psicología si es necesario.</li> </ul>	<p>La autora firma que el modelo de adaptación de Roy ayudó a explicar cómo las madres perciben su adaptación para luchar con el cáncer de su hijo. En su estudio, afirma que las percepciones de las madres fueron clave y el permitirles hablar de sus experiencias de afrontamiento traería el significado en la conciencia. Debido a la cronicidad del cáncer infantil, es esencial permitir que las madres reflexionen sobre lo que había sucedido en sus experiencias de afrontamiento con el encuentro de su hijo con el cáncer; también podría ayudar a comprender lo que se están</p>	<p>Clark, E.D. The lived experience mothers with their child's cancer, 2001. Toledo OH: Medical college of Ohio at Toledo.</p>

		<p>actualmente viviendo. Las enfermeras podrían obtener una mejor comprensión acerca de las madres y cómo ayudarles a afrontar esta situación.</p>	
		<p>Ante la necesidad de brindar apoyo emocional a padres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se diseñó un estudio con el propósito de evaluar una estrategia educativa dirigida a enfermeras peditras con enfoque en la <i>relación de ayuda</i> para disminuir la ansiedad en los padres de recién nacidos hospitalizados.</p>	<p>Hernández Herrera DE, Flores-Hernández S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Rev Enferm 2002; 10 (4)</p>

		<p>La estrategia educativa consistió en un taller durante cinco días con una hora de duración por día, se utilizó la técnica de discusión grupal, los componentes fueron discusión y revisión de bibliografía y asesoría en servicio: se realizaron 3 asesorías como mínimo por enfermera con una duración de media hora en el momento de la visita de los padres al recién nacido.</p> <p>Las enfermeras establecieron una <i>relación de ayuda</i> con los padres de los niños hospitalizados y se logró disminuir la proporción de padres con alto grado de ansiedad.</p> <p>En conclusión, cuando la enfermera de UCIN adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía (enfoque de <i>relación de ayuda</i>) brinda una atención integral y logra disminuir la ansiedad situacional de los padres de niños hospitalizados.</p>	
--	--	---	--

#### ANEXO 4

### PLAN DE ACTIVIDADES PARA LA INTERVENCIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO

ACTIVIDADES	PERIODO DE APLICACIÓN	LUGAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Primera valoración del nivel de ansiedad.</li></ul>	Primera hora después del contacto inicial de la madre con la unidad de cuidados intensivos.	UCIN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar nombre y apellido de la enfermera a la madre del recién nacido.</li><li>• Mantener contacto visual con la madre mientras le hable.</li><li>• Informar acerca del diagnóstico del recién nacido al ingreso a la unidad a través de un lenguaje claro.</li><li>• Realizar un recorrido por la UCI neonatal con las madres para familiarizarlas con el entorno.</li><li>• Enseñar a las madres el nombre y la función de los equipos biomédicos más frecuentemente utilizados para el cuidado de su hijo (incubadora, monitor, lámparas de fototerapia, etc)</li></ul>	Después de la aplicación de la subescala ansiedad – estado	Sala de espera Ucin

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a las madres a expresar sus temores, miedos, sentimientos.</li> <li>• Prestar atención a las necesidades de las madres.</li> <li>• Enseñar a las madres actividades de cuidado básico con su hijo: baño, higiene, cambio de posición, alimentación.</li> <li>• Favorecer expresiones de afecto de las madres hacia su hijo: toque, hablarle, cantarle.</li> <li>• Permitir que las madres sostengan a su hijo en brazos.</li> <li>• Identificar costumbres y creencias de las madres del recién nacido.</li> </ul>		<p>Sala de espera UCIN.</p> <p>Unidad de cuidado intensivo neonatal</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fuentes de apoyo familiar, social, espiritual de acuerdo a las creencias de las madres.</li> <li>• Solicitar apoyo de psicología si es necesario.</li> </ul>	8 am a 12 pm	Sala de espera UCIN.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda valoración del nivel de ansiedad.</li> </ul>	Una vez se termina la intervención	UCIN.



## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**ACTA DE APROBACIÓN No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 201\_\_**

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 Artículos 14, 15 y 16, a continuación, se establece el siguiente acuerdo de participación en una investigación no experimental:

1. **TITULO:** La presente investigación consiste en un estudio académico, donde no se realizarán experimentos, cuyo título es:

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS EN UCI NEONATAL DE UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL JULIO-SEPTIEMBRE 2016**

**JUSTIFICACION:** Este estudio es importante porque pretende probar el efecto de una intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad de madres de recién nacidos hospitalizados en UCI, brindar un cuidado de enfermería autónomo, basado en el conocimiento propio de nuestra disciplina y preparar a las madres para cuidar al recién nacido en casa y de esta manera evitar posibles reingresos como consecuencia de desconocimiento en el cuidado de sus hijos. Esta investigación se encuentra registrado ante el Comité de Ética en Investigación de la Clínica la Estancia con el número \_\_\_\_\_, **OBJETIVO:** y cuyo objetivo principal es:

Evaluar el efecto de una intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad en madres, que viven el evento situacional de tener a su hijo hospitalizado en una UCI neonatal de una Institución de III nivel en Popayán.

**POBLACION:** Se espera que participen 120 madres de recién nacidos hospitalizados en UCI: **TIEMPO:** El proyecto se realizara durante los meses de Julio a septiembre de 2016. Se me ha informado que el tiempo de duración de mi participación en el presente estudio es de cuatro días, tiempo en el que mediante un instrumento contestaré unas preguntas relacionadas con el nivel de ansiedad- estado, antes y después de la intervención de

Enfermería diseñada. Se me aplicarán una intervención de Enfermería que consiste en recibir información acerca de la condición de mi hijo al ingreso a la unidad a través de un lenguaje claro, familiarización con el equipo de salud y el entorno (ambiente, equipos biomédicos frecuentemente utilizados..... Mi responsabilidad consiste en responder a las preguntas relacionadas con el nivel de ansiedad – estado con veracidad. Podré solicitar repetición de la instrucción cuantas veces sea necesario para tener claro lo que debo hacer.

Se me citará vía telefónica o de manera personal y en caso de no poder asistir a la cita se me asignará una nueva, previo acuerdo. El período durante el cual me pueden citar es durante la hospitalización de mi hijo en la UCI Neonatal.

**MOLESTIAS Y RIESGOS:** Certifico que se me ha informado que para la presente investigación no estaré expuesto a ningún riesgo que me pueda causar daño físico, psicológico, social, legal o de otro tipo, pues las pruebas que me realizaran no son peligrosas. Por el contrario, el beneficio es que podrá conocer la condición de mi hijo y las actividades que debo realizar para su cuidado.

**CONFIDENCIALIDAD:** Se me ha asegurado que la información que entregue a través de esta investigación, cuenta con las garantías de total confidencialidad al no revelar nombres, características o situaciones comprometedoras que posibiliten mi identificación. Se me ha dado seguridad que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se hagan de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. La información recolectada en este estudio tendrá una finalidad académica y conoceré los resultados, los cuales serán comunicados y publicados a toda la población a través de un artículo científico para poder conocer en qué forma puedo trabajar de manera más saludable.

**BENEFICIOS:** Por tanto, el beneficio es colectivo y mi participación no incluye compensación económica y no tendré que acarrear ningún tipo de gasto o costo.

**LIBERTAD DE PARTICIPACION:** También se me ha informado que mi participación en la presente investigación es completamente voluntaria y tendré la libertad de retirarme en el momento en que desee, y que se han comprometido a proporcionarme información actualizada

que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Mi participación en este estudio podría terminar en caso de presentar alguna patología que afecte mi nivel de conciencia que impida el análisis de los resultados de acuerdo al objetivo del estudio.

Por todo lo anterior, acepto participar voluntariamente en la presente investigación para lo cual se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Nota: Se me entrega copia de este documento.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Nombre testigo 1

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Relación con el participante

\_\_\_\_\_

Nombre testigo 2

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Relación con el participante

## ANEXO 6

### INSTRUMENTO IDARE – SUBESCALA ANSIEDAD – ESTADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique <i>cómo se siente la madre del recién nacido ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas.</i>	No, en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmada				
2	Me siento tranquila				
3	Estoy tensa				
4	Estoy enojada				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterada				
7	Estoy preocupada actualmente por algún posible contratiempo.				
8	Me siento descansada				
9	Me siento ansiosa				
10	Me siento cómoda				
11	Me siento con confianza en mí misma				
12	Me siento nerviosa				
13	Me siento agitada				

<b>14</b>	Me siento “a punto de explotar”				
<b>15</b>	Me siento reposada				
<b>16</b>	Me siento satisfecha				
<b>17</b>	Estoy preocupada				
<b>18</b>	Me siento muy agitada y aturdida				
<b>19</b>	Me siento alegre				
<b>20</b>	Me siento bien				

Autores: Spielberg, C D; Martínez Urrutia, A; González – Reigosa, L y Díaz Guerrero R.

## ANEXO 7

### LISTA DE CHEQUEO

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
Informa nombre y apellido a la madre del recién nacido.		
Mantiene contacto visual con la madre mientras le hable.		
Informa acerca del diagnóstico del recién nacido al ingreso a la unidad a través de un lenguaje claro.		
Realiza el recorrido por la UCI neonatal con las madres para familiarizarlas con el entorno.		
Identifica las necesidades de las madres para cuidar al recién nacido a través de una entrevista semiestructurada.		
Dedica tiempo exclusivo para las madres.		
Hace contacto ocular y físico (tómele las manos) con las madres.		
Responde a las preguntas de las madres.		
Enseña a las madres el nombre y la función de los equipos biomédicos más frecuentemente utilizados para el cuidado de su hijo (incubadora, monitor, lámparas de fototerapia, etc)		
Anima a las madres a expresar sus temores, miedos, sentimientos.		
Presta atención a las necesidades de las madres.		
	Lactancia materna	
	Técnica para sacada de gases del bebé	

<b>Enseña a las madres actividades de cuidado básico con su hijo:</b>	Aseo de genitales y región perianal		
	Cambio de pañal		
	Limpieza del bebé		
	Cambio de posición		
<b>Favorece expresiones de afecto de las madres hacia su hijo: toque, hablarle, cantarle.</b>			
<b>Permite que las madres sostengan a su hijo en brazos.</b>			
<b>Identifica costumbres y creencias de las madres del recién nacido</b>			
<b>Solicita apoyo de psicología si es necesario.</b>			

## ANEXO 8

### LISTA DE CHEQUEO

#### APLICACIÓN DE LA SUBESCALA ANSIEDAD – ESTADO DEL IDARE

Identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aplicada por \_\_\_\_\_ Revisó \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
Aplica el instrumento en un sitio cómodo, iluminado, sin ruidos ni distractores		
Informa nombre y apellido a la madre del recién nacido.		
Mantiene contacto visual con la madre mientras le habla.		
Dedica tiempo exclusivo para aplicar el instrumento		
Informa a la madre el objetivo del cuestionario		
Explica a la madre que dé la respuesta que mejor describa sus sentimientos en este momento.		
Lee cada frase a la madre sin emplear mucho tiempo en ella		
Encierra en un círculo el número que indique <i>cómo se siente la madre del recién nacido ahora mismo</i> , o sea, en estos momentos.		
Al leer cada frase evita imponer respuestas a la madre		
Aplica el instrumento de una manera imparcial		
Ingresa cada respuesta a la base de datos dispuesta para tal fin		
Agradece a la madre por su tiempo		