

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**RESILIENCIA Y DISTRÉS EMOCIONAL DE PADRES DE NIÑOS
HOSPITALIZADOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA 2019.**

Tesis presentada por la Bachiller:
Tejada Huanqui, Alexandra Yrina
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

AREQUIPA - PERÚ

2019



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 279 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"RESILIENCIA Y DISTRÉS EMOCIONAL DE PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL REGIONAL HONOIRO DELGADO. AREQUIPA 2019"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

ALEXANDRA YRINA TEJADA HUANQUI

Nuestro dictamen es:

Favorable.

OBSERVACIONES:

Corregir observaciones unidas al dictamen.

Arequipa, *2019-05-11*

[Signature]
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Dr. Ervis Alvarado Dueñas
Especialista de Psiquiatría
DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS

[Signature]
DR. JAVIER GUTIÉRREZ MORALES
C.M.P. 14051 - R.N.E. 9805
Hospital Regional Honorio Delgado

[Signature]
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco
MÉDICO · PSQUIATRA
CMP: 14051 · RNE: 9805

A Dios, por permitirme culminar mis estudios y ponerme en el camino del servicio.

A mis padres, Pedro y Carmen por su apoyo incondicional para cumplir este sueño de ser médico.

A mi hermano Salvador, por inspirarme a ser mejor cada día.

A mis abuelos Matías y Angela, por su amor.

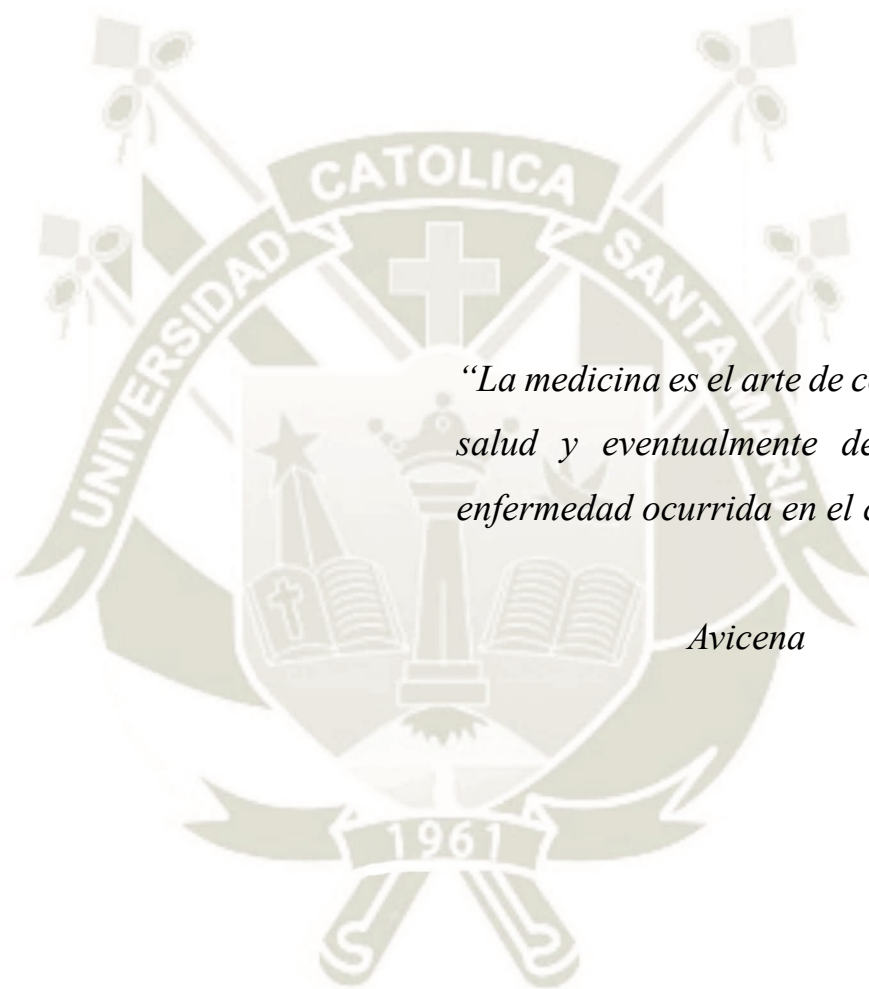
A mis tíos Percy, Cesar, Alfredo y Agustín por creer en mí.

Mi especial agradecimiento:

A mi tutor, por su valiosa guía y colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto.

A los miembros del jurado dictaminador, por sus valiosas sugerencias que posibilitaron la culminación de la Tesis.

A los padres que aceptaron formar parte del estudio.



“La medicina es el arte de conservar la salud y eventualmente de curar la enfermedad ocurrida en el cuerpo”.

Avicena

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios hace miles de años, la familia ha sido el principal medio de desarrollo de los seres humanos, no sólo desde el aspecto biológico al cumplir su función reproductiva, sino que también es el elemento socializador por excelencia, fuente de afecto, apoyo, crecimiento personal, comunicación y sostenimiento. Es decir, que los miembros de la familia se apoyan entre sí tanto en situaciones de normalidad, como en situaciones en las que surgen crisis familiares derivadas de conflictos, problemas de diversa índole y enfermedad de alguno de sus miembros.

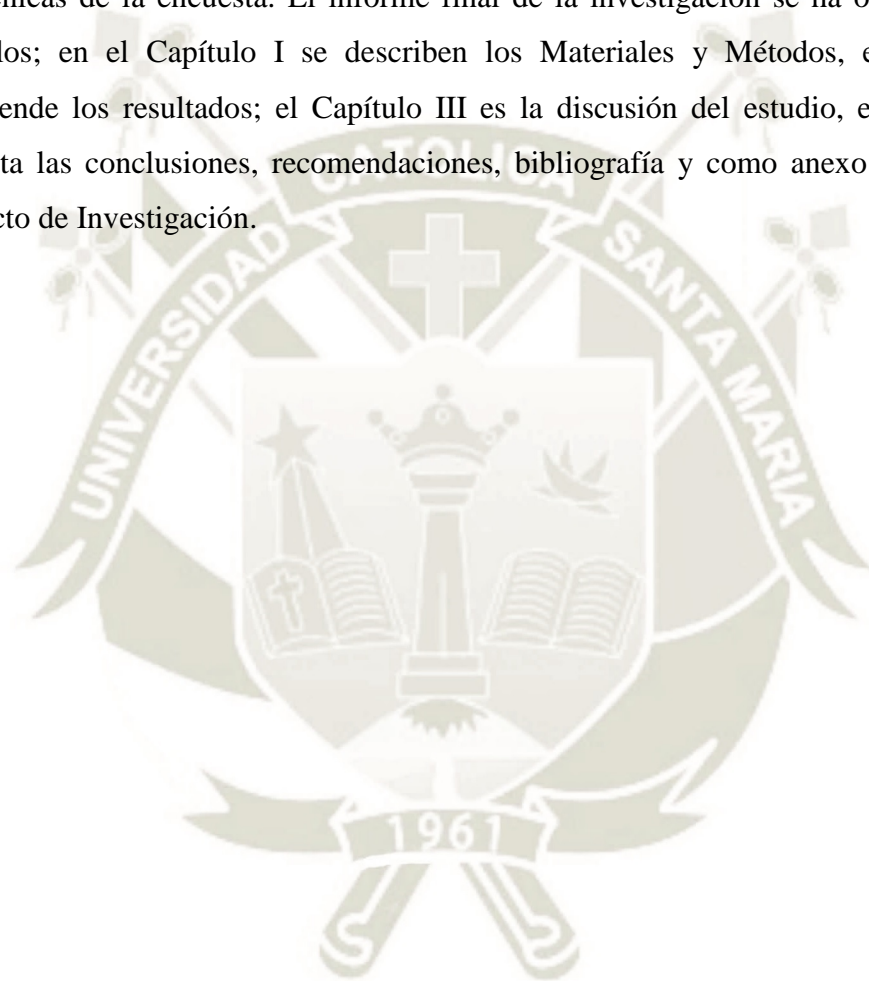
El nacimiento de los hijos es uno de los momentos de mayor felicidad en las familias y a razón de ello, cuando un hijo enferma y requiere de hospitalización, esto es un acontecimiento inesperado y traumático para los padres debido a la preocupación y ansiedad que trae implícita y además que requiere el cambio de los roles familiares afectando el funcionamiento familiar normal y causando ansiedad y distrés emocional (1).

Existen estudios que demuestran que en las familias con bajo nivel de funcionamiento familiar, las situaciones de crisis como la hospitalización de un hijo se asocia a mayores niveles de estrés parental (2, 3) sin embargo, en otros estudios no se encuentra esta asociación y señalan que el estrés parental se presenta casi de manera similar entre familias funcionales como disfuncionales, sin embargo, se ha reportado que los efectos negativos que conllevan al distrés emocional pueden ser contrarrestados con ciertos factores de protección, entre los que destaca la resiliencia que se define como la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades (4). Es por ello, que en casos donde la familia vivencia sucesos adversos, como puede ser la hospitalización de un hijo resultan recursos valiosos el apoyo social y su capacidad resiliente, estos constituyen factores de protección del desajuste personal y social de la familia y de los padres y contribuyen a una mejor y más rápida adaptación a la situación estresante (5, 6).

En el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, se hospitalizan numerosos niños que proceden de Arequipa como de diversas partes del sur del país, atendándose diferentes patologías clínicas y quirúrgicas.; asimismo, se aprecia que los padres experimentan distrés emocional debido a que la hospitalización constituye una

crisis familiar que les demanda cambio de roles, cambio de lugar de residencia por el tiempo que dura la hospitalización en las familias que proceden de otras ciudades, además de costos económicos y muchas veces, pérdida de trabajo, entre otras situaciones que podrían sobrellevarse de manera más eficiente si tienen una alta capacidad de resiliencia.

El estudio fue realizado con una muestra de padres de los niños hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se aplicaron los instrumentos mediante las técnicas de la encuesta. El informe final de la investigación se ha organizado por capítulos; en el Capítulo I se describen los Materiales y Métodos, el Capítulo II comprende los resultados; el Capítulo III es la discusión del estudio, el Capítulo IV presenta las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y como anexo se adjunta el Proyecto de Investigación.



RESUMEN

Objetivos: Determinar la relación entre la resiliencia y el distrés emocional de padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2019.

Métodos: se realizó un estudio de tipo aplicada, descriptiva correlacional, y tranversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 120 padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría que cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta. Los instrumentos fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de distrés emocional percibido.

Resultados: las edades se encuentran mayormente comprendidas entre los 20 a 39 años, siendo el promedio de 31 años. El 70,83% son de sexo femenino; la estructura familiar es de tipo nuclear en el 70% de casos. El nivel de resiliencia de los padres de los niños hospitalizados es moderado en el 56,67% de padres. El nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados es regular en 50,83% de padres. No se ha encontrado relación estadística entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados. Se encontró relación entre la edad de los padres y el nivel de resiliencia y entre el nivel de distrés emocional con sexo y estructura familiar ($p < 0,05$).

Palabras clave: resiliencia, distrés, hospitalización.

ABSTRACT

Objectives: To determine the relationship between resilience and emotional distress of parents of children hospitalized in the Pediatric Service. Honorio Delgado Regional Hospital. Arequipa 2019.

Methods: an applied, descriptive, correlational, and cross-sectional study was conducted. The study sample consisted of 120 parents of children hospitalized in the Pediatric Service that met the inclusion criteria. The survey was used as a data collection technique. The instruments were the Wagnild and Young Resilience Scale and the Inventory of perceived emotional distress.

Results: the ages are mostly between 20 to 39 years, the average being 31 years. 70.83% are female; the family structure is nuclear in 70% of cases. The level of resilience of parents of hospitalized children is moderate in 56.67% of parents. The level of emotional distress of the parents of hospitalized children is regular in 50.83% of parents. A statistical relationship has not been found between the level of resilience and the level of emotional distress of the parents of hospitalized children, A relationship between the age of the parents and the level of resilience has been found and between the level of emotional distress with sex and family structure ($p < 0.05$).

Keywords: resilience, distress, hospitalization.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	01
CAPÍTULO II: RESULTADOS	06
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	23
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	31
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnicas

Para evaluar las dos variables de estudio se utilizó como técnica la entrevista.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young: La escala de resiliencia fue elaborada por Wagnild y Young en 1988 (6), teniendo como propósito identificar la capacidad de resiliencia individual, dado que esta es una característica o cualidad positiva de la personalidad que permite que las personas resilientes puedan adaptarse a diversos tipos de situaciones complejas o estresantes. La escala está compuesta por 25 ítems que se califican en escala tipo Likert de 7 puntos, las alternativas de respuesta son: 1 en desacuerdo y el máximo acuerdo se califica con 7 puntos. Todos los ítems tienen calificación positiva, el puntaje más alto nos indica mayor capacidad de resiliencia, el puntaje final puede variar desde 25 a 175 puntos. Las categorías finales de la escala son (7, 8):

Resiliencia alta	146 – 175 puntos.
Resiliencia moderada	121 a 145 puntos.
Resiliencia baja	25 a 120 puntos.

La confiabilidad de la escala evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach es alta en diversos estudios presenta un rango de 0.84 a 0.94 (6, 7). Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en el Perú y en estudios realizados en Arequipa se han obtenido confiabilidades de 0,92 y 0,94 (7,8).

1.2.2. Inventario de distrés emocional percibido: Es un instrumento elaborado por Manolete y validado en el Perú por Moscoso (5). El inventario consta de 15 ítems que evalúan la presencia y severidad de distrés emocional y disturbio emocional en distintos tipos de personas que están sometidas o expuestas a situaciones estresantes. Las dimensiones que se evalúa con el inventario son: ansiedad, depresión, la forma como se expresa la cólera / ira, y desesperanza, a su vez permite que se diferencien la expresión y supresión de la cólera. Las respuestas a cada ítem nos brindan la medida en que la persona está experimentando los síntomas que se presentan en situaciones de distrés emocional hasta con un mes de anterioridad e incluye la semana y día de la evaluación. El inventario está diseñado con Escala tipo Likert con tres alternativas de respuesta de cuatro puntos: en ningún momento (0 puntos); a veces (1 punto); Frecuentemente (2 puntos); en todo momento (3 puntos). Los puntajes del inventario varían entre 0 y 45 puntos. Para obtener la calificación final, se suma el puntaje y se compara con el siguiente baremo:

Distrés emocional Bajo	0 – 14 puntos.
Distrés emocional Regular	15 a 30 puntos.
Distrés emocional Alto	31 a 45 puntos.

La confiabilidad del instrumento en la versión validada en el Perú por Moscoso (5) establecida por el coeficiente alpha de Cronbach es 0.91, lo cual indica una alta confiabilidad y consistencia interna.

Al final de la escala se incluyen las características sociodemográficas de las unidades del estudio que incluyen la edad, sexo, parentesco con el niño, estructura familiar y número de hijos, estas variables no requieren de validación porque son sólo para recojo de información.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión s/n, en el Distrito, Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

Se trata de un estudio coyuntural que fue realizado durante los meses de abril a julio del año 2019.

2.3. Unidades de estudio

El universo estuvo conformado por los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría. Se trabajó con todos los padres que tuvieron hijos hospitalizados durante los meses de junio y julio, que hicieron un total de 120 padres que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Padres sin límite de edad, de ambos sexos, que tuvieran niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado.
- Padres que aceptaron participar en la investigación mediante el llenado del instrumento.
- Padres cuyos hijos tenían una permanencia en hospitalización mínima de dos días.

Criterios de exclusión:

- Padres que no firmaron el consentimiento informado para participar.
- Padres que solicitaron el alta voluntaria del niño antes de los dos días de hospitalización.

- Padres con alteraciones sensoriales u otras que afectarán el llenado del instrumento.

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por los padres de familia.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Después de que los jurados dictaminadores aprobaron el proyecto de tesis, se solicitó que el Decano de la Facultad de Medicina Humana nos otorgue la carta de presentación dirigida al Director del Hospital Regional Honorio Delgado, para que nos autorizará la realización del estudio.
- Se coordinó con el Jefe del Servicio de Pediatría para poder aplicar los instrumentos a los padres de familia, mientras estos se encontraban acompañando a su hijo o hija hospitalizados. Verificando que los padres cumplieran los criterios de inclusión, se les explicó el propósito de la investigación y se solicitó su participación mediante la firma del consentimiento informado y luego de ello se aplicaron los instrumentos, mediante la técnica de la entrevista hasta completar la población de estudio que fueron 120 padres de familia.
- Una vez concluido el periodo de recolección de datos, se elaboró la base de datos en el Programa Excel y luego se efectuó el análisis estadístico de los resultados, después de ello se elaboró el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

La investigadora: Srta. Alexandra Yrina Tejada Huanqui.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
Hospital Regional Honorio Delgado.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora e insumos, software estadístico.

Financieros:

Recursos propios.

3.3 Validación del instrumento

Los dos instrumentos aplicados son validados en estudios internacionales y nacionales como se ha descrito en la sección de instrumentos.

3.4 Criterios para el manejo de los resultados

El análisis estadístico se efectuó mediante estadística de tendencia central para las variables ordinales, lo que permitió calcular la media, valores mínimos y máximos, mediana y desviación estándar. Las variables se expresaron en las tablas a través de frecuencias absolutas y relativas. Como prueba de significancia se aplicó la Prueba de Chi cuadrado (10).



CAPÍTULO II
RESULTADOS

TABLA 1

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN EDAD. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

EDAD	F	%
< 20	9	7,50
20 – 29	45	37,50
30 – 39	38	31,67
40 – 49	24	20,00
50 – 59	4	3,33
TOTAL	120	100,00

Edad promedio: 31,1 años, edad mínima: 17 años; edad máxima: 56 años;
desviación estándar: \pm 9,04 años.

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las edades de los padres de los niños hospitalizados está comprendida entre los 20 a 39 años en 69,17%, el 23,33% tiene 40 a 59 años, los padres adolescentes representan al 7,50%. La edad promedio es de 31 años.

TABLA 2

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN SEXO. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

SEXO	F	%
Femenino	85	70,83
Masculino	35	29,17
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al sexo, se observa que el porcentaje más representativo está conformado por personas de sexo femenino en 70,83% y masculino en 29,17%.

TABLA 3

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN ESTRUCTURA
FAMILIAR. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

ESTRUCTURA FAMILIAR	F	%
Nuclear	84	70,00
Unipersonal	20	16,67
Compuesta o extensa	16	13,33
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la estructura familiar se observa, que el 70% de familias son nucleares, el 16,67% son unipersonales y 13,33% familias compuestas o extensas.

TABLA 4

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

NÚMERO DE HIJOS	F	%
1	42	35,00
2	36	30,00
3	22	18,33
4	9	7,50
5	7	5,83
6	3	2,50
7	1	0,84
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

El 35% de padres tienen un hijo, el 30% tiene dos hijos, el 18,33% tiene tres hijos y 16,67% tiene de cuatro hasta siete hijos, es decir, que la mayoría de familias están conformadas por cuatro miembros.

TABLA 5

**MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS NIÑOS. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO. 2019**

MOTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN	F	%
Neumonía	32	26,67
Otras infecciones respiratorias agudas	26	21,67
Patologías quirúrgicas	19	15,83
Enfermedad Diarreica Aguda	15	12,50
Enfermedades neurológicas	11	9,17
Infección del Tracto Urinario	10	8,33
Enfermedades hematológicas	7	5,83
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los motivos de hospitalización más frecuentes constituyen a su vez las principales causas de morbilidad durante la etapa de vida de la niñez. El 26,67% de niños fueron hospitalizados por neumonía, el 21,67% por otras infecciones respiratorias agudas, las patologías quirúrgicas representan el 15,83%, la Enfermedad Diarreica Aguda el 12,50%, enfermedades neurológicas en 9,17%, Infección del Tracto Urinario en 8,33% y finalmente las enfermedades hematológicas en 5,83%.

TABLA 6

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN NIVEL DE
RESILIENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

NIVEL DE RESILIENCIA	F	%
Bajo	25	20,83
Moderado	68	56,67
Alto	27	22,50
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 56,67% de padres de los niños hospitalizados tienen nivel de resiliencia moderado, el 22,50% tienen alto nivel de resiliencia y el 20,83% tienen baja resiliencia.

TABLA 7

**PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS SEGÚN NIVEL DE DISTRÉS
EMOCIONAL. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL	F	%
Bajo	54	45,00
Regular	61	50,83
Alto	5	4,17
TOTAL	120	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 50,83% de padres de los niños hospitalizados presentan nivel regular de distrés emocional, el 45% tiene nivel bajo y alto el 4,17%.

TABLA 8

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RESILIENCIA Y EL NIVEL DE DISTRÉS
EMOCIONAL DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

NIVEL DE RESILIENCIA	NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL						TOTAL	
	Bajo (54)		Regular (61)		Alto (5)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Baja	13	52,00	12	48,00	0	0,00	25	20,83
Moderada	29	42,65	35	51,47	4	5,88	68	56,67
Alta	12	44,44	14	51,85	1	3,71	27	22,50
Prueba $X^2 = 0,6252$ $P > 0,05$								

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que 52% de padres que tienen resiliencia baja, presentan distrés emocional bajo y el 48% distrés regular. En los padres con resiliencia moderada, el 51,47% presenta nivel regular de distrés emocional, 42,65% nivel bajo y alto el 5,88%; mientras que los padres con alta resiliencia tienen 51,85% nivel de distrés emocional regular, bajo en 44,44% y alto en 3,71%.

Los resultados de la Prueba X^2 , muestran que no existe relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional.

TABLA 9

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO. 2019**

EDAD	NIVEL DE RESILIENCIA						TOTAL	
	Bajo (25)		Moderado (68)		Alto (27)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
< 20 – 29	16	29,63	28	51,85	10	18,52	54	45,00
30 – 59	9	13,64	40	60,61	17	25,76	66	55,00
Prueba $X^2 = 4,6061$ P < 0,05								

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que en los padres con edades de menos de 20 a 29 años, el 29,63% tiene resiliencia baja, el 51,85% moderada y alta el 18,52%, mientras que en los padres de 30 a 59 años, el 13,64% tiene resiliencia baja, el 60,61% moderada y alta el 25,76%. La Prueba de Ji cuadrado encuentra que la edad de los padres influye de forma significativa en el nivel de resiliencia.

TABLA 10

**RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO. 2019**

SEXO	NIVEL DE RESILIENCIA						TOTAL	
	Bajo (25)		Moderado (68)		Alto (27)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Femenino	17	20,00	48	56,47	20	23,53	85	70,83
Masculino	8	22,86	20	57,14	7	20,00	35	29,17
$X^2 = 0,1227$ $P > 0,05$								

Fuente: Elaboración propia

Se observa que en las madres, el 20% tienen resiliencia baja, el 56,47% moderada y alta el 23,53%, mientras que en los padres el 22,86% tiene resiliencia baja, 57,14% moderada y alta el 20%. La Prueba de Ji cuadrado no encuentra relación entre el sexo de los padres con el nivel de resiliencia.

TABLA 11

RELACIÓN ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019

ESTRUCTURA FAMILIAR:	NIVEL DE RESILIENCIA						TOTAL	
	Bajo (25)		Moderado (68)		Alto (27)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Nuclear	20	23,81	43	51,19	21	25,00	84	70,00
Unipersonal	1	5,00	16	80,00	3	15,00	20	16,67
Compuesta o extensa	4	25,00	9	56,25	3	18,75	16	13,33

$X^2 = 3,6480$ P >0,05

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las familias nucleares presentan resiliencia baja en 23,81%, moderada en 51,19% y alta en 25%. En las familias unipersonales, la resiliencia es baja en 5%, moderada en 80% y alta en 15%; mientras que en las familias compuestas o extensas, se observa resiliencia baja en 25%, moderada en 56,25% y alta en 18,75%.

La Prueba de Ji cuadrado demuestra que no existe relación de la estructura familiar en el nivel de resiliencia.

TABLA 12

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE RESILIENCIA						TOTAL	
	Bajo (25)		Moderado (68)		Alto (27)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1 – 2	19	24,36	46	58,97	13	16,67	78	65,00
3 – 4	5	16,13	18	58,06	8	25,81	31	25,83
5 – 7	1	9,09	4	36,36	6	54,55	11	9,17
Prueba $X^2 = 1,6796$ $P > 0,05$								

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los padres que tienen uno a dos hijos presentan resiliencia baja en 24,36%, moderada en 58,97% y alta en 16,67%. En los padres con tres a cuatro hijos, la resiliencia es baja en 16,13%, moderada en 58,06% y alta en 25,81%; en los padres con cinco a siete hijos, se presenta resiliencia baja en 9,09%, moderada en 36,36% y alta en 54,55%.

La Prueba X^2 no encuentra relación significativa entre ambas variables, sin embargo, se demuestra que la resiliencia aumenta conforme mayor es el número de hijos y es más baja en los padres que tienen uno o dos hijos.

TABLA 13

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

EDAD	NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL						TOTAL	
	Bajo (54)		Regular (61)		Alto (5)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
< 20 – 29	23	42,59	29	53,70	2	3,70	54	45,00
30 – 59	31	46,97	32	48,48	3	4,55	66	55,00
Prueba $X^2 = 0,2299$ P > 0,05								

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que en los padres con edades de menos de 20 a 29 años, el 42,59% tiene distrés emocional bajo, el 53,70% tiene distrés regular y alto el 3,70%, mientras que en los padres de 30 a 59 años, el 46,97% tiene distrés emocional bajo, el 48,48% regular y alto el 4,55%. La Prueba de Ji cuadrado no encuentra relación entre la edad de los padres y el nivel de distrés emocional.

TABLA 14

**RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

SEXO	NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL						TOTAL	
	Bajo (54)		Regular (61)		Alto (5)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Femenino	28	32,94	53	62,35	4	4,71	85	70,83
Masculino	26	74,29	8	22,86	1	2,86	35	29,17

$X^2 = 17,1225$ $P < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Se observa que en el sexo femenino el 32.94% tienen distrés emocional bajo, el 62,35% tiene distrés regular y alto el 4,71%, mientras que en el sexo masculino se presenta distrés emocional bajo en 74,29%, regular en 22,86% y alto en 2,86%.

La Prueba de Ji cuadrado encuentra relación entre el sexo de los padres con el nivel de distrés emocional, donde se comprueba que las madres de los niños presentan mayores niveles de distrés emocional debido a la hospitalización de su hijo en relación al que presentan los padres.

TABLA 15

**RELACIÓN ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS PADRES DE LOS
NIÑOS HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

ESTRUCTURA FAMILIAR	NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL						TOTAL	
	Bajo (54)		Regular (61)		Alto (5)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Nuclear	36	42,86	45	53,57	3	3,57	84	70,00
Unipersonal	10	50,00	10	50,00	0	0,00	20	16,67
Compuesta o extensa	8	50,00	6	37,50	2	12,50	16	13,33
$X^2 = 9,3235$ $P < 0,05$								

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las familias nucleares presentan distrés emocional bajo en 42,86%, regular en 53,57% y alto en 3,57%. En las familias unipersonales, el distrés emocional es bajo en 50% y regular en 50%; mientras que en las familias compuestas o extensas, se observa distrés bajo en 50%, regular en 37,50% y alto en 12,50%.

La Prueba de Ji cuadrado demuestra que existe relación entre la estructura familiar y el nivel de distrés emocional, siendo las familias nucleares donde se presenta menor nivel de distrés emocional y los niveles más altos en las familias compuestas o extensas.

TABLA 16

**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS DE LOS PADRES DE LOS
NIÑOS HOSPITALIZADOS Y EL NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. 2019**

NÚMERO DE HIJOS	NIVEL DE DISTRÉS EMOCIONAL						TOTAL	
	Bajo (54)		Regular (61)		Alto (5)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1 – 2	36	46,15	40	51,28	2	2,56	78	65,00
3 – 4	16	51,61	12	38,71	3	9,68	31	25,83
5 – 7	2	18,18	9	81,82	0	0,00	11	9,17

Prueba $X^2 = 0,1199$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los padres que tienen uno a dos hijos presentan distrés emocional bajo en 46,15%, regular en 51,28% y alto en 2,56%. En los padres con tres a cuatro hijos, el distrés es bajo en 51,61%, regular en 38,71% y alto en 9,68%; en los padres con cinco a siete hijos, se presenta distrés emocional bajo en 18,18%, regular en 81,82% y ninguno presentó alto distrés emocional.

La Prueba X^2 no encuentra relación significativa entre el número de hijos y el nivel de distrés emocional.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La hospitalización de los hijos es una fuente de distrés emocional para los padres, debido a que altera las relaciones y roles familiares, en tal sentido, la resiliencia es una cualidad que permite hacer frente a la adversidad que supone la hospitalización para que se pueda tener control de la situación y evitar el distrés emocional.

Los resultados obtenidos presentan desde la tabla 1 a la 4, las características sociodemográficas de los padres de los niños hospitalizados, donde resalta que las edades de los padres se presentan desde los 17 años hasta los 56 años, con un promedio de 31 años; siendo los grupos de edad más frecuentes de 20 a 29 años y de 30 a 39 años que representaron al 69,17%. En cuanto al sexo se presentó en 70,83% el femenino y en 29,17% el masculino. La estructura familiar predominante en la muestra de estudio fue la nuclear en 70% y en menor porcentaje la familia unipersonal (16,67%) y la compuesta o extensa en 13,33%. El 65% de padres evaluados tienen de uno a dos hijos y el resto de 3 hasta siete hijos resultado que concuerda con los resultados del censo poblacional del 2017, que señala que en relación al año 2007 se observa disminución en el número de miembros de las familias peruanas, debido a un menor número de hijos.

En el estudio de Begazo encontraron que el mayor de porcentaje de padres se encuentra en el grupo de 20 - 29 años y de 30 a 39 años con un porcentaje del 94%, el sexo predomina el femenino con un 55%.frente a un 45% de varones (10).

De acuerdo a estos resultados se puede comentar que la mayoría de padres son adultos jóvenes y como era de esperarse, en la mayoría de casos, es la madre quien permanece más tiempo acompañando a su hijo durante la hospitalización, seguramente porque el padre se encuentra trabajando y porque también suele ser la madre quien se queda a pasar la noche en el hospital. Siendo la familia, la unidad básica de la sociedad, siempre es recomendable que esta sea conformada por los padres y los hijos, es decir, las familias nucleares que felizmente en nuestro estudio fueron la mayoría, porque las familias unipersonales presentan una problemática más álgida en muchos casos cuando el niño se

hospitaliza dado que la madre además de cumplir tareas domésticas y de cuidado de los hijos debe llevar el sustento económico a casa.

En la tabla 5 se observó que los motivos de hospitalización más frecuentes son la Neumonía en 26,67% de casos, otras infecciones respiratorias agudas en 21,67%, patologías quirúrgicas en 15,83%, entre las principales, estos hallazgos se explican porque en la época del año en que se han aplicado los instrumentos nos encontramos ante un incremento importante de las patologías respiratorias debido a las bajas temperaturas, donde la neumonía es la patología de mayor gravedad que requiere la hospitalización del niño.

La tabla 6 nos muestra que el nivel de resiliencia es moderado en el 56,67%, seguido del nivel alto en 22,50% y el bajo en 20,83%. La literatura señala que la resiliencia, significa superar las experiencias difíciles, y es una cualidad que las personas van desarrollando en base a sus experiencias y necesidades. Según Gonzáles, el concepto de la resiliencia o facultad de recuperación implica dos factores: la resiliencia frente a la destrucción, que es la capacidad de proteger la vida propia y la integridad ante las presiones deformantes y la otra es la capacidad para construir conductas vitales positivas esto pese a las circunstancias difíciles (12).

En el estudio de Nieto y Pinto, realizado en padres de niños prematuros se encontró que el 51% de padres poseen un nivel de resiliencia bajo, un 49% presenta nivel moderado y un 0% un nivel alto (13).

La tabla 7 muestra que el nivel de distrés emocional es regular en 50,83%, bajo en 45% y alto en 4,17%. El hecho de que el nivel de distrés emocional encontrado sea regular, parece deberse a que la mayoría de niños tenían entre cuatro a diez días de hospitalización, por tanto, si esta se prolonga cabe esperar que el nivel de distrés emocional de los padres aumente a demás que la mayoría de niños no presentan patologías de mayor gravedad, a no ser algunos casos de neumonía donde sí se encontraron niveles altos, así como las enfermedades hematológicas, pero el resto de enfermedades no revisten mayor gravedad y en consecuencia no existe un mayor incremento en los niveles de distrés emocional en los padres.

Los resultados concuerdan con el estudio de Campos (2017) quienes refieren que el nivel de estrés fue medio en el 70% de padres de niños hospitalizados. De igual forma en el

estudio de Begazo (2016) en el cual califican el estrés con leve, moderado y severo, se encontró los siguientes datos; estrés leve un 71.13%, moderado 27% y severo solo un 1.03%. En el estudio de Sánchez (2014) si bien no cuantifican el nivel de estrés si refieren que la mayoría de madres presentan sentimientos de llanto, angustia, tristeza, miedo, temor, desesperación, culpa los cuales son signos de un nivel regular a alto de distrés emocional (9)(10)(11).

La tabla 8 muestra que no existe relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional en los padres, de acuerdo a la literatura, la hospitalización supone un evento generador de estrés para los padres de familia, donde se encuentra que la resiliencia puede actuar como un elemento o factor de protección para evitar que el estrés emocional se siga incrementando, los padres con mayor resiliencia pueden adoptar estrategias de afrontamiento más adecuadas durante la hospitalización del hijo y así evitar un mayor efecto en la salud física y emocional.

En las tablas 9 a la 12 se establece la relación entre las características sociodemográficas relacionadas al nivel de resiliencia, encontrando que la edad, si tiene relación, es decir, que los padres menores de 20 años, son quienes presentan niveles moderados y bajos de resiliencia, mientras que la mayoría (75%) de padres de 30 a 59 años tienen resiliencia alta, esto se debe a la mayor experiencia que tienen en la crianza de los hijos, puesto que seguramente ya han sabido superar varias situaciones de enfermedad. Se puede comentar que el nivel de resiliencia es moderada (51,19%) en las familias nucleares y sobre todo en las unipersonales (80,00%), siendo el porcentaje más alto de familias con resiliencia baja las compuestas, resultado que se podría explicar en la participación e injerencia de otros miembros de la familia que en cierta medida, podrían evitar que los padres de los niños puedan resolver satisfactoriamente los problemas de su familia de manera autónoma, como suele ocurrir en el caso de las familias unipersonales, donde casi siempre la madre, puede enfrentar las situaciones adversas sin mayor apoyo, logrando mayor resiliencia. No se ha encontrado relación entre el sexo, tipo de familia ni número de hijos con el nivel de resiliencia de los padres.

Estos resultados son comparables con los obtenidos en el estudio de Nieto y Pinto, quienes reportan que las características demográficas como edad, sexo, estructura familiar no fueron estadísticamente relevantes, pero la que si resulto significativa fue el número de hijos respecto a la resiliencia (13).

Resultados similares se encontraron en las tablas 13 a la 16, donde se aprecia que la edad no presenta relación con el nivel de distrés emocional de los padres, siendo los padres menores de 20 años quienes presentan en la mayoría de casos distrés regular y los niveles más bajos se observan en los padres desde los 40 hasta los 59 años. En este caso también se ha encontrado relación entre el sexo y el nivel de distrés emocional, siendo el sexo femenino quienes tiene niveles de distrés emocional más altos, esto se explica porque son ellas las que pasan más tiempo en el hospital acompañando y cuidando a su hijo y a razón de ello, también reciben mayor influencia de los factores estresantes que se presentan durante la hospitalización. También se ha observado que la estructura familiar es una característica relacionada con el nivel de distrés emocional, en las familias unipersonales, el 50% presenta distrés emocional regular y el distrés alto ocurre con más frecuencia en las familias compuestas o extensas.

En el estudio de Begazo, se comparó el grado de estrés frente a las características sociodemográficas como el sexo, edad y estado civil. En cuanto a la edad, se obtuvo una diferencia no significativa pero se observó una ligera tendencia a disminuir el estrés que conforme la edad aumentaba, mostrando a los padres menores de 20 años con un 100% de estrés, los de 20 a 29 años un 98.18% y a los de 30 -39 años disminuir a un 94.87%. En el caso del sexo igualmente las diferencias no fueron significativas, pero se encontró que el 100% de padres varones presentaban estrés, frente al 94.55% de mujeres. El estado civil es independiente del estrés dado que todos los padres lo presentan (10).

Finalmente se puede comentar, que la hospitalización de un hijo supone una alta demanda de recursos psicoemocionales en los padres para que estos pueden enfrentar la adversidad de la enfermedad y hospitalización de forma más efectiva, es allí, donde surge la resiliencia como la capacidad que tienen los padres de aceptar que se vive una situación de crisis, pero al mismo tiempo utilizar herramientas cognitivas, conductuales y actitudinales positivas de manera que el evento estresor no genere mayor problema y pueda ser afrontado de manera exitosa.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Las características sociodemográficas de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, son: las edades se encuentran mayormente comprendidas entre los 20 a 39 años, con una edad promedio de 31 años. El 70,83% son de sexo femenino y corresponden a la madre del niño; la estructura familiar en nuclear en el 70% de casos. El 65% de padres tienen uno a dos hijos. Los motivos más frecuentes de hospitalización son la neumonía y otras patologías respiratorias.

SEGUNDA

El nivel de resiliencia de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado es moderado en el 56,67% de padres.

TERCERA

El nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado es regular en 50,83% de padres.

CUARTA

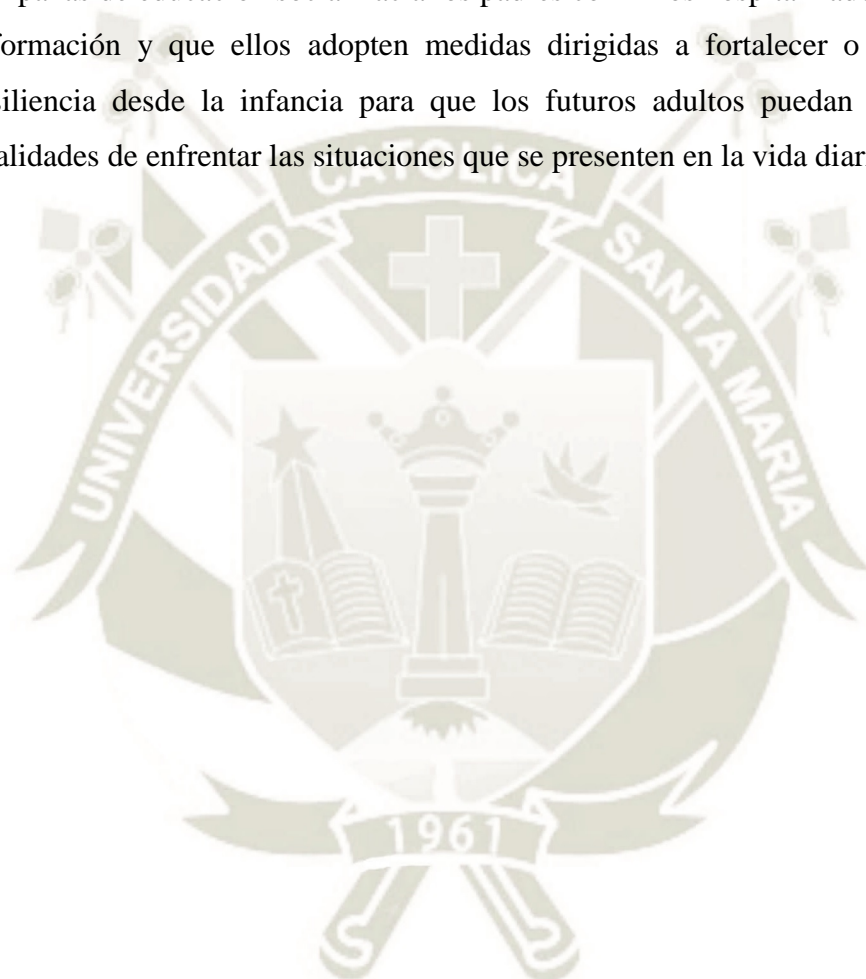
No existe relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, por cuanto se encontró que los padres con moderada resiliencia tienen nivel de distres regular en la mayoría de casos ($p < 0,05$).

QUINTA

Se ha encontrado relación entre la edad de los padres y el nivel de resiliencia, así mismo existe relación entre el nivel de distrés emocional con el sexo y estructura familiar ($p < 0,05$). A mayor edad de los padres presentan altos niveles de resiliencia, lo que guarda relación significativa con el nivel distres emocional que es de niveles bajo – regulares.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Facultad Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María en coordinación con la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación realizar campañas de educación social hacia los padres con niños hospitalizados para brindar información y que ellos adopten medidas dirigidas a fortalecer o desarrollar la resiliencia desde la infancia para que los futuros adultos puedan tener mejores cualidades de enfrentar las situaciones que se presenten en la vida diaria.

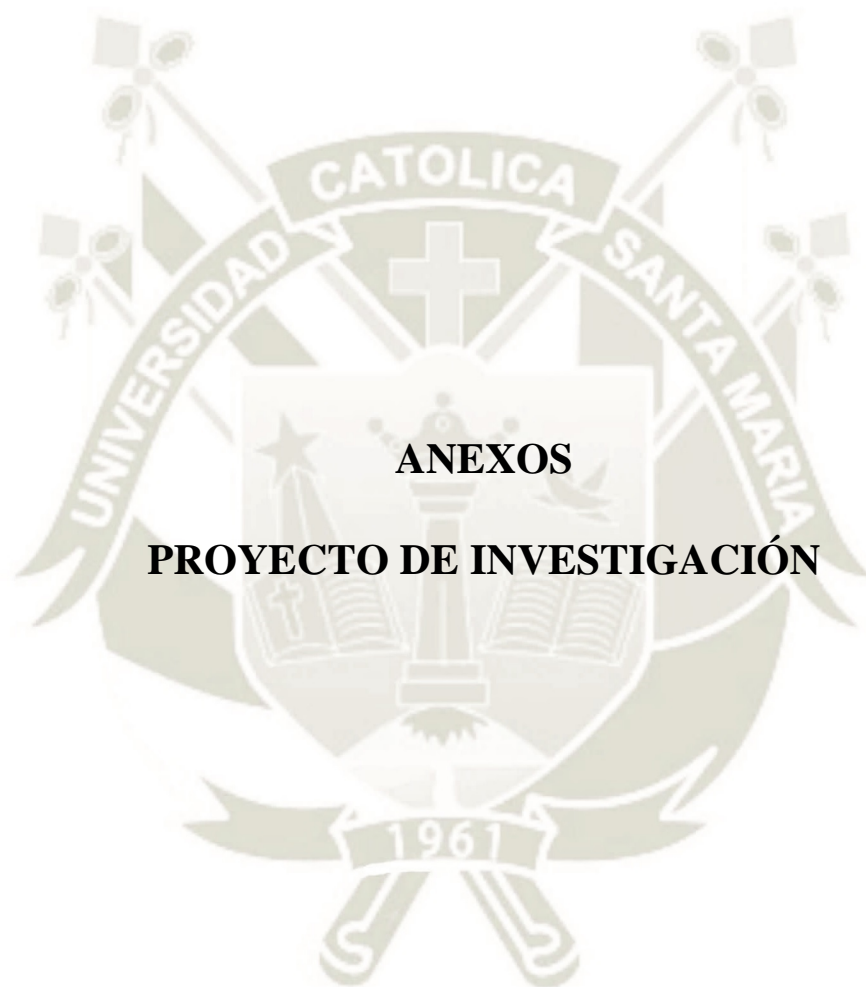


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar la adversidad. España: Gedisa; 2007.2.
2. Musitu G. La resiliencia en el ámbito familiar y escolar. “Misión posible”. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla España. 2013.
3. Jiménez E. Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Valencia; 2016. [Fecha de acceso 22 - 6 de 2019].
4. Nieto A, Pinto A. Desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2017.
5. Moscoso M. El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. Liberabit. 2011; 17 (1).
6. Wagnild G. The resilience scale user’s guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14). 2009.
7. Aguilar MP y cols. Funcionamiento familiar y resiliencia en escolares del distrito de Paucarpata. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2015.
8. García T, Yupanqui Z. Puente K. Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes con facultades sobresalientes del tercer año de secundaria de una institución educativa pública con altas exigencias académicas, durante el período 2013. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2014; (7):2 - 9.
9. Campos Y. Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017. [Tesis de título Profesional] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2017.
10. Begazo P. Frecuencia y nivel de estrés en padres de neonatos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Yanahuara Essalud, Arequipa 2015 [Tesis de título Profesional] Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016.
11. Sánchez F. Vivencia materna relacionado con la hospitalización de su hijo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, Hospital Belén, Trujillo, 2014. Fuente:

- [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Trujillo, 2015.
12. González, G. El concepto de Resiliencia. Caritas Argentina. 2005. Disponible en: www.tsred.org
 13. Nieto A. Pinto A. Desajuste del Comportamiento Psicosocial y Resiliencia en Padres de Recién Nacidos Prematuros. [Tesis de título Profesional] Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2017.





Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina



**RESILIENCIA Y DISTRÉS EMOCIONAL DE PADRES DE NIÑOS
HOSPITALIZADOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA 2019.**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:
Tejada Huanqui, Alexandra Yrina
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

AREQUIPA - PERÚ

2019

I. PREÁMBULO

Desde sus inicios hace miles de años, la familia ha sido el principal medio de desarrollo de los seres humanos, no sólo desde el aspecto biológico al cumplir su función reproductiva, sino que también es el elemento socializador por excelencia, fuente de afecto, apoyo, crecimiento personal, comunicación y sostenimiento. Es decir, que los miembros de la familia se apoyan entre sí tanto en situaciones de normalidad, como en situaciones en las que surgen crisis familiares derivadas de conflictos, problemas de diversa índole y enfermedad de alguno de sus miembros.

El nacimiento de los hijos es uno de los momentos de mayor felicidad en las familias y a razón de ello, cuando un hijo enferma y requiere de hospitalización, esto es un acontecimiento inesperado y traumático para los padres debido a la preocupación y ansiedad que trae implícita y además que requiere el cambio de los roles familiares afectando el funcionamiento familiar normal y causando ansiedad y distrés emocional (1).

En el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, se hospitalizan numerosos niños que proceden de Arequipa como de diversas partes del sur del país, atendándose diferentes patologías clínicas y quirúrgicas.; asimismo, se aprecia que los padres experimentan distrés emocional debido a que la hospitalización constituye una crisis familiar que les demanda cambio de roles, cambio de lugar de residencia por el tiempo que dura la hospitalización en las familias que proceden de otras ciudades, además de costos económicos y muchas veces, pérdida de trabajo, entre otras situaciones que podrían sobrellevarse de manera más eficiente si tienen una alta capacidad de resiliencia.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Existe relación entre la resiliencia y el distrés emocional de padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2019?

1.2. Descripción del problema

a) Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Psiquiatría.

LINEA: Distrés emocional.

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Variable Independiente			
Resiliencia	Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	Alta: 146- 175 puntos Moderada: 121-145 puntos Baja: 25-120 puntos	Ordinal
Variable Dependiente			
Distrés emocional	Inventario de distrés emocional percibido	Bajo: 0 – 14 puntos Regular: 15 – 30 puntos Alto: 31 – 45 puntos	Ordinal
Variables Intervinientes			
Características sociodemográficas	Edad	Años	Razón
	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Estructura familiar	Nuclear Monoparental Compuesta o extensa	Nominal
	Número de hijos	1 – 2 3 – 4 5 – 7	Numérica discreta

c) Interrogantes Básicas

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

¿Cuál es el nivel de resiliencia de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

¿Cuál es el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

¿Existe relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

¿Existe relación entre las características sociodemográficas y el nivel de resiliencia y nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

d) Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo aplicada, descriptiva correlacional, y por la temporalidad es transversal.

1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio, se basa en que existen estudios donde se señala que la resiliencia es un atributo importante en los seres humanos dado que esta actúa como mediadora entre las situaciones de estrés permitiendo que las personas se puedan adaptar y hacer frente a las diversas situaciones de la vida diaria que son capaces de generar distrés emocional, como sería la hospitalización de un hijo (1, 2). Sin embargo, en nuestro medio se han realizado estudios en poblaciones con patologías crónicas, como el cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y los estudios realizados con padres de niños han incluido

a padres de recién nacidos prematuros (3). Es por ello, que la realización del estudio se considera importante, porque permitirá mejorar nuestros conocimientos sobre el tema y además puede motivar el desarrollo de nuevas investigaciones.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica, porque a partir de los resultados que se obtengan se generarán evidencias que permitan mejorar la comunicación entre los médicos del Servicio de Pediatría y los padres de los pacientes, en base a una mejor comprensión del nivel de distrés que presentan los padres, se puede mejorar la educación para la salud y el cuidado que deben tener con sus hijos, siendo esto un requisito indispensable para la atención integral, humanizada y la calidad de atención.

La relevancia social se justifica, porque la hospitalización de un hijo es una situación que aumenta su vulnerabilidad y se asocia también a una serie de situaciones o problemas familiares debido a la necesidad de cambiar los roles de familia, muchas veces deben ausentarse o dejar el trabajo para poder atender al niño, lo cual también ocasiona problemas económicos y con frecuencia conflictos y violencia familiar que causan ansiedad, depresión y distrés emocional, entre otros.

El interés personal se originó por la observación de que muchos padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría refieren sentirse sumamente preocupados y agobiados por la situación del niño, no ingieren sus alimentos ni descansan como debería ser, con frecuencia solicitan al personal médico o de enfermería la indicación de tratamiento para síntomas como cefalea, mareos, náuseas, insomnio, depresión y otras que indican que pueden presentar un cuadro de distrés emocional, siendo necesario por tanto, evaluar la magnitud del problema y como la resiliencia puede ayudar a los padres a superar este distrés emocional.

El estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. RESILIENCIA

2.1.1. Definición

Rutter (4), quien fue uno de los investigadores más resaltantes en el tema de la resiliencia la define como “el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano, procesos que se realizan a través del tiempo, produciendo afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural” (4).

Otra definición del mismo Rutter, citado por Musitu (5) señala: “es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Según Musitu (5), “es la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos”.

Los autores Lara, Martínez, Pandolfi, Penroz y Díaz, citados por Musitu (5), definen: “la resiliencia es la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad.”

La resiliencia no es innato a la persona, sino más bien es una cualidad que se va adquiriendo por medio del aprendizaje que genera el paso del tiempo, las experiencias vividas por cada persona hacen que se vaya configurando una mayor capacidad de hacer frente a la adversidad, es decir, que se desarrolle una personalidad más resiliente, se ha indicado que para lograr esto, son necesarios estímulos amenazantes y/o desbordantes que la persona percibe a manera de amenaza, cumpliéndose el concepto de la capacidad del ser humano para superar situaciones potencialmente traumáticas de forma positiva (6).

La resiliencia no es una característica que presenten sólo los adultos, puesto que todos los seres humanos a lo largo de sus distintas etapas de vida van desarrollando la resiliencia, pero como se ha señalado antes, esta va depender de las experiencias positivas y negativas que haya vivido otros factores que ayudan a desarrollar la resiliencia son algunas características de una personalidad más resistente como es el autoconcepto de sí mismo, la autoestima alta, el nivel de instrucción, la influencia de la familia, el entorno inmediato y la sociedad (7).

2.1.2. Antecedentes históricos de la Resiliencia

De acuerdo a Vanistendael, citado por Nieto y Pinto (8), se señala que lo más probable es que la Resiliencia, entendida como una capacidad humana que le ayuda a la persona a superar las dificultades que se presentan en la vida y proyectarse para lograr un futuro prometedor, haya surgido en los primeros ancestros. Sin embargo, los esfuerzos por estudiar este tema han surgido recién a inicios de la década de los ochenta, lo cual sugiere que las concepciones teóricas, conceptuales y abordaje de la resiliencia han ido cambiando a lo largo del tiempo hasta el conocimiento e importancia que se da a la resiliencia actualmente.

“Primeramente se destaca el antecedente de resiliencia, más en el aspecto léxico que semántico, y este se origina en el ámbito del psicoanálisis, el cual, es fundamentado en las nociones de ego resiliency o ego resilience (resiliencia del ego), la cual es definida por Jeanne y Jack Block como una característica de la personalidad consistente en la habilidad de adaptar el propio nivel de control temporalmente según dicten las circunstancias. Los autores indican que las personas que tienen nivel alto de resiliencia del ego son más proclives a experimentar afecto positivo, tienen mayor autoconfianza y desarrollan un adecuado ajuste psicológico en comparación a las personas que tienen un menor nivel. El término resiliencia del ego se relaciona de manera directa con el concepto de flexibilidad que, es una parte importante en el concepto de resiliencia utilizada en los materiales” (8).

Décadas después, en 1954, una famosa psicoanalista Lili Peller señaló que los conceptos acerca del estudio de la personalidad infantil considerando al juego como un indicador de la resiliencia del ego, de forma similar, Block y Turula, citados por Nieto y Pinto (8) basan el estudio de la resiliencia del ego según la perspectiva del psicoanálisis y el ajuste

en el desarrollo infantil. En la década de los años 70, la resiliencia fue ganando mayor importancia debido a que se efectuaron numerosas investigaciones clínicas sobre la conducta humana por medio del análisis de los desórdenes psicológicos. Así fue que se realizaron estudios donde se encontró que los niños con baja resiliencia tenían alto riesgo de desarrollar psicopatologías, es interesante que una investigación realizada por Norman Garnezy, citada por Nieto y Pinto (8) en niños de madres esquizofrénicas encontró que los niños con patrones adaptativos sorprendentemente saludables eran aquellos que tenían niveles más altos de resiliencia. En 1974, en el estudio de Anthony con hijos e hijas de madres esquizofrénicas, observó que algunos hijos de madres esquizofrénicas no presentaban impactos negativos de la enfermedad mental de su madre, a pesar de convivir en el ambiente de mayor riesgo, entonces postulo la hipótesis de la “vulnerabilidad” de los niños que viven con la madre esquizofrénica y los llamó niños “psicológicamente invulnerables”, dando paso a la teoría de la invulnerabilidad, apoyada por el psiquiatra francés Cyrille Koupernic, quien, junto a Anthony plantearon el término a la comunidad científica denominándolo síndrome del niño psicológicamente invulnerable, además describieron que las características principales de estos niños y niñas eran una alta creatividad, efectividad y competencia. Años después, Rutter (9) señala que la noción de invulnerabilidad era ineficaz, después aparecieron dos conceptos relacionados con el de resiliencia, el primero de ellos es el “coping” o afrontamiento y el de “hardiness” o personalidad resistente, que significan vigor o resistencia psíquica. El coping, se conoce como afrontamiento o sobrellevar algo difícil, pero se debe destacar que el coping y la resiliencia no son sinónimos, dado que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas: las adaptativas ayudan a reducir el estrés y promueven la salud a largo plazo; a diferencia de las estrategias inadaptativas que permiten reducir el estrés a corto plazo, pero repercuten negativamente en la salud a largo plazo. Es por ello que se concluye que únicamente las estrategias de afrontamiento adaptativas forman parte de las estrategias de resiliencia.

El segundo concepto señalado: hardiness o personalidad resistente, propuesto por Kobasa, citado por Nieto y Pinto (8), aparece casi en simultáneo con el concepto de resiliencia, definiendo como patrón de la personalidad resistente a “una serie de actitudes y acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes de potenciales desastres a oportunidades de crecimiento” (8). “Las características de la personalidad resistente se fundamentan en tres actitudes: compromiso, control y reto. El compromiso surge de la

implicación con otras personas, las cosas y el entorno, permitiendo que se desarrolle el sentido de propósito y la conexión con los demás; el control estriba en la sensación de que se puede tener influencia en lo que pasa en nuestro entorno, y el reto consiste en una actitud de aceptación y aprendizaje continuo ante el estrés y las adversidades. Todas estas actitudes promueven la transformación de los estresores en oportunidades de crecimiento o ventajas” (8).

2.1.3. Factores de personalidad asociados a la Resiliencia

Los primeros planteamientos teóricos sobre la Resiliencia como hemos señalado previamente fueron desarrollados por Rutter, Werner, Werner y Smith y Garmezy estos autores dieron gran importancia a los factores de personalidad que distinguen a los niños o niñas que superan la adversidad, de aquellas personas que se dejan agobiar por los factores de riesgo, entre los que destacan: el acercamiento activo –evocador hacia el problema a resolver-, permitiéndoles que negocien una serie de experiencias emocionalmente arriesgadas; la habilidad en la infancia para ganar la atención positiva en los otros; tener una visión optimista de sus experiencias; la habilidad de mantener una visión positiva de una vida significativa; la habilidad de estar alerta y con autonomía; la tendencia a buscar nuevas experiencias; y la perspectiva proactiva (10).

En otros estudios citados por García y Domínguez (10), se señala que la Resiliencia tiene tres cualidades básicas que son igualmente válidas en las personas con enfermedades terminales o de crisis vitales, estas cualidades son: “una comprensión y aceptación de la realidad, una profunda creencia en que la vida sí tiene significado, y una habilidad para ingeniar alternativas de solución”. Al parecer es un tipo de creatividad aparentemente ilógica, que permite improvisar soluciones sin contar con las herramientas y recursos apropiados (10).

Según los aportes teóricos de la psicopatología evolutiva a la que hizo referencia Luthar (11) y Rutter, (9) se han nombrado algunas de las características de la Resiliencia que están relacionadas a ciertas dimensiones de la personalidad como con un buen desarrollo competencial, estas son: buena inteligencia, temperamento fácil, tener control sobre lo que ocurre, alta autoestima y autoeficacia, búsqueda de apoyo social, humor y optimismo vital, afrontamiento adecuado de los problemas, buena gestión de la autonomía personal

como tener iniciativas, tomar decisiones y tener un proyecto de vida, para esto es necesario contar con una planificación efectiva, capacidad de entusiasmo, motivación e interés por las cosas.

2.1.4. Desarrollo de la Resiliencia

García y cols (13) señalan que “la resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole. En lugar de preguntarse por las causas de la patología física o espiritual que esas catástrofes generan, el nuevo punto de vista supone indagar de qué condiciones está dotada esa minoría; por qué y de qué manera logra escapar a los males propios de los llamados grupos de riesgo”.

Según Rutter (4), como la adversidad no siempre deriva en personas dañadas, se ha concluido que la conformación de estos, no sólo depende de factores condicionantes entre los que se pueden citar los recursos económicos, alimentación, nivel educativo de los padres, la estimulación materna o la disponibilidad de material lúdico, sino, más importante parecen ser los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo cómo ellos se relacionan. Las personas resilientes tienen como características principales que tienen un alto nivel de competencia en aspectos intelectuales, emocionales, también tienen estilos de afrontamiento positivos, les motiva el logro, tienen una alta autoestima, sentimientos de esperanza, son autónomos e independientes, entre otras. Por otro lado, se han señalado las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos resilientes, estas incluyen: tener corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo y proceden de familias donde predominan las relaciones cálidas (14).

2.1.5. Características de las personas resilientes

Munist et al (15), han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con el desarrollo de una personalidad resiliente. Estos son: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.

Como se señala en el trabajo de Sanca (16), Además de lo anterior, “existen una serie de condiciones del medio ambiente social y familiar que aumentan la capacidad de desarrollar la resiliencia como son: la seguridad de contar con el afecto de las personas importantes en la vida del niño o adolescente, de manera irrestricta, en todo momento y circunstancia, tener la seguridad de que el afecto no está condicionado a su comportamiento, rendimiento escolar, actitudes, ni ninguna otra característica de la persona; el niño y/o adolescente, debe sentirse incondicionalmente aceptado por los adultos significativos; así como también tener una amplia red informal de apoyo social”.

Los principales atributos de las personas resilientes son (16):

a. Competencia social

“Las personas, sobre todo los adolescentes resilientes, responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, se muestran activos, flexibles y son fácilmente adaptables. Estas personas muestran las siguientes cualidades: están listos para responder a diferentes estímulos, se comunican con facilidad, son empáticos y afectuosos, y muestran comportamientos prosociales” (16). Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor, las personas que tienen un adecuado sentido del humor logran alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándoles el lado cómico. Como resultado, los niños y adolescentes resilientes, desde muy temprana edad, tienden a establecer más relaciones positivas con los otros.

b. Resolución de problemas

Las investigaciones sobre resiliencia han concluido que la capacidad para resolver problemas se puede identificar, ya desde la niñez temprana, esto incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Durante la adolescencia, son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Se aprecia que los adultos que presentaban problemas psicológicos no habían desarrollado de manera eficiente la resiliencia durante la infancia o adolescencia. En otros estudios hechos con personas resilientes encuentran repetidamente la presencia de capacidades para la resolución de problemas en la infancia (16).

c. Autonomía

“El término “autonomía” se refiere a un fuerte sentido de independencia, a la capacidad de tener un control interno y un sentido de poder personal, autodisciplina y el control de los impulsos. Es un factor protector de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. Se considera también como la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, como una de las características más importantes de los niños y adolescentes que crecen en familias con problemas de alcoholismo y enfermedad mental” (16).

d. Sentido de propósito y de futuro

El sentido de propósito y de futuro, se relaciona con la autonomía, el sentido de autoeficacia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente. Dentro de esta categoría entran varias cualidades repetidamente identificadas en lo publicado sobre la materia como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia (16).

De estas cualidades, las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor, son los principales motivadores que permiten llegar a la adultez siendo resilientes. El deseo de ser exitosos en el futuro, es un importante factor persuasivo que favorece la resiliencia (17).

2.2. Distrés emocional

2.2.1. Concepto

En el estudio de Martínez y cols (18), se señala que la respuesta de distrés emocional se definiría como “una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva las enfermedades, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado”. El término hace alusión a una variedad de respuestas que se extenderían a lo largo de un continuo, e incluyen desde reacciones emocionales “normales” y frecuentes a la enfermedad (vulnerabilidad, tristeza, temor, etc.) hasta aquellas otras más “severas” o “graves” que pueden generar disfuncionalidad en el paciente y sus familiares (cuadros clínicos de ansiedad, pánico, depresión; crisis existenciales y/o espirituales, etc.).

En relación a la idea de enfermedad, Rodríguez y Frías citado por Goicochea, (20), señala que se está diferenciando entre “estar” y “sentirse” enfermo, en función de diferentes factores psicológicos, personales, y conductas de salud, anteriormente se habían diferenciado los términos del inglés en el estudio de Wikman, Marklund y Alexanderson, citado por Goicochea (20), donde explica que el término “disease” se emplea para la condición diagnosticada de manera objetiva, a diferencia de “illness” que se refiere a la mala salud percibida subjetivamente por uno mismo; además un tercer término es “sickness” que se refiere al rol social, es decir, lo que la sociedad entiende por enfermedad. Entre los factores psicológicos citados y que influyen en el estado de salud o enfermedad, el factor psicológico más importante es el estrés.

Según cita Goicochea (20) haciendo referencia a los autores Lazarus y Folkman quienes en 1984, propusieron un concepto del estrés que dice: “una relación entre la persona y el medio ambiente que es apreciada por la persona como agotadora o excediendo sus recursos y amenazando su bienestar”. El análisis de esta definición permite identificar

tres aspectos importantes: estrés como estímulo (estresor), estrés como respuesta (entorno) y, por último, estrés como transacción, que incluye a las dos anteriores.

Goicochea (20) cita al modelo transaccional del estrés descrito por Barraza, lo cual conlleva un proceso de entrada-salida. En el primero, ocurre el acontecimiento estresante, y en el segundo, se ponen en marcha, diferentes mecanismos o recursos que tienen las personas y que serán necesarios para enfrentarse a las demandas. Según sea la interpretación de los acontecimientos sucedidos, se han descrito tres tipos de valoraciones (20):

- **Positiva:** Se utiliza o dispone de los recursos necesarios para enfrentarse al acontecimiento estresante de forma favorable. Caracterizado por un resultado equilibrado.
- **Negativa:** No cuenta con los recursos necesarios, por ello, la persona se encuentra desbordada, con emociones negativas ante la amenaza que le supone. Representa un resultado desequilibrado.
- **Neutra:** El acontecimiento no implica al individuo.

Los hallazgos de un meta-análisis sobre prevalencia de distrés en población hospitalaria señala un porcentaje que oscila entre el 30% y el 40% (19, 20). Se estima que casi cuatro de cada diez pacientes muestran niveles de distrés clínico en algún momento del proceso de la enfermedad, esto es más resaltante aun cuando se trata de personas con enfermedades graves como el cáncer. Esta respuesta emocional parece estar modulada por distintos factores, entre los cuales se describen a los factores relacionados con la enfermedad, en función de ello en varias investigaciones se describen niveles distintos de distrés emocional de acuerdo al tipo y severidad de la enfermedad, localización y estadios de las enfermedad en el caso del cáncer, edad de los pacientes, es mayor el distrés emocional cuando el paciente es un lactante o un niño y también pueden variar en función de los tratamientos recibidos.

2.2.2. Factores generadores de distrés emocional

Los factores que son susceptibles de causar distrés emocional en los padres de los niños hospitalizados son:

a. Factores derivados del niño

Diferentes autores señalan que los factores relacionados con el paciente parecen ser los más estresantes para los padres (21, 22, 23). En el estudio de Chourasia et al (24) señalan que estos factores se ubican en segundo lugar, luego de la alteración del rol parental. Entre los factores derivados del niño, aquellos aspectos que generan mayor alarma y estrés para los padres son los relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad infantil (ejemplo: inmovilidad y dolor), la apariencia física del niño tras la enfermedad, la presencia de dispositivos y contenciones, entre otros (25, 26).

a.1. Estado clínico y apariencia física del niño: Estos aspectos implican para los padres tener una mayor aproximación o confrontación con una mayor fragilidad del niño, porque mientras está rodeado de equipos y dispositivos durante su hospitalización, genera en los padres altos niveles de distrés emocional (27, 28, 29). En el estudio de Board et al (12) se encontró que el 100% de padres de pacientes hospitalizados en una UCI refieren que es muy estresante la presencia de “tubos” en sus hijos y el 93% de ellos consideraron estresantes el uso de agujas para los distintos tratamientos durante la hospitalización. Algunos estudios destacan que los padres no serían capaces de precisar la gravedad del estado clínico de sus hijos (22, 30), con lo cual el estudio de Franck et al (21) tiene discordancia, porque señala que los niños sí son capaces de hacer juicios válidos sobre la condición de sus hijos.

a.2. Comportamiento del niño, sedación, inmovilidad y eventual dolor: Los niños que se encuentran críticamente enfermos por lo general reciben sedación y están inmovilizados, por ello, la familia y el equipo de salud solo pueden suponer lo que les causa dolor, incomodidad y sufrimiento, en este contexto de enfermedad de los niños, los padres presentan altos grados de distrés emocional (28).

a.3. Diagnóstico: En muchas ocasiones los niños presentan más de un diagnóstico pero los estudios demuestran que esto no ocasiona un grado mayor de distrés emocional en los padres (23), sin embargo, la gravedad del diagnóstico clínico sí es capaz de incrementar el distrés emocional de forma muy importante (28, 26, 31). Un estudio realizado por Wray et al (32) que comparó el distrés emocional en un grupo de padres de niños operados

de cardiopatía congénita no encontró diferencias en el distrés de los padres de niños con lesiones cianóticas y acianóticas.

b. Factores derivados de los padres

En varios estudios se han podido dilucidar los efectos de la hospitalización de los niños críticamente enfermos, la exposición a factores estresantes y el gran número de reacciones emocionales que se producen en los padres, así como su relación con los niveles de distrés emocional (28, 33). Entre los principales factores podemos destacar:

b.1. Alteración del funcionamiento familiar y sentimientos paternos: El proceso de hospitalización de un niño puede causar en los padres sentimientos de incredulidad, culpa, frustración, ansiedad, ira, miedo y rebeldía. Estos sentimientos están implicados en el desarrollo de estrés y depresión en los padres como resultado de su aparente incapacidad para resolver la situación (26, 29). También se ha señalado que durante la hospitalización, se altera el normal funcionamiento familiar, en cuanto a horarios de trabajo, tipo y hora de comidas, atención del hogar, relaciones sociales y familiares, atención de los padres para los otros hijos, cambios en el presupuesto normalmente asignado a diferentes actividades de la familia como son las actividades de recreación, entre otros aspectos, con el propósito de atender prioritariamente las exigencias médicas del niño enfermo. Todas las situaciones mencionadas pueden influir de forma negativa durante el proceso de traslado a la unidad de hospitalización o al momento del alta, porque se suscitan situaciones donde es necesaria una mayor participación de los padres para el cuidado de los hijos, haciendo que esta sea más activa y necesaria y capaz de generar, incluso, síntomas de estrés postraumático (34, 35).

b.2. Pérdida del rol parental: Este factor es especialmente importante en la génesis del distrés emocional de los padres. La pérdida del rol parental se debe a la separación de su hijo y al hecho de que se sientan incapaces de cuidarlo, protegerlo y compartirlo con la familia, porque estas actividades son delegadas al cuidado del personal de salud (23). El proceso de hospitalización produce intranquilidad e incertidumbre acerca de su rol de padres y muchas veces causa angustia porque los padres presentan sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento del cuidado del hijo enfermo (24, 25, 26). Es por ello que se pueden presentar distintos grados de distrés emocional en los padres debido a

la ansiedad que les genera estar separados de su hijo, no poder alimentarlo, cuidarlo todo el tiempo debido a las visitas tienen horarios reducidos y en consecuencia no pueden permanecer ambos padres todo el tiempo acompañando a su hijo (24).

c. Factores derivados del ambiente

c.1. Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos: Diversos estudios coinciden en señalar que los padres cuyos hijos son hospitalizados en las UCI presentan altos niveles de ansiedad, síntomas depresivos, altos niveles de distrés emocional y muchas manifestaciones somáticas relacionadas al distrés u otras manifestaciones psicoemocionales (36). Esto se debe a la amenaza inminente que representa la hospitalización para la integridad física e, incluso, ante la posibilidad de que los pacientes fallezcan, es por ello que la hospitalización en la UCI supone un evento sumamente estresante y desencadenante de distrés emocional para los padres y el resto de la familia del niño (28). Durante la permanencia del niño en las UCI, los padres están sometidos a una serie de estímulos que causan intranquilidad al presenciar que su hijo se encuentra conectado a diversos instrumentos terapéuticos y que recibe varios procedimientos, medicamentos, las múltiples vías para administración parenteral que se emplean para monitorizar y tratar a los niños y a los otros pacientes que se encuentran próximos (26, 33). En el contexto de la hospitalización en UCI se han identificado que los principales factores que causan distrés emocional son la asistencia tecnológica que requiere el niño, como tubos, equipos médicos, agujas, entre otros; los olores; las alarmas de los equipos y el ruido ambiental de la UCI; la gran cantidad de personas dentro de la unidad; la presencia continua de luces brillantes sin que se consideren los ritmos circadianos, es decir, que hay la misma cantidad de ruidos e iluminación tanto de día como de noche y esto perturba el sueño y tranquilidad de los pacientes, también son causa especial de distrés, la cantidad de monitores que existen en la UCI y los que se utilizan en los hijos (28).

c.2. Momento de ingreso y duración de la hospitalización: Los niveles de distrés emocional en los padres son más altos en los padres que hospitalizaron a su hijo en el Servicio de Pediatría y de pronto el niño es trasladado de forma imprevista a la UCI, en comparación con aquellos cuyos hijos fueron ingresados en forma electiva (37). Acerca

de la duración de la hospitalización, algunos estudios la describen como otro factor que contribuye al desarrollo de distrés emocional (21, 28).

d. Factores derivados del equipo clínico

d.1. Comunicación con el equipo profesional: varios estudios destacan que la inadecuada comunicación con el equipo clínico es un factor desencadenante de distrés emocional (26, 38). Se ha señalado que los aspectos más estresantes de la comunicación son las explicaciones demasiado rápidas o simples que brindan los profesionales, el uso de palabras técnicas que los padres por lo general no entienden, las apreciaciones contradictorias respecto al niño, la falta de atención cuando el niño o los familiares requieren de la presencia del personal de salud, no conocer a los miembros del equipo clínico responsable, el escaso contacto que tienen los padres e incluso los propios niños con el médico tratante, la información insuficiente acerca del estado de salud del niño, la negativa de muchos médicos de responder a las preguntas que realizan los padres, el trato cortante durante las conversaciones entre los médicos y los padres, como dando la sensación de que el médico no cuenta con tiempo para dar explicaciones claras a los familiares o que no tiene voluntad para responder y explicarles todas sus dudas respecto a la enfermedad, tratamiento, evolución y cuidados posteriores (28, 26). Sin embargo en otro estudio se encontró que la comunicación con el personal no constituye un factor causante de distrés emocional (39).

d.2. Múltiples integrantes del equipo clínico: El equipo clínico dentro de un servicio de hospitalización pediátrico, está conformado por múltiples profesionales, lo que ocasiona que durante el día acudan varias veces a la unidad de hospitalización del niño, esto suele ser considerado como un factor de distrés emocional tal como lo afirman diferentes estudios (28, 29, 40).

d.3. Satisfacción con la atención del equipo clínico: A pesar de que no es posible establecer una relación de carácter causal, varios estudios han demostrado que un buen apoyo por parte de los profesionales de la salud está asociado con menores niveles de distrés emocional (39, 23, 31). Un factor que se debe tener en cuenta debido a su importancia para los padres es mantener una relación de confianza con el equipo multidisciplinario y que sean informados diariamente respecto a la evolución que viene

presentando su hijo. Otros autores refieren que se debe promover la permanencia y apoyo de los padres en el cuidado del niño durante su alimentación, aseo matutino y en la noche porque la presencia de los padres ayuda a aliviar la ansiedad y el estrés que también presentan los niños, esto también mejora la relación entre los profesionales y los padres de familia (39, 41).

2.2.3. Efectos de la hospitalización en el niño

La hospitalización en el paciente pediátrico puede implicar la separación temporal de su entorno, que incluye a la familia, los amigos y el colegio. Esta separación podría tener como secuela el estrés. Es una reacción normal en los seres humanos tener miedo a lo desconocido o a un ambiente extraño. En tal sentido el paciente pediátrico tiene que adaptarse a cambios externos e internos que son causados por los tratamientos médicos, intervención quirúrgica y por el tratamiento (dieta alimentaria, horarios, pastillas, sueros, etc.) todo esto supone actividades y experiencias muy diferentes a las que ocurren en el contexto de la vida diaria lo que se asocia a alteraciones emocionales en el niño hospitalizado. El estrés puede verse afectado por varias características, como por ejemplo, aquellos factores que se derivan de la propia enfermedad, con sus características y limitaciones (42).

La hospitalización es inusual para el niño, en la medida que altera su vida cotidiana y la de la familia, afecta su asistencia al colegio y muchas veces debe dejar de asistir por periodos prolongados incluso con riesgo de perder ese año escolar si no cuenta con el apoyo de la institución educativa. Pero también causa restricciones en las actividades que realiza en su tiempo libre y su vida social, todo lo cual puede influir en su estado emocional, el estrés, el miedo, la ansiedad a su vez pueden afectar su pronta recuperación y generar fobias y otros trastornos como, alimenticios, sueños y afectivos (42). Hay varios factores que influyen en mayor o menor medida en el grado de afectación que la enfermedad provoca en el proceso normal de desarrollo del niño, entre los cuales destacan (42):

- a. La predisposición genética (rasgos propios del temperamento de cada persona).
- b. El pronóstico de la enfermedad, las enfermedades de pronóstico más grave o complicado generan un impacto terrible en el niño y la familia, asociado a altos grados de distrés emocional.

c. Las limitaciones a causa de la enfermedad, por ejemplo, las que se citó antes, no poder ir al colegio, no poder jugar o realizar otras actividades con la familia o amigos. d. La actitud de las personas que están en su entorno como padres, hermano, abuelos, primos y personal de salud si el niño aprecia que la familia esta estresada o preocupada, él sentirá más miedo aun.

Todos estos factores influyen en su desarrollo integral tanto físico, psicológico, social y emocional y dependerá específicamente de la edad del paciente pediátrico es decir, del momento de la aparición de dicha enfermedad y del momento de ingreso hospitalario. Varios autores mencionan los efectos de la hospitalización pediátrica. Lizasoain (43) destaca cuatro efectos importantes:

a. Impacto psicológico: se refiere al sentimiento de estrés, ansiedad y depresión originados por la percepción de la enfermedad como experiencia estresante.

b. Impacto somático: podrían presentarse alteraciones en la apariencia física y en la conciencia de la propia imagen corporal.

c. Impacto social: se refiere a la influencia de la hospitalización en las alteraciones en las relaciones e interacciones sociales.

d. Impacto ocupacional: en función de la enfermedad, secuelas y régimen de tratamiento, el niño deja de realizar actividades, como acudir regularmente al colegio o participar en actividades festivas y deportivas.

Es por ello que existe consenso en los diferentes estudios que señalan que la hospitalización del niño constituye una experiencia estresante y traumática para el paciente pediátrico. Asimismo, las alteraciones emocionales durante la hospitalización de los niños se asocian a diferentes sentimientos de miedo, ansiedad y estrés que, a su vez, pueden causar alteraciones conductuales tales como: agresividad, trastornos de sueño, conductas de oposición, conductas de evitación, déficit de atención, egoísmo, mutismo selectivo, conductas regresivas, etc (42, 44).

2.2.4. Efectos de la hospitalización del niño en la familia

En la hospitalización, la familia es el apoyo fundamental para el paciente pediátrico. El niño, al ser ingresado en el hospital, interrumpe la vida y dinámica familiar aunque este

ingreso sea programado o improvisado. La familia es el entorno más cercano desde que un niño nace y, es en ese proceso, cuando el paciente necesita más que nunca a su familia para poder afrontar y superar de la manera más natural y positiva posible el proceso de hospitalización. La hospitalización es un agente que puede producir estrés, provocando un desequilibrio funcional dentro de la unidad familiar (42). Este hecho podría producir tensión entre los integrantes de la familia. El aumento de la tensión se relaciona mucho con situaciones donde el niño tenga una enfermedad crónica o grave.

“El diagnóstico de una enfermedad infantil puede ser una crisis prolongada para cada uno de los miembros de la familia porque suele tener un imperante impacto psicológico sobre los padres y hermanos del niño hospitalizado, lo cual puede generar distrés y determinadas psicopatologías. La hospitalización de un hijo origina la reorganización en diferentes aspectos de la familia. Se producen cambios en la dinámica familiar que dependerá del diagnóstico, el temperamento y la edad del niño, estos cambios son los siguientes” (42):

- Cambio de domicilio o ciudad (estructurales)
- Dificultades con el cuidado del paciente pediátrico, el trabajo, los deberes con los demás hijos (económico).
- Pérdida de las relaciones o interacciones sociales.
- Surgen sentimientos de culpabilidad, preocupación, impotencia, inseguridad y tristeza (emocional).

Todos estos cambios pueden surgir por la hospitalización de un miembro de la familia y dependerá más aún si la enfermedad es grave o leve. La madre suele ser quien acompaña sin ninguna ley y ningún horario a su hijo, quedando en segundo plano los otros deberes que suele realizar como: las tareas domésticas, la atención o cuidado a la pareja y otros hijos, en la vida conyugal, en la vida social y el trabajo, o la obligación de dejar el trabajo, con la finalidad de cuidar y ocuparse del cuidado de su hijo enfermo, es decir, que la hospitalización del hijo genera un cambio en la vida cotidiana de la familia (42). Actualmente la inserción de las madres al mercado laboral está ayudando en que estas tengan más apoyo de la familia y que el padre ayude más en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos, sin embargo, la hospitalización puede afectar más aun en el caso de

las madres solas que además de cuidar a los hijos, los deberes del hogar también trabajan para el sustento de la familia, porque muchas veces pierden el trabajo o dejan de percibir ingresos económicos y en consecuencia la crisis se agudiza aumentando más el grado de distrés emocional.

Durante la hospitalización las familias atraviesan por distintas fases a las que Herrero hace referencia (45):

- a. **Fase de crisis:** “hace referencia cuando comprende el periodo anterior al diagnóstico médico. Es una fase intensamente estresante que puede generar ansiedad en cada uno de los miembros de la familia, poniéndose a prueba la fortaleza de la familia. En esta fase, el paciente pediátrico puede estar enfrentándose a su primera estancia hospitalaria” (45).
- b. **Fase crónica:** “es cuando se conoce el diagnóstico, la familia tiene la tarea de adaptarse. Es un periodo de desesperación, pánico y shock. La familia busca información sobre la enfermedad, tratamiento y actuación sobre la misma acudiendo a diferentes fuentes” (45).
- c. **Fase terminal:** “esta fase puede producirse en los peores casos, donde las familias deben afrontar la muerte y la pérdida de un integrante de la familia. El dolor desborda los límites, es por ello que es fundamental la intervención de personal sanitario, con el fin de orientar un duelo sano. En otras situaciones, este proceso culmina con la curación o mejora del paciente pediátrico siendo este dado de alta. Habitualmente, las reacciones que se dan tras el diagnóstico es la incredulidad, shock; estas respuestas suelen seguir y se convierten en miedo, ansiedad, estrés. La familia se acompaña de sentimientos de desesperanza, culpabilidad y frustración. Durante el proceso de estas tres fases se da un aspecto específico propio de cada dinámica familiar que tendrá relevante influencia en el proceso de adaptación a la hospitalización de unos de los miembros de la familia, dicho aspecto es la resiliencia, esta capacidad es fundamental porque se repone ante la adversidad, afronta con cordura, construye esperanzas, es decir, es la capacidad de un grupo de personas de desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de encontrarse en situaciones dolorosas” (45).

También existen otros aspectos externos que intervienen en la adaptación de la familia en el proceso de hospitalización, estos aspectos tiene que ver con las acciones de los profesionales del entorno hospitalario. Los profesionales de un hospital pediátrico, como pedagogos, enfermeras, médicos, entre otros, cumplen un papel muy importante en cuanto a que pueden ayudar en el proceso de adaptación que atraviesan todos los miembros de una familia y específicamente, en la adaptación del paciente pediátrico. Los aspectos que los profesionales de hospitalización pediátrica debieran tener en cuenta para ayudar al paciente y a su familia a adaptarse positivamente en el entorno hospitalario son los siguientes (46):

- Trato humanizado, sensible y empático, explicar de manera comprensible el diagnóstico, tratamiento, las intervenciones y la toma conjunta de posibles decisiones.
- Prestación de cuidado y asistencia al paciente pediátrico con amabilidad y con explicaciones acordes a su edad, esto contribuye a mejorar la percepción y situación.
- Interesarse por el estado de la familia, más allá de la hospitalización, especialmente en caso de fallecimiento del paciente, la familia en situaciones de tensión y estrés suele utilizar dos tipos de respuestas: 1. La respuesta centrípeta, hace referencia cuando la familia gira en torno del paciente pediátrico, situándose como eje de atención y produciendo un desequilibrio en la función familia respuesta centrar y muchas veces siendo los hermanos los olvidados. 2. La respuesta centrífuga, se refiere cuando sólo un miembro de la familia se ocupa del paciente pediátrico y, generalmente, suele ser la madre. Esta interacción y asistencia constante puede producir una codependencia entre madre e hijo, produciendo una disfunción conyugal (46).

La hospitalización infantil presenta habitualmente repercusiones negativas, no sólo en el paciente pediátrico, sino también en la familia y especialmente en los padres. Los estresores percibidos por los progenitores en el contexto hospitalario, sus expresiones emocionales negativas ante los mismos, además de otros aspectos inherentes al propio proceso de hospitalización del niño, son variables moduladoras que pueden ejercer gran influencia sobre sus hijos enfermos y hospitalizados (42). Parece evidente que si los padres logran adaptarse eficazmente, influirán favorablemente sobre el niño. Si por

el contrario, se muestran ansiosos o preocupados, contribuirán a incrementar los niveles de ansiedad del hijo. El distrés en la familia del paciente pediátrico puede ser de mayor grado cuando el niño tiene una enfermedad crónica. Así, la hospitalización de un niño probablemente sea un hecho que causa gran tensión en la familia. Este distrés puede incrementarse, aún más en los casos de enfermedades graves, cuando el niño ha sido poco o mal preparado para la hospitalización, cuando la etiología de la enfermedad no está clara y cuando el resultado es incierto. El papel de la familia en la experiencia de hospitalización es fundamental en lo que se refiere a disminuir la ansiedad, el estrés, los trastornos del sueño, la mala interpretación de la información y las alteraciones emocionales y conductuales del niño. Se ha comprobado que si la madre o el padre tienen influencias positivas en las reacciones de su hijo, puede resultar beneficioso que formen parte del equipo que cuida al niño, ya que puede conseguir minimizar los efectos perjudiciales y potenciar los efectos beneficiosos de la experiencia hospitalaria. La familia también sufre un impacto emocional durante la enfermedad y la hospitalización de su hijo, por lo que también requieren ser preparados para cubrir una serie de necesidades básicas e importantes para él: la presencia y apoyo que tanto ayudan a contribuir la mejor adaptación del paciente pediátrico (46).

Los padres están expuestos, en el contexto hospitalario, a estresores que pueden generar intranquilidad, impaciencia y preocupación, sentimientos de incapacidad ante el desconocimiento de las labores de cuidado de sus hijos enfermos. Todas estas circunstancias, entre otras, conducen en ocasiones al incremento de expresiones de miedo, estrés e incluso ira, componentes de una emoción negativa más intensa, pero sobre todo, por la percepción de las reacciones de alteración emocional de los padres. Algunos autores concluyen que podrían ser tres las categorías de factores que pueden incidir el estrés paterno durante la hospitalización de un hijo. Así, se destacan como aspectos más relevantes la gravedad de la enfermedad infantil, la calidad de la comunicación entre el personal sanitario y los padres y, por último, las circunstancias familiares previas a la hospitalización, entre las que se incluyen la estabilidad o la calidad de las interacciones familiares (46). Asimismo, los factores que pueden intervenir en el distrés parental durante la hospitalización son los siguientes:

- Las expectativas puestas sobre el niño.
- El temperamento del niño.

- La capacidad de organización familiar.
- La visión de sí mismos como padres.
- La naturaleza de los procedimientos médicos requeridos según el tratamiento.
- Relación con el personal sanitario.
- La relación matrimonial.
- La relación con los demás hijos.
- La severidad de la propia alteración y su pronóstico.

En la mayoría de los padres durante la hospitalización, los factores señalados influyen en sus reacciones, normalmente, suelen tener sentimientos de culpabilidad, frustración, rabia, desconsuelo, impotencia y pérdida de control. De hecho, entre las opciones de intervención práctica, siempre se incluye la facilitación de una información de calidad y eficaz a los progenitores, junto con iniciativas más diversas dirigidas a reducir efectos emocionales e incluso psicopatológicos como consecuencia de la enfermedad y la hospitalización. Las reacciones de los padres ante la enfermedad y la hospitalización pueden influir objetiva y subjetivamente en la respuesta que va a manifestar el paciente pediátrico ante los mismos aspectos porque el estrés parental dificulta en la capacidad de adaptarse a la hospitalización.

Es poco común que los padres estén inicialmente preparados para llevar a cabo las modificaciones en las rutinas familiares que una enfermedad seria y un ingreso sanitario implican, ocasionándoles sentimientos de desesperanza e impotencia. La influencia de los padres sobre sus hijos dependerá principalmente de dos aspectos: de las reacciones de los padres ante la situación específica de la hospitalización y las características generales en la relación padres e hijo. Los padres que manifiestan ansiedad en presencia de sus hijos transmiten dicha emoción a los niños. La edad de los pacientes pediátricos hospitalizados también parece tener efectos diferenciales en el grado de estrés y en el impacto de la experiencia. La etapa comprendida entre los cuatro meses y los seis años es la que parece provocar, con respecto a la hospitalización, mayor grado de preocupación, ansiedad y estrés en los padres (42). El estrés paterno aparece también como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización. Algunas conductas principales que aparecen en los padres suelen estar asociados con problemas de desadaptación psicosocial en el niño hospitalizado, la

sobreprotección, conflictos familiares y la baja tolerancia a la frustración. Algunos estudios han mostrado que, en general, los padres con niveles educativos más bajos tienden a demostrar tasas superiores de estrés con la hospitalización de sus hijos, que aquellos padres con niveles educativos más elevados (42. 44). Sin embargo, estos mismos estudios hablan de una mayor intransigencia, crítica y desconfianza por aquellos padres con niveles educativos más altos. Asimismo, la hospitalización infantil no sólo es estresante para el niño, sino también para los padres, que informan las reacciones negativas como ansiedad, miedo, indefensión, depresión, confusión, alteración del sueño, pensamientos intrusivos y disminución del rendimiento; más aún, en algunos casos se constata que los progenitores experimentan mayor grado de malestar. La hospitalización pediátrica puede alterar diferentes aspectos biológicos, sociales y emocionales. Para entender su influencia, es conveniente tener en cuenta los factores evolutivos y hereditarios, ya que pueden ser determinantes para afrontar la situación hospitalaria. En este sentido la consecuencia principal de la hospitalización infantil puede ser el distrés. Por tanto se concluye que la hospitalización del niño sólo es estresante para el niño, sino también para sus padres y resto de la familia.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

Autor: Ramírez Muriel, Navarro Sandra, Clavería Cristián, Molina Yerko, Cox Alfonso.

Título: Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Fuente: Rev. chil. pediatr. 2018; 89(2): 182-189.

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar cuáles son los principales estresores percibidos por los padres/madres de niños/as en UCIP y qué variables se asocian. Participaron 217 padres de niños/as en la UCIP. Resultados: se identificaron tres dimensiones de estresores: Clínica, Emocional y Comunicación con el equipo de atención de salud. La dimensión clínica fue la más estresante, con los factores imágenes o sonidos, procedimientos e intervenciones y el aspecto del hijo, las dimensiones relacionadas con la conducta y la comunicación con el equipo resultaron menos estresantes. Además, se asocian a una mayor percepción de estrés para las distintas dimensiones, tener: experiencias previas en UCIP, ingreso programado, ingreso por patología cardiaca, hijo único, mayor nivel educacional y no tener pareja (45).

Autor: Doupnik Stephanie, Hill Douglas, Palakshappa Deepak, Worsley Diana, Bae Hanah, Shaik Aleesha, Qiu Maylene, Marsac Meghan, Feudtner Chris.

Título: Intervenciones de apoyo de afrontamiento de los padres durante las hospitalizaciones pediátricas agudas: un metanálisis.

Fuente: Pediatrics. 2017; 140(3).

Resumen: El objetivo fue describir las intervenciones diseñadas para proporcionar apoyo de afrontamiento a los padres de niños hospitalizados y realizar un metanálisis de los resultados de la intervención de apoyo de afrontamiento (ansiedad, depresión y estrés de los padres). Resultados: Las búsquedas iniciales arrojaron 3450 resúmenes para su posible inclusión. Treinta y dos estudios cumplieron los criterios de inclusión en la revisión sistemática y 12 estudios cumplieron los criterios de inclusión en el metanálisis. Los resultados más comúnmente medidos fueron los síntomas de depresión, ansiedad y estrés de los padres. En el metanálisis, los efectos de intervención combinada redujeron significativamente la ansiedad y el estrés de los padres, pero no la depresión (46).

Autor: Baker Samantha, Gledhill Julia.

Título: Revisión sistemática de intervenciones para reducir la morbilidad psiquiátrica en padres e hijos después de los ingresos en la UCIP.

Fuente: Pediatr Crit Care Med. 2017; 18(4): 343-348.

Resumen: El objetivo fue describir y evaluar intervenciones dirigidas a reducir la morbilidad psiquiátrica en padres e hijos dados de alta de PICU. Resultados: de setecientos cincuenta y tres artículos inicialmente se realizaron búsquedas manuales que identificaron tres estudios donde destaca que las intervenciones se dirigieron principalmente a los padres (particularmente a las madres), con el objetivo de reducir la psicopatología, especialmente el trastorno de estrés postraumático. Los resultados de estos estudios demostraron que las intervenciones pueden conducir a una reducción en la psicopatología de padres e hijos. Los ingredientes clave de estas intervenciones incluyeron la psicoeducación, el apoyo de los padres después del alta, ofreciendo intervención a aquellas familias con alto riesgo de desarrollar psicopatología como se identifica mediante la detección en el punto de alta, el seguimiento de todas las familias con el objetivo de encontrar casos e intervenciones específicas para enfrentar los síntomas del trastorno de estrés postraumático (47).

3.2. Nacionales

Autor: Campos Yuliana.

Título: Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017.

Fuente: Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2017.

Resumen: El objetivo fue determinar el nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de Neonatología en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2012. Participaron 30 madres. Resultados: el 70% tienen un nivel de estrés medio, 17% alto, y 13% bajo. Según el ambiente del UCIN, 40% medio, 33% bajo y 27% alto; en la comunicación del personal 70% tienen estrés medio, 27% bajo y 13% alto (48).

Autor: Sánchez Flor.

Título: Vivencia materna relacionado con la hospitalización de su hijo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, Hospital Belén, Trujillo, 2014.

Fuente: Tesis presentada a la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Trujillo, 2015.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo analizar comprensivamente las vivencias maternas relacionada con la hospitalización de su hijo hospitalizado en la UCIP del servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo, 2014. Concluyeron que las madres muestran sentimientos de llanto, angustia, tristeza, miedo, temor, desesperación, culpa y de afrontamiento, ante la hospitalización, al mismo tiempo tienen confianza en el equipo de salud en especial a la enfermera, entendiendo que sus hijos necesitan de una atención especializada, pero es la fe en Dios lo que les ayuda a continuar en su lucha diaria y lograr que su niño se sane (49).

3.3. Locales

No se han encontrado estudios similares actuales.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la resiliencia y el distrés emocional de padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2019.

4.2. Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

Establecer el nivel de resiliencia de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

Establecer el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

Determinar la relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

Establecer si existe relación entre las características sociodemográficas y el nivel de resiliencia y nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

5. HIPÓTESIS

Dado que la hospitalización del niño supone un evento estresante para los padres de familia debido a que existen diversas situaciones en el contexto de la hospitalización que pueden ser generadoras de estrés las cuales deben ser sobrellevadas por los padres;

Es probable que exista relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de distrés emocional de los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnicas

Para evaluar las dos variables de estudio se utilizará como técnica la entrevista.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young: La escala de resiliencia fue elaborada por Wagnild y Young en 1988 (50), teniendo como propósito identificar la capacidad de resiliencia individual, dado que esta es una característica o cualidad positiva de la personalidad que permite que las personas resilientes puedan adaptarse a diversos tipos de situaciones complejas o estresantes. La escala está compuesta por 25 ítems que se califican en escala tipo Likert de 7 puntos, las alternativas de respuesta son: 1 en desacuerdo y el máximo acuerdo se califica con 7 puntos. Todos los ítems tienen calificación positiva, el puntaje más alto nos indica mayor capacidad de resiliencia, el puntaje final puede variar desde 25 a 175 puntos. Las categorías finales de la escala son (51, 16):

Resiliencia alta	146 – 175 puntos.
Resiliencia moderada	121 a 145 puntos.
Resiliencia baja	25 a 120 puntos.

La confiabilidad de la escala evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach es alta en diversos estudios presenta un rango de 0.84 a 0.94 (16). Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en el Perú y en estudios realizados en Arequipa se han obtenido confiabilidades de 0,92 y 0,94 (16).

1.2.2. Inventario de distrés emocional percibido: Es un instrumento elaborado por Manolete y validado en el Perú por Moscoso (52). El inventario consta de 15 ítems que evalúan la presencia y severidad de distrés emocional y disturbio emocional en distintos

tipos de personas que están sometidas o expuestas a situaciones estresantes. Las dimensiones que se evalúa con el inventario son: ansiedad, depresión, la forma como se expresa la cólera / ira, y desesperanza, a su vez permite que se diferencien la expresión y supresión de la cólera. Las respuestas a cada ítem nos brindan la medida en que la persona está experimentando los síntomas que se presentan en situaciones de distrés emocional hasta con un mes de anterioridad e incluye la semana y día de la evaluación. El inventario está diseñado con Escala tipo Likert con tres alternativas de respuesta de cuatro puntos: en ningún momento (0 puntos); a veces (1 punto); Frecuentemente (2 puntos); en todo momento (3 puntos). Los puntajes del inventario varían entre 0 y 45 puntos. Para obtener la calificación final, se suma el puntaje y se compara con el siguiente baremo (52):

Distrés emocional Bajo	0 – 14 puntos.
Distrés emocional Regular	15 a 30 puntos.
Distrés emocional Alto	31 a 45 puntos.

La confiabilidad del instrumento en la versión validada en el Perú por Moscoso (52) establecida por el coeficiente alpha de Cronbach es 0.91, lo cual indica una alta confiabilidad y consistencia interna.

Al final de la escala se incluyen las características sociodemográficas de las unidades del estudio que incluyen la edad, sexo, parentesco con el niño, estructura familiar y número de hijos, estas variables no requieren de validación porque son sólo para recojo de información.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio será realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión s/n, en el Distrito, Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

Se trata de un estudio coyuntural que será realizado durante los meses de mayo a agosto del año 2019.

2.3. Unidades de estudio

El universo está conformado por los padres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría. Se trabajará con todos los padres que tengan hijos hospitalizados durante los meses de junio y julio y que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Padres sin límite de edad, de ambos sexos, que tengan niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado.
- Padres que acepten participar en la investigación mediante el llenado del instrumento.
- Padres cuyos hijos tengan una permanencia en hospitalización mínima de dos días.

Criterios de exclusión:

- Padres que no firmen el consentimiento informado para participar.
- Padres que soliciten el alta voluntaria del niño antes de los dos días de hospitalización.
- Padres con alteraciones sensoriales u otras que afecten el llenado del instrumento.

Las unidades de estudio estarán conformadas por los padres de familia.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Después de que los jurados dictaminadores aprueben el proyecto de tesis, se solicitará que el Decano de la Facultad de Medicina Humana nos otorgue la carta de presentación dirigida al Director del Hospital Regional Honorio Delgado, para que nos autorizará la realización del estudio.
- Se coordinará con el Jefe del Servicio de Pediatría para poder aplicar los instrumentos a los padres de familia, mientras estos se encuentren acompañando a su hijo o hija hospitalizados. Verificando que los padres cumplieran los criterios de inclusión, se les explicará el propósito de la investigación y se solicitará su participación mediante la firma del consentimiento informado y luego de ello se aplicaran los instrumentos, mediante la técnica de la entrevista hasta completar la población de estudio.
- Una vez concluido el periodo de recolección de datos, se elaborará la base de datos en el Programa Excel y luego se efectuará el análisis estadístico de los resultados, después de ello se elabora el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

La investigadora: Srta. Alexandra Yrina Tejada Huanqui.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodriguez

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Hospital Regional Honorio Delgado.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora e insumos, software estadístico.

Financieros:

Recursos propios.

3.4 Validación del instrumento

Los dos instrumentos aplicados son validados en estudios internacionales y nacionales como se ha descrito en la sección de instrumentos.

3.4 Criterios para el manejo de los resultados

El análisis estadístico se realizará mediante estadística de tendencia central para las variables ordinales, lo que permite calcular la media, valores mínimos y máximos, mediana y desviación estándar. Las variables se expresarán en las tablas a través de frecuencias absolutas y relativas. Como prueba de significancia se aplicará la Prueba t, por tratarse del análisis de dos variables ordinales.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Actividades				
Elaboración del proyecto	X X			
Presentación y aprobación del proyecto	X X	X X X		
Recolección de datos		X X	X X X X	
Elaboración del informe final				X X X X
Presentación del informe final				

Fecha de inicio: Mayo 2019

Fecha de término: Agosto 2019.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar la adversidad. España: Gedisa; 2007.
2. Barudy, J. Dantagnan, M. La Fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil. Barcelona: Gedisa, 2011.
3. Castilla, H. y cols. Análisis exploratorio de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes jóvenes y adultos universitarios de Lima Metropolitana. Rev. psicol. Arequipa, 2014 / 4(1), 80-93.
4. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. Bv. J. of Psych. 1984; 147: pp. 589-611.
5. Musitu G. La resiliencia en el ámbito familiar y escolar. “Misión posible”. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla España. 2013.
6. Gaspar F. Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016 [Tesis para licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión. 2017.
7. Jiménez E. Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Valencia; 2016. [Fecha de acceso 22 - 6 de 2019].
8. Nieto A, Pinto A. Desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2017.
9. Rutter, M. Resilience, competence and coping. Child Abuse and Neglect. 1993; 31, 205-209.
10. García M. C, Domínguez E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2013; 11 (1), pp. 63-77.
12. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. Developmental psychopathology. 2006; 3: 739-795.
13. García C, Jansen A, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006, 368(9543):1260-9.
14. Gómez A. La Resiliencia en la Medicina Social. Mac Graw Hill Interamericana: México. 2012.

15. Munist M, Santos H, Kotliarenco M. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos. 2 da edición. 2010.
16. Sanca S. Relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia de los estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016. [Tesis de Título Profesional]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2016.
17. Bacikova M, Benka J, Orosova O. Parental employment status and adolescents' health: the role of financial situation, parent-adolescent relationship and adolescents' resilience. *Psychol Health* 2015, 30(4):400-22.
18. Martínez P, Andreu Y, Galdón MJ, Romero R, García A, Llombart P. Distrés emocional y problemas asociados en población oncológica adulta. *Psicooncología* 2017;14:217-228.
19. Mitchell A, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological and palliative care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet* 2011;12:160-74.
20. Goicochea M. Reacción y resiliencia ante la hospitalización infantil. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma de Madrid. España, 2018.
21. Franck S, McQuillan A, Wray J, Grocott M, Goldman A. Parent Stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatr Cardiol* 2010;31(7):961-8.
22. Casey FA, Craig BG, Mulholland HC. Quality of life in surgically palliated complex congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1994;70(5):382-6.
23. Rocha G, Candeaias L, Ramos M, Maia T, Guimarães H, Viana V. Stress e satisfação das mães em Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Med Port* 2011;24(S2):157-66.
24. Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *J Pediatr Nurs* 2013;18(3):195-202.
25. Chourasia N, Surianarayanan P, Bethou A, Bhat V. Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26(6):616-8.
26. Fernández Castillo A, López Naranjo I. Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad estrés* 2006;12(1):1-17.

27. Astudillo Araya A, Martínez Martínez A, Muñoz Badillo C, Pacheco Lema M, Sepúlveda Garay A. Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. *Ciencia y Enferm* 2012;18(1):67-75.
28. Costa JB, Felicetti CR, Costa CR, Miglioranza DC, et al. Factores estresantes para familiares de pacientes críticamente enfermos de una unidad de terapia intensiva. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(3):182-9.
29. Parra Falcón F, Moncada Z, Oviedo Soto S, Marquina Volcanes M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index Enferm* 2009;18(1):13-7.
30. Ramírez M. et al. Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(3):263-267.
31. 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. *Acta Paediatr* 2013;102(1):8-14.
32. Wray J, Sensky T. Psychological functioning in parents of children undergoing elective cardiac surgery. *Cardiol Young* 2004;14(2):131-9.
33. Perlin D, Oliveira S, Gomes G. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm* 2011;32(3):458-64.
34. Universidad de Granada. Estrés de los padres frente a la hospitalización de sus hijos. España; 2014. Disponible en: <http://www.infocop>
35. Utens E, Versluis-Den Bieman HJ, Verhulst FC, Witsenburg M et al. Psychological distress and styles of coping in parents of children awaiting elective cardiac surgery. *Cardiol Young* 2011;31 (2):281 – 289.
36. Grau C, Fernández H. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Sis San Navarra*. 2016; 33 (2) Pamplona.
37. Marcano SanzL, Díaz Bertol E, Serrano Ricardo G, Lima Aguilera Y. Dilemas bioéticos del postoperatorio en cirugía cardiovascular pediátrica: futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico. *Humanid Méd* 2011;11(2):246-58.
38. Rubiños A. Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*. 2012; 15-33.
39. Crandell L, Sandelowski M, Leeman J, Havill L, Knafel K. Parenting behaviors and the well-being of children with a chronic physical condition. *Families, Systems, & Health*. 2018; 36(1), 45-61.

40. Foster K, Young A, Mitchell R, Van C, Curtis K. Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*. 2017; 48(1), 114-120.
41. Oliveira M, Amorim C, Alves A, Dias L, Silveira A, Enumo F. Estresse, autorregulação e risco psicossocial em crianças hospitalizadas. *Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2018; 6(1), 39-48.
42. Anaya J. Estrés parental e infantil en situación de hospitalización pediátrica. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Navarra, España, 2016.
43. Lizasoáin O. *Pedagogía Hospitalaria: Compendio de una década*. Logroño, España: Siníndice. 2011.
44. Ochoa B. *Puesta en Práctica de la Pedagogía Hospitalaria*. 2da ed. Pamplona: Ulzama digital Ediciones. 2015.
45. Ramírez M, Navarro S, Clavería C, Molina Y, Cox A. Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos *Rev. chil. pediatr.* 2018; 89(2): 182-189.
46. Doupnik S, Hill D, Palakshappa D, Worsley D, Bae H, Shaik A, Qiu M, Marsac M, Feudtner C. Intervenciones de apoyo de afrontamiento de los padres durante las hospitalizaciones pediátricas agudas: un metanálisis. *Pediatrics*. 2017; 140(3).
47. Baker S, Gledhill J. Revisión sistemática de intervenciones para reducir la morbilidad psiquiátrica en padres e hijos después de los ingresos en la UCIP. *Pediatr Crit Care Med*. 2017; 18(4): 343-348.
48. Campos Y. Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017. [Tesis de segunda especialización]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2017.
49. Sánchez F. Vivencia materna relacionado con la hospitalización de su hijo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, Hospital Belén, Trujillo, 2014. Fuente: [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Trujillo, 2015.
50. Wagnild G. The resilience scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14). 2009.
51. Lueger B, Weindl D, Kantor V, Knepfel M, Glück T, Moy Y, Butollo A, Jagsch R. Resilience and mental health in adult survivors of child abuse associated with the institution of the Austrian Catholic Church. *J Trauma Stress* 2014, 27(5):568-75.

ANEXO 1

INVENTARIO DE DISTRES EMOCIONAL PERCIBIDO

Elaborado por Manolete S. Moscoso, Ph.D.

Instrucciones: Por favor lea cada frase y marque con un aspa (X) (0-1-2-3) que describa mejor la manera de como se ha sentido desde que su hijo o hija está hospitalizada. No tome mucho tiempo en cada ítem, pero dé la respuesta que describa mejor sus sentimientos hasta el día de hoy.

Nº	Item	En Ningún Momento 0	A Veces 1	Frecuentemente 2	En Todo Momento 3
1	Me fastidio fácilmente.				
2	Me siento tenso (a).				
3	Me siento distante de mi familia y amigos.				
4	Me siento más enojado (a) de lo que estoy dispuesto a admitir.				
5	Me siento nervioso (a).				
6	Me siento confuso (a) e inquieto (a).				
7	Me siento agobiado (a) por las “dificultades sencillas”.				
8	Me preocupa que la salud de mi hijo empeore.				
9	No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme.				
10	Tengo muchas dudas de que la atención que mi hijo está recibiendo sea la adecuada.				
11	“Estoy que reviento” pero trato de no mostrarlo.				
12	Estoy perdiendo la fe en el tratamiento médico.				
13	Me siento molesto (a).				
14	Me siento triste.				
15	Siento que soy un fracaso.				
TOTAL					

ANEXO 2

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada afirmación y encierre en un círculo el número que está al lado de la afirmación que más refleje su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación. Asegúrese de encerrar en un círculo sólo una de las respuestas para cada grupo de afirmaciones. No deje ninguna afirmación sin contestar.

No.	Ítemes	En desacuerdo			De acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando planeo algo lo realizo.							
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3	Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
4	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8	Soy amigo de mí mismo.							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10	Soy decidido.							
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12	Tomo las cosas una por una.							
13	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14	Tengo autodisciplina.							
15	Me mantengo interesado en las cosas.							
16	Por lo general, encuentro algo de qué reírme.							
17	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							

19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20	Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.							
21	Mi vida tiene significado.							
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23	Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

Características sociodemográficas

Edad..... Sexo Masculino Femenino

Parentesco con el niño: Madre Padre

Estructura familiar:

Nuclear

Compuesta o extensa

Monoparental

Conviviente

Mixta

Número de hijos: