



Facultad de
Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO DE ESTRÉS PARENTAL Y EL CONFORT DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

Autor:

Kelly Mara Turcatti Prestes

Tutores:

Mag. María Gabriela Dotti Ríos
MSc., PhD María Fernanda Blasina Viera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2025

Lista de siglas

UdelaR: Universidad de la República

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

RN: Recién Nacido

RNPT: Recién Nacido Pretérmino

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

PSSIH: The Parental Stressor Scale Infant Hospitalization

EEEP-UCIP: Escala de Evaluación de Estresores Parentales de niños hospitalizados en
Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

CCF: Cuidados Centrados en la Familia

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

RPM: Ruptura prematura de membrana

SHE: Síndrome hipertensivo del embarazo

SF: Sufrimiento fetal

RCIU: Retardo del crecimiento intrauterino

PSS: Parental Stressor Scale

HC: Hospital de Clínicas

RESUMEN

La condición de prematuridad, y la hospitalización en unidades de cuidados intensivos neonatales, constituyen factores críticos que inciden en la salud mental de los cuidadores y en el bienestar fisiológico y relacional del neonato. En este marco, la investigación tuvo como objetivo explorar la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del pretérmino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en Montevideo durante 6 meses. **Metodología:** participaron cuidadores de recién nacidos pretérminos internados en la unidad de cuidados intensivos o intermedios. El estrés del cuidador y el confort del pretérmino se evaluaron mediante la Escala de Evaluación de Estresores Parentales en Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos (EEEP-UCIP), y la escala de Comfort Behavior Scale, adaptada al español. Para caracterizar a los participantes se aplicó dos instrumentos uno para recoger datos sociodemográficos de los cuidadores, y otro las características del pretérmino. Las variables se agruparon según definiciones, continuando con el cálculo de las frecuencias relativas, análisis bivariados, promedios, probabilidad y el cálculo de la prueba de Fischer. Controlando los factores de confusión limitando la muestra, y dividiendo datos en subgrupos. La valoración fue realizada a los 5, 15 y 20 días de ingreso. **Resultados:** se realizó la valoración a 51 cuidadores, 41 madres y 10 padres; y a 50 pretérminos. Los cuidadores presentaron puntuaciones de estrés moderado (no más de 3 grados). El confort de los pretérminos las puntuaciones fueron elevadas (FR: 0,66 a los 5 y FR: 0,68 a los 15 días) disminuyendo a los 20 días (FR: 0,30). **Conclusión:** los hallazgos evidencian que el estrés parental no puede abordarse como una respuesta meramente individual. En particular, se observó, que los prematuros moderados y tardíos presentaron mayores puntuaciones de confort. Esta investigación aporta evidencia local sobre la relación entre estrés del cuidador, y confort neonatal, subrayando la relevancia de la díada madre-pretérmino, como eje terapéutico prioritario, y promoviendo la implementación de intervenciones centradas en la familia, en consonancia con los objetivos de salud global, y las recomendaciones para la humanización del cuidado neonatal.

Palabras claves: Estrés psicológico, Escala del estado mental, Dolor, Comodidad del paciente, Recién nacido prematuro, Salud mental.

Keywords: Psychological stress, Mental status schedule, Pain, Patient comfort, Infant preterm, Mental health.

Portugués: Estresse psicológico Mental, Entrevista psiquiátrica padronizada, Dor, Conforto do paciente, Recém-nascido prematuro, Saúde mental.

ABSTRACT

Prematurity and hospitalization in neonatal intensive care units are critical factors that affect caregiver's mental health and the physiological and relational well-being of the newborn.

Within this framework, the present study aimed to explore the association between parental stress and the comfort of preterm neonate admitted to the intensive care unit of the Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quíntela" in Montevideo over a period of six months.

Methodology: Caregivers of preterm newborns admitted to the intensive or intermediate care unit participated in the study. Caregiver stress and preterm neonate comfort were assessed using the Pediatrics Intensive Care unit Parental Stress Scale (EEEP-UCIP) and the Comfort Behavior Scale, adapted into Spanish. To characterize the participants, two instruments were applied: one to collect sociodemographic data on caregivers and the other to collect data on preterm neonate characteristics. The variables were grouped according to definitions, followed by the calculation of relative frequencies, bivariate analyses, averages, probability, and the Fisher test. Confounding factors were controlled by limiting the sample and diving the data into subgroup. The assessment was performed at 5,15, and 20 days after admission. **Results:** The assessment was carried out on 51 caregivers, 41 mothers and 10 fathers, and 50 preterm neonates. The caregivers had moderate stress scores (no more than 3 degrees). The comfort scores of preterm neonates were high (FR: 0,66 at 5 days and FR: 0,68 at 15 days), decreasing at 20 days (FR:0,30). **Conclusion:** The findings indicate that parental stress cannot be understood merely as an individual response. Notably, moderate and late preterm neonate exhibited higher comfort scores. This study provides local evidence on the relationship between caregiver stress and neonatal comfort, underscoring the relevance of the mother-preterm dyad as a therapeutic priority and supporting the implementation of family- centered interventions aligned with global health goals and international recommendations for the humanization of neonatal care.

Keywords: Psychological stress, Mental status schedule, Early intervention, Patient comfort, Preterm infant, Mental health.

Palabras claves: Estrés psicológico, Escala del estado mental, Intervención precoz, Comodidad del paciente, Recién nacido prematuro, Salud mental.

Português: Estresse psicológico Mental, Entrevista psiquiátrica padronizada, Intervenção precoce, Conforto do paciente, Recém-nascido prematuro, Saúde mental.

Tabla de contenido

Resumen

Abstract

Capítulo I	1
I.1 Introducción	1
I.2 Justificación del tema a investigar	4
Capítulo II	8
II. Objetivos	8
II. 1 Objetivo General	8
II. 2 Objetivos Específicos	8
Capítulo III	9
III.1 Estado del Arte	9
III.2 Marco teórico	14
Capítulo IV	25
IV.1 Metodología.....	25
IV.1.1 Búsqueda bibliográfica	25
IV.1.2 Diseño y entorno del estudio	28
IV.1.3 Participantes del estudio	29
IV.1.4 Recopilación y categorización de los datos	30
IV.1.4.1 Instrumentos	30
IV.1.4. 2 Tabulación de la información	32
IV.1.4. 3 Análisis de los datos	33
Capítulo V	36
V Consideraciones Éticas	36
Capítulo VI	38
VI.1 Resultados	38
VI.1.2 Los datos sociodemográficos de los cuidadores y de los RNPT	39
VI.1.3 Datos del estrés global en cuidadores y confort del RNPT	40
VI.1.4 Resultados de estrés en cuidadores y confort en RNPT	42
VI.1.5 Asociación entre las características del cuidador y del RNPT con el estrés parental y el confort neonatal	44
VI.1.6 Relación entre edad gestacional, estrés del cuidador y confort neonatal.....	49
VI.1.7 Asociación entre el estrés del cuidador y el confort neonatal según EG	50

VI.1.8 Respuestas a la pregunta IX de la EEEP-UCIP	52
Capítulo VII	54
VII.1 Análisis	54
VII. 1.1 Descripción general de la muestra	54
VII.1.2. Reflexión crítica sobre el estrés del cuidador y el confort del RNPT: implicancias para la práctica clínica	56
VII.1.3 Perfil del estrés en cuidadoras madres y su relación con el confort neonatal .	58
Capítulo VIII	59
VIII.1 Discusión	59
VIII.1.1 Limitaciones	62
Capitulo IX	63
Conclusiones y recomendaciones para futuras Investigaciones	63
Referencias Bibliográficas	64
APÉNDICE	78
Apéndice N° 1: Cronograma de actividades	79
Apéndice N° 2: Tabla Resumen de la Bibliografía	80
Apéndice N° 3: Resumen del proceso de la búsqueda bibliográfica	83
Apéndice N° 4: Consentimiento Informado	96
Apéndice N° 5: Información a las usuarias/os participantes	97
Apéndice N° 6: Caracterización sociodemográfica del cuidador y del RNPT	100
Apéndice N° 7: Definición de variables	101
ANEXOS	104
Anexo N° 1: Porcentaje de recién nacidos pretérmino en todo el país	105
Anexo N° 2: Porcentaje de partos asistidos en hospitales. Total, país	106
Anexo N° 4: Escala para medir el Confort del RNPT	111
Anexo N° 5: Decreto N° 158/019	112

Capítulo I

I.1 Introducción

El estrés materno constituye un eje crítico de investigación, dada su influencia directa sobre la salud mental de la madre, el bienestar del recién nacido (RN) y del recién nacido pretérmino (RNPT), así como la dinámica psicosocial del entorno familiar. Si bien diversos estudios han abordado los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos implicados en el embarazo y parto prematuro, estos hallazgos continúan fragmentados y parciales. Esta disociación evidencia la necesidad urgente de investigaciones integradoras que contemplen no sólo los procesos biomédicos, sino también los determinantes ambientales y culturales que modulan la experiencia gestacional y neonatal, (1,2,3). Un parto prematuro, traumático, un entorno estresante, el puerperio, son algunos de los momentos que favorecen a que la mujer desarrolle ansiedad, depresión, y/o trastornos relacionados con una vivencia estresante. Es en este contexto, que desde el punto de vista psíquico Bydlowski consideró el embarazo como un estado de relativa transparencia psíquica, en el que los sentimientos, conflictos, recuerdos del pasado, y temores suben a la superficie de la vida mental con mayor facilidad. Es una etapa en la cual la salud mental (SM) es transcendental y requiere prioridad, hay una dimensión psicológica de la díada madre-bebé. El binomio madre – hijo/a se fusiona fisiológicamente y psicológicamente para su desarrollo (3). Las mujeres en el período perinatal son vulnerables al estar expuestas a cambios fisiológicos y psicológicos, los cuales pueden predisponer a que padezcan síntomas de depresión y ansiedad. Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, aumentó la prevalencia de los trastornos de salud mental (4). El entorno de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) trasmite estrés, por varias razones,

ya sea por el conjunto de técnicas realizadas, o por la tecnología empleada en los heterogéneos cuidados y procedimientos, también por la manipulación invasiva, repetida, y/o por el simple hecho de estar el RN, o el RNPT en una incubadora separado de sus padres, cuidador, y/o familia. Los neonatos pretérminos son vulnerables a sufrir secuelas clínicas y conductuales por el dolor, de ahí la importancia sobre los cuidados brindados al RN de forma integral. Es oportuno señalar que el término atención centrada o cuidados centrados en la familia (CCF) se reemplaza por el término atención centrada en el paciente y la familia, para captar de manera más explícita la importancia de involucrar a la familia en el desarrollo del tratamiento, y como miembros esenciales del equipo de salud” (5).

Ante la docilidad del cerebro neonatal, es primordial actuar en las primeras horas con la finalidad de mejorar la adaptación a la vida extrauterina. La valoración del estrés parental y del confort del RNPT serán un aporte en la consumación de futuros cambios en la UCIN, con el fin de mejorar la calidad de vida de los RNPT, y su entorno. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6) cada año nacen 15 millones de niños prematuros, y esta cifra va en aumento, más de uno cada 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven permanecen con secuelas o alguna discapacidad relacionada con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos entre otras. La OMS define prematuro como un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación. A su vez se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional (EG) en: prematuros extremos menos de 28 semanas, en muy prematuros de 28 a 32 semanas, en prematuros moderados de 33 a 34 semanas, y tardíos de 35 a 36 semanas y 6 días. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. Dar jerarquía al acompañamiento del prematuro, por parte de la madre o tutor,

en la UCIN, es importante debido a su larga estadía por su vulnerabilidad, acompañada por eventualidades como ser infecciones, y otras patologías asociadas a su inmadurez.

Históricamente, los niños estaban al cuidado de la madre y /o familia, en cambio, frente a un RNPT la conducta era diferente ingresando a una unidad de cuidados especiales y alejado de sus padres. Surge un nuevo paradigma de CCF desde la década de los 80, apuntando a que los cuidadores sean la familia, pilar fundamental, la madre del RN, (7) el cuidado se vincula a la mejoría de la estabilidad clínica y desarrollo. La participación de los padres, o del cuidador, aumenta su autoestima, y la motivación del cuidado amoroso en el tiempo. En esta investigación se usó el término cuidador que, según la real academia española (RAE) (8), lo define como la persona que presta servicios de atención a una o más personas en situación de dependencia. Otra definición “Persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma. Por ejemplo, niños, ancianos o pacientes con enfermedades crónicas o en condición de discapacidad. Los cuidadores son profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales o miembros de organizaciones religiosas que prestan ayuda en el hogar, en el hospital o en otro entorno de asistencia sanitaria. También se llama persona a cargo del paciente” (9). Por lo tanto, el cuidador es la persona que esté en ese momento a cargo del RNPT, puede ser el padre, la madre, un familiar, o un amigo de la familia. El involucramiento precoz del cuidador es fundamental. Trabajar en la contención, y acompañamiento, sin estrés agregado es un hecho clave para mejorar los resultados y contribuir a un cuidado organizado, planificado, e individualizado. Conocer el grado de estrés parental y el confort de los RNPT mediante escalas validadas en diferentes países, recabando información ordenada, confiable, beneficiará implementar intervenciones de enfermería especializada.

I.2 Justificación del tema a investigar

La investigación perinatal, clínica, biomédica y en ciencias de la vida representa un pilar fundamental para el fortalecimiento de la salud pública, especialmente en lo que representa al cuidado de los RNPT y de sus cuidadores. La evidencia acumulada demuestra que las condiciones de salud en la primera infancia tienen repercusiones duraderas en el desarrollo físico, emocional y cognitivo del individuo adulto. En este contexto, emergen necesidades complejas que involucran tanto al neonato como a su entorno, lo que exige la participación activa de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios en la evaluación de intervenciones integrales. La SM de las familias y del entorno inmediato constituyen un determinante crítico en el desarrollo del RN, particularmente en situaciones de vulnerabilidad como la prematuridad. Avanzar en estrategias de prevención, detección precoz, y abordaje de trastornos fisiológicos y psicoemocionales no sólo mejora los resultados clínicos, sino que también contribuye a la formación de políticas sanitarias más inclusivas y eficaces. En un escenario global, donde la SM ha sido reconocida como una carga creciente para los sistemas económicos, y sociales, incorporar la perspectiva perinatal en las agendas de salud pública, se vuelve imperativo para garantizar el bienestar intergeneracional, y la equidad en el acceso a cuidados especializados. En la actualidad, la atención a los RN y sus familias se alinean con los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), acordados por la comunidad mundial para disminuir las enfermedades, la pobreza, el hambre, la contaminación ambiental, entre otras, se enfatiza el cuarto, que apunta a reducir la mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2015 (10). Los autores del estudio “Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario – based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter- agency Group for Child Mortality

Estimation” (11) refieren que “más de 60 países lograron alcanzar el OMD 4, a pesar de que a nivel mundial no se alcanzó la meta, y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años disminuyó aproximadamente a la mitad en el período de 25 años de los ODM”. Uno de los desafíos de los ODS es alcanzar una tasa de 25 o menos muertes para cada 1000 nacidos vivos para 2030, en todos los países. Otro desafío es el de “reducir la tasa de mortalidad neonatal de 12 o menos muertes por cada 1000 nacidos vivos para 2030”. En materia de prematuridad a nivel mundial es la primera causa de muerte en menores de 5 años. En 10 nacimientos, más de uno nace sin llegar a término, es decir, 15 millones nacen antes de llegar a término en el mundo. La muerte de los prematuros alcanza a un millón cada año, según los datos de la OMS a causa de complicaciones maternas, y al sobrevivir pueden presentar alguna invalidez, por ejemplo, dificultades en el aprendizaje, en la visión y también en la audición. Es de considerar que para la supervivencia de esta población son importantes los cuidados minuciosos, sencillos, como el simple hecho de brindar calor, apoyar la lactancia, evitar infecciones, y complicaciones respiratorias. Los cuidados tienen mucho que ver con las desigualdades de ingresos en diferentes países. En países de ingresos altos, que cuentan con tecnología, sobreviven, pero su uso deficiente genera diferentes impactos (12). Apremia elaborar, o mejorar instrumentos que permitan perfeccionar las competencias de los profesionales, y actuar de forma eficiente y oportuna, además el desarrollar un seguimiento en cada centro de atención. El documento realizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) (13), hace referencia a que los niños con historia de prematuridad y de muy bajo peso al nacer, corren riesgo de padecer problemas de salud. Deja en evidencia, la importancia del trabajo con los padres o cuidadores de los RNPT durante la internación, y el estrés es una de las variables que podría influir en el bienestar del pretérmino. Emplear una mirada integral, desarrollar instrumentos y consultas, con seguimiento hacia una inserción plena en la sociedad, es un

sentir que debe estar presente en las UCIN. Incluso, los objetivos sanitarios nacionales se plantearon como metas al 2020, realizar auditorías del 100 % de RNPT, y consolidar el descenso de la mortalidad infantil. Considerando una línea de base de 7,8/1.000 nacidos vivos (NV) (2014), con cifras de 6,7/ 1000, NV (2021). Según la evolución de la mortalidad infantil, en el período comprendido en el 2015 y 2020 nacieron 35. 866, con una tasa de mortalidad infantil del 6,18. La evolución de la prematurez en el 2020 nacieron 35.874, 3372 prematuros, datos de la fuente estadísticas vitales. Los nacimientos de RNPT en Uruguay, informes del MSP en el año 2017 hubo un 9,5 %, 2018 ocuparon el 9,2 %, 2019 aumentaron a un 9,6 %, en el 2020, y 2021 descendieron a un 9,3 % respectivamente (13), (Anexo1). Ante esta problemática de nacimientos prematuros (14) (Anexo 2), el personal de enfermería debe conocer la experiencia del equipo, los objetivos de la unidad, de la institución con el fin de realizar una intervención exhaustiva. Los RNPT nacen con un bagaje sociocultural, el cual la enfermera sin prejuicios brindará cuidados optimizando su bienestar, el de sus cuidadores, el de su familia, y de su entorno; identificando necesidades, preocupaciones y temores. Para ello, el conocer el estrés, y la comodidad del RNPT, en la UCI, mediante escalas, es de suma importancia, más aún cuando en el centro asistencial carecen de las mismas. Estudios como los de Miller, M, W y Boks, M.P. (15,16) sustentan que [...el estrés puede causar aceleración del envejecimiento celular a través del estrés oxidativo, con la consiguiente aceleración del “reloj epigenético”]. El estrés afecta el embarazo, disminuir el estrés durante y después del embarazo incorporando conductas saludables en el entorno familiar, y reproducibles en las siguientes generaciones, impactaría en el bienestar de la díada, y entorno. Las experiencias estresantes a las que está expuesta la madre durante el embarazo, o durante el parto, y en los primeros meses de vida de su bebé, pueden producir cambios químicos que alteran al receptor que está en el cerebro y que controla la hormona de cortisol. Esta

alteración fomenta el riesgo de que el niño desarrolle en el futuro enfermedades mentales, como ser la ansiedad generalizada y la depresión. Además, dolencias físicas como asma, hipertensión, enfermedades cardíacas y diabetes (16). La evidencia sugiere que es esencial proporcionar apoyo psicológico adecuado a las mujeres embarazadas para proteger su SM y minimizar los riesgos de efectos a largo plazo en el desarrollo infantil (17). Jerarquizar la atención en el marco del paradigma de los CCF exige una intervención temprana por parte del equipo de enfermería, sustentada en herramientas conceptuales, clínicas y comunicacionales sólidas. Esta perspectiva no sólo define el rol profesional, sino que promueve una praxis orientada al vínculo, la contención emocional y la corresponsabilidad en el cuidado del RNPT. La implementación efectiva de este enfoque, demanda competencias específicas que permitan responder de manera sensible y proactiva, a las necesidades emergentes de las familias. La reducción del estrés del cuidador, constituye una estrategia clave para preservar el confort del RNPT, especialmente en contextos de alta complejidad como la UCIN. Este desafío clínico exige ser abordado desde la investigación científica, dado que las interacciones tempranas entre el estado emocional de los cuidadores y las condiciones del neonato pueden tener implicancias significativas en el desarrollo neurosensorial, emocional y vincular del RNPT. En este marco, se plantea la **siguiente pregunta de investigación:**

¿Cuál es la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del RNPT que ingresa a la UCIN del Hospital de Clínicas, en Montevideo, en un período de seis meses entre 2024 y 2025?

Capítulo II

II. Objetivos

II. 1 Objetivo General

Explorar la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del pretérmino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntela, en Montevideo durante 6 meses.

II. 2 Objetivos Específicos

1. Identificar el estrés parental mediante el empleo de la Escala de Evaluación de Estresores Parentales en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
2. Implementar la escala de Confort Behavior Scale – versión española.
3. Analizar la existencia de asociación del estrés parental y el confort del pretérmino.

Capítulo III

III.1 Estado del Arte

El estrés parental y el parto prematuro es un área de estudio significativa en la salud materno infantil. La literatura científica ha demostrado que el estrés parental está asociado con un mayor riesgo de parto prematuro. El estrés crónico, la ansiedad, la depresión y otros factores relacionados con el bienestar emocional de los padres favorecen a complicaciones durante el embarazo, causando el parto prematuro. Una vez que la familia transita por la experiencia del nacimiento anticipado de un hijo, que además requiere de cuidados especializados o intensivos, debiendo enfrentar una internación que suele ser prolongada, agrega estrés incrementando el riesgo de depresión puerperal en la madre, distorsionando los ritmos de vida de ambos padres y condicionando un amplio espectro de alteraciones vitales que pueden afectar por años la dinámica familiar. Incorporar un cuidado integral al RNPT, con énfasis en su comodidad permitirá identificar la asociación entre el estrés parental y su confort. Es así, que la búsqueda bibliográfica se realizó a través de los descriptores de salud (DECs), utilizando palabras claves, en diferentes bases de datos: OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS), PubMed, Scielo, Timbó, Dialnet. La evidencia encontrada confirma que la relación del RN con sus padres y/o tutores influye en su desarrollo. Pensar en intervenciones dinámicas, integradoras y equitativas, abordando los problemas de SM es igual de esencial, como el ofrecer una atención adecuada durante el período de adaptación extrauterina, con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia y de construir cimientos de buena salud (17,18).

Los RNPT son aquellos que tienen menos de 37 semanas de gestación, y su atención representa un desafío, ya que las causas principales de muerte son la asfixia, síndrome de

dificultad respiratoria y la infección (18,19,20). El trabajo conjuntamente con la familia, es transcendental por la responsabilidad ante un ser frágil, sometidos a una experiencia estresante desde lo físico y emocional. El proceso de la paternidad se basa en la relación mutua entre el padre y el bebé. Los términos “vínculo” y “cariño” se emplean para designar dos fenómenos diferentes, vínculo como el desarrollo de lazos afectivos de los padres hacia el hijo y cariño como los lazos de este hacia los padres. Cuanto más se aprende sobre la complejidad de los neonatos y sobre su potencial para influir y transformar su entorno, en particular su interacción con personas significativas, más claro resulta que el fenómeno de las relaciones paternofiliales positivas constituye un objetivo primordial para el personal de salud (21). Enfermería debe estar al tanto de factores que influyen en la evolución de la conducta afectiva, de variables que estimulan o retardan el proceso, y de herramientas que instruyan a los padres reconocer dificultades, y desarrollar una relación dinámica con sus hijos. Antes y durante el embarazo, los padres desenvuelven una imagen “del hijo real o soñado” el cual en el momento del nacimiento el lactante se convierte en el real. El grado de semejanza entre el niño ideal y el real influirá en el proceso de unión. Ya en 1989, Klaus y Kenell (22) expresaron que hay un período de sensibilidad maternal después del parto en que las madres se unen a su RN de manera única. La unión es un proceso complejo que se desarrolla de forma gradual y que está influenciado por experiencias de los padres, o cuidadores, por los conocimientos del equipo interdisciplinario acerca de los CCF (23,24). El equipo de salud deberá ser competente en como satisfacer las necesidades psicosociales de los neonatos, y, el de enaltecer el rol de la familia como cuidador por encima del suyo, reconociéndola en su papel en la sociedad, como promotora de salud y del bienestar de sus hijos. El cuidado centrado en el paciente y familia busca revalorizar al paciente y a la familia como “socios esenciales” en la atención (25). Los enfermeros neonatales, al estar presentes las 24 horas

acompañando a los cuidadores, y/o familia, gozan de un privilegio que acarrea una responsabilidad profesional inherente al cuidado de la familia frente a una situación sensible, promoviendo un vínculo saludable. E. Erikson, afirmó que “el desarrollo psicosocial procede según pasos críticos, siendo lo “crítico” una característica de los cambios decisivos, de los momentos entre el progreso y la regresión, la integración y el retardo”. Continuando con el mismo autor, refirió que el ciclo vital humano puede ser entendido como el tránsito a través de “ocho edades” que varían en su cronología según la cultura y el momento histórico de que se trate. Describió que desde el nacimiento a la vejez transitamos por diferentes etapas, cada una expresa una crisis central y las caracteriza como pares de situaciones. Las ocho edades del hombre: la Confianza básica vs Desconfianza básica, Autonomía vs Vergüenza y duda, Iniciativa vs Culpa, Industria vs Inferioridad, Identidad vs Confusión de rol, Intimidad vs Aislamiento, y la Integridad vs Desesperación. En consecuencia, “el enfoque crítico alternativo y la perspectiva del pensamiento complejo, constituyen anclajes ineludibles para desarrollar y llevar adelante una práctica universitaria centrada en la psicología evolutiva que permita performances operativas y articuladas entre enseñanza, investigación y extensión” (26).

La fenomenología social, tal como fue preconizada por Alfred Schutz, objetiva comprender el mundo con los otros en su significado intersubjetivo. Tiene como propuesta el análisis de las relaciones sociales, admitidas como relaciones mutuas en que participan personas. Se estructura, en los significados de la experiencia intersubjetiva de la relación social, y dirige su atención a las acciones sociales, que tiene significado contextualizado en sentido social. El involucramiento de diferentes variables influyentes en el estrés del cuidador como ser el comportamiento del RN y su aspecto, cada cuidador responde diferente según la comunicación con el entorno (27,28). Por todo lo enunciado, trabajar con el entorno, incorporando la familia, o a todos los individuos que la rodean,

asumir el impacto causado por un nacimiento precoz, conocer cómo influye el estrés parental mediante la Escala de Evaluación de Estresores Parentales en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), o llamada también Escala de Evaluación de Estresores Parentales de niños hospitalizados en Unidades de cuidados Intensivos pediátricos (EEEP-UCIP), (29) (Anexo 3) y la Escala de Valoración Confort Behavior Scale creada por la Dra. Monique Van Dijk., (30) (Anexo 4) se podrá realizar una intervención focalizada a las necesidades reales de esta población. La crianza de los hijos demanda a las madres atención y cuidados permanentes, enfrentan una exposición al estrés inexorable en el entorno hostil. Este estrés, puede ser por conflictos matrimoniales, situación económica comprometida, y/o vecindarios inseguros (31). La experiencia temprana adversa de las madres, como por ejemplo abuso descuido en la infancia, compromete el desarrollo de vínculos emocionales estrechos con sus hijos (32). Diferentes estudios, realizados en 2019, los autores, Azhari, Feldman, Levy refieren “que las experiencias estresantes están asociadas con variaciones encontradas en el cerebro materno, que influyen aún más en la crianza y la relación madre – hijo”. Las madres que sufrieron maltrato infantil presentan alteraciones en el vínculo, afectando el desarrollo socioemocional infantil (33,34). El estrés materno prenatal este asociado con el resultado cognitivo infantil, y esta asociación está parcialmente mediada por el volumen del hipocampo izquierdo del feto. El estrés, la angustia materna prenatal sugieren en diferentes estudios la posibilidad de inconvenientes en el neurodesarrollo que se pueden manifestar en la infancia. La crianza es uno de los temas de la neurociencia social que se puede estudiar a lo largo de la escala evolutiva, el cerebro de los padres que actualiza constantemente la información para satisfacer las demandas físicas, emocionales, y del entorno para protegerlo. El cerebro de la madre o padre y del niño sincronizan para lograr una crianza exitosa según la familia. La crianza de los hijos es el fenómeno social que

afecta el desarrollo cerebral de los jóvenes lo que requiere flexibilidad y adaptación a diversas condiciones ecológicas y se forma recíprocamente por los aportes del bebé, madre, padre y entorno (35,36,37,38).

En tres grupos se puede clasificar el estrés que influye de forma negativa en la paternidad:

primer grupo: las experiencias tempranas de negligencia y abuso infantil pueden comprometer la salud mental, y la calidad de la crianza, según Conger (31), Pears y Capaldi (39,40). Buss en 1989 (41,42), planteó en su trabajo que el estrés se transmite generacionalmente. Revisiones (43,44,45) exponen que el vínculo de ser maltratado, y volverse abusivo es inevitable. En el segundo grupo se encuentra el estrés ambiental presente en el período perinatal, la violencia, problemas matrimoniales, la pobreza, son cargas que afectan de manera negativa en las madres en el manejo de las emociones, por ende, en el cuidado y atención amorosa a sus hijos, según Crinc y Low, 2002, Goyal (46,47). El tercer grupo están los factores estresantes agudos presentes en el parto y la crianza de los hijos. El estado de ánimo de las madres, y la crianza, o relaciones con los hijos se ven afectados negativamente ante factores estresantes generados en la experiencia perinatal (48), Deater-Deckard, 2008, Simpson y Catling, 2016, Singer et al., 1999 (49).

Una de las claves para disminuir el estrés es el acompañamiento precoz, el brindar herramientas aplicables en la UCI y en el hogar, por el equipo de enfermería ante el nacimiento de un RNPT. Se debe conocer el grado de alteraciones que genera en los bebés el estrés parental, al aplicar la escala EEP-UCIP (Anexo 3) (29), y la escala para medir el confort (Anexo 4) (30), ayudará de forma objetiva y empática, el actuar en consecuencia.

III.2 Marco teórico

En el área de la neonatología los estudios demuestran que el modelo de atención centrada en el paciente y la familia se convirtió en la pauta de cuidado en el mundo. Gracias a este modelo, la familia es tomada como una fuente primaria, incorporando participación y flexibilidad en las unidades, el respeto, derecho a la información, y autonomía, ofreciendo cooperación y sostén en todos los niveles de atención. Continúa en vigencia el pensamiento de Pereira, Paiva y Collet de 2007, donde plantearon que el neonato en una situación de cuidado al momento del nacimiento ingresa a una unidad de terapia intensiva neonatal para una asistencia amplia y sofisticada, en la cual experimenta una serie de cambios fuera del ambiente uterino que le son agresivos, pero decisivos para su supervivencia. Beltrán hacía referencia, que mediante la comunicación y observación el enfermero logra información de las necesidades neonatales, decidiendo estrategias de comunicación, o de terapéutica requeridas. El objetivo del modelo de cuidado es, brindar herramientas, desarrollar, y mejorar la comunicación del personal y la familia en la UCI (50). Al hablar de cuidados, familia, RNPT, y estrés, incorporar una perspectiva filosófica y humanista el modelo de la Marea (Tidal Model), aunque originado en el ámbito de la SM comprende principios que pueden ser extrapolados al cuidado neonatal, especialmente en el contexto del estrés parental y confort del RNPT. La mirada filosófica para la recuperación en SM, contemplada en ayudar a enfermería entender, qué significa la SM, con el fin de acompañar al usuario o persona en su recuperación. La visión integral del cuidado, el Modelo de la Marea propone una comprensión holística del sufrimiento humano, reconociendo la experiencia vivida como central. En el contexto neonatal, esta visión se traduce en reconocer el estrés parental como vivencia compleja, que no sólo responde a factores clínicos sino también emocionales, sociales y simbólicos. La metáfora

del agua y el mar, el agua representa el flujo cambiante de la experiencia humana, incluyendo momentos de crisis y recuperación. En la UCIN, los padres atraviesan un “mar de emociones” de incertidumbre, miedo y esperanza. Es en este momento que conceptualizo el estrés parental como una travesía, donde el confort del RNPT actúa como un faro que guía la recuperación emocional de la familia. La relación terapéutica y vínculo enfermera/o-familia, el modelo enfatiza en su presencia activa y empática, que acompaña sin imponer, validando la narrativa del usuario. Esta relación favorece el confort del RNPT al reducir el estrés parental, promoviendo un entorno emocionalmente seguro y receptivo. El modelo reconoce que las personas en crisis son vulnerables, y a menudo desautorizadas. Los padres del RNPT también pueden sentirse “desempoderados”, especialmente cuando el entorno clínico no los incluye activamente. Integrar los principios del Modelo de la Marea puede revalorizar su rol como cuidadores, promoviendo la participación en el cuidado y fortaleciendo el vínculo afectivo (51). Los 10 compromisos del Modelo pueden ser adaptados al contexto neonatal, el valorar la voz de la persona, escuchar activamente a los padres sobre sus percepciones del confort del RNPT, usar el lenguaje cotidiano, evitar tecnicismos al explicar procedimientos, favoreciendo la comprensión y reducción del estrés, respetar la sabiduría del usuario, reconocer la intuición parental como fuente válida de conocimiento sobre el bienestar del RNPT, ser transparente, informar con claridad sobre el estado del RNPT y los cuidados que brindan . “Saber que el cambio es constante: la tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al estrés, ...” (51).

El Modelo de Interacción Padre- hijos de Kathryn E. Barnard (50) complementa el Modelo de la Marea al ofrecer una base empírica para comprender como las relaciones afectivas y el entorno influyen en el desarrollo infantil, mientras que el Modelo de la

Marea aporta una perspectiva filosófica sobre el acompañamiento emocional en contextos de vulnerabilidad. El modelo desarrollado por Kathryn E. Barnard se centra en la evaluación de la salud infantil a través de la calidad de las intervenciones entre padres e hijos, reconociendo que el desarrollo del niño está influido por tres componentes, el niño, el cuidador, y el entorno. Este modelo desde la década de 1960, se basó en observaciones primero de niños con trastornos físicos y mentales, luego en niños sanos. Estas observaciones dieron lugar a herramientas para valorar el crecimiento, el comportamiento y la interacción madre-hijo, como el Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST). En el 2004, Barnard incorpora el análisis del entorno como factor que puede potenciar o limitar el desarrollo infantil. Este modelo permite a los profesionales de enfermería identificar señales de riesgo en la relación madre-hijo y diseñar intervenciones centrada en el vínculo, (Figura 1).

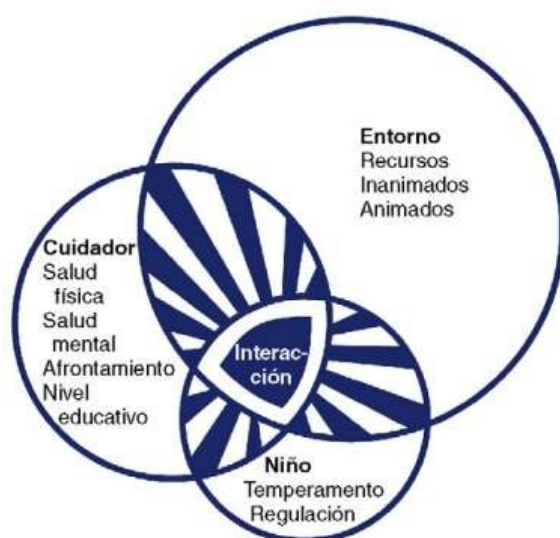


Figura 1: Modelo de evaluación de la salud infantil. Fuente Sunner, G., Spietz, A. (Eds) 1994. NCAST caregiver/parent-child interaction teaching manual.

“El estudio de la evaluación longitudinal entre la enfermería y el niño sentó la base de su teoría para la evaluación de la salud infantil. En 1978 Barnard propuso, las características individuales de cada miembro influyen en el sistema de relación padres – hijos, y que el

comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema relacional” (50). Su teoría se centra en la intersección de la madre y el lactante en el entorno, con doctrinas de la psicología y del desarrollo humano. Está muy presente el vínculo entre la práctica y el actuar de los profesionales al realizar la valoración permitiendo la relación padre – hijo. La integración de ambos modelos permite abordar desde Barnard criterios clínicos y observacionales para evaluar el vínculo madre-hijo, fundamentales en el contexto de la UCIN. La Marea ofrece una comprensión profunda del sufrimiento parental, promoviendo una enfermería que acompaña, valida y empodera, la sinergia entre ambos modelos se podrá distar al aplicar ambas escalas.

Desde una perspectiva del desarrollo neuroconductual, la Synactive Therory propuesta por Heidelise Als ofrece un marco conceptual fundamental para comprender la organización funcional del RN, especialmente en el contexto de la atención neonatal intensiva. Esta teoría sostiene, que los RNPT no son receptores pasivos del entorno, sino seres activos en su propio proceso de desarrollo, con una capacidad innata para interactuar con su medio, y con sus cuidadores. Plantea que el desarrollo del RNPT se organiza a través de la interacción dinámica de subsistemas interdependientes: el subsistema autonómico (funciones fisiológicas básicas), el subsistema motor, el de estados de vigilia-sueño, y el de atención -interacción. Estos subsistemas responden de manera sincrónica a los estímulos del entorno físico y social, particularmente al ambiente del cuidado. Cuando los estímulos son adecuados en tipo, intensidad y temporalidad, promueven la integración funcional y la maduración neurológica del neonato. Por lo contrario, estímulos inapropiados o excesivos pueden generar desorganización, afectando negativamente la estabilidad fisiológica y conductual del RNPT. Este modelo adquiere especial relevancia en RNPT, quienes presentan capacidad limitada de autorregulación y defensa frente a estímulos ambientales adversos. La observación sistemática de las respuestas

conductuales y fisiológicas del RNPT se convierte en herramienta esencial para individualizar los cuidados, proteger el desarrollo cerebral, y favorecer el confort neonatal. La Synactive Theory, por tanto, respalda la necesidad de un entorno de cuidado sensible y adaptativo, reconociendo señales que guíen la intervención clínica, (50). Los tres modelos abordan el cuidado neonatal desde perspectivas distintas pero convergentes: Synactive Theory (Heidelise Als) propone que el desarrollo del RNPT ocurre a través de la interacción dinámica entre subsistemas (autonómico, motor, estados de conciencia, atención -interacción). Reconoce que estímulos ambientales pueden integrar o desorganizar estos subsistemas, y fundamenta el enfoque de cuidados del desarrollo individualizados. El modelo de Interacción Padres-hijos (Kathryn E. Barnard) evalúa la calidad del vínculo madre-hijo como predictor del desarrollo infantil. Introduce herramientas para observar conductas parentales y respuestas del niño, permitiendo ajustar el cuidado a las necesidades de la diada. Reconoce el papel del entorno y la familia como moduladores del desarrollo. El Modelo de la Marea (Phil Barker) aporta una mirada filosófica sobre la experiencia emocional del cuidado especialmente útil para comprender el estrés parental. Promueve una enfermería/o que acompaña, valida, y empodera, reconociendo la vulnerabilidad y la narrativa de los padres. Este enfoque permite justificar que el confort del RNPT no depende únicamente de variables fisiológicas, sino también de la calidad del vínculo, y del entorno que rodea al neonato y familia.

Definición de familia: “La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno, o por elección un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud...” “familia como sistema, constituye el primer marco de referencia de hijos e hijas; quienes en su entorno establecen los primeros vínculos afectivos y crean las

bases de su identidad y del desarrollo de su autoestima”, (52,53). La psicología familiar define a la familia como “El microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años”, además refiere que “la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción”. según Espinal, Gimeno y González, en 2004. En cambio, la sociología considera la familia como una institución social y cultural. La familia es parte de una sociedad, permitiendo el desarrollo humano. Según Baranda “la familia satisface las necesidades básicas biosociológicas de los hijos, las necesidades sociales, necesidades económicas-materiales, y la necesidad de interrelación y mediación con las estructuras y sistemas sociales” (54).

Parentalidad “son los cambios psíquicos que se producen en la personalidad de los padres cuando tienen un hijo: emociones y afectos, pensamientos (fantasías conscientes e inconscientes) y los comportamientos verbales y no verbales que resultan de ellos, se da el proceso de parentificación”. “Racamier y sus colaboradores, describen las transformaciones de la personalidad y del funcionamiento psíquico de la madre durante el embarazo y al comienzo de la existencia del niño, utilizaron el término maternidad para describir el proceso de parentificación, y la extensión al padre de los procesos de parentificación dio lugar al término parentalidad”. La interacción del niño con los padres lo llaman filiación, antes el hijo es deseado, pensado, imaginado, y así el psiquismo de cada padre crea al del hijo (55).

“**La prematuridad** aparece como un evento que revela las capacidades psíquicas de cada persona: los padres que han participado en un proceso de crianza de buena calidad son aquellos que han sido capaces de absorber el impacto traumático de este nacimiento y ponerse a disposición de su bebé. Los resultados minimizan el peso de los factores socioeconómicos y nos invitan a repensar los determinantes de nuestras acciones

preventivas” (56). “Luego del nacimiento del RNPT, el sistema nervioso se encuentra en una etapa de crecimiento y maduración debido a que en este período se llevan a cabo procesos de migración, organización y mielinización neuronal; en consecuencia, se halla vulnerable a factores tanto biológicos condicionados por la inmadurez fisiológica de sus aparatos y sistemas como ambientales generados por los estímulos nocivos del entorno. Estos factores constituyen riesgos ya que pueden originar alteraciones en la estructura, o función del sistema nervioso, alterando al desarrollo. Los factores de riesgo en el contexto del neurodesarrollo son las condiciones biológicas y ambientales que puedan ocasionar modificaciones estructurales o funcionales transitorias o definitivas en el proceso del desarrollo infantil. La adaptación al medio extrauterino se ve dificultada por la inmadurez sistémica, condicionando a largo plazo secuelas en el sistema nervioso” (57,58). Esta inmadurez lo hace sensible a diversas infecciones antes y después de nacer, en el sistema cardiorrespiratorio surge la persistencia del conducto arterioso e incremento del flujo sanguíneo hacia los pulmones, aumentando el CO₂ por daño pulmonar, y ausencia de surfactante. El sistema nervioso se ve comprometido, pueden presentar signos clínicos como apneas, y sangrados intracraneales. La termorregulación, también se ve afectada como consecuencia de la inmadurez, la disposición de la grasa parda, la piel permeable, la postura de extensión y la vasoconstricción limitada. A nivel del sistema digestivo la capacidad gástrica es insuficiente, aparecen dificultades para la absorción y asimilación de nutrientes, y a nivel renal tienen incapacidad para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Además de los factores biológicos, están presentes los ambientales, los cuales influyen en la susceptibilidad fisiológica, los procedimientos invasivos y la manipulación desmedida o necesaria generan un alto grado de estrés. La temperatura ambiental, la iluminación, el ruido y los sonidos, interfieren en el neurodesarrollo. Los factores biológicos, y ambientales, se ven reflejados en las oscilaciones de la frecuencia

cardíaca, y respiratoria, repercutiendo en la disminución de la saturación de oxígeno, perfusión arterial y cerebral. El cuidado ambiental deberá estar adaptado al RNPT.

Trastornos de salud mental en el embarazo, parto y puerperio

El seguimiento y la anamnesis oportuna a las mujeres embarazadas en las primeras semanas de gestación, permite detectar factores protectores y de riesgo. La exploración de antecedentes con el fin de prevenir y diagnosticar transformaciones fisiológicas no esperadas. Detectar consumo o abuso de sustancias, que pudieran tener un impacto a corto y largo plazo. Los problemas perinatales de SM son una complicación en la salud pública, y están relacionados con el consumo problemático de sustancias. Son pocos los servicios que tratan la SM perinatal, hay evidencias de la necesidad de mejora en la localización y cuidado de esta población (59).

El estrés según Kloet et.al. en el 2005 y McEwen et.al. en el 2015, para comprender el estrés desde una perspectiva neurobiológica, presentaron un marco tomando su doble naturaleza como mecanismo adaptativo, y factor de riesgo para la SM. Algunos artículos (60,61) subrayan la importancia de estudiar el estrés parental especialmente el materno por su impacto potencial en el desarrollo infantil y la transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad al estrés. “La respuesta a estímulos estresantes se organiza a través del denominado sistema de estrés, el cual involucra una amplia red de estructuras cerebrales capaces de identificar e interpretar ciertos eventos como amenazas reales o potenciales. No obstante, distintos tipos de estresores activan diferentes circuitos neuronales, lo que exige una integración funcional precisa a nivel neuroanatómico. Este procesamiento especializado permite una activación rápida de los dos principales sistemas implicados en la respuesta del estrés, el eje simpático-adreno-medular, y el eje hipotálamo- hipófiso-suprarrenal” (60). En 1992 Abidin define el estrés parental “como un elemento activador que fomenta la utilización de los recursos disponibles para afrontar de una manera

satisfactoria el ejercicio del rol parental, siendo perjudicial la falta de activación, como los niveles extremos de estrés” (62).

Las necesidades psicosociales del neonato serán identificadas al realizar una evaluación integral, esta evaluación contemplará los factores sociales, y emocionales antes, durante y después del parto. Las situaciones de estrés, depresión o violencia afectan negativamente, el equipo deberá observar detenidamente, para identificarlas (63). Las estrategias no farmacológicas en neonatología buscan aliviar el dolor, y el estrés, ante procedimientos clínicos. Los estímulos sensoriales positivos compiten con los dolorosos. Las intervenciones como, el contacto piel a piel, el arropamiento con flexión facilitada y el amamantamiento, no sólo modulan la percepción del dolor, sino que también promueven la autorregulación fisiológica, y emocional del RN. Al producir condiciones de contención, calor, olor, y ritmo, similares a los vividos en el útero, estas prácticas responden a las necesidades sociales innatas del neonato, favoreciendo su seguridad, vínculo afectivo, y estabilidad bioconductual. La participación activa de la madre/cuidador, fortalece el vínculo, y mejora la confianza en el equipo de salud, consolidando los CCF, (64). **La ley nacional N° 18.335 del 15 de agosto del 2008** (65), relativa a los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, en su Capítulo IV, Artículo 17 numeral b, refiere que: “Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye entre otros: [...] B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquier sea su situación fisiológica o patológica”. “Por esta razón calmar la ansiedad, y prevenir, tratar el dolor provocado por procedimientos médicos es un derecho de los niños de todas las edades y una obligación por parte de los integrantes del equipo de salud”.

Dolor lo define la RAE en su 22 ° edición como una “sensación molesta y aflictiva de alguna parte del cuerpo de causa interior o exterior” o aquel “sentimiento de pena y

congoja”. Describir el dolor en el RN puede ser confuso dado que está presente la inmadurez fisiológica pero las vías anatómicas y biológicas que transmiten el dolor están presentes. Es a partir de la séptima semana de gestación que se hacen presentes receptores nociceptivos con terminaciones nerviosas en la piel, en los músculos y en las vísceras activándose estos por estímulos ya sea mecánicos, térmicos y/o químicos. Los receptores nociceptivos están presentes primero en la zona peribucal del feto y en la semana 20 en toda la superficie corporal. Las fibras nerviosas transmiten la información desde los receptores, viajando hasta la asta dorsal de la médula espinal, llegan al tálamo y terminan en la corteza cerebral. La mielinización de las fibras nerviosas comienza en la semana 22 de gestación. Desde las vías espinotalámica, espinorreticular, espinocervicotalámica y las fibras postsinápticas de la columna dorsal el encéfalo recibe los estímulos dolorosos. La intensidad y la duración del estímulo doloroso se encuentra en el tálamo. Están las neuronas encargadas de la elaboración de las respuestas emocionales al dolor y el núcleo de las vías inhibitorias encargadas de transmitir. La percepción e integración del estímulo nociceptivo se realiza en la corteza cerebral. Las conexiones sinápticas entre la médula, el tronco, el tálamo, y la corteza se realiza entre las 20 y 24 semanas de gestación. Antes de las 28 semanas están desarrollados anatómicamente, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor. La valoración del dolor, es dificultosa por la inmadurez fisiológica, la cual determina diversas formas de expresar el dolor desconocida y/o identificada de forma desigual por cuidadores, y por el equipo, (64,66). La detección del dolor debería ajustarse a la práctica diaria, elevando el bienestar del RNPT. Conocer el grado de confort aporta a un cuidado individualizado. El **Confort** “la palabra confort tiene su origen etimológico en el latín confortare que significa “hacerse más fuerte”, según la comunidad inglesa confort es confortable o cómodo. Desde el punto de vista ambiental, es una sensación subjetiva de equilibrio entre la belleza, la utilidad y la

eficiencia que experimentan las personas en situaciones sociales, personales, psicológicas, culturales, biológicas, donde el entorno juega un papel importante. Para la sociología, es un espacio mental, el cual regulan las relaciones con otros y tienen control de su contexto. Para las ciencias de la vida, es un comportamiento que implica el cuidado del cuerpo, influye el baño, el aseo, estirarse, tomar el sol o bostezar. En el marco de la teoría del confort, es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en los contextos físicos, social, ambiental y psicoespiritual. “El confort en el cuidado neonatal, es la satisfacción de necesidades básicas que influyen la interacción familiar, el contacto piel con piel, la nutrición, la hidratación, la eliminación del dolor, la evitación y/o disminución de procedimientos invasivos, y la promoción de la relación estrecha con la familia. Se espera la interacción positiva con sí mismo, con las personas que lo rodean y con las situaciones que enfrenta en el proceso del cuidado” (67).

Capítulo IV

IV.1 Metodología

IV.1.1 Búsqueda bibliográfica

La investigación exploró la asociación entre el estrés parental y el confort del RNPT, con un diseño descriptivo, cuantitativo, longitudinal. La búsqueda bibliográfica comienza luego de elaborar un cronograma (Apéndice1) con la pesquisa de las palabras claves, utilizando el tesauro multilingüe DeCS/meSH, descriptores de Ciencias de la Salud. Se hicieron búsquedas en las bases de datos de la OMS, OPS, PubMed, Scielo, Cochrane, y en Timbó. Un total de 500 artículos fueron hallados, seleccionando 124 entre nacionales e internacionales sobre diferentes temáticas como ser antecedentes, datos estadísticos, definiciones, estrés en las unidades y su afectación en el cuidado del RNPT, escalas, neurociencia, cambios al nivel cerebral, vínculo, SM, diferentes experiencias de madres, padres y cuidadores con padecimiento en su SM, experiencias vividas estresantes que pudieron manifestarse en el cuidado del RNPT, o desencadenarse en la UCI, ética y metodología. Se eliminaron estudios enfocados en el dolor del neonato, estudios que aplicaron escalas para la medición del dolor basados en la analgesia, y, en la SM sin enfocarse en el estrés en la UCIN. La lectura de los artículos favoreció entender la importancia de aplicar instrumentos de medición en las UCI, e incorporar el registro de datos que puedan modificar comportamientos humanos en la crianza. Ocuparse de las conductas identificadas en la hospitalización podrían colaborar en disminuir factores de riesgo en la futura crianza. Se realiza una revisión sistemática, y una revisión integrativa. Entendiéndose por revisión sistemática recopilar datos de estudios sobre el tema a estudiar, los analiza de forma crítica, y sintetiza los resultados de forma sistemática. Por otro lado, una revisión integrativa también recopila datos de diversos estudios, pero a

diferencia de la revisión sistemática, se incluyen en la síntesis tanto estudios experimentales como no experimentales para tener una comprensión más amplia del tema. Para la revisión sistemática se tuvo en cuenta el acrónimo PICO, por sus siglas en inglés se refiere a participants, interventions, comparisons, outcomes;

P: cuidadores a cargo, y RNPT, presentes en la unidad de cuidados intensivos.

I: aplicar las escalas para conocer el estrés de los padres, y el confort del RNPT.

C: relación entre escalas.

O: asociación en el estrés de cuidadores y el confort del RNPT.

Con respecto a la revisión integradora de la literatura se buscó contestar: ¿Qué es lo que se sabe? ¿Cuál es la calidad de lo que se sabe? ¿Cuál es el próximo paso para la investigación o práctica?

La búsqueda incluyó estudios de 5 y más de 5 años, en idioma español, inglés, portugués, empleando las palabras claves, y operadores booleanos. Todos los artículos de texto completo se exportan a Zotero, eliminando aquellos que se repiten. Los estudios o el material con más de 5 años se tomaron por el conocimiento el comportamiento materno con sus RN y el estrés de los cuidadores en la historia. **Criterios de selección:** Primera etapa se seleccionaron estudios que tuvieran una escala validada y traducida al español, un total de 21. De estos, 6 estudios aplicaron la misma escala en inglés, se opta por el estudio en el cual traduce la versión de la escala en inglés a español evaluada su adaptación al idioma. Segunda etapa, revisión en diferentes bases de datos, Cochrane, Pubmed, utilizando los operadores booleanos, palabras claves con la intención de examinar las intervenciones de enfermería realizadas para disminuir el estrés, y seleccionar o realizar un instrumento para la consulta de enfermería en unidades de cuidados intensivos neonatales. Se encontraron 200 artículos, de los cuales se

seleccionaron 20 cambiando las palabras de búsqueda: consulta de enfermería por intervenciones de enfermería, 4 exponían intervenciones para disminuir el estrés parental en la unidad de cuidados intensivos neonatal, pero las conclusiones no demostraron gran impacto en el vínculo, o mejoría en el confort del RNPT. Es así, se descartan estos estudios. Se continúa la búsqueda de un instrumento para medir el confort del RN, se tomó 12 estudios sobre el confort neonatal en la UCI, se seleccionan 5, y un estudio con diferentes definiciones de confort. La bibliografía se expone en el Apéndice 2, y Apéndice 3 con la selección, y eliminación de duplicados por el solapamiento. Se utilizó la combinación del lenguaje controlado y términos de textos libre, evitando la pérdida de artículos actuales.

La muestra, fue por conveniencia se tuvo en cuenta las causas relacionadas con las características de la investigación. El procedimiento de muestreo fue controlado al proceder la elección de sujetos con ciertas características definidas previamente en el objetivo, en los criterios de inclusión y exclusión, y, en el alcance de contribución. La muestra fue de 51 cuidadores, y de 50 RNPT, en un período de 6 meses. Para el cálculo se utilizó un nivel de confianza de 95 %, un margen de error de 5% (límite aceptable de error muestral), y una población de 133 en un año, resultando un n de 100 RNPT. Las escalas fueron seleccionadas en base a su criterio de validación en español y la aplicación por diferentes instituciones en varios países. Según el Ing. Coronado Padilla, M. SC: “la medición es un proceso inherente y constitucional a toda investigación, sea esta cualitativa o cuantitativa. Al medir variables se consideró tres elementos básicos: el instrumento de medición, la escala de medición y el sistema de unidades de medición. La validez, consistencia y confiabilidad de los datos medidos dependen, en buena parte, de la escala de medición que se adopte.” (68). El concepto más citado es el de que “la medición es el proceso de asignar, según reglas bien definidas, números a propiedades de

objetos” (68). La elaboración de un instrumento de medición no es tarea sencilla, el diseño y la validación del instrumento diseñado a evaluar diferentes actitudes humanas es una tarea muy dificultosa, según García Sánchez y Rosas Castillo. La revisión bibliográfica permitió hallar los instrumentos para la investigación, siendo una herramienta operativa facilitando la recolección de datos. Los instrumentos son herramientas que confluyen en una relación entre paradigma, epistemología, teorías y metodologías, según Soriano Rodríguez (69). La selección de los instrumentos fue en base a la validez, confiabilidad, objetividad, amplitud, practicabilidad y adecuación. Entendiendo por validez: medir aquello que se quiere medir, también se puede denominar veracidad y exactitud. La confiabilidad se refiere a la consistencia y fiabilidad del instrumento, es decir al ser aplicado en diferentes situaciones arrojará los mismos resultados. Una prueba es válida si previamente se ha comprobado su confiabilidad, la confiabilidad es necesaria, pero por sí sola no establece la validez de una prueba. La prueba debe producir iguales puntajes, sin depender quién evalúe los resultados. Esto se logra cuando los instrumentos cuentan con normas de asignación de puntajes, evitando asignaciones subjetivas al analizarlas. La Amplitud “es la adecuada extensión que debe tener la prueba”. La Practicabilidad, es decir, su interpretación debe ser fácil, y de bajo costo, y de utilidad social. La adecuación, saber si es apropiada para cumplir los objetivos, brindando datos necesarios, para la edad, momento, y características de los sujetos (70,71,72).

IV.1.2 Diseño y entorno del estudio

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, reportado conforme a las directrices del Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), (73). La UCIN aplica un modelo de unidad de puertas abiertas, permite el acceso de los familiares al entorno de cuidado del RN, ampara las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para padres o cuidadores, promoviendo su participación activa, con

acompañamiento emocional, y psicológico. Cuenta con un total de 8 camas: 5 destinadas a cuidados intensivos, 3 a cuidados intermedios, y una unidad de estabilización.

IV.1.3 Participantes del estudio

Se incluyeron cuidadores con sus RNPT [24 semanas a 36,6 semanas de edad gestacional (EG)], en la investigación participaron madres y padres que permanecieron en la UCIN, y realizaron cuidados a sus RNPT durante su internación en cuidados intensivos o intermedios, con edad de 18 o más años. Se excluyeron cuidadores por no tener una continuidad de cuidados, por estar su RNPT grave, o por no proporcionar su consentimiento. El proceso de selección y valoración de los participantes se detalla en el flujograma del proceso de selección exhibido en la Figura 2.

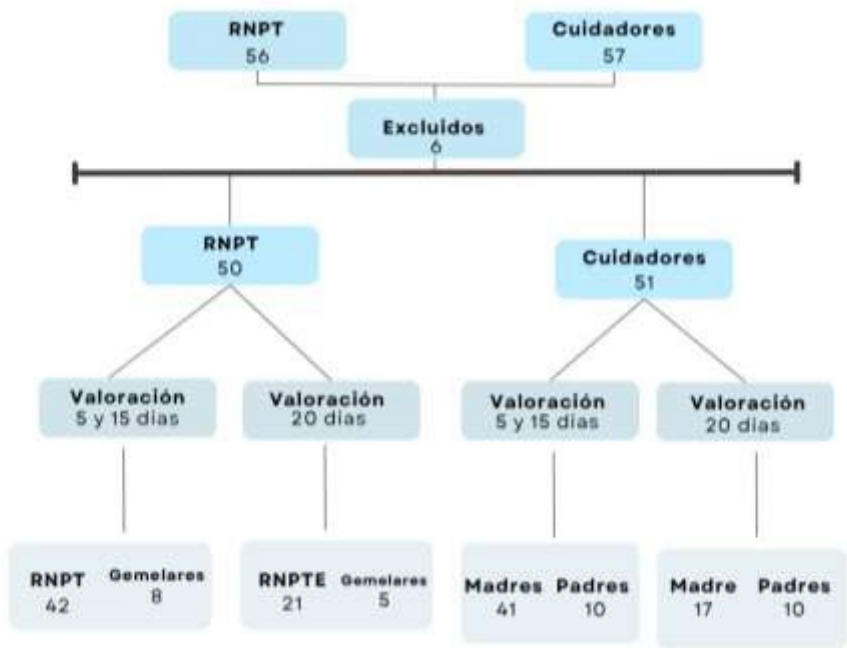


Figura 2: Flujograma del proceso de selección.

Los cuidadores que aceptaron participar completaron el instrumento, en su habitación, o en la unidad, en proximidad a la incubadora de su RNPT, garantizando privacidad. En todos los casos, se presenció el proceso del llenado de la escala; en tres situaciones puntuales, el cuidador solicitó que se realizara la lectura del instrumento mientras

completaba sus respuestas. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado (Apéndice 4 y 5), quedando documentado la declaración de haber recibido información clara, disipado dudas, e inquietudes, conforme a las disposiciones del MSP, y de la institución donde se realizó la investigación. Se protegió la confidencialidad y el anonimato. Luego de realizado los trámites pertinentes, aprobación de los tutores, presentación al comité evaluador de la Facultad de Enfermería, aprobación del comité de ética del Hospital de Clínicas, y registro en el MSP el 2 de agosto del 2023 con N° de trámite 8509528 (74). Los datos recopilados fueron almacenados de forma segura, y solo se utilizó con el fin de la investigación.

IV.1.4 Recopilación y categorización de los datos

Los objetivos y los métodos de estudio fueron presentados a los cuidadores por la responsable de la investigación, con una mediana de 4 días después del ingreso, dentro de una ventana temporal de 24 a 48 horas establecidas para tal fin, durante seis meses. Se utilizaron 4 cuestionarios, uno para recopilar información sobre el estrés parental, otro para observar el confort neonatal, y 2 para recopilar los datos sociodemográficos de los cuidadores y de los RNPT.

IV.1.4.1 Instrumentos

Se implementó la EEEP-UCIP (Anexo 3), (29), instrumento llamado en su primera versión “Parental Stressor Scale” (PSS), diseñado en 1982 por Carter y Miles, (75), para evaluar la experiencia estresante vivida por los padres ante la hospitalización de un hijo en una UCI. Resume un conjunto de ítems, representativos de las posibles circunstancias hospitalarias susceptibles de generar estrés parental con la hospitalización infantil en el entorno de la UCI. El PSS ha sufrido diversas formulaciones y versiones a través de los años. En el artículo de Ochoa y Polaino de 1992 toman el original de 1982, lo traducen y

lo adaptan a su estudio. El cuestionario consta de 36 ítems dividido en 6 subescalas o categorías de estrés. Se añade un último ítem para evaluar el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres investigados. Dilucidan que el ítem, no forma parte de las subescalas, y presenta otra puntuación de estrés paterno. En los estudios revisados no se visualiza el ítem. En el 2012 otro artículo de Saouza et.al, (76) realizan una nueva adaptación. En el año 2022 Coó, Lemp y González (77,78) nuevamente toman la escala de Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Escala de Estrés Parental: UCIN), diseñada por Miles, Funk y Carlson en 1993 (59), esta consta de 26 ítems distribuidos en tres subescalas que miden el grado de estrés, y la adaptan a 34 ítems. “En el estudio de Wormald et al., (79), participaron 12 unidades de neonatología de cuatro países (Argentina, Chile, Paraguay, Perú) que forman parte de la Red Mercosur, se utilizó la versión validada al español de la escala de estrés parental, diseñada por Miles et al..., mostrando que la alteración del rol parental era la situación que mayor estrés les provocaba a los padres.”. Traducida y validada en varios países con diversos contextos culturales, trabajaron equipo de enfermeras profesionales especializadas en Neonatología de instituciones del sector público. Enfermeras con atención directa en RNPT, y una psicóloga, todas mantenían contacto directo con los padres del RNPT hospitalizado. La versión seleccionada fue validada a la versión en español usada en Chile (29).

Instrumento 1 - EEEP-UCIP, (29) (Anexo 3). La escala consta de 36 ítems, agrupados en tres dimensiones: Dimensión clínica, Dimensión de comunicación con el equipo clínico, Dimensión emocional. A su vez cada dimensión consta de subcategorías, y estas de diferentes ítems. El grado de estrés representado del 0 al 5:

0=	1=	2=	3=	4 =	5 =
No se experimentó	No fue estresante	Mínimamente estresante	Moderadamente estresante	Muy estresante	Extremadamente estresante

Al participante, se solicitó marcar con un círculo el número que mejor representaba el grado de estrés que dicha situación generaba. En aquellos ítems que no formaron parte de la experiencia del cuidador marcaban “No se experimentó” (0).

Instrumento 2: Luego de implementar la EEEP-UCIP, se utilizó la escala Confort B, (Anexo 4), (30), organizada por 6 dimensiones, con 5 ítems cada una, con un total de 30 ítems. Las dimensiones son:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| • Alerta | • Movimiento físico |
| • Calma/ agitación | • Tono muscular |
| • Respuesta respiratoria | • Tensión facial |
| • Llanto | |

Se midió el confort en una escala entre $< 0 = 11$ a $> 0 = 23$.

Confort $< 0 = 11$ puntos. Disconfort de 12 a 22. Disconfort alto 23 o más.

Cada una de las escalas fue aplicada a los 5 y 15 días del ingreso del RNPT a la UCIN. A los prematuros extremos menores de 28 semanas, y muy prematuros de 28 a 32 semanas, fueron aplicadas las escalas por tercera vez a los 20 días. Se usó el instrumento resumiendo los datos sociodemográficos del cuidador, y del RNPT.

Las escalas citadas fueron aplicadas en instituciones internacionales (80,81,82,83,84) en idioma español e inglés.

IV.1.4. 2 Tabulación de la información

Para el análisis estadístico de las variables, se elaboraron tablas de frecuencias y de distribución de frecuencias, tanto para datos simples como agrupados, según la naturaleza de cada variable. Se utilizaron gráficos en barra, de dispersión, apropiadas en función del tipo de datos analizados. La selección de estos recursos visuales respondió al criterio de mejorar la comprensión de los hallazgos y resaltar las tendencias observadas en el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo. Para explorar posibles asociaciones entre variables, se emplearon tablas de contingencia, especialmente en caso de variables

dicotómicas. Estas tablas permitieron evaluar la relación entre dos variables mediante la prueba de chi cuadrado, con el objetivo de determinar la distribución de la frecuencia observada. Al contar con un n reducido, se utilizó el coeficiente de correlación de Fisher analizando la relación lineal entre variables continuas. Este análisis permitió identificar asociaciones positivas (si ambas variables aumentaban simultáneamente) o negativas (el incremento de una variable si se asocia con la disminución de la otra), contribuyendo a una interpretación más precisa de los vínculos entre el confort del RNPT y el estrés del cuidador. Los datos fueron ingresados al GraphPad Prism versión 8.0.2, para su análisis.

IV.1.4. 3 Análisis de los datos

El estrés de los cuidadores que se predefinió como resultado primario de la investigación y se midió con la EEEP – UCIP, incluyó dos modalidades de puntuación: Puntuación global: se calculó un índice único dividiendo la suma total de las respuestas por el número de ítems, obteniendo así una expresión general del nivel de estrés percibido por los cuidadores. Otra modalidad la puntuación por subescalas: se evaluaron por separado las siete subescalas que componen la escala, dividiendo la suma de los ítems correspondientes a cada subescala por el número de ítems incluidos en ella. Se contempla los 37 ítems, distribuidos en 7 factores, agrupados en 3 dimensiones: Dimensión clínica, Dimensión de comunicación con el equipo de salud, y la Dimensión emocional. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 5, donde 0 representa ausencia de estrés y 5 el máximo nivel percibido. Los datos fueron agrupados según el grado de estrés y la dependencia entre las mediciones, considerando los días de valoración: día 5, día 15 y día 20.

Se estableció dependencia de datos para las siguientes subcategorías: Estrés global, Estrés materno, Estrés paterno, y Estrés de cuidadores de gemelares. La segunda escala utilizada en el estudio evaluó el confort del RNPT en tres momentos: a los 5, 15 y 20 días de vida. Esta escala clasifica el confort en dos rangos: de 0 a 11 puntos se consideró “confort”,

mientras que de 12 a 22 puntos se interpretó como “no confort”. Se realizó asociaciones entre el nivel de confort del RNPT y el estado de estrés de los cuidadores (madres, y padres), considerando los días de valoración correspondientes. Se analizó el confort neonatal y el estrés del cuidador en función de las diferentes variables usadas. Se aplicó estadísticas descriptivas para organizar y caracterizar las respuestas de los cuidadores. Cada cuidador fue identificado mediante un código numérico: el número entero representó a la madre, número decimal se asignó al padre, y a los RNPT gemelares. Los datos fueron ingresados en Microsoft Excel versión Office Profesional Plus 2016.

Identificación de variables de confusión potenciales: se identificaron las variables que podrían estar asociadas con el estrés parental y con el ingreso del RN en la unidad neonatal. Estas variables podrían incluir factores socioeconómicos, demográficos, psicológicos, y factores relacionados con el embarazo y el parto. Conjuntamente, se utilizó técnicas de análisis estadístico para controlar las variables de confusión, como ser la valoración realizada a partir del quinto día de internación. La técnica del análisis de regresión logística se utilizó para modelar la relación entre variable dependiente binaria (presencia o ausencia de estrés parental) y una o más variables independientes (ingreso del RN en UCIN y las variables de confusión). Las variables fueron clasificadas y definidas, (Apéndice 7).

Los datos fueron procesados, caracterizados según variables, y tabulados según días de valoración (5,15 y 20). Esta triangulación (estrés, confort, y otras variables) de los datos permitió observar la evolución del estado emocional de los padres y el bienestar del RN, prometiéndole una visión integral del proceso de adaptación durante la estancia en la UCIN.

Se analizó la pregunta abierta de la escala destinada explorar experiencias adicionales de estrés parental no contempladas en los ítems estructurados: IX *¿Existió alguna otra situación que usted consideró estresante y que no fue mencionada en este cuestionario?*,

por favor describala. Las respuestas obtenidas fueron analizadas, mediante un proceso de codificación que permitió identificar patrones lingüísticos, frases recurrentes e ideas centrales. No todos los participantes aportaron contenido en este ítem, algunos indicando explícitamente que no tenían situaciones adicionales que registrar. La información recopilada fue sistematizada, describiendo expresiones frecuentes, permitiendo una comprensión desde una perspectiva subjetiva desde los padres.

Capítulo V

V Consideraciones Éticas

Para la implementación de la investigación se tomaron las normas éticas que regulan la investigación en seres humanos, fomentando los principios éticamente universales enmarcados en el informe de Belmont. Los mismos aseguran el bienestar y seguridad de las personas, y grupos involucrados, estableciendo un mínimo de actuación. También aseguran la calidad en la actuación en la investigación, cumplimiento reglamentos, normativas, aspectos legales oportunos, apaleando a la objetividad de los derechos de los terceros, a la autonomía, a la libertad, la dignidad, la integridad, y a las relaciones de igualdad, con el consentimiento informado, plasmado en la Ley de Uruguay 18331 “Protección de datos personales”. Además, presente el Decreto N° 158/019 (85), (Anexo N°5). “Este Reglamento tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad. La libertad para llevar a cabo la investigación en seres humanos tiene como límite el respeto de los derechos y libertades esenciales que emanan de la personalidad humana, se hallen reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados internacionales ratificados por la República y que se encuentren vigentes”.

Por lo previamente mencionado, fue elaborado el documento que ofició de consentimiento informado, donde se enmarca la investigación, se detalla la metodología a usar en la misma (Apéndice N° 4). Al firmar el documento, el participante acepta colaborar de forma voluntaria en el estudio, y ratifica su consentimiento para la utilización de los datos como está estipulado en la hoja de identificación, que le será entregada. Igualmente, se diseñó la hoja de información explicativa cedida a los participantes, (Apéndice N°5), junto con el consentimiento informado, en donde constan los datos sobre

el estudio de investigación al que se le invitó a participar. Cada participante cumplió con la lectura, realizó preguntas con el fin de comprender el mismo. Este documento pasó a ser propiedad del participante, con datos del investigador, así, en caso de cambiar de parecer podría retirar el consentimiento sin importar el momento, y el porqué de la decisión, (Apéndice N° 5), (86,87). Se contó con el apoyo del equipo de SM, médico y de enfermería, a fin de brindar contención en caso de que surgieran situaciones emocionalmente movilizadoras que pudieran comprometer el bienestar de los cuidadores durante el llenado de la escala de estrés.

Capítulo VI

VI.1 Resultados

Se procedió a la caracterización descriptiva de las variables sociodemográficas y clínicas del RNPT, y de su cuidador principal (Tabla 1). Posteriormente, se realizó la organización y análisis de los datos obtenidos a partir de la EEEP, y de la escala de Confort del RNPT, estructurándolos según las subcategorías definidas por cada instrumento (Tabla2).

Tabla 1: A Caracterización del RN				Tabla 1: B Caracterización del cuidador				Total n: 51			
	Categoría	n: 50	FR			Madre n: 41	FR	Padre n: 10	FR		FR
Captación días de nacido	5—15	50		Sexo	Femenino	41	1			41	0,80
	5--15—20	21			Masculino			10	1	10	0,2
Sexo	Femenino	14	0,28	Género	Aceptado	41	1	10		51	0,20
	Masculino	36	0,72	Edad *5	Juventud	22	0,54	6	0,6	28	0,55
Clasificación edad gestacional *1	PE-MP 28-32	25	0,5		Adultez	19	0,46	4	0,4	23	0,45
	PT- PM 33-34-35-36,6	25	0,5	Educación *6	Primaria	8	0,19	0	0	8	0,16
					Secundaria	28	0,68	9	0,9	37	0,73
					Terciaria	5	0,12	1	0,1	6	0,12
Clasificación según el peso en gramos *2	PEBN-MBPN (1000-1499)	20	0,4	Lugar de nacimiento	Montevideo	21	0,51	4	0,4	25	0,50
	BPN (1500-2500)	30	0,6		Interior	22	0,54	6	0,6	26	0,50
				Residencia	Montevideo	27	0,66	5	0,5	32	0,63
					Interior	14	0,34	5	0,5	19	0,37
Causa del nacimiento sí/no coordinado	Emergencia	27	0,54	Permanece en institución	Si	41	1	5	0,5	46	0,90
	Urgencia	23	0,43		No	0	0	5	0,5	5	0,098
Vías de nacimiento	Cesárea	41	0,82	Estado Civil *7	Unión estable	21	0,51	6	0,6	27	0,53
	Vaginal	9	0,18		Soltero	20	0,50	4	0,4	24	0,47
Anestesia	Raquidea	35	0,7								
	General	6	0,12	Trabajo	Si	9	0,23	8	0,8	25	0,49
	No	9	0,18		No	22	0,54	2	0,2	25	0,49
Causa del parto prematuro *3			0,38		Otro					1	0,019
	SHE	19									
	ITP	5	0,1	Ingresos	Suficiente	20	0,50	5	0,5	25	0,49
	RPM	12	0,24		Insuficiente	11	0,26	5	0,5	26	0,51
	RCIU	11	0,22	Vivienda	Si	30	0,73	4	0,4	34	0,67
	Proc. De miembro 1	1	0,02		No	11	0,27	6	0,6	17	0,34
	Genit	1	0,02	Beneficio social	Si	30	0,73	2	0,2	32	0,63
					No	11	0,27	8	0,8	19	0,37
Diagnóstico *4	SDR	47	0,94	Núcleo familiar	Monoparen-tal	20		5		25	0,5
Se toma DX que e se repiten	RCIU	5	0,10		Nuclear	12		4		16	0,32
	BPN AEG	3	0,06		Extendida	9		1		10	
	Hidrocefalia vent. Izq.	1	0,02								
Apgar	1 °	3	0,04								
		4 – 6	0,12								
		7 -10	0,82								

Apgar	5 °	3	0	0								
		4 – 6	0	0								
		7 -10	49	0,98								

Frecuencia absoluta: FA / Frecuencia relativa: FR

1.

De los 50 RN analizados, 8 son gemelos. De estos solamente 2 gemelares reciben cuidados de su padre y madre al mismo tiempo. *1 se agrupan las edades gestacionales de RNPT de 28 a 32 semanas: Prematuro extremo (PE), y Muy prematuro (MP); de 33 a 36,6 semanas: Prematuro moderado (PM), y Pretérmino tardío (PT). *2 se agrupan la clasificación según el peso en gramos Peso extremadamente bajo al nacer (PEBN) menor de 1000, Muy bajo peso al nacer (MBPN) de 1000 a 1499; y Bajo peso al nacer (BPN) de 1500 a 2500. *3 Causa del parto prematuro: Síndrome hipertensivo del embarazo (SHE, 19), Inicio de trabajo de parto (ITP, 5), Ruptura prematura de membrana (RPM, 12), Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU, 11), Procedencia de miembro 1, Genitorragia, 1. *4 el diagnóstico del RNPT; síndrome de dificultad respiratoria (SDR, 47), retardo del crecimiento intrauterino (RCIU, 5), bajo peso de nacimiento y adecuado para la edad gestacional (BPN AEG), Hidrocefalia vent. Izq., 1. *5 se clasifican las edades en juventud (14 a 26) y adultez (27 a 59) adaptándolas al grupo de estudio: Juventud: 18–27; Adultez: 28-59. *1 *2 *3 según definiciones de la OMS. *6 Trayecto Educativo | Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay [Internet]. www.gub.uy. Available from: <https://www.gub.uy/trayecto-educativo> *7 Estado civil se agrupan en: Unión estable: se agrupan en casado (6/concubino6/ pareja 15) y soltero (Soltero / divorciado. (73)

Tabla 2: Análisis global Estrés del cuidador									
Días/ (n): 5 (51) -15-(51) 20 (21)	Escala	5		15		20			
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
No se experimentó/ no fue estresante	0-1	35	0,68	34	0,67	14	0,67		
Mínimamente estresante /Moderadamente estresante *1	2-3	16	0,31	17	0,34	7	0,34		
Caracterización del estrés materno									
Días/ (n): 5-(41) 15 (41) 20 (17)	0-1	27	0,66	28	0,68	12	0,7		
	2-3	14	0,34	13	0,32	5	0,29		
Categorización Estrés Paterno									
Días/ (n): 5-15-(10) 20 (4)	0-1	8	0,8	8	0,8	4	0		
	2-3	2	0,2	2	0,2	0	1		
Subcategorías *2		I, VI		I, III		IV, V		VII, VIII	
Días/ (n): 5 (51)	0-1	77	0,65	43	0,84	57	0,88	52	0,12
	2-3	22	0,43	52	0,96	24	0,47	31	0,24
	4-5	3	0,06	8	0,15	11	0,22	19	0,38
Dimensiones *3		I, II, III, IV		V		VI VII VIII			
Días/ (n): 5 (51)	0-1	105	0,49	25	0,49	99	0,49		
	2-3	83	0,61	20	0,40	35	0,68		
	4-5	16	0,31	6	0,12	19	0,37		
	Días	5		15		20			
Confort 0-11		17	0,34	14		0,28	8	0,16	
No confort 12-22		33	0,66	34		0,68	15	0,30	
Evaluación: a los 5- 15 días n: 10 Padre (P) n: 41 Madre (M); a los 20 días: P:4 M: 17									
*1 Escala estrés No se experimentó: 0 No fue estresante :1 Mínimamente estresante: 2 Moderadamente estresante :3 Muy estresante: 4 Extremadamente estresante:5 Se agrupan en 3 grados: 0-1: 1 / 2-3: 2 / 4-5: 3									
*2 Subcategorías: I: Aspecto de su hijo II: Imágenes o sonido III: Procedimientos o intervención IV: Conductas del equipo V: Comunicación Equipo profesional VI: Comportamiento del RN VII: Rol de padres VIII: Experiencia en general Se agrupan en: I-VI / II-III / IV-V / VII-VIII									
*3 Dimensión: 1. Dimensión Clínica: I, II, III, IV 2. Dimensión comunicación con el equipo: V 3. Dimensión emocional: VI, VII, VIII Gemelares: 8 Son excluidos en los análisis bivariados y analizados por separado (Tabla 1 y 2)									

VI.1.2 Los datos sociodemográficos de los cuidadores y de los RNPT

Las características sociodemográficas de los cuidadores se detallan en la Tabla 1. Se observa un predominio de madres como principales cuidadoras. En cuanto al nivel

educativo, la mayoría de las madres cursaron secundaria en Uruguay (FR:0,68), mientras que los padres cuidadores presentaron una FR de 0,9. Con respecto a la edad, los cuidadores jóvenes mostraron una FR de 0,54, mientras que los adultos alcanzaron una FR de 0,46. El lugar de nacimiento se distribuyó equitativamente entre Montevideo y el Interior del país (FR: 0,50 en ambos casos), aunque la residencia actual en Montevideo fue más frecuente (FR: 0,63). La permanencia institucional fue mayoritariamente asumida por las madres (FR: 0,90). En relación con la situación laboral, predominan los cuidadores que no trabajan (FR: 0,54), siendo este grupo principalmente compuesto por madres. Dentro de este grupo, la mitad refiere que sus ingresos son suficientes (FR: 0,50), además de contar con vivienda propia y acceso a beneficios sociales (FR: 0,73).

En cuanto a los RNPT, el sexo masculino fue más frecuente (FR: 0,70). Según la EG, se identificaron dos grupos principales: de 28 a 32 semanas y de 33 a 36,6 semanas, ambos con una FR de 0,50. El peso al nacer entre 1500 y 2500 gramos presentó una FR de 0,60. La vía de nacimiento fue predominantemente por cesárea (FR: 0,82), con anestesia raquídea (FR: 0,70). Las principales causas del parto fueron síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) con una FR de 0,38, ruptura prematura de membranas (RPM) con 0,24, y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) con FR: 0,22. El diagnóstico más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), con una FR de 0,90, con puntaje Apgar al minuto cinco fue de 7/10 (FR: 0,90). La estructura familiar, se reportó convivencia en núcleos monoparentales (FR: 0,50) y nucleares (FR: 0,32).

VI.1.3 Datos del estrés global en cuidadores y confort del RNPT

Al realizar el análisis global (Tabla 2) de la escala de estrés, se observa que los cuidadores presentan niveles de estrés moderado en los días 5, 15 y 20 de captación, con una FR de 0,34. Las dimensiones de la escala en las que se identificaron niveles de estrés moderado

y muy estresante corresponden principalmente a la dimensión clínica y a la dimensión emocional. Cada dimensión tiene subcategorías (I, al VIII), se calculó para cada una el promedio. Se grafica según días de valoración en eje Y, y en eje X los grados de estrés, a los 5, 15 y 20 días del nacimiento del RN, (Gráfico 1). De las subcategorías surge estrés moderado en los ítems II y III, *imágenes o sonidos*, y *procedimientos o intervenciones*. Tanto los cuidadores maternos como paternos coincidieron en estas subcategorías. En los días de valoración 5 y 15 manifestaron estrés en el ítem IV. que describe una serie de *conductas del equipo profesional*, y en el ítem V. que describen *diferentes situaciones de como el equipo se comunicó con el cuidador acerca de la enfermedad del RN*. El ítem VIII que indaga "*¿Qué tan estresante, en general, ha sido la experiencia para usted en la Unidad?*" alcanza un promedio de estrés de 2,82 en el día 20; de 2,46 en el día 15, y en el día 5 el promedio es de 2,32; siendo este ítem el que refleja mayor estrés para los cuidadores (Gráfico 1), ningún ítem alcanza un grado de estrés igual o mayor a 3.

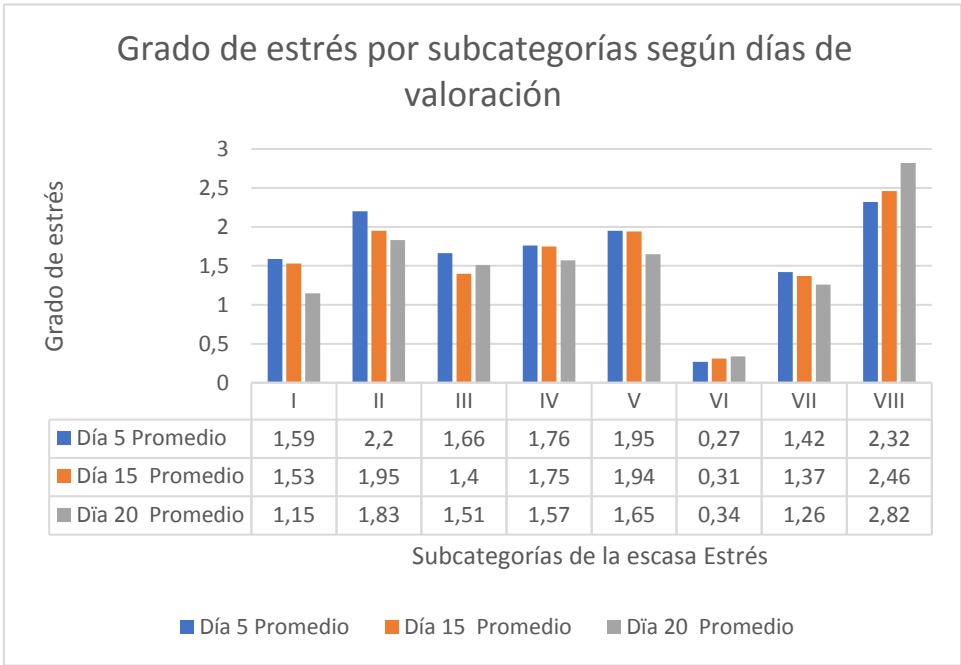


Gráfico 1: Grado de estrés por subcategoría de la EEPP, según días de valoración

En relación al confort del RN (Tabla 2), se identificó la presencia de *no confort* en los tres momentos de captación. Se calculó la FR, los valores obtenidos a los 5 días de vida fueron de 0,66; a los 15 días de 0,68; y a los 20 días alcanzó un 0,30.

VI.1.4 Resultados de estrés en cuidadores y confort en RNPT

Entre las madres, excluyendo madres de gemelares, se observó estrés moderado con un FR de 0,30 al día 5, de 0,27 al día 15, y una disminución significativa al día 20, con una FR de 0,08 (Tabla 3 A, B, y C). En el caso de los padres el estrés fue moderado con una FR de 0,25 en el día 5, a los 15 y 20 días no se identificó estrés.

En relación al confort de los RNPT, a los 5 días de nacidos se identificó ausencia de confort con una FR de 0,63, a los 15 días la FR fue de 0,69, y 0,75 de FR al día 20 (Tabla 4 A, B, y C). La asociación significativa observada entre el estrés materno moderado y el no confort del RNPT en los días 5 y 15 (Tabla 4 A, B) indica que el estado emocional de la madre podría influir en la experiencia de confort neonatal durante la hospitalización temprana. Al día 20, (Tabla 4: C) aunque el estrés materno disminuye, el no confort en los RNPT se mantiene elevado, lo que sugiere la presencia de otros factores que podrían estar influyendo en el confort neonatal.

Tabla 3: Grado de estrés del cuidador según los días de evaluación (sin gemelares)

Tabla 3: A 5 días			
Grado de estrés Cuidador (5 días)	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Padre	6	2	8
Madre	23	10	33
Tabla 3: B 15 días			
Grado de estrés	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Padre	8	0	8
Madre	24	9	33

Tabla 3: C 20 días			
Grado de estrés	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Padre	3	0	3
Madre	11	1	12

Tabla 4: Grado de estrés del cuidador madre y su asociación con el confort de su RNPT según los días de evaluación (sin gemelares y se resta 1 RN).

Tabla 4: A 5 días			
Grado de estrés Confort 33 RN	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	10	2	12
No confort	13	8	21

Tabla 4: B 15 días			
Grado de estrés Confort 33 RN	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	9	1	10
No confort	15	8	23

Tabla 4: C 20 días			
Grado de estrés Confort (12 RN)	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	2	1	3
No confort	9	0	9

Tabla 5: Grado de estrés del cuidador padre y su asociación con el confort de su RNPT según los días de captación (sin gemelares)

Tabla 5: A 5 días n: 8			
Grado de estrés Confort	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	3	0	3
No confort	3	2	5

Tabla 5: B 15 días n: 8			
Grado de estrés Confort	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	3	0	3
No confort	5	0	5

Tabla 5: C 20 días n:3			
Grado de estrés Confort	No Estresante 0 – 1	Moderadamente estresante 2 a 3	Total
Confort	0	0	0
No confort	3	0	3

En cuanto al cuidador paterno, se observa estrés únicamente al día 5 (Tabla 5: A), mientras que el no confort en los RNPT se mantiene en los tres días de evaluación con disminución al día 20 (Tabla 5: C).

VI.1.5 Asociación entre las características del cuidador y del RNPT con el estrés parental y el confort neonatal

Al incorporar las variables de caracterización del cuidador y del RNPT, se identifican patrones relevantes en la presencia de estrés del cuidador, y la ausencia de confort neonatal, según se detalla en la Tabla 6 (de la A, a la I).

Tabla 6: Variables de caracterización del cuidador y del RN. Asociación entre estrés del cuidador y el confort del RN a los 5 días de evaluación. Madres n: 33; Padres n: 8; RN n: 34 (se suma el RN del padre cuidador)

Tabla 6: A Edad					
Madre			Padre		
Juventud 18 a 27 Adulta	No estrés	Estrés	Joven Adulto	No estrés	Estrés
Confort	6,4	1,1	Confort	2,1	0,0
No confort	8,5	7,1	No confort	2,1	2,0

Tabla 6: B Nivel de educación					
Madre			Padre		
Primaria Secundaria Terciaria	No estrés	Estrés	Primaria (1) Secundaria (6) Terciaria	No estrés	Estrés
Confort	1, 7, 2	1,1,0	Confort	1,1,1	0,0,0
No confort	3,8,2	1,7,0	No confort	0,3,0	0,2,0

Tabla 6: C Residencia					
Madre			Padre		
Montevideo Interior	No estrés	Estrés	Montevideo (4) Interior (4)	No estrés	Estrés
Confort	5,5	2,0	Confort	1, 2	0,0
No confort	2,11	4,4	No confort	2,1	1,1

Tabla 6: D Trabajo					
Madre			Padre		
Si No	No estrés	Estrés	Si (6) No (2)	No estrés	Estrés
Confort	7, 3	0,2	Confort	2, 1	0,0
No confort	5,8	4, 4	No confort	3,0	1, 1

Tabla 6: E Ingresos					
Madre			Padre		
Suficientes	No estrés	Estrés	Suficientes (3)	No estrés	Estrés
No suficientes			No suficientes (5)		
Confort	7,3	0,2	Confort	1, 2	0, 0
No confort	7,6	4,4	No confort	2, 1	0,2

Tabla 6: F Estado civil					
Madre			Padre		
Unión estable	No estrés	Estrés	Unión estable	No estrés	Estrés
Soltero			6 Soltero		
			2		
Confort	7,3	0,2	Confort	2, 1	0,
No confort	8,5	3, 5	No confort	2,1	2,

Tabla 6: G Vivienda		
Madre		
Si	No estrés	Estrés
No		
Confort	7, 3	1,1
No confort	10, 3	6,2

Tabla 6: H Beneficio social		
Madre		
Si	No estrés	Estrés
No		
Confort	9,1	1, 1
No confort	10, 3	5, 3

Tabla 6: I Núcleo familiar		
Madre		
Monoparental	No estrés	Estrés
Nuclear		
Extendida		
Confort	5, 4, 1	2,0, 0
No confort	5,5, 3	2,4, 2

Se observa que las madres jóvenes (A), con estrés y sus RN con no confort presentan una FR de 0,32; mientras madre adulta la FR fue de 0,09 en el grado de estrés, y el no confort del RN total fue de 0,54. En cuanto al nivel educativo (B), las cuidadoras con educación secundaria, que revelan estrés, y sus RN presentaron no confort la FR fue de 0,30. Referente a la residencia (C), predominan las madres del interior del país, quienes en su mayoría no presentan estrés; sin embargo, sus RNPT muestran ausencia de confort. Este mismo patrón se repite en cuidadoras que trabajan (D) y en aquellas que refieren ingresos suficientes (E). El estrés surge con mayor frecuencia en cuidadoras cuyos RNPT presentan ausencia de confort. Estas cuidadoras son, en su mayoría, madres jóvenes que cursaron educación secundaria. La mitad de estas cuidadoras reside en Montevideo, y se identifican como madres solteras, refieren tener empleo, e ingresos suficientes. Además,

cuentan con vivienda G), perciben beneficios sociales (H), y pertenecen al grupo de familias nucleares (I). Se identificó mayor prevalencia de estrés en madres de RNPT con ausencia de confort, dentro de las siguientes variables: nacidos por cesárea en el contexto de una emergencia obstétrica o neonatal, con anestesia raquídea (Tabla 7), y EG menor o igual a 32 semanas. Las causas más frecuentes de parto prematuro fueron: SDH, (Fa: 19), RPM (Fa: 9) y RCIU (Fa: 5), (Tabla7).

Variables usadas para caracterizar al RNPT

Tabla 7: Variables y su asociación con estrés y el confort del RNPT		
Sexo RN Femenino / Masculino	No estrés Suma de F + M	Estrés
Confort	3, 7 (10)	1, 1
No confort	2, 11 (13)	5, 3
Vías de nacimiento Cesárea Vaginal	No estrés	Estrés
Confort	7, 3	2,0
No confort	10, 3	5, 3
Anestesia Raquídea General No	No estrés	Estrés
Confort	6,1,3	2,0, 0
No confort	10,0, 3	4,1, 3
Causa del nacimiento Emergencia Urgencia	No estrés	Estrés
Confort	7,3	2,0
No confort	9,4	3, 5
	16,7	5,5
Edad gestacional 28 > o=32 <32-33 al 36,6	No estrés	Estrés
Confort	2, 8	0,2
No confort	6,7	5,3
Clasificación según peso 1000 -1500 menor o igual a 1500 1500-2500	No estrés	Estrés
Confort	2, 8	0, 2
No confort	6,7	4, 4

Causa del parto prematuro SHE (19) RPM (9) RCIU (5)	No estrés	Estrés
Confort	7,3,0	2,0,0
No confort	7,3,2	3,3,3
Diagnóstico SDR (33) RCIU (3)	No estrés	Estrés
Confort	10, 1	2, 0
No confort	13, 1	8,1

El estrés materno y la falta de confort neonatal se presentan en los casos de RNPT con síndrome de dificultad respiratoria (SDR), el 24 % (n:33) (Tabla 7).

En el grupo de cuidadores padres (n: 6), el estrés asociado con el no confort del RNPT se observa en padres jóvenes (Fa: 2), casados (Fa: 2), residentes en Montevideo (n: 4), sin empleo (n: 2) y con ingresos insuficientes (n: 5), (Tabla 6: A, F, C, E).

Referente a los cuidadores de RN gemelares, se identificaron 8 madres y 2 padres. El estrés materno (Tabla 8: A, B, C) (6 casos) se mantuvo durante los tres días de valoración, al igual que la ausencia de confort en los RNPT. En los padres cuidadores (2 casos), el estrés se asoció con el no confort neonatal en los días 5 y 15 (Tabla 8 B, C).

Tabla 8: Confort del RN. Gemelares n: 8; Cuidadores Madres n: 8, Padres n: 2

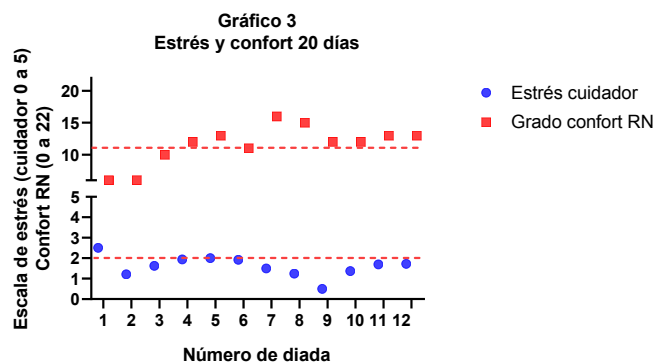
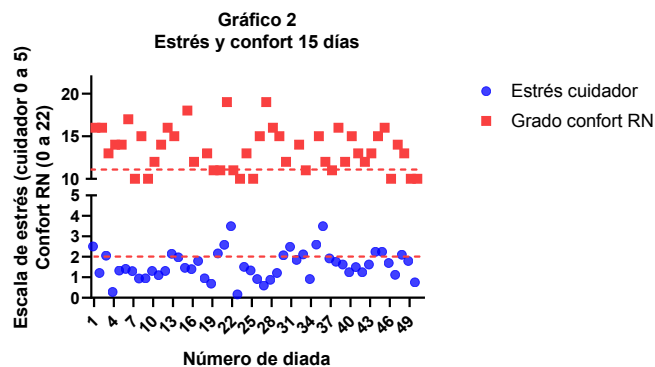
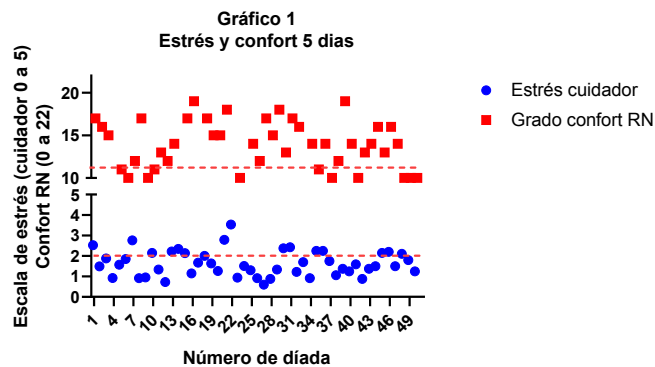
Tabla 8: A valoración a los 5 días					
Madres / RNPT			Padres		
Grado de estrés	No Estresante	Moderadamente estresante	Grado de estrés	No estrés	Estrés
Confort n: 16	0 – 1	2 a 3	Confort n: 4		
Confort	5,	0	Confort	2	0
No confort	5,	6	No confort	0	2

Tabla 8: B Valoración a los 15 días					
Madres			Padres		
Grado de estrés	No Estresante	Moderadamente estresante	Grado de estrés	No estrés	Estrés
Confort n:16	0 – 1	2 a 3	Confort n: 4		
Confort	3	1	Confort	0	1
No confort	5	7	No confort	2	1

Tabla 8: C valoración a los 20 días (un gemelar fallece y otro se va de alta antes del día 20)					
Madres			Padres		
Grado de estrés	No Estresante	Estrés	Grado de estrés	No estrés	Estrés
Confort n: 10	0 – 1	2-3	Confort n: 10		
Confort	2	3	Confort	1	0
No confort	2	3	No confort	1	0

Gráficos de Dispersión de las variables, estrés y confort según días de valoración.

Gráficos 1: a los 5 días, Gráfico 2 a los 15 días, y Gráfico 3 a los 20 días, muestran la dispersión de las variables estrés y confort. Cada punto representa un caso individual, ilustrando la ausencia de relación significativa entre ambas variables al ser valorada la diada a los 5, 15, y 20 días de nacimiento del RN.



VI.1.6 Relación entre edad gestacional, estrés del cuidador y confort neonatal

Según los datos presentados en la Tabla 9: A, B C, se observa una tendencia: a mayor EG, aumenta el confort del RNPT, y disminuye el estrés del cuidador. Este hallazgo refuerza la importancia de considerar la EG como un factor modulador tanto del bienestar neonatal como del estado emocional del cuidador.

Tabla 9: A, B, C, D estrés / confort del cuidador según edad gestacional

Tabla 9: A						
Pretermino extremo < 28 semanas N: 6						
ID del RN	5	5 estrés	15	15 estrés	20	20 estrés
17,1	15	1,26	11	2,25	17	2,5
17,2	18	2,78	19	2,1	10	1,9
22	12	1,33	15	1,2	19	1,33
23,1	17	2,37	19	2,07	14	2,05
23,2	15	2,37	16	2,07	13	2,05
38	13	2,2	16	1,7	13	1,7

Tabla 9: B						
Muy prematuro 28 a 32 N: 18						
ID del RN	5	5 estrés	15	15 estrés	20	20 estrés
1,1	17	2,5	16	2,5	6	2,5
1,2	16	2,5	16	2,5	6	2,5
2	15	1,48	13	1,21	10	1,21
3	8	1,87	14	2,06	17	1,62
8	12	0,95	16	0,95	9	-
10,1	14	1,3	15	1,1	9	1,1
10,2	15	1,3	11	1,1	12	1,1
16	16	2	14	0,68	11	0,5
26	14	1,7	29	2,12	-	2
28	14	2,25	12	2,6	16	-
30,1	10	1,75	11	1,92	15	1,9
30,2	19	1,75	12	1,92	12	1,9
32	14	1,37	15	1,62	12	1,5
33	10	1,58	13	1,5	13	1,5
34	14	0,85	13	1,25	13	1,25
36	16	1,5	15	2,25	14	0,5
37	16	2,15	10	2,25	9	1,37
39	14	1,5	14	1,12	12	0,85
40	11	2,1	12	2,1	-	1,72

Tabla 9: C					Tabla 9: D				
Muy prematuro 33 a 34 N: 18					35 a 36,6				
ID del RN	5	5 estrés		15 estrés	ID	5	5estres	15	15 estrés
4,1	11	0,92	14	0,28	12	17	2,25	18	2,15
4,2	10	0,92	17	0,28	14	9	1,15	9	1,4
5	12	1,57	10	1,32	18	9	3,5/0,93	11	3,5
6	17	1,85	17	1,41	19	10	1,5	10	1,5
7	10	0,91	10	0,93	20	9	0,91	13	0,91
9	13	2,15	14	1,31	42,1	10	1,25	10	0,75
11	9	0,72	9	1,31	42,2	10	1,25	10	0,75
13	19	2,35	12	1,97					
15	17	1,67	15	1,8					
27	9	0,87	11	0,87					
24,1	18	2,4	15	2,48					
24,2	13	2,4	12	2,48					
25	17	1,22	27	1,8					
27	9	0,91	11	0,91					
29	11	2,25	15	3,5					
31	12	1,06	16	1,76					
35	13	1,37	12	1,6					
41	10	1,8	10	1,8					

La investigación enfatiza la necesidad de una mirada individualizada. Cada día de cuidador–RNPT representa una experiencia única, por lo que no es posible generalizar ni el estrés del cuidador, ni el confort neonatal. Al establecer asociaciones, se visibilizó diferencias sutiles, aunque pequeñas, se acumulan y configuran un panorama clínico significativo.

VI.1.7 Asociación entre el estrés del cuidador y el confort neonatal según EG

Al analizar la asociación entre el nivel de estrés reportado por los cuidadores y la presencia de confort en RNPT, se observa una variación significativa según grupo de EG:

RNPT menores de 28 semanas: por cada 4 cuidadores que reportan niveles elevados de estrés, 1 RN presenta indicador de confort. Esta proporción sugiere una baja prevalencia de confort en los neonatos más inmaduros.

RNPT entre 28 y 32 semanas: este grupo, por cada 8 cuidadores estresados, 5 RNPT presentan confort. Se observa una mejora relativa en el confort neonatal, posiblemente relacionada por madurez fisiológica y capacidad de respuesta al entorno.

RNPT entre 33 y 34 semanas: la relación se invierte favorablemente: por cada 3 cuidadores estresados, 9 RNPT muestran confort. Este hallazgo podría indicar una mayor adaptación por la madurez fisiológica, y entorno de cuidado en esta etapa gestacional.

RNPT entre 35 y 36,6 semanas: por cada 2 cuidadores estresados, 5 RNPT presentan confort. Este grupo muestra la proporción más alta de confort neonatal en relación con el estrés del cuidador, lo que podría reflejar tanto una madurez neurosensorial más avanzada como una mayor eficacia de las intervenciones de cuidado, Tabla 9.

Según la EG los datos muestran una evolución progresiva en la proporción de RNPT que presentan confort en relación con el número de cuidadores estresados. Esta

correspondencia puede interpretarse como una medida indirecta de la adaptación neonatal, o de la eficacia del entorno de cuidado frente al estrés del cuidador. A continuación, se presentan las proporciones transformadas en razones de confort por cuidador estresado:

EG (Semanas)	Cuidadores Estresados/n	RNPT Confort/n	con	Razón RNPT/cuidadores	Interpretación
< 28	4/6	4/6	(1/4) =	0,25	Muy baja prevalencia de confort ante estrés elevado
28-32	8/18	5/18	(5/8) =	0,625	Mejora relativa en el confort neonatal
33-34	3/18	9/18		3,00	Alta prevalencia de confort neonatal, incluso ante estrés del cuidador
35-36.6	2/8	5/8		2,50	Confort elevado en etapa cercana al término

A medida que aumenta la EG, se incrementa notablemente la proporción del RNPT que presentan confort por cada cuidador estresado. Esto sugiere que la inmadurez gestacional podría actuar como un factor modulador que atenúa el impacto negativo del estrés del cuidador sobre el bienestar neonatal. La razón del confort por cuidador estresado pasa de 0,25 en los RNPT más inmaduros a 3,00 en los de 33-34 semanas, lo que representa un aumento de 12 veces en la proporción. Este patrón podría ser explorado mediante análisis de regresión logística o modelos de interacción entre EG y estrés del cuidador, para evaluar si la EG modifica el efecto sobre el confort neonatal. Debido al n muy bajo el odds ratios no es relevante. Estos resultados sugieren que el confort neonatal se incrementa proporcionalmente con la EG, mientras que el estrés del cuidador tiende a disminuir. ¿Podría esto reflejar diferentes matices según la percepción individual del cuidador? Esta pregunta abre la puerta a una interpretación más profunda desde un enfoque cualitativo.

VI.1.8 Respuestas a la pregunta IX de la EEEP-UCIP

Se transcribieron un total de 45 respuestas de cuidadores que aceptaron participar, registradas a los 5 y 15 días de valoración. A los 20 días, la mayoría refirió no tener nuevos aportes o repitió respuestas previas. Se codificó los relatos según seis categorías concretas (Tabla 10), identificando vivencias significativas, tabulando la categorización de las respuestas de los participantes (Tabla 11). A través de relatos, historias y anécdotas, se accede a la dinámica contextual que rodea al cuidado neonatal, permitiendo no solo comprenderla, sino también transformarla. El propósito de este análisis es generar conocimiento que contribuya a la disciplina de enfermería mediante la incorporación de estas vivencias al plan de cuidados. Reconocer los matices individuales en el estrés y el confort permite diseñar intervenciones humanizadas, efectivas, y eficaces. Los cuidadores describieron sentimientos de impotencia, miedo y desconexión emocional. Las narrativas reflejan la importancia del contacto físico y la comunicación con el equipo de salud como moduladores del estrés. El abordaje del estrés parental en UCIN, requiere una comprensión de las vivencias subjetivas de los cuidadores, especialmente en contextos de incertidumbre clínica. Este análisis permitió acceder insubstancialmente a dimensiones afectivas, cognitivas y simbólicas que no pueden ser captadas mediante escalas. Según Muñoz Arenas et al. (88, 63) analizan las vivencias de madres frente a la incertidumbre durante la internación en UCIN. Los resultados (Tabla 11) evidencian que la hospitalización genera un estado emocional complejo, caracterizado por miedo, angustia, impotencia y necesidad de contención. Las participantes expresan que la falta de información clara, y la escasa participación en el cuidado intensificaban malestar, mientras que el acompañamiento profesional y la comunicación empática contribuían a mitigar el estrés. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de incorporar estudios sobre el

estrés parental, y diseñar intervenciones centradas en el apoyo emocional, y la participación activa de los cuidados.

Tabla 10: Definición de las categorías

Horarios: es aquel donde se realizan diferentes tareas o eventos dentro de una planificación en este caso la UCI.

Satisfacción: Conjuntos de condiciones objetivas o subjetivas según la vivencia. **Evaluación positiva:** nivel de comodidad en la UCI que refiere el cuidador. **Evaluación negativa:** insatisfacción

Temor: reacción emocional ante una amenaza percibida.

Sensaciones: experiencia inmediata de la estimulación sensorial, interna o externa, producida por un estímulo.

Padres: cuidador que se identifica como padre del RN.

Tabla 11: Categorización de las respuestas de los participantes

M/ días	Horarios	Evaluación positiva	Temor	Sensaciones	Padres
5/20	Hay diferencias en la: atención exigencias enseñanza comunicación	Muy conforme Bien atendido Conforme con la información medica Feliz Cómodo Evaluación negativa Molestia por exigencias sobre cuidados, que no los cumple el personal Demora en la atención, información, estudios, resultados Desacuerdo con asistente social	No recuperación No poder concurrir Pérdidas económicas A malas noticias Diferentes versiones del personal A la tecnología A la demora de atención A no poder viajar	Verlo en INC Punción Parches en el cuerpo Pocos recursos Sensaciones: Angustia Taquicardia Presión en el pecho Malestar Sentirme lejos de mi bebe no poder hacer lo que otras mamás hacen	No tener un lugar para descansar, higienizarse No reconocen el rol del padre No enseñan sobre lactancia Desconocimiento de la historia clínica de la madre
15/20	Ruidos Falta de atención en cuidaos	Feliz Buena evolución Vienen bien Mejor trato Molestia que no me permitan realizar cuidados por llegar tarde No poder hacer lo que toda madre hace Sentir que te ocultan información	A infecciones A que este incómodo en inc.	Molesta el encierro Hablar con otros padres en sala Estar lejos de casa Problemas económicos	20/ Temor El peso del bebé

Capítulo VII

VII.1 Análisis

VII. 1.1 Descripción general de la muestra

Se analizaron datos de 33 madres y 8 padres, incluyendo subgrupos de madres y padres jóvenes, madres con educación secundaria, y que residen en el interior. También se consideraron variables como estado civil, empleo, ingresos, vivienda, parto, anestesia utilizada y EG. Se presenció un aumento de estrés /no confort en los RNPT de madres jóvenes (32%) y los de EG mayor o igual a 32 semanas (38%). Al realizar la prueba de Fisher, dos colas para conocer la asociación entre estrés y confort (n:33), se obtiene un valor de p: 0,2166 (siendo no significativo, $p < 0,05$)

Tabla 12: Resumen n: 33

Estado	No estrés	Estrés
Confort	9	1
No confort	15	8

Aunque se observa (Tabla 12) que las madres sin estrés reportan niveles de no confort más altos en sus RNPT en comparación con aquellas que presentan estrés, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa según la prueba de Fisher ($p= 0,2166$). Esto implica que, en esta muestra no se puede establecer una asociación concluyente.

Tabla 13 Variables	N	Estrés/no confort (%)	P
Madres	33	24	0,2593
Padres	8	25	0,4643
Madres jóvenes	22	32	0,1932
Padres jóvenes	6	33	0,4667
Madres secundarias	23	30,4	0,1763
Madres que residen en el interior	20	20	0,5304
Estado civil (unión estable)	18	16,7	0,2451
Trabajo si	16	25	0,0885
Trabajo no	17	25,5	0,9999
Ingresos suficientes	18	22,2	0,1193

Ingresos no suficientes	15	26,6	>0,9999
Madres con vivienda	24	25	0,3521
Beneficio social	25	20	0,3449
Nacimiento por cesárea	24	21	0,6687
Nacimiento vaginal	9	33	0,4643
Anestesia (raquídea /general)	24	21	0,6687
Edad gestacional 28 >0=32	13	38,4	0,4872
Edad gestacional <32 a 36,6	20	15	>0,9999

Se realizó un análisis con enfoque en la asociación entre el estrés/ no confort del RNPT y las variables sociodemográficas y clínicas que aparecen en la Tabla 13. Dada la no deferencia entre los días evaluados 5,15 y 20 se tomaron los datos del día 5. Como variable dependiente está el estrés y el no confort presentados en porcentaje, las variables independientes son sexo, edad, nivel educativo, vía de nacimiento, anestesia, EG, empleo, vivienda, beneficio social, ingresos. En la tabla se expresa el cálculo de p usando la prueba de Fisher, con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$. Ninguna variable alcanzó significancia estadística ($p < 0,05$), aunque se observaron tendencias de variables con resultados con una p próxima a $< 0,05$, y podrían considerarse tendencias que ameritan mayor estudio:

Variable	Estrés materno/ no confort del RNPT (%)	p- valor	Interpretación
Trabajo si	25	0,0885	Tendencia a estrés en RNPT con no confort si la madre trabaja
Ingresos suficientes	22	0,1193	Posible relación entre ingresos y estrés
Nivel de educación secundaria	30	0,1763	Mayor estrés en madres con nivel de educación secundaria
Jóvenes	32	0,1932	Posible asociación entre la edad y el estrés

Estas variables podrían presentar relevancia clínica, aunque no sean estadísticamente significativas en esta muestra. Variables con una $p < 0,05$, muestran alta probabilidad de que las diferencias sean por azar:

Variable	Estrés materno/ no confort del RNPT (%)	p-valor	Interpretación
Cuidadores jóvenes	33	0,4667	Sin asociación
Residencia en el interior	20	0,5304	No parece influir
Cesárea/ anestesia	21	0,6687	No hay relación
EG 32 a 36,6	15	>0,9999	Menor estrés, pero sin significancia

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre variables analizadas y el estrés / no confort del RNPT. Sin embargo, algunas variables como trabajo materno, nivel educativo, edad materna e ingresos muestran tendencias que podrían ser relevantes. El estrés neonatal es multifactorial, y podría estar influido por variables no incluidas en este análisis, ni en la investigación, (ambiente hospitalario, contacto piel a piel, manipulación, diagnóstico, etc.)

VII.1.2. Reflexión crítica sobre el estrés del cuidador y el confort del RNPT: implicancias para la práctica clínica

El estrés observado en los cuidadores se presenta en un grado moderado, lo cual puede estar influenciado por el modelo de atención de la unidad, caracterizada como una unidad de puertas abiertas. La presencia activa de contención emocional y profesional por parte del equipo de enfermería, neonatólogos, psicología médica y asistencia social constituye un factor protector que podría estar modulando la intensidad del estrés parental.

Sin embargo, resulta pertinente preguntarse qué elementos desencadenan dicho estrés en una población predominantemente joven, con nivel educativo secundario. Esta interrogante invita a profundizar en los determinantes psicosociales del estrés en contextos de cuidado neonatal, considerando que el estrés no se manifiesta de manera homogénea, sino que responde a múltiples factores individuales y contextuales.

Por otro lado, la ausencia de confort en el RNPT representa una señal de alerta para el equipo de salud. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer estrategias de formación continua en cuidados centrados en el neurodesarrollo, promoviendo el uso de dispositivos no invasivos que minimicen la manipulación innecesaria. Tales medidas deberían incorporarse formalmente al plan de estudios de las unidades UCIN, complementando las intervenciones ya implementadas como el control de la iluminación, la reducción del

ruido ambiental, el contacto piel a piel, la promoción de la lactancia materna, y la participación activa de los padres en el cuidado.

Los resultados de la investigación indican que los padres no presentaron niveles elevados de estrés (grados 3,4 o 5) sostenidos en el tiempo. No obstante, se plantea la necesidad de evaluar el confort del RNPT en relación con los estímulos recibidos durante los cuidados, ya que la sola presencia de los padres no garantiza el bienestar neonatal. Aunque está ampliamente demostrado que el contacto parental favorece el desarrollo del RNPT, esta investigación evidencia que dicho contacto no es suficiente por sí solo para asegurar el confort durante la internación. Se propone la realización de estudios adicionales que analicen el impacto específico de las prácticas de cuidado sobre el confort neonatal, considerando que, si bien las variables de estrés del cuidador y confort del RNPT se comportan como independientes en esta muestra, podría existir una asociación.

El RNPT requiere cuidados especializados, y, en algunos casos, intensivos para alcanzar niveles óptimos de confort. Se enfatiza la importancia de realizar un seguimiento longitudinal de las familias, ya que la contención brindada por el personal de salud podría estar enmascarando la relación entre el estrés del cuidador y el confort del RNPT. La escala de evaluación fue aplicada luego de los cuidados proporcionados por los padres, lo que podría haber influido en los resultados obtenidos.

Estos resultados subrayan la necesidad de intervenciones family-centered care (FCC), como educación en reconocimiento de discomfort, lo menciona Cong et al., en el 2022, y soporte psicológico temprano, reduciendo el estrés en 20-30% según Welch et al., en el 2022. En el contexto uruguayo, integrar psicólogos en UCIN y capacitar en escalas como EEEP-UCIP podría mitigar vulnerabilidades en madres jóvenes monoparentales. Políticas, como el Decreto 158/019 (85) deben priorizar equidad en acceso a beneficios sociales para familias de interior.

VII.1.3 Perfil del estrés en cuidadoras madres y su relación con el confort neonatal

La investigación confirma la presencia de estrés en las cuidadoras madres, quienes participaron activamente en el cuidado del RNPT en mayor proporción que los padres.

No obstante, los análisis estadísticos realizados indican que el estrés no se encuentra asociado de manera significativa con el confort del RNPT.

El perfil de las cuidadoras madres que presentan estrés se caracteriza por ser mujeres jóvenes, con nivel educativo secundario, residentes en Montevideo, que no se encuentran laboralmente activas, refieren ingresos suficientes, poseen vivienda, reciben beneficios sociales y pertenecen a estructuras familiares monoparentales o nucleares.

El estrés se manifiesta con mayor frecuencia en madres de RNPT nacidos en el contexto de una emergencia u urgencia obstétrica o neonatal, que requirió intervención quirúrgica mediante cesárea con anestesia raquídea. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la EG ni al peso al nacer. La causa predominante de la intervención fue el SHE.

En el subgrupo de cuidadoras madres de gemelares, se identificó que el 75 % presenta estrés, mientras que el 69 % de los RNPT bajo su cuidado evidencian ausencia de confort. Este hallazgo sugiere una posible sobrecarga emocional en contextos de cuidado múltiple, que podría requerir estrategias específicas de acompañamiento y apoyo.

Estos resultados refuerzan la necesidad de considerar el perfil sociodemográfico y clínico de las cuidadoras en el diseño de intervenciones orientadas a mitigar el estrés, sin perder de vista que el confort neonatal debe ser abordado como una dimensión independiente, aunque complementaria, en la atención integral del RN.

Capítulo VIII

VIII.1 Discusión

Aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, los resultados sugieren que ciertos factores socioeconómicos y demográficos podrían influir en el nivel de estrés / no confort del RNPT. Como ser: el trabajo materno podría estar vinculado a una mayor estabilidad emocional y acceso a recursos, lo que impacta positivamente en el cuidado neonatal. La juventud materna y la educación secundaria, podrían reflejar una exposición al estrés diferente, se abandona la actividad social y la formación.

Referente al trabajo materno y confort neonatal se observó una tendencia hacia estrés materno y no confort, presentando desestabilidad emocional, podría ser consecuencia de riesgo de pérdida. La OPS señala que el bienestar materno está directamente vinculado al bienestar neonatal, y que las desigualdades socioeconómicas afectan la calidad de atención y los resultados perinatales (89). El estrés materno puede influir en el desarrollo del sistema nervioso fetal a través de mecanismos neuroendocrinos como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (90). La educación materna y el confort neonatal, las madres con educación secundaria presentaron mayor estrés. Estudios recientes indican que el nivel educativo materno influye en la capacidad de afrontamiento ante situaciones críticas como la hospitalización neonatal. Torrecilla et al. encontraron que madres con menor nivel educativo tienden a utilizar estrategias de evitación durante la internación en UCIN, lo que se asocia con mayores niveles de estrés (91). La edad materna y la vulnerabilidad psicosocial, las mujeres jóvenes mostraron un 32 % de estrés, acompañado con el no confort del RNPT. La juventud materna ha sido identificada como un factor de vulnerabilidad en la salud perinatal, especialmente cuando se combina bajos ingresos, y escaso apoyo familiar. El estrés materno en el embarazo, especialmente en madres

primerizas, puede afectar negativamente el desarrollo físico y emocional del RN (92). En cuanto a los ingresos familiares y el no confort neonatal, no se encontró significancia estadística, aunque estudios vinculan el confort neonatal con el entorno socioeconómico. El acceso al subsidio, beneficios sociales y servicios de salud adecuados pueden mejorar el entorno de cuidado del RNPT (93). Las narrativas de los cuidadores, aportan profundidad al análisis, revelando que el estrés no es solo una respuesta individual, sino una experiencia relacional y contextual. La integración de esos hallazgos puede orientar intervenciones centradas en el vínculo cuidador-neonato. Estudios (94,95) respaldan la asociación entre el estrés experimentado por los cuidadores, particularmente las madres, y el estado de confort del RN hospitalizado en UCIN. La literatura revisada permite contextualizar los hallazgos de la presente investigación y profundizar en la comprensión de los factores que inciden en esta asociación. Sikorova y Kucova destacan que la hospitalización del RN, especialmente cuando implica procedimientos invasivos, genera un aumento significativo del estrés materno, (94). Continuando en la misma línea, el estudio de Torrecilla et al. evidencia que el estrés materno tiende a disminuir a medida que transcurren los días de internación, lo cual podría estar relacionado con una mayor adaptación al entorno hospitalario y con la estabilización clínica del RN. Se observó que a una mayor EG al momento del nacimiento se asoció con menores niveles de estrés, posiblemente debido a la reducción en la intensidad de los cuidados requeridos, (95).

Bry Wigert subrayan la importancia del apoyo psicosocial brindado por el personal de enfermería como factor protector frente al estrés. La formación específica del equipo de salud, y su capacidad para contener emocionalmente a los cuidadores incide positivamente en la experiencia de hospitalización (96). Coincidiendo con los resultados encontrados en la investigación, en el que se observa una tendencia entre la disminución progresiva del estrés del cuidador, y la mejoría en el confort del RN con mayor EG

requiriendo menos intervenciones. La evidencia sugiere que intervenciones orientadas a reducir el estrés de los cuidadores, como brindar apoyo emocional, información clara o participación activa en el cuidado, podrían tener impacto positivo en la evolución clínica del neonato. En un estudio reciente se analiza el nivel de estrés en padres de RN hospitalizados en UCIN y las estrategias de afrontamiento utilizadas durante la internación. Se concluye que la identificación y fortalecimiento de mecanismos adecuados permite al equipo brindar un acompañamiento efectivo, lo que repercute positivamente en la recuperación del neonato. La investigación refuerza la idea de que el confort neonatal está estrechamente vinculado al bienestar de los cuidadores, y que la intervención profesional puede mitigar el impacto del estrés en contextos críticos, (97).

La asociación temprana entre estrés materno y no-confort neonatal resalta la díada madre-RN como eje terapéutico, con tendencias hacia estabilización en prematuros moderados. Futuros estudios deben probar intervenciones FCC (como skin-to-skin) en muestras multiculturales, incorporando biomarcadores (cortisol) y seguimiento post - alto (1-2 años, como en Liu et al., en el 2020, (98)). En Uruguay, ensayos controlados en múltiples UCIN evaluarían impacto en ODS 3 (10), (salud bienestar). Esta investigación contribuye evidencia local para humanizar cuidados neonatales, alineada con la OMS en el 2023, en priorizar la salud mental perinatal. Los modelos de cuidado integrado familiar con separación cero (Family Integrated Care-FI Care), que promueven la participación activa de los padres como cuidadores primarios, minimizando la separación y fomentando rondas familiares (Family-Centered Rounds-FCR), (99). Revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados recientes (100,101,102), demuestran que estos enfoques reducen el estrés parental en 20 – 40 % (medido con PSS: NICU o EEEP-UCIP) y mejoran el confort neonatal en 15 – 30 % (escalas COMFORT – neo o EDIN), además de acortar la duración de oxigenoterapia (4- 7 días menos), la estancia hospitalaria y la

incidencia de infecciones o enterocolitis necrotizante. Por ejemplo, un ensayo multicéntrico en Países Bajos (104), con 613 familias mostro reducciones significativas en estrés al alta (PSS: NICU, $p < 0,01$) en padres transferidos a FICare, especialmente en madres jóvenes monoparentales como las de nuestra muestra (FR: 0,50), mientras que una revisión de 2025 (105), en entornos de ingresos medios-altos (incluyendo Latinoamérica) confirma beneficios en lactancia exclusiva (OR: 1,8) y neurodesarrollo a 18 meses. En China, un RCT de 2024 con FICare reportó correlaciones positivas entre edad materna y reducción de estrés ($p=0,147$, $p=0,011$), alineando con nuestros datos de mayor estrés < 25 años (FR:0,32), (105).

En el contexto uruguayo, donde el 80 % de las madres en nuestra muestra asumieron el rol principal de cuidado, pero con barreras socioeconómicas (FR: 0,49 sin empleo formal), implementar FICare progresivamente, mediante habitaciones individuales, apps móviles para soporte parental y peer-support, podría romper el ciclo vicioso identificado, alineándose con el Decreto 158/019 (85), (MSP) y los ODS 3 (10), (salud y bienestar). Proyectos piloto en Argentina (Hospital Garrahan) y Brasil (PROADI-SUS) ya han reducido estrés en 25 % con costos accesibles, sugiriendo viabilidad para UCIN de nivel III como la nuestra.

VIII.1.1 Limitaciones: al interpretar los resultados obtenidos, se han considerado cuidadosamente las limitaciones inherentes al diseño y ejecución de la investigación. Reconocer no sólo permite contextualizar los hallazgos, sino también evidencia el rigor metodológico durante el proceso investigativo. El diseño transversal limita causalidad; una cohorte longitudinal capturaría trayectorias. La muestra pequeña ($n=50$ RNPT) y exclusión de gemelares ($n=8$) reduce poder estadístico. El sesgo de selección (solo cuidadores voluntarios) y dependencia de autoinformes podrían subestimar estrés. Además, la Comfort Scale, aunque validada, no captura dolor fisiológico multimodal.

Capítulo IX

Conclusiones y recomendaciones para futuras Investigaciones

Si bien no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas, clínicas, y el nivel de estrés o confort del RNPT, los hallazgos de la investigación reflejan tendencias relevantes que merecen ser consideradas. Factores como el trabajo materno, la edad joven, el nivel educativo, y los ingresos mostraron una influencia en el estrés. La evidencia sugiere que el estrés parental no puede entenderse únicamente como una respuesta individual, sino como una experiencia relacional y contextual, influida por determinantes sociales y por la calidad del entorno hospitalario. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de cuidado centradas en la familia, que contemplen el acompañamiento emocional, la educación perinatal, y la participación activa de los cuidadores en el proceso clínico. Intervenciones orientadas a mitigar el estrés parental podrían tener impacto positivo en la evolución clínica del neonato, favoreciendo no solo su recuperación, sino también el fortalecimiento del vínculo afectivo en contextos de alta complejidad. Se aporta una base empírica, para profundizar en la comprensión de los factores que inciden en el confort neonatal. Incita a repensar las prácticas de atención en UCIN desde una perspectiva integral, y avanzar hacia un modelo de “separación cero” donde la madre y familia puedan transitar la etapa de internación favoreciendo la continuidad del vínculo y la humanización del cuidado.

Referencias Bibliográficas

1. Brachetti E, Ruperti E, Irigoyen S, Brito F. Efectos del Estrés Materno Intenso y Prolongado Durante el Embarazo y su Repercusión Sobre el Neurodesarrollo del Feto. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2020;29(2):23–8. <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro129200023>
2. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. La contribución del estrés materno al parto prematuro: cuestiones y consideraciones. Clin Perinatol. 2011; 38(3):351-384. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007>
3. Hilario CBC, Castillo MPB, Huamán BAL, Chávez KEM, Hilario EJC. Ser gestante en tiempos de pandemia: Una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia: Pregnancy in times of Pandemic: A look at Mental Health before and during the pandemic. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2022 Mar 11;22(2). Available from: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/4802/5800>
<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/653517>
4. Ahmad M, Vismara L. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Jul 2;18(13):7112. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>
5. American Academy of Pediatrics. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. Pediatrics [Internet]. 2012 Jan 30;129(2):394–404. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>
6. World Health Organization: WHO. Nacimiento's prematuros [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
7. González Villanueva Purificación, Ferrer Cerveró Virginia, Agudo Gisbert Elisa, Medina Moya José Luis. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. Index Enferm [Internet]. 2011 sep. [citado 2025 Nov 16]; 20(3): 151-154. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S113212962011000200003>.

8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es> [noviembre 2022].
9. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Cuidadores informales de pacientes con cáncer (PDQ) [Internet]. www.cancer.gov. 2010. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq> Fecha de acceso: 19/05/2023.
10. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) [Internet]. www.who.int. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
11. Sharrow D, Hug L, You D, Alkema L, Black R, Cousens S, et al. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *The Lancet Global Health*. 2022 Feb;10(2): e195–206. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00515-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00515-5)
12. Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. 2020 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/FINAL%20Prematurez%20y%20bajo%20peso%20al%20nacer.pdf>
13. Porcentaje de recién nacidos pretérmino. Total, país [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social. [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-recien-nacidos-pretermino-total-pais#dropdown>
14. Porcentaje de partos asistidos en hospitales. Total, país [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social. [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-partos-asistidos-hospitales-total-pais#dropdown>
15. Miller, M.W.; Sadeh, N. Traumatic stress, oxidative stress and post-traumatic stress disorder: Neurodegeneration and the accelerated-aging hypothesis. *Mol. Psychiatry* 2014, 19, 1156–1162. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.111>
16. Boks, M.P.; Van Mierlo, H.C.; Rutten, B.P.; Radstake, T.R.; DeWitte, L.; Geuze, E.; Horvath, S.; Schalkwyk, L.C.; Vinkers, C.H.; Broen, J.C.; et al. Longitudinal changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-

- traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2015, 51, 506–512.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.011>
17. Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro>
 18. Jack P. Shonkoff, M.D. Harvard University. InBrief: The Impact of Early Adversity on Children's Development [Internet]. Center on the Developing Child at Harvard University. 2007. Available from: <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-the-impact-of-early-adversity-on-childrens-development/>
 19. Ahmad M, Vismara L. El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las mujeres durante el embarazo: una revisión rápida de la evidencia. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* [Internet]. 2021 Julio 2;18(13):7112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18137112>
 20. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. www.who.int. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
 21. Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz E. Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos de Psicología / Psychological Writings* [Internet]. 2014;8(2):14–23. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200004
 22. Klaus, M. y Kenneu., J. *Maternal infant bunding* (St. Louis, C. V. Mosby Company), 1976, *Bonding. The 'beginnings of parent-infant attachment* (St-Louis, C.V. Mosby Company) 1983.

23. Bascuñán ML. El apego temprano de madre e hijo. Medwave [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 5];6(04). Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1989>
24. Caruso A. El afrontamiento ante la internación de un hijo prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) [Internet]. www.aacademica.org. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2011 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.aacademica.org/000-052/913>
25. Fonseca SA da, Silveira AO, Franzoi MAH, Motta E, Fonseca SA da, Silveira AO, et al. Cuidado centrado en la familia en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiencias de enfermeras. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Jan 15];9(2):170–90. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200170&lng=es.
26. Amorín, D. ed. Apuntes para una posible psicología evolutiva. 2. ed. Colección Curricular Cuadernos de psicología evolutiva 1. Montevideo, Uruguay: Ed. Psicolibros [u.a.], 2010. ISBN 978-9974-8126-6-6
27. Romero M, Sosa G, El V, Schutz A. Espacios Públicos. Espacios Públicos [Internet]. 2007; 10:228–40. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67602012.pdf>
28. Sánchez Veracruz, M.J., Leal Costa, C., Pastor Rodríguez, J.D. y Díaz Agea, J.L. 2017. Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. Enfermería Global. 16, 3 (febrero 2017), 270–291. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256061>.
29. Navarro-Tapia, S, M. Ramírez, C. Claverias, y. Molina. Validación de “The Parental Stressor Scale Infant Hospitalization modificado, al español” en una unidad cuidados intensivos pediátricos. Revista Chilena de Pediatría 90, n.º 4 (14 de agosto de 2019): 399. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1020>
30. Bosch-Alcaraz A, Jordan I, Guàrdia Olmos J, Falcó-Pegueroles A. Adaptación transcultural y características de la versión española de la escala COMFORT

- Behavior Scale en el paciente crítico pediátrico. *Medicina Intensiva*. 2020 Dec;44(9):542–5 <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.001>
31. Garey. J. Por qué el autocuidado es fundamental para la crianza – Fundación Clínica de la Familia [Internet]. www.fundacionclinicadelafamilia.org. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/por-que-el-autocuidado-es-fundamental-para-la-crianza/>
32. Pilyoung, K. How Stress Can Influence Brain Adaptations to Motherhood. *Frontiers in Neuroendocrinology* 60 (2021): 100875. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100875>.
33. Conger RD, Neppl T, Kim KJ, Scaramella L. Angry and aggressive behavior across three generations: a prospective, longitudinal study of parents and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2003;31(2):143–60. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022570107457>
34. A. Azhari, W.Q. Leck, G. Gabrieli, A. Bizzego, P. Rigo, P. Setoh, M.H. Bornstein, G. Esposito. Parenting stress undermines mother-child brain-to-brain synchrony: A hyperscanning study. *Sci. Rep.*, 9 (2019), p. 11407, 10.1038/s41598-019-47810-4. <https://www.nature.com/articles/s41598-019-47810-4>
35. Feldman R, Braun K, Champagne FA. The neural mechanisms and consequences of paternal caregiving. *Nature Reviews Neuroscience*. 2019 Feb 13;20(4):205–24. <https://www.nature.com/articles/s41583-019-0124-6>
36. Wu, Y., Espinosa, K. M., Barnett, S. D., Kapse, A., Quistorff, J. L., Lopez, C., Andescavage, N., Pradhan, S., Lu, Y. C., Kapse, K., Henderson, D., Vezina, G., Wessel, D., du Plessis, A. J. y Limperopoulos, C. (2022). Asociación de angustia psicológica materna elevada, cerebro fetal alterado y resultados cognitivos y socioemocionales de la descendencia a los 18 meses. *Red Jama A.*, 5(4), e229244. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9244>
37. Feldman R. El cerebro parental humano adaptativo: implicaciones para el desarrollo social de los niños. *Tendencias en neurociencias*. 2015. 38(6), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>
38. Levy J, Yirmiya K, Goldstein A, Feldman R. Chronic trauma impairs the neural basis of empathy in mothers: Relations to parenting and children’s empathic abilities. *Developmental Cognitive Neuroscience* [Internet]. 2019 Aug [cited 2019

- Sep 4]; 38:100658. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929318302196>
39. K Olsavsky, Stoddard, Erhart, Tribble, Pilyoung, Neural processing of infant and adult face emotion and maternal exposure to childhood maltreatment, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 14, Issue 9, September 2019, Pages 997–1008, <https://doi.org/10.1093/scan/nsz069>
 40. Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*. 2001 Nov;25(11):1439–61.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213401002861>
 41. Buss C, Entringer S, Moog NK, Toepfer P, Fair DA, Simhan HN, et al. Intergenerational Transmission of Maternal Childhood Maltreatment Exposure: Implications for Fetal Brain Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017 May;56(5):373–82.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.001>
 42. Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA. Medición de la percepción de la atención centrada en la familia y el estrés parental en una unidad neonatal. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 8 de agosto de 2016; 24: E2753. doi: 10.1590/1518-8345.0710.2753. PMID: 27508921; PMCID: PMC4990048. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990048/>.
 43. Gómez E, Vera J, Guardiola. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización Towards an interdisciplinary concept of family in Globalization. Pág [Internet]. 2014; 10:11–20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
 44. Schejtman CR de. Dimensiones De La Parentalidad. Reflexiones E Investigaciones Actuales. *Anuario de Investigaciones* [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 15]; XXV:381–9. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253045/html/>
 45. Vargas Porras C, Villamizar Carvajal B, Ardila Suárez E. Expectativas de crianza en madres de recién nacidos a término y pretérmino. *Rev. Cubana Enf.* [Internet]. 2016 Sep [citado 2023 Abr 15]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300015&lng=es.

46. Capano, A; Pacheco, A. Estrés y Violencia doméstica: un estudio de adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. Ciencias Psicología; Montevideo, 8(1), pp 31- 42, 2014. [online], [Internet 2024], Disponible: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168842212014000100004&lng=es&nrm=iso.
47. Barradas ME, Delgadillo C. R, Gutiérrez S. L, Posadas T., García A. López G., et al. Estrés y Burnout enfermedades en la vida actual. Bloomington: Palibrio; 2018.
48. Arévalo M. C, Figueroa Olea. M. Atención del neonato prematuro en la UCIN. Editorial El Manual Moderno; 2014. ISBN: 978-607-448-397-0. Versión electrónica.
49. Kim P. How stress can influence brain adaptations to motherhood. Frontiers in Neuroendocrinology. 2021 Jan; 60:100875. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100875>.
50. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos Y Teorías En Enfermería. Elsevier Health Sciences; 2022.
51. Zaraza Morales Daniel Ricardo, Contreras Moreno Jeffersson Ricardo. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. rev. colomb. Psiquiatría. [Internet]. 2020 Dec [cited 2025 Nov 16]; 49(4): 305-310. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400305&lng=en. Epub Feb 20, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>.
52. Delpiazzo C, Delpiazzo Antón G. La familia como base fundamental de la sociedad [Internet]. Pamplona: Universidad de Navarra; [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en :<https://cedejbiblioteca.unav.edu/web/centro-de-estudiosjosemariaescriva/bibliotecavirtual/high.raw?id=0000012301&name=00000001.original.pdf&attachment=La+familia+como+base+fundamental+de+la+sociedad..pdf>
53. Placeres Hernández José Fernando, Olver Moncayo Diego Hernán, Rosero Mora Germania Mariana, Urgilés Calero Raúl Jonnathan, Abdala-Jalil Barbadillo Samira. La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017 abr [citado 2025 Nov 16]; 39 (2): 361-369. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200022&lng=es.

54. Enfoque E, En S, Estudios L, La S, Espinal F, Gimeno A, et al. Available from: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/Material_de_Consulta/El_Enfoque_Sistemico.pdf
55. Schejtman CR de. Dimensiones De La Parentalidad. Reflexiones E Investigaciones Actuales. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2018; XXV:381–9. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253045/html/>
56. Galeano O, Patricia S, Salazar M, Ángela M, El, Galeano1 O, et al. El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro Revista Cuidarte Empowering parents to care for preterm infants Capacitar os pais a cuidar do seu bebê prematuro Research Article [cited 2023 Feb 18]; Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1402065/2104-texto-del-articulo-17047-5-10-20220712.pdf>
57. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals. Cirugia Y Cirujanos [Internet]. 2022;90(4):564–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35944473/>
58. Duval Fabrice, González Félix, Rabia Hassen. Neurobiología del estrés. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 dic [citado 2025 Nov 14]; 48(4): 307-318. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>.
59. Córdova Rojas SE, Tene Torres FS, Falconí Pelaez SV. Percepción Materna de la Humanización en el Cuidado Neonatal: Desentrañando la Sensibilidad en la Atención Brindada. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 jun 25 [cited 2025 Sep 6];8(3):4615–32. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9610645.pdf>
60. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. Una visión general completa sobre la neurobiología del estrés: conceptos básicos e implicaciones clínicas. Neurociencia de Comportamiento Frontal. 3 de julio de 2018; 12:127. doi: 10.3389/fnbeh.2018.00127. PMID: 30034327; PMCID: PMC6043787. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>
61. Huffhines L, Coe JL, Busuito A, Seifer R, Parade SH. Comprensión de los vínculos entre los síntomas de estrés postraumático perinatal materno y la salud

- socioemocional y física del bebé. *Salud Mental Infantil J.* 2022; 43(3):474-492. doi: 10.1002/IMHJ.21985. Epub 5 de mayo de 2022. PMID: 35513001; PMCID: PMC9177799. <https://doi.org/10.1002/imhj.21985>
62. Pérez Padilla Javier, Menéndez Álvarez-Dardet Susana. Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2014 feb [citado 2025 Nov 17]; 37(1): 27-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100004&lng=es.
 63. Muñoz Arenas J, Gaete Cantero F, Núñez Salas P, Salgado Prieto S, Bravo Huaiquían S, Poblete Troncoso M. Vivencias de madres ante la incertidumbre durante la hospitalización de su hijo en una UCIN. *Rev Chil Enferm [Internet]*. 2021 jun 3 [citado 2025 Jul 10];3(1):16–39. Disponible en: <https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/63858>
 64. Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología, Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatr* 2019;117 Supl 5: S180-S194. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.S180>
 65. Ley N° 18335 [Internet]. www.impo.com.uy. [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/183352008#:~:text=Los%20pacientes%20y%20usuarios%20tienen>.
 66. Färnqvist K, Olsson E, Garratt A, Paraskevas T, Soll RF, Bruschetti M, Persad E. Clinical rating scales for assessing pain in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 4. Art. No.: MR000064. DOI: 10.1002/14651858.MR000064.pub2. Accedida el 17 de noviembre de 2025.
 67. Contreras de la Fuente HS, Castillo-Arcos L del C, Álvarez-Aguirre A. Confort neonatal del recién nacido pre-término. *Index de Enfermería [Internet]*. 2017 Dec 1[cited2022Oct15];26(4): 2804. Availablefrom: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300009
 68. Coronado Padilla I. Bogotá, Escalas de Medición. D. C. 2007. 2(2):104–25. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942056.pdf>
 69. Soriano Rodríguez AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos [Internet]*. 24 de noviembre de 2015 [citado 19 de noviembre de 2025];(14):19-40. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/DIALOGOS/article/view/2202>

70. Mejía M.E. Técnicas e instrumentos de investigación UNMS, Llima-2005 [Internet]. Available from: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
71. Ochoa B, Reparaz Ch, Polaino-Lorente A. Estudios preliminares de validez de la escala PSS: Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. Clin Salud. 1997; 8(3): 423-446.
72. García Sánchez, J., Aguilera Terrats, J. R., Castillo Rosas, A. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. Odiseo, revista electrónica de pedagogía, 8 (16) 2011. <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castillo-guia-construccion-escalas-actitud.html>.
73. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. (2007) Declaración sobre el fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): Directrices para la presentación de informes de estudios observacionales. PLoS Med 4 (10): E296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
74. Registro. Autorización de proyectos de investigación en seres humanos | Trámites [Internet]. www.gub.uy. [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.gub.uy/tramites/registro-autorizacion-proyectos-investigacion-seres-humanos>
75. Navarro-Tapia Sandra, Ramírez Muriel, Clavería Cristián, Molina Yerko. Validación de “The Parental Stressor Scale Infant Hospitalization modificado, al español” en una unidad cuidados intensivos pediátricos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2019 Ago [citado 2025 Nov 17]; 90(4): 399-410. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000400399&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i4.1020>.
76. Souza SR de, Dupas G, Balieiro MMFG. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). Acta paul enferm [Internet]. 2012;25(2):171–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200003>.
77. Caruso A, Mikulic I. M. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU - M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998). Anuario de Investigaciones [Internet]. 2012; XIX:19-26.

78. González-Quiñones C, Restrepo-Chavarriaga G. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2010 Apr [cited 2023 Sep 23]; 12(2): 228-238. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200006&lng=en.
79. Wormald Tapia. Torresb. Cánepac, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos Argentinos de Pediatría* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2020 Dec 7];113(04). Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a04.pdf>
80. Soltani N, Reza Derakhshan, Moghadam A, Sadeghi T. Assessment of Stressors in Parents of Premature Neonates Hospitalized at NICU of Ali-Ibn-Abitaleb Hospital of Rafsanjan, Iran, in 2021: A Cross-sectional Study. *Modern care journal*. 2023 Jan 27;20(2). <https://doi.org/10.5812/modernc-131902>
81. Astudillo Araya A, Silva Pacheco P, Daza Sepúlveda J. Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y Neonatales. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2019 Dec;25. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v25/0717-9553-cienf-25-18.pdf>.
82. Domínguez-Martínez V., Cortés-Escárcega I. Adaptación cultural y validación de Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit en padres mexicanos. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2019 dic [citado 2023 Ago 25]; 16(4): 339-350. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632019000400339&lng=es.Epub16Abr2020.<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.641>.
83. Alertness Calmness. Agitation Respiratory response Crying Body movement Facial tension (Body) muscle tone Total score NRS pain. NRS distress. Details sedatives/ analgesics Reason assessment [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Availablefrom: https://www.comfortassessment.nl/web/files/8414/7936/9137/COMFORT_Neo_scale__final_version_2016_11_17.pdf
84. Fernández Carrión F. Sedo-analgesia en UCIP. *Protoc. diagn ter pediatr*. 2021; 1:211–43. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_sedoanalgesia_ucip.pdf

85. Decreto N° 158/019 [Internet]. www.impco.com.uy. Available from: <https://www.impco.com.uy/bases/decretos/158-2019>
86. Decreto N° 379/008 [Internet]. www.impco.com.uy. [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.impco.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
87. Kurihara C, Kerpel-Fronius S, Becker S, Chan A, Nagaty Y, Naseem S, Schenk J, Matsuyama K, Baroutsou V. Declaración de Helsinki: norma ética en la búsqueda de objetivos globales comunes. *Front Med (Lausana)*. 2 de abril de 2024;11:1360653. doi: 10.3389/fmed.2024.1360653. PMID: 38628806; PMCID: PMC11019506. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1360653>
88. Fuster Guillen, Doris Elida. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propós. represent.* [online]. 2019, vol.7, n.1 [citado 2025-11-19], pp.201-229. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 2307-7999. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>.
89. Organización Panamericana de la Salud. Salud materna y neonatal: desafíos y oportunidades en América Latina. OPS; 2024.
90. Van den Bergh BRH, Dahnke R, Mennes M. Prenatal stress and the developing brain: risks for neurodevelopmental disorders. *Dev Psychopathol*. 2018;30(3):743–62. <https://doi.org/10.1017/s0954579418000342>
91. Torrecilla M, Rodríguez A, Gómez L. Estrategias de afrontamiento en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en UCIN. *Rev Chil Pediatr*. 2025;96(1):45–52. <https://doi.org/10.46553/RPSI.21.41.2025.p144-161>
92. Augusto R, Borges E, Springerlink (Online Service. *Perinatology: Evidence-Based Best Practices in Perinatal Medicine*. Cham: Springer International Publishing, Imprint Springer; 2022.
93. Theano Kokkinaki, Anagnostatou N, Markodimitraki M, Theano Roumeliotaki, Manolis Tzatzarakis, Vakonaki E, et al. The development of preterm infants from low socio-economic status families: The combined effects of melatonin, autonomic nervous system maturation and psychosocial factors (ProMote): A study protocol. *PLOS ONE* [Internet]. 2025 Jan 10 [cited 2025 Mar 3];20(1): e0316520. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11723634/>

94. Sikorova L, Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalized in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2012;156(4):330–6.
95. Torrecilla NM, Waldheim Arizu J, Contreras Zapata DI. Evolución del estrés materno y las estrategias de afrontamiento durante la internación de un hijo prematuro en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN). *Revista de Psychology.* 2025;21(41):144–61. doi:10.46553/RPSI.21.41. 2025.p144-161.
96. Bry A, Wigert H. Apoyo psicosocial a padres de recién nacidos extremadamente prematuros en cuidados intensivos neonatales: un estudio cualitativo de entrevistas. *Psychology BMC.* 2019;7(1):76. doi:10.1186/s40359-0 1
97. Albino Velásquez, Elisa. Estrategias de afrontamiento y nivel de estrés en padres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un hospital nacional, 2025. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/17182>
98. O'Brien K, Buzzi J, Reynolds M, et al. Infant and Family Outcomes and Experiences Related to Family-Centered Care Interventions in the NICU: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2025;12(3):345. doi:10.3390/children12030345.
99. Ding L, Chen Y, Zhang W, et al. Effect of family integrated care on breastfeeding of preterm infants: A scoping review. *Nurs Open.* 2023;10(9):5950-5960. doi:10.1002/nop2.1888.
100. Rubinstein R, Gallagher K, Aladangady N. Investigating Father or Partner Involvement in Family Integrated Care in Neonatal Units: Protocol for a Prospective, Multicenter, Multiphase Study. *JMIR Res Protoc.* 2024;13: e53160. doi:10.2196/53160.
101. Lee SK, O'Brien K. Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clin Exp Pediatr.* 2023;67(4):171-177. doi:10.3345/cep.2023.00407.
102. Hei MY, Song J, Li Q, et al. Effect of family integrated care on stress in mothers of preterm infants: A multicenter cluster randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2024; 349:112-119. doi: 10.1016/j.jad.2024.01.112.
103. Alferink MT, Hoeven H, Jonkman NH, et al. Family integrated care reduces stress in transferred parents of preterm infants, but not across all families: a stepped-wedge cluster-randomized trial. *J Perinatol.* 2025;45(6):797-805. doi:10.1038/s41372-025-02318-w.

104. van Veenendaal NR, Hei MY, Vergoossen L, et al. RISEinFAMILY project: the integration of families at neonatal intensive care units (NICUs) to empower them as primary caregivers: study protocol for a stepped wedge cluster-controlled trial. *Trials*. 2024;25(1):123. doi:10.1186/s13063-024-07945-6.
105. Franck LS, Waddington C, O'Brien K. Mobile-enhanced Family Integrated Care for preterm infants: A qualitative study of parents' views. *Adv Neonatal Care*. 2024;24(3): E1-E12. doi:10.1097/ANC.0000000000001118.

APÉNDICE

Apéndice N° 1: Cronograma de actividades

Actividad	Agosto 2022	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero-septiembre 2023	Octubre	Marzo Abril Mayo 2024	Junio Julio Agosto	Setiembre Octubre Noviembre Diciembre	Enero Febrero Marzo Abril 2025	Mayo Junio Julio Agosto	Setiembre Octubre Noviembre
Tutorías													
Selección del tema													
Delimitación del tema													
Preguntas de investigación													
Revisión Bibliográfica													
Objetivos de investigación													
Justificación													
Marco teórico													
Diseño de investigación													
Elección de los instrumentos													
Elaboración del consentimiento informado													
Presentación del proyecto a Fac. Enf.													
Devolución del proyecto													
Enviada correcciones del proyecto													
Presentación del proyecto al Comité de Ética													
Respuesta del comité de Ética													
Implementación													
Recolección de datos													
Análisis													
Presentación de la Investigación													

Apéndice N° 2: Tabla Resumen de la Bibliografía

(Fracción de la tabla) Extraídos de los estudios *

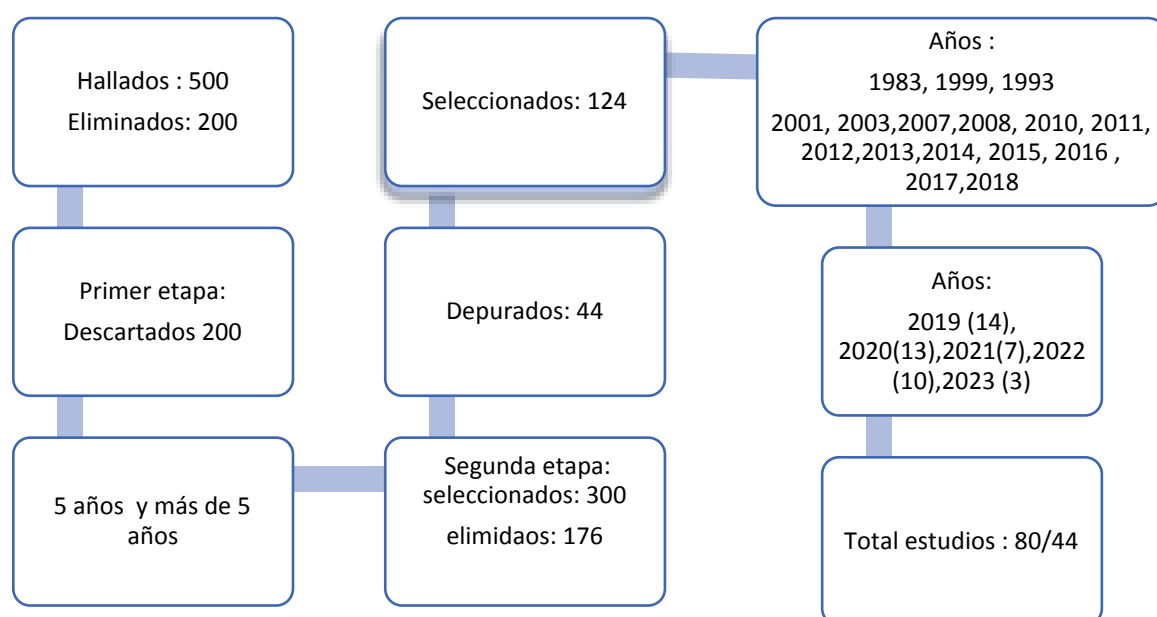
Autores *	País / idioma	Titulo/año *	Objetivos *	Resultados *
Hilario CBC, Castillo MPB, Huamán BAL, Chávez KEM, Hilario EJC	Lima / Español	Ser gestante en tiempos de pandemia: una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia	Recopilar, describir y analizar la información relevante sobre la salud mental en mujeres embarazadas, tanto en las diferentes etapas de la gestación como antes y durante la pandemia de COVID-19.	El embarazo debido a los cambios hormonales ocasiona la presencia de ansiedad y sentimientos de depresión que se agravan conforme avanzan las etapas de desarrollo fetal. Estos trastornos psicológicos han incrementado en gran medida durante la pandemia de COVID-19 debido a varias razones como la relación en pareja, la incertidumbre, miedo, angustia y fobia creciente por el contagio.
Ahmad M, Vismara L.	Italia /Inglés	The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review/ 2021	This review aimed to investigate the existing literature on the psychological impact of the COVID-19 pandemic on women during pregnancy and the first year postpartum. 2021	The reviewed contributions report a moderate to severe impact of the COVID-19 outbreak on the mental health of pregnant women, mainly in the form of a significant increase in depression, up to 58% in Spain, and anxiety symptoms, up to 72% in Canada. In addition to the common psychological symptoms, COVID-19-specific worries emerged with respect to its potential effects on pregnancy and the well-being of the unborn child. Social support and being engaged in regular physical activities appear to be protective factors able to buffer against the effects of the pandemic on maternal mental health.
Eichner, JM Betts, JM Chitkara, MB Jewell, JA Lejía, PS Mirkinson, LJ	EEUU/ Inglés	Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role/ 2012	Patient- and family-centered care can improve patient and family outcomes, improve the patient's and family's experience, increase patient and family satisfaction, build on child and family strengths, increase professional satisfaction, decrease health care costs, and lead to more effective use of health care resources, as shown in the following examples from the literature.	High-quality, patient- and family-centered primary care is associated with a significant reduction in nonurgent emergency department visits in children. ⁴⁸ Family presence during health care procedures decreases anxiety for the child and the parents. Research indicates that when parents are prepared, they do not prolong the procedure or make the provider more anxious. ⁴⁹ –53 Children whose mothers were involved in their posttonsillectomy care recovered faster and were discharged earlier than were children whose mothers did not participate in their care.
World Health Organization	Española	Nacimiento's prematuros	Datos y cifras. Panorama general	Se estima que en 2020 nacieron 13,4 millones de niños prematuros (antes de que se hubieran completado 37 semanas de gestación) (1). Las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años, y en 2019 se cobraron aproximadamente 900 000 vidas (2). Las tres cuartas partes de estas muertes podrían prevenirse con intervenciones disponibles que son costoeficaces. A nivel internacional, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 4% y el 16% de los niños nacidos en 2020.
	EEUU/ inglés	Termino cuidador: Cuidadores informales de pacientes con cáncer: funciones, carga e intervenciones de apoyo (PDQ)–Versión para profesionales de salud Quiénes son cuidadores informales y que función cumplen.		
MSP	Español	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Son ocho objetivos que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a tratar de alcanzar para el año 2015.	El número mundial de muertes de menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013. En los países en desarrollo, el porcentaje de menores de 5 años con bajo peso se ha reducido del 28% en 1990 al 17% en 2013. Las nuevas infecciones

				por el VIH se han reducido en el mundo un 38% entre 2001 y 2013. Los casos de tuberculosis están disminuyendo, y muertes entre los casos de tuberculosis sin VIH. En 2010 el mundo cumplió la meta de los ODM con respecto al acceso al agua potable, medido por un indicador indirecto: el acceso a fuentes de agua mejoradas. Queda alcanzar la meta del saneamiento.
Sharrow D, Hug L, You D, Alkema L, Black R, Cousens S, et al.	EEUU	Tendencias mundiales, regionales y nacionales de la mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2019 con proyecciones basadas en escenarios hasta 2030: un análisis sistemático del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil	Evaluar el progreso de los países y el potencial para alcanzar las metas de los ODS sobre supervivencia infantil y las posibles muertes de menores de 5 años y neonatales durante la próxima década.	A partir de 2019, 122 de los 195 países han alcanzado la meta de los ODS menores de 5 años, y 20 países están en camino de alcanzar la meta para 2030, mientras que 53 deberán acelerar el progreso para alcanzar la meta para 2030. 116 países han alcanzado la meta de la RMN de los ODS, 16 de ellos en vías de desarrollo, lo que deja a 63 en riesgo de no alcanzar la meta. Se prevé que entre 2020 y 2030 se produzcan 48,1 millones de muertes de menores de 5 años, casi la mitad de ellas durante el período neonatal. Si todos los países cumplieran la meta de los ODS relativa a la mortalidad de menores de 5 años, se podrían evitar 11 millones de muertes de menores de 5 años entre 2020 y 2030.
MSP	Uruguay	Objetivos Sanitarios Nacionales 2030Caract. de problemas críticos priorizados Prematurez y bajo peso al nacer	Estadísticas y causas de prematuridad	Los niños con historia de prematuridad y muy bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud durante sus primeros años de vida. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable, y sólo existen datos parciales a nivel nacional acerca del seguimiento del crecimiento y desarrollo de esa población de riesgo. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo, con respecto de la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).
MDS	Uruguay	Porcentaje de recién nacidos pretérmino. Total, país (T/P)	Presentación de datos	2020.99,5 % 2021. 99,4 %
MDS	Uruguay	Porcentaje de partos asistidos en hospitales. T/P	Presentación de datos	2020.99,5 % 2021. 99,4 %
Miller, M.W.; Sadeh, N.	EEUU/ Ingles	Traumatic stress, oxidative stress and post-traumatic stress disorder: Neurodegeneration and the accelerated-aging hypothesis	Evidencia relevante para la hipótesis de que el TEPT crónico constituye una forma de estrés vital persistente que potencia el estrés oxidativo (OXS) y acelera el envejecimiento celular.	Revisamos los estudios sobre los genes relacionados con OXS y el papel que pueden desempeñar en la moderación de los efectos del TEPT en la integridad neuronal y concluimos con una discusión de las direcciones para futuras investigaciones sobre tratamientos antioxidantes y biomarcadores del envejecimiento acelerado en el TEPT.
Boks, M.P.; Van Mierlo, H.C.; Rutten, B.P.; Radstake, T.R.; DeWitte, L.; Geuze, E.; Horvath, S.; et al	EEUU/ Ingles	Longitudinal changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-traumatic stress disorder.	Hipótesis de que en un estudio longitudinal del estrés traumático ambos indicadores de envejecimiento celular mostrarán un aumento del envejecimiento.	En concordancia, el trauma aceleró significativamente el envejecimiento epigenético ($B=1,97$, $p=0,032$) y, al igual que los hallazgos en los telómeros, el desarrollo de síntomas de TEPT se asoció inversamente con el envejecimiento epigenético ($B=-0,10$, $p=0,044$). El recuento de células sanguíneas, la medicación y la exposición premórbida al trauma en los primeros años de vida no confundieron los resultados.
OPS	Uruguay	Salud OPS. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro [Internet].	Recomendaciones parto prematuro Categoría del Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS	En todo el mundo, la tasa de nacimientos prematuros se estima en alrededor del 11% (5% en zonas de Europa, 18% en zonas de África), 15 millones de niños nacen prematuros c/año. El 84% ocurre entre las 32 a 36 semanas de edad gestacional, el 10%, entre 28 y 32 semanas y el 5 % antes de las 28 semanas. En nuestro

		iris.paho.org. OPS; 2019.		país, la tasa de parto prematuro se mantiene con valores estables cercanos al 9% de los nacimientos. En 2018 la tasa de prematurez a nivel nacional fue del 9,2% de los nacimientos, siendo a nivel público de 9,3% y privado de 9,1%. La prematurez, en el sector público, está relacionada con las condiciones de vida de la población, manifiesta la necesidad de abordar causas de base multifactorial con un enfoque diferenciado. Se considera un recién nacido de pretérmino al que nace antes de las 37 semanas de gestación, independientemente de la causa que lo origina.
Jack P. Shonkoff, M.D.	EEUU / Inglés	El impacto de la adversidad temprana en el desarrollo de los niños	Informe es parte de una serie que resume los hallazgos científicos esenciales de las publicaciones del Centro.	Desde el embarazo hasta la primera infancia, todos los entornos en los que viven y aprenden los niños, y la calidad de sus relaciones con los adultos y los cuidadores, tienen un impacto significativo en su desarrollo cognitivo, emocional y social. Una amplia gama de políticas, incluidas las dirigidas al cuidado y la educación de la primera infancia, los servicios de protección infantil, la salud mental de los adultos, los apoyos económicos familiares y otras áreas, pueden promover los entornos seguros y de apoyo y las relaciones estables afectuosas que los niños necesitan.

Fuente: Elaboración propia

Apéndice N° 3: Resumen del proceso de la búsqueda bibliográfica



Fuente: elaboración propia

Selección de estudios según temática	Número
Antecedentes, datos estadísticos: (WHO, OMD, OMS, MSP, MDS, ODN, OSN).	8
Definiciones	7
Estrés en las unidades y afectación en el cuidado del RNPT	13
Escalas	11
Neurociencia, afectación al nivel cerebral, vínculo	12
Salud mental	14
Diferentes experiencias de madres, padres y cuidadores con padecimiento en su salud mental	4
Experiencias vividas estresantes que pudieron manifestarse en el cuidado del RNPT, o desencadenarse en la UCI	5
Ética	3
Metodología	3

Fuente: elaboración propia.

Apéndice N° 4: Consentimiento Informado

Yo.....he sido informada/o respecto al estudio:
“Investigación: Asociación entre el estado de estrés parental y el confort del recién nacido pretérmino”, cuyo objetivo es: Explorar la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del pretérmino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en Montevideo durante 6 meses.

Es llevado a cabo por la Licenciada en Enfermería Kelly Turcatti. El mismo es requisito como trabajo final de Tesis de Maestría en Salud Mental.

Fui debidamente informada de los beneficios, y riesgos de la participación en la investigación. He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación y se me ha entregado una hoja de información. Se me ha informado que puedo retirarme cuando lo desee, y que ello no será perjudicial para mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en este estudio.

.....
.....

Firma de la participante

Firma del investigador

Declaración del investigador:

Montevideo, de de 2024.

Por medio del presente declaro que he explicado en forma escrita la naturaleza, propósitos y los procedimientos, así como la metodología, los riesgos y beneficios que pudieran desprenderse del estudio en el que acepta participar cuyo objetivo es: Explorar la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del pretérmino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en Montevideo durante 6 meses, 2024-2025.

Y como investigador me he ofrecido a contestar cualquier pregunta o duda, y he evacuado completamente todas las realizadas por la

Sra/or..... quien manifiesta comprender completamente lo que he explicado y contestado.

Nombre del Investigador responsable

.....

Firma

Apéndice N° 5: Información a las usuarias/os participantes

Mi nombre es Kelly Turcatti soy Licenciada en Enfermería, y la estoy invitando a participar de la Investigación: “Asociación entre el estado de estrés parental y el confort del recién nacido pretérmino”. Este trabajo es requisito como Trabajo Final de Tesis de Maestría en Salud Mental. El objetivo es: Explorar la asociación entre el estado de estrés parental y el confort del pretérmino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en Montevideo durante 6 meses (2024-2025). De aceptar participar será expresamente en forma voluntaria, anónima y no recibirá remuneración económica por participar en esta investigación.

Deseo aclarar que todo lo que se hable en la entrevista será confidencial, utilizado solamente por la investigadora en su trabajo, además podrá retirarse de la entrevista en cualquier momento que desee, o, de lo contrario sentirse en plena libertad para no contestar aquellas preguntas que puedan incomodarle.

Nombre de la Investigadora: Kelly Mara Turcatti Prestes

Contacto número de celular: 098416908

Información de la Investigación

Para qué es la investigación:

El presente estudio tiene como finalidad estudiar la “Asociación entre el estado de estrés parental y el confort del recién nacido pretérmino” (RNPT). La pregunta que se busca responder es ¿Cuál es la asociación entre el estado de estrés parental, y el confort del RNPT que ingresa a la UCI del Hospital de Clínicas, en Montevideo durante 6 meses, 2024-2025? Para ello a continuación se detalla los pasos:

▪ Paso 1:

A los 5, 15 días, y si fue prematuro extremo (menor de 28 semanas) o muy prematuro (de 28 a 32 semanas) a los 20 días de ingreso se emplea la Escala de Evaluación de Estresores Parentales en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). La escala de Evaluación de Estresores Parentales de niños hospitalizados en Unidades de cuidados Intensivos pediátricos (EEEP-UCIP), está constituida por 36 ítems. Estos ítems están agrupados en tres dimensiones:

• Dimensión clínica • Dimensión de comunicación con el equipo clínico.	• Dimensión emocional Además, una pregunta abierta.
--	---

▪ Paso 2:

Inmediatamente de haber implementado la escala que evalúa el estrés, se utiliza la Escala de Valoración del Confort del pretérmino. La escala está organizada por 6 dimensiones, con 5 ítems cada una, con un total de 30 ítems. Las dimensiones son:

• Alerta • Calma/ agitación	• Respuesta respiratoria • Llanto	• Movimiento físico • Tono muscular • Tensión facial
---	---	--

La participación de Usted en este estudio es muy importante. Para llevar a cabo las actividades, se tendrá un encuentro con Usted que pretende brindar y recabar información, para lo cual es importante que usted se nutra de toda la información que le sea necesaria y la dialogue favoreciendo siempre nuestra comunicación clara y comprensible.

Cómo se hará el estudio:

Podrán participar todos los padres o cuidadores que den su consentimiento para poder realizar las escalas citadas en el paso 1 y 2.

Sus datos personales y las respuestas a las diferentes preguntas serán de carácter confidencial, sólo serán conocidos por los responsables de la investigación. Se garantiza entonces el anonimato de la información aportada.

Los resultados obtenidos se usarán únicamente con fines científicos, y aunque los resultados globales sean publicados, se garantiza que nunca se revelará su identidad y la identidad del recién nacido.

Cómo se benefician los participantes con los resultados del estudio:

Los resultados del estudio servirán para:

1. ofrecer a todos los recién nacidos, y cuidadores los beneficios de salud;
2. facilitar a todos los servicios de salud apropiados;
3. captar precozmente a todos los cuidadores para evitar el estrés
5. brindar tratamiento oportuno y de calidad;
6. mejorar el nivel de conocimiento acerca del cuidado de la salud mental y familiar
7. favorecer la humanización de los cuidados,

Asimismo, el estudio probablemente revele información que permitirá al hospital mejorar sus servicios, y seguimiento a las familias.

Culminado el estudio se publicarán los datos obtenidos, con el fin de mejorar la atención, conservando la privacidad de todas las participantes.

Toda la información es anónima y confidencial, para ello se tomarán todos los recaudos necesarios mediante codificación de los registros de las entrevistas y mantenimiento de los mismos en un lugar seguro, su participación es voluntaria. Por su participación no recibirá ningún beneficio económico, y, no tendrá ningún costo para usted.

Si acepta participar igualmente podrá retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento que lo desee, no generando esto ningún tipo de perjuicio en su relación con los investigadores ni con la institución.

Si decide no participar esto no tendrá ninguna consecuencia.

Aquellos padres o persona, que acceda a participar en este estudio, deberán firmar la hoja de firmas que acompaña este “Consentimiento Informado” y recibirán una copia de ambos documentos.

Ante la presencia de situaciones movilizadoras durante la recolección de datos mediante entrevista, se continuará con el apoyo del equipo asistencial, incluyendo salud mental, médicos y enfermería, en caso que este considere que requiera mantener el soporte.

El estudio ha sido aprobado por el comité de ética de la institución de salud, en este caso el Hospital de Clínicas.

¿Desea hacer alguna pregunta?

.....

Apéndice N° 6: Caracterización sociodemográfica del cuidador y del RNPT

Caracterización sociodemográfica			
Datos sociodemográficos de la madre/ padre / familiar cuidador		Caracterización sociodemográfica del pretérmino	
Sexo	Sexo		
Edad	Edad gestacional		
Cuidador	Días de nacido		
Género	Diagnóstico		
Lugar de nacimiento	Vías de nacimiento		Vaginal
Lugar de residencia			Cesárea
Estado civil	Apgar	Talla	Perímetro cefálico
Número de personas que viven en el hogar	Peso		Causa del nacimiento (Urgencia-emergencia)
Núcleo familiar	Administración de analgesia / ventilación mecánica		
Nivel de instrucción			
Trabajo			
Ingreso económico suficiente	Clasificación según edad gestacional (EG)	Clasificación según peso	Causa del parto prematuro
Vivienda			
Beneficios recibidos por el estado	Prematuro extremo <28 Muy prematuro 28-32 Prematuro moderado 33-34 Prematuro tardío 35-36,6	Peso 500-1499 1500 a 2500	RPM (ruptura prematura de membrana) SHE (síndrome hipertensivo del embarazo) SF (sufrimiento fetal) RCIU (retardo del crecimiento intrauterino) Iatrogenia, Colelitiasis aguda Otro especificar

Apéndice N° 7: Definición de variables

Clasificación y definición de las variables					
	Definición conceptual	Definición operativa	Categorías	Escala	Medición
Sexo	Se define como las características biológicas y fisiológicas. (1)	Identificación del sexo	Femenino	Nominal	Cualitativa dicotómica
			Masculino		
Edad	Se define como el tiempo transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento hasta el momento actual. Se mide en años, meses o días. (2)	Edad de la madre padre o persona a cargo del RNPT	Rangos	Ordinal 11- 15 15-20 21-26 27- 32 33 – 37 38- 43 48 – 53 54-...	Cuantitativa Discreta
Cuidador	Persona encargada de satisfacer las necesidades del niño.	Madre: mujer que biológica y/o legalmente es la primera responsable de satisfacer las necesidades del niño. Tutor: persona unida por lazos sanguíneos, afectivos o legales al niño y que es responsable de satisfacer sus necesidades.	Madre Padre Abuelo Abuela Amiga Amigo Tía Tío Pareja Otro	Nominal	Cualitativa Politémica
Género	Percepción y manifestación personal del propio género. Independiente de su sexo biológico.	Si la persona se acepta o se identifica con el género	Aceptado No aceptado	Nominal	Cualitativa dicotómica
Lugar de nacimiento	Lugar donde nació la persona.	Del padre o madre o familiar	Montevideo Interior Exterior	Nominal	Cualitativa politómica
Lugar de residencia	“Lugar donde la persona pasa períodos diarios de descanso, sin tener en cuenta ausencias temporales, viajes visitas a amigos, a familiares, trabajo” (3)	Distancia que tiene que recorrer para estar con el RNPT	Montevideo: Barrio Se queda en la institución Interior Exterior	Nominal	Cualitativa politómica
Estado civil	“Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.” (3)	Cómo se siente la persona con su estado civil	Casado Soltero Divorciado En pareja Conviviendo	Nominal	Cualitativa politómica
Número de personas que viven en el hogar	Personas que cohabitan en el mismo lugar	Número	1,2,3,4,5,6,7,8,9 ,10 o más	Ordinal	Cuantitativa
Núcleo familiar	Vínculos familiares más estrechos, incluyendo a los nombrado por la madre o padre	Considerado por la madre o padre	Nuclear Monoparental Extendida Unipersonal	Ordinal	Cualitativa nominal
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudio, realizados o en curso	Estudio cursado	Primaria Secundaria Universitario Terciario Sin cursar	Ordinal	Politémica ordenada

Trabajo	Se refiere a la situación laboral del individuo.	Trabajo o no al momento de recabar la información	Trabajo No trabaja Otro	Nominal	Cualitativa nominal
Ingreso económico suficiente	Cubre necesidades básicas Según Maslow: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y amor, de estima, de autorrealización.	Si la persona cree que son suficientes o no los recursos que recibe económicamente.	Si No	Nominal	Cualitativa
Vivienda	“Lugar protegido o construcción acondicionado para ser habitado por personas” (4)	Vivienda en el momento de recabar información	Tiene No tiene	Nominal	Cualitativa
Beneficios recibidos por el estado	“la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (5).	Beneficios recibidos al momento de recabar información o beneficios ya gestionados y pendiente resolución.	Si No	Nominal	Cualitativa dicotómica
Edad gestacional	Edad del RNPT desde el primer día de la última menstruación	Se mide en semanas	Prematuro extremo <28 Muy prematuro 28-32 Prematuro moderado 33-34. Prematuro tardío 35-36,6	Ordinal	Cuantitativa discreta
Días de nacido	Días desde su nacimiento	Se mide en días	1 día 2 días ...	Ordinal	Cualitativa discreta
Vía de nacimiento	Término de la etapa de gestación	Según tipo de parto	Vaginal cesárea	Ordinal	Cualitativa
Apgar	Prueba de Apgar se realiza al primer y quinto minuto luego del nacimiento.	El puntaje primero determina la tolerancia a la vida extrauterina	1 al 10	Ordinal	Cuantitativa discreta
Talla PC	Medida desde la cabeza hasta la planta de los pies. Medida	Medida en centímetros	Número		Cuantitativa
Peso	Primer peso del RNPT al nacer	Medida en gramos	Peso 500 a 1499 1500 a 2500		Cuantitativa
Causa del parto prematuro	Patología materna o fetal	Diagnóstico al momento de la decisión del parto	RPM (ruptura prematura de membrana) SHE (síndrome hipertensivo del embarazo) SF (sufrimiento fetal) RCIU (retardo del crecimiento intrauterino) Iatrogenia Colelitiasis aguda Meconial Otro especificar	Nominal	Cualitativa
Redes de apoyo en la zona “Impulsan y propician contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, espiritual, ayuda material y servicios de información”. “Relaciones “online”, que mantienen una base relativa de sinceridad y confianza, pueden significar un acercamiento renovado” (5,6).		Redes que nombre el padre o la madre Redes que identifiquen	Si No Nombrar	Nominal	Cualitativa dicotómica
Definidas en los instrumentos					
Alerta Calma/ agitación Respuesta respiratoria Llanto Movimiento físico Tono muscular Tensión facial					
Escala de Evaluación de Estresores Parentales de niños hospitalizados en Unidades de cuidados Intensivos pediátricos (EEEP-UCIP)					
Dimensión clínica Dimensión de comunicación con el equipo clínico Dimensión emocional					
Pregunta abierta ¿Existió alguna otra situación que usted consideró estresante y que no fue mencionada en este cuestionario?, por favor descríbala:					

Fuente: elaboración propia.

Referencias bibliográficas

1. Diccionario de la lengua española [Internet]. Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/edad>
2. Glosario de Conceptos [Internet]. www.ine.es. Available from: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4592&op=30306&p=1&n=20#:~:text=Lugar%20donde%20una%20persona%20normalmente>
3. Definición de estado civil - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil#:~:text=Condic%C3%B3n%20de%20una%20persona%20en>
4. Barada J. Vivienda [Internet]. www.lareferencia.info. 2020 [cited 2023 Sep 23]. Available from: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/AR_8baff5c5dd96e21dd615228bc1bf3bae
5. Aranda B. C, M MP. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de Investigación en Psicología [Internet]. 2013 jul 15 [cited 2021 Aug 20];16(1):233–45. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929>
6. Aranda B. C, M MP. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de Investigación en Psicología [Internet]. 2013 jul 15 [cited 2021 Aug 20];16(1):233–45. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929>

ANEXOS

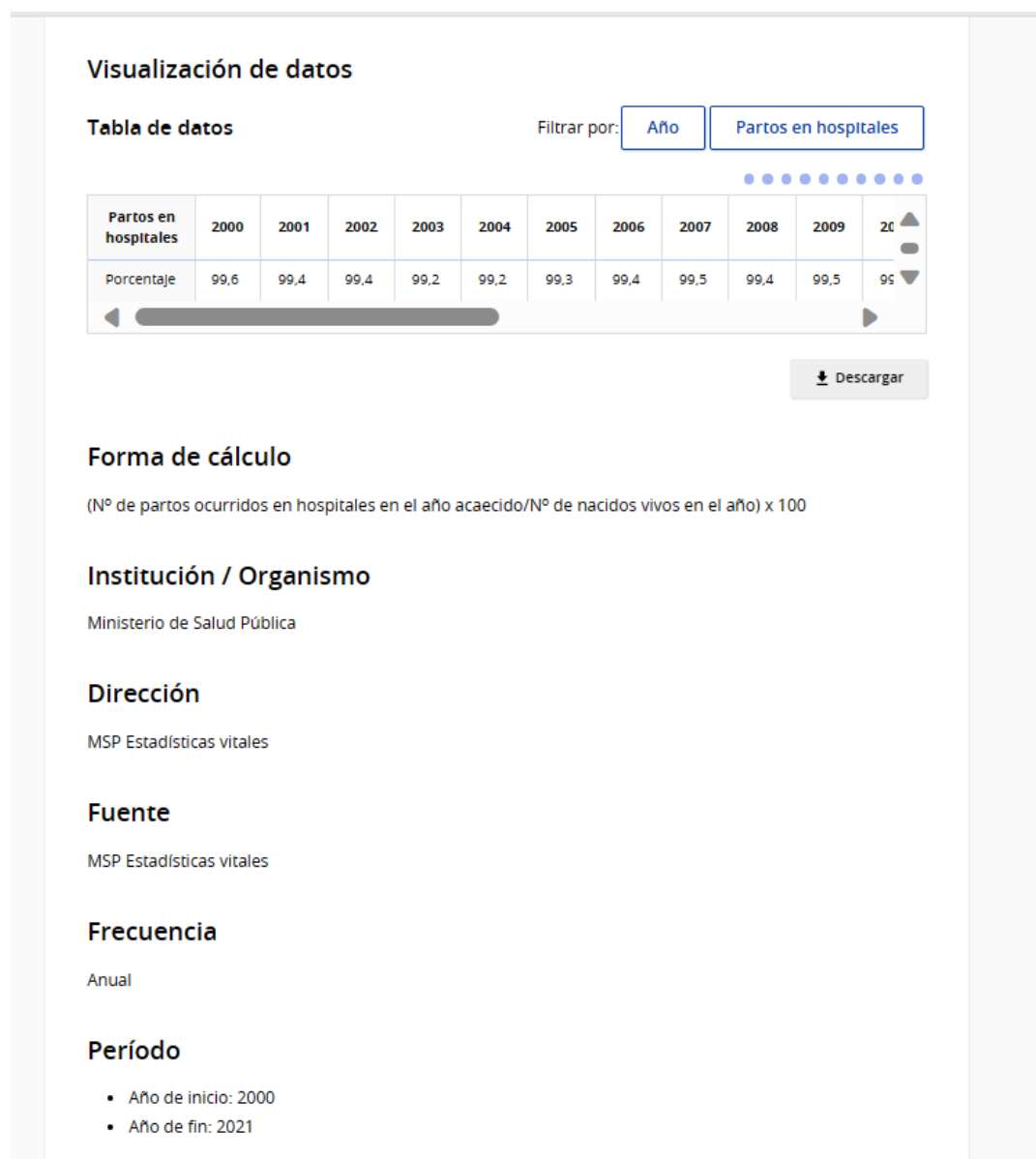
Anexo N° 1: Porcentaje de recién nacidos pretérmino en todo el país



<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-recien-nacidos-pretermino-total-pais#dropdown>

Anexo N° 2: Porcentaje de partos asistidos en hospitales. Total, país

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/porcentaje-partos-asistidos-hospitales-total-pais#dropdown>



Anexo N° 3: Escala de Evaluación de Estresores Parentales de niños hospitalizados en Unidades de cuidados Intensivos pediátricos (EEEP-UCIP)

(The Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization (PSS: IH) Miles & col., modificado por Saied, validado para población chilena, Proyecto IDA N°15-096. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile. Navarro-Tapia, S., Ramírez, M., Clavería, C., Molina, Y.) (24).

Es de gran interés para las enfermeras y otros profesionales que trabajan en la UCIP conocer el efecto que tiene el ambiente de la UCIP en su experiencia como padres.

En el cuestionario que viene a continuación, se incluyen una serie de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes para los padres durante la permanencia de su hijo en la UCIP.

Estamos muy interesados en conocer su percepción o experiencia respecto a las situaciones de estrés vividas por usted, en la presente hospitalización de su hijo.

Entendemos por situaciones de estrés, a todas aquellas experiencias vividas que nos hacen sentir ansioso, molesto o tenso.

En el siguiente cuestionario, se le pide que marque con un círculo alrededor del número que mejor represente, qué tan estresante ha sido esta situación para usted.

En aquellos ítems que se describen a continuación y que no hayan sido parte de su experiencia, usted debe marcar “No se experimentó” (0).

0 = No se experimentó

3 = Moderadamente estresante

1 = No fue estresante

4 = Muy estresante

2 = Mínimamente estresante

5 = Extremadamente estresante

Dimensión clínica

- I. A continuación, encontrará una lista de ítems que podrían describir el **aspecto de su hijo**. Usando la siguiente escala de medición, encierre en un círculo el número que mejor representa lo estresante que estas situaciones han sido para usted

Ítems	No se experimentó			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
1. Observar el cuerpo hinchado de mi hijo																		
2. Cambios de color en la piel de mi hijo (pálido, azul o amarillo) y/o presencia de moretones																		
3. Parecía que mi hijo tenía frío																		

- II. A continuación, encontrará una lista de ítems que muestran situaciones que pudo haber observado durante la hospitalización de su hijo en la UCIP, tales como **imágenes o sonidos**. Indique que tan estresantes fueron cada uno de los factores para usted

Ítems	No se experimentó			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
2. El sonido de los monitores y equipos																		
3. Los sonidos repentinos de las alarmas de los monitores																		
4. La presencia de otros niños enfermos en la unidad																		

- III. A continuación, encontrará una lista de ítems que describen una serie **de procedimientos o intervenciones** que pueden haber sido realizados a su hijo. Indique que tan estresantes fueron para usted.

Ítems	No se experimentó			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
1. Presencia de tubos y sondas en mi hijo																		
2. Aspiración de secreciones u otros líquidos																		
3. Uso de agujas en mi hijo para administrar sueros, transfusiones, procedimientos o exámenes																		
4. Hacer que mi hijo tosa, respire fuerte y profundamente o realizar compresiones en el pecho de mi hijo																		
5. Inyecciones/vacunas																		
6. Cortes o herida operatoria en mi hijo																		
7. Que una máquina respire por mi hijo																		

IV. A continuación, encontrará una lista de ítems que describen una serie de **Conductas del Equipo Profesional** (médicos y enfermeras/os) que usted puede haber observado durante la hospitalización de su hijo en la UCIP.

Ítems	No se experimento			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
2. No conversaban lo suficiente conmigo.																		
3. Distintas personas (médicos, enfermeras/os, personal) hablando conmigo																		
4. No indicarme sus nombres o quienes eran al atender a mi hijo																		

DIMENSIÓN COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO CLÍNICO

V. A continuación, encontrará una lista de ítems que describen diferentes situaciones de cómo el **Equipo Profesional** (médicos y enfermeras/os) se comunicó con usted acerca de la enfermedad de su hijo. Indique que tan estresantes fueron para usted

Ítems	No se experimento			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
1. Explicaban muy rápido																		
2. Usaban palabras que no comprendía																		
3. Me decían versiones distintas (o contradictorias) sobre la condición de mi hijo																		
4. No entregaban una versión definitiva de lo que le ocurría a mi hijo																		
5. No hablaban lo suficiente conmigo																		

DIMENSIÓN EMOCIONAL

VI. A continuación, encontrará una lista de ítems que describen diferentes formas de **Comportamiento y/o respuestas emocionales que su hijo** puede haber mostrado durante su hospitalización en la UCIP. Indique que tan estresantes fueron para usted.

Ítems	No se experimento			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
1. Confuso o desorientado																		
2. Comportamiento rebelde o de poca Cooperación																		
3. Llanto y quejidos																		
4. Demandante (muy requirente de atención)																		
5. Mostrando o evidenciando dolor																		
6. Inquietud o Intranquilidad																		
7. Incapacidad para hablar o llorar																		
8. Miedo																		
9. Rabia																		
10. Tristeza o depresión																		

VII. Los siguientes ítems se relacionan al **rol de los padres**. Indique qué tan estresantes fueron los siguientes factores para usted.

Ítems	No se experimento			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
2. No poder visitar a mi hijo cuando yo Quiero																		
3. No poder estar cuando mi hijo está Llorando																		
4. No poder sostener o tomar en brazos a mi hijo																		

	No se experimento			No fue estresante			Minimamente estresante			Moderadamente estresante			Muy estresante			Extremadamente estresante		
Días de vida	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20
VIII. Utilizando la misma escala de evaluación, ¿Qué tan estresante, en general, ha sido la experiencia para usted en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos																		

IX. ¿Existió alguna otra situación que usted consideró estresante y que no fue mencionada en este cuestionario?, por favor descríbala:

Anexo N° 4: Escala para medir el Confort del RNPT

Comfort Behaviour Scale – versión Española		Implementar inmediatamente después de la escala de evaluación de estresores parentales			
	5	15	20	Observaciones: Diagnóstico de estrés: Padre madre y/o tutor- SI ☐ No ☐ Paciente: apellido madre, padre o cuidador / nombre del RN: Número de historia clínica:	
Fecha / turno					
Hora					
Evaluable					
				Marque una casilla en cada sección y añada las sumas de las puntuaciones en la casilla final	
Fechas	5	15	20	Primero se realiza a los 5 días y se repite a los 15 días. A los 20 días a los RNPT extremo	
Alerta	1			Profundamente dormido (ojos cerrados, no responde a cambios en el entorno).	
	2			Sueño superficial (ojos cerrados, responde ocasionalmente)	
	3			Somnoliento (cierra los ojos a menudo, poco reactivo al entorno)	
	4			Despierto y consiente (reactivo al entorno)	
	5			Despierto y alerta excesiva (respuestas exageradas a los estímulos del entorno)	
Calma / Agitación	1			Tranquilo (el niño se muestra sereno y en calma)	
	2			Ligeramente ansioso (muestra cierta ansiedad)	
	3			Ansioso, pero se calma	
	4			Muy ansioso (se le ve muy agitado, dificultad para calmarse)	
	5			Pánico (gran angustia) quitar	
Respuesta respiratoria (solo en niños ventilados mecánicamente)	1			Sin respiración espontánea / No respira espontáneamente	
	2			Respiraciones espontáneas y del respirador	
	3			Inquietud o resistencia al respirador/ Desadaptado	
	4			Respira de forma activa contra el respirador / Tose a menudo quitar	
	5			Lucha contra el respirador	
Llanto (solo en niños con ventilación no invasiva o respiración espontánea)	1			Respiración tranquila, sin llanto	
	2			Algún sollozo o queja ocasional	
	3			Lloriqueo (sonido monótono) / queja continua	
	4			Llanto	
	5			Gita o chilla	
Movimiento físico	1			Sin movimiento	
	2			Movimientos ligeros ocasionales	
	3			Movimientos ligeros frecuentes	
	4			Movimientos vigorosos limitados a las extremidades	
	5			Movimientos vigorosos que incluyen torso y cabeza	
Tono muscular	1			Músculos totalmente relajados; sin tono muscular	
	2			Tono muscular disminuido; menor resistencia de la habitual	
	3			Tono muscular normal	
	4			Tono muscular aumentado con flexión de los dedos de manos y pies	
	5			Rigidez muscular extrema con flexión de los dedos de manos y pies	
Tensión facial	1			Músculatura facial completamente relajada	
	2			Tono muscular facial normal	
	3			Tensión evidente en músculos faciales (no mantenida), frunce la seño	
	4			Tensión evidente en musculatura facial (mantenida)	
	5			Músculatura facial en tensión y con muecas	
Puntuación total:					

Comfort assessment: Home [Internet]. www.comfortassessment.nl. [cited 2023 Feb 17].

Available from: <https://www.comfortassessment.nl>

Estimación del dolor: No discomfort < o = 11 puntos, Discomfort 12 -22 puntos, Discomfort alto > o = 23 puntos.

Anexo N° 5: Decreto N° 158/019

Aprobación del proyecto elaborado por la comisión nacional de ética en investigación vinculada a la dirección general de salud, referida a la investigación en seres humanos.

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158-2019>

Documento Actualizado

Promulgación: 03/06/2019

Publicación: 12/06/2019

- El Registro Nacional de Leyes y Decretos del presente semestre aún no fue editado.

Referencias a toda la norma

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asigna especial importancia a las actividades de investigación en seres humanos, cuya regulación compete al Ministerio de Salud Pública, especialmente respecto de los aspectos vinculados a la protección de la salud y dignidad de las personas que voluntariamente participan en ella como sujetos de la misma;

RESULTANDO: I) que la investigación en seres humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional, que la misma es imprescindible para promover el desarrollo científico;

II) que desde la bioética deben preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de todas las personas que participan en ella;

III) que es prioritario disponer de un adecuado sistema de cobertura contra los riesgos a que quedan expuestos los sujetos de las investigaciones en seres humanos en los que participan;

CONSIDERANDO: que la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a que refiere el Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, estima necesaria introducir modificaciones en el texto del mismo y del Anexo que lo integra;

ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki (año 2000), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos,

Artículos 44 y 72 de la Constitución de la República, la Ley N° 9.202 del 12 de enero de 1934, el literal c) del Artículo 44 del Anexo del Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, la Ley N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008 y Artículo 339 de la Ley N° 18.362 del 6 de octubre de 2008;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1

Apruébase el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, referido a la investigación en seres humanos, contenido en el Anexo (*) que se adjunta y forma parte del presente Decreto. Este Anexo sustituye al elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, referido a la investigación en Seres humanos, que forma parte del Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008.

(*) **Notas:**

Ver: [Texto/imagen](#).

Artículo 2

Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, los patrocinadores y los investigadores deberán velar para que toda modalidad de investigación que se realice en su seno, en la que participen seres humanos respete la presente normativa.

Artículo 3

Previamente a toda investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Institucional acreditado, la que deberá ser acompañada de su respectivo protocolo de investigación. El Ministerio de Salud Pública acreditará a los Comités de Ética en Investigación Institucionales según los criterios que se elaborarán en consulta con la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

Artículo 4

La Comisión Nacional de Ética en Investigación velará por el buen funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación Institucionales.

Artículo 5

Las investigaciones transnacionales con seres humanos que se desarrollen en nuestro país, deberán responder también a necesidades sanitarias nacionales.

Artículo 6

Se crea un Grupo de Trabajo con el cometido de analizar y proyectar la regulación de un sistema de cobertura de los gastos de tratamientos y de la indemnización de los daños y perjuicios causados a los sujetos de investigaciones en seres humanos por su participación en las mismas. El Ministerio de Salud Pública designará a los miembros del referido Grupo.

Artículo 7

Derógase el Decreto 379/008 del 4 de agosto de 2008.

Artículo 8

Comuníquese, publíquese.

TABARÉ VÁZQUEZ - JORGE VAZQUEZ - RODOLFO NIN NOVOA; DANILO ASTORI - JOSÉ BAYARDI - EDITH MORAES - VÍCTOR ROSSI - GUILLERMO MONCECCHI - ERNESTO MURRO - JORGE BASSO - ENZO BENECH - BENJAMÍN LIBEROFF - JORGE RUCKS - MARINA ARISMENDI