

# Anexo Uno

## Escala para el Diagnóstico y Medición del stress materno y paterno en las UCIN

Encuesta para administrar a los padres

Nombre y Apellido del bebe .....
El Servicio de Neonatología está interesado en conocer los efectos de los sectores de internación y sobre el estado de ánimo y la experiencia de los padres de los recién nacidos.
La Unidad UCIN (terapia) es el lugar donde su bebé recibe cuidados.
A veces se habla poco tiempo en la Unidad, por eso quisiéramos conocer acerca de su experiencia de cómo el bebé es cuidado en la Unidad.
Le vamos a mencionar varias experiencias que han vivido otros padres. Queremos conocer si usted ha tenido esas mismas experiencias y cuan estresantes son.
Por estresante entendemos aquellas experiencias que generan ansiedad, angustia y tensión.
Le vamos a ir leyendo una serie de situaciones y usted contéstenos según la siguiente escala:
1 = "no ha sido estresante"
2 = "un pequeño estrés"
3 = "moderado estrés"
4 = "mucho estrés"
5 = "extremo estrés"
0 = No lo experimenté

A continuación le voy a leer una lista con varios signos y sonidos que Ud. ha experimentado mientras estaba la Unidad. Nos interesa conocer cuáles son sus sentimientos sobre estos signos y sonidos. Le voy a pedir que me indique su nivel de estrés, es decir, cuán estresantes y molestos le resultaron esos signos y sonidos que usted vió o escuchó, en una escala del 1 al 5, en donde el 1 representa lo menos estresante y el 5 el más estresante. Si no ha visto o escuchado nada en particular, significa que "no ha pasado por esa experiencia" y no tiene que decirme cuanto le molestaron.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a "No tuve esa experiencia"

1. La presencia de monitores y equipos.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. El constante ruido de monitores y equipos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. El repentino ruido de monitores y alarmas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Los otros bebes en la Unidad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. La cantidad de gente trabajando en la Unidad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

1. Ahora le voy a leer una lista de ítems que describe lo que Ud. observa o presta atención mientras está en la UCIN, cómo también algunos tratamientos que ha visto realizar a su bebé. No todos los bebés pasan por esta experiencia. Si su bebé no pasó por alguna de las experiencias que le voy a nombrar, hágame saber que "no pasé por esa experiencia". Si, en cambio, ha tenido alguna de estas experiencias le voy a pedir que me diga en una escala del 1 al 5 cuán estresante o molesta le resultó cada una. Excluyente por fila. El valor 0 equivale a "No tuve esa experiencia"

1. Tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Magullones, moretones, manchas en la piel, cortes o incisiones en el bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. El color diferente de su bebé por ej. pálido amarillento, etc	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. La forma no rítmica e irregular de respirar de su bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Los cambios repentinos del color de su bebé (por ej. comenzando pálido o azulado).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Ver a mi bebé dejar de respirar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. El tamaño pequeño, de su bebé.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. La apariencia de arrugado de su bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. La máquina (respirador) para respirar que tenía su bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Ver las agujas y tubos que tenía su bebé.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Cuándo mi bebé come por vía intravenosa o sonda nasogástrica.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Cuándo mi bebé parece estar dolorido.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Cuándo mi bebé llora por largos períodos.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Cuándo mi bebé parece temeroso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Cuándo mi bebé parece triste	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. La apariencia de débil, flacucho de mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Los temblores y movimientos inquietos de mi bebé.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. Si mi bebé no parece capaz de llorar como los otros bebés	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Acariciar, tocar, el pecho de mi bebé dentro de la incubadora	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2. Ahora nos gustaría saber si experimentó estrés relacionado con el comportamiento y comunicación con los médicos, las enfermeras, etc. Le voy a pedir nuevamente que me indique su nivel de estrés del 1 al 5, y si no pasó por esa experiencia, hágamelo saber. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán comentadas o discutidas con ningún miembro del equipo médico o de enfermería.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a "No tuve esa experiencia"

1. Los médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Los médicos y enfermeras utilizan palabras que Ud. no entiende.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición del bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. No me hablan acerca de los estudios y tratamientos que realizan a mi bebe.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. No conversan conmigo suficientemente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. La mayoría de las veces me hablan diferentes personas (médicos, enfermeras, otros)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Encuentro dificultades en recibir información o ayuda cuando estoy en la Unidad.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. No siento seguridad en que pueda hablar acerca de los cambios en la condición de mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. He notado preocupados al staff (médicos, enfermeras, otros) acerca de mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. El staff (médico-enfermeras) actúan cómo si no estuvieran interesados en el bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. El staff actúa cómo si ellos no entendieran las con ductas o necesidades especiales de mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3. Por último, queremos saber cómo siente la relación con su bebé. A continuación le voy a leer algunas situaciones y le voy a pedir que, si las ha sentido o sufrido, me indique cuán estresantes han sido para usted en una escala del 1 al 5. Si no pasó por esa experiencia, hágamelo saber. Excluyente por fila.

El valor 0 equivale a "No tuve esa experiencia"

1. Me siento separada/o de mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. No puedo alimentar a mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. No me siento capaz de cuidar a mi bebé (cambiarle los pañales, bañarlo, etc.).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. No me siento capaz de tener a mi bebé cuándo yo quiero	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Algunas veces me olvido del aspecto físico de mi bebé.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. No me siento en privacidad con mi bebé.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y otros procedimientos dolorosos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. No me siento capaz de compartir mi bebé con otros familiares.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

10. Me siento incapaz acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo 0  1  2  3  4  5

11. Siento que el staff (enfermeras, médicos) están más cerca de mi bebé que yo 0  1  2  3  4  5

0  1  2  3  4  5

4. Usando la misma calificación que en las preguntas anteriores (1 2 3 4 5), ¿cómo calificaría en general cuán estresante ha sido para Ud. la experiencia en Terapia (UCIN)? Excluyente

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------

5. ¿Hay algún otro aspecto que fue estresante para Ud. durante el tiempo en que su bebé estuvo en la Terapia (UCIN)? Abierta

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Miles M.S., Funk S.G., Carlson J., Parental stress scale; neonatal intensive unit. School of nursing. University of North Carolina. Chapter Hill Nursing Reserch. 42, 148-152*

*Ruiz A.L., Ceriani Cernadas, JM et al. Estrés y Depresión en madres de Prematuros: un programa de intervención, Archivos Arg. de pediatría 2005, 103: 36-45*