

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)

THE STRESS OF PARENTS WITH A NEWBORN CHILD IN THE NEONATOLOGY INTENSIVE CARE UNIT: TRANSLATION AND ADAPTATION OF THE PARENTAL STRESSOR SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU - MILES, M.S. & HOLDITCH DAVIS, D. 1987; MILES, M.S. & FUNK, S.G., 1998)

Caruso, Agostina¹; Mikulic, Isabel María²

RESUMEN

El estrés que genera en los padres tener un hijo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN) ha sido investigado en profundidad. Algunos autores han encontrado que el nivel de estrés y los síntomas depresivos, constituyen los factores con mayor poder explicativo y predictivo respecto de cómo la familia afrontará la internación (Speer, Leef, Epps & Locke, 2002). Es así, que desde hace varios años ha surgido el interés en evaluar el nivel de estrés percibido por los padres que afrontan un suceso como este, para lo cual se ha utilizado, a nivel mundial, la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (EEP: UCIN) (Miles & Holditch Davis, 1987; Miles & Funk, 1998). La misma ha demostrado poseer muy buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en diversos países. Es el objetivo de este trabajo presentar los primeros pasos del proceso de adaptación de la prueba Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (EEP: UCIN) a nuestro medio. Se analizarán especialmente el funcionamiento de los reactivos, a partir del análisis de discriminación de ítems, y de las correlaciones ítem-total, y se mostrará la versión final de la prueba obtenida, la cual se validará en futuros estudios.

Palabras clave:

Estrés - Padres - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) - Evaluación psicológica - Adaptación

ABSTRACT

The stress of parents who have a child hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) has been investigated thoroughly. Some authors have found that the level of stress and the depressive symptoms are two of the major predicting factors regarding how the family will be coping with the hospitalization (Speer, Leef, Epps and Locke, 2002). As interest in assessing the level of stress perceived by parents coping with this event has grown, Parental Stress Scale: Intensive Care Unit (PSS: NICU) (Miles & Holditch Davis, 1987; Miles & Funk, 1998) has turned to be the best instrument worldwide used. It has demonstrated adequate psychometric properties, specially regarding validity and reliability in several countries. In this study, it is focus on the first steps in the process of adaptation and the analysis of item functioning. Also, the analysis of item discrimination and the item-total correlation, are presented, as they contributed in obtaining the final version of the adapted version of this instrument which will be validated in future studies.

Key words:

Stress - Parents - Neonatal Intensive Care Unit (NICU) - Psychological assessment - Adaptation

¹Becaria de Proyecto UBACyT "Inteligencia Emocional, Resiliencia y Calidad de Vida: Estudio de los Aspectos Psicosociales y Diferenciales de las Competencias Socioemocionales en Contextos Naturales." Docente, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: agostinacaruso@hotmail.com

²Directora de Proyecto UBACyT. Prof. Titular Regular Teoría y Técnicas de Exploración y Diagnóstico. Módulo I, Cátedra I, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: mikulic@psi.uba.ar

La internación de un bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se constituye en un suceso vital estresante para sus padres. Varias investigaciones se han ocupado de estudiar este hecho caracterizando al mismo como un suceso traumático para la familia (Shaw et al. 2006). El pronóstico para estos bebés suele ser incierto, por lo cual se acrecientan los miedos de los padres pudiendo generar una interferencia en la relación con su hijo (Berkeley, 1993). Al mismo tiempo, otros estudios han explorado las reacciones emocionales de los padres ante la hospitalización del bebé, observando la presencia de: desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima (Miles & Holditch-Davis, 1987). En relación a las familias Rothstein (1989) sostiene que las mismas sufren estrés específico por estar sus hijos hospitalizados. Oiberman (2005) considera que es todo el proceso de la maternidad el que representa una crisis vital que afecta a todo el grupo familiar; pero que la madre atraviesa una doble crisis ocasionada por la internación del bebé.

El concepto de estrés psicológico es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos, y pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986). Es por esto, que la internación del bebé en la UCIN es percibida como un estresor por los padres, el cual deben afrontar. Vega (2006) propone un enfoque integrador del estrés, dónde es necesario entender que existe un proceso interactivo entre el individuo y la situación, y es importante considerar las características del estímulo y de la respuesta. La evaluación cognitiva constituye el mediador esencial, y considera a las disposiciones personales y al apoyo social como variables moduladoras.

En un estudio realizado con el fin de elaborar lineamientos para disminuir el estrés en los padres de los bebés hospitalizados (Parra Falcon, Moncada, Oviedo Soto & Marquina Volcanes, 2009), se construyó un cuestionario para identificar manifestaciones cognitivas, conductuales y afectivas del estrés en padres. A partir de los resultados obtenidos, se advierte que los padres presentan diferentes tipos de respuestas ante el suceso. Entre las manifestaciones emocionales se destacó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto; en la dimensión conductual, los cambios de hábitos con descuido de la apariencia personal; y por último, en relación a las manifestaciones cognitivas, los padres destacaron la pérdida de la atención en la visita a sus hijos, provocada por los ruidos de las alarmas y equipos.

Por otro lado, algunos estudios se han focalizado en analizar las diferencias existentes entre el padre y la madre, en relación a la percepción de este suceso. El estrés y la ansiedad experimentado por las madres, parece ser mayor que el que experimentan los padres. Esto puede estar relacionado con el tiempo prolongado que pasan las madres en la UCIN, y a los roles diferenciales, biológicos y sociales, entre ambos (Franck, Cox, Allen & Winter, 2005). Berkeley (1993) concluyó, debido a la alta correlación

existente entre las medidas psicológicas de padres y madres, que es la familia como sistema lo que se ve afectada y no cada individuo por separado.

Es así como, el interés en estudiar el estrés en los padres de bebés prematuros hospitalizados en la UCIN, se ha acrecentado en los últimos años. Varias investigaciones han utilizado, en diferentes países, la escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) (Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos - EEP: UCIN), para evaluar el estrés en los padres de bebés hospitalizados (Franck et al., 2005; Spear et al., 2002; Poe & Pinelli, 1997; Young Seideman et al., 1997; Meyer et al., 1994; Miles, Funk & Carlson, 1993). En todas ellas, esta prueba ha presentado niveles adecuados de confiabilidad y validez. Franck et al. (2005) han observado que la pérdida de varias funciones que conforman el esperado rol parental, se constituye en el mayor estresor para los padres. Por otro lado, Miles y Holditch-Davis (1987), han concluido que el ambiente de la UCIN en sí mismo, constituye también una importante fuente de estrés para ellos.

En relación a las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, se destaca el estudio realizado en el año 1999 por las Dras. Ruiz, Ceriani, Craveri y Rodríguez, con la finalidad de valorar un programa de intervención dirigido a los padres de los niños prematuros, evaluando el estrés de los mismos. Los resultados obtenidos dieron cuenta que el nivel de estrés era menor en los padres que habían recibido el programa interventivo, que en los padres del grupo control. Un segundo estudio fue llevado a cabo en Argentina, Chile, Paraguay y Perú, entre el año 2009 y 2011 por Neocosur, una agrupación voluntaria y sin fines de lucro de Unidades de Neonatología de los países del cono sur. El objetivo de este estudio colaborativo multicéntrico, ha sido estudiar el impacto de la hospitalización neonatal en los padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (los resultados no han sido publicados aún).

Al abordar un fenómeno complejo como el propuesto para el presente estudio, el estrés parental frente a la internación en la UCIN, resulta de suma importancia contar con constructos claramente definidos y operacionalizaciones de los mismos que permitan evaluarlos con la mayor precisión posible. En este sentido se consideró de gran relevancia el rastreo bibliográfico que permitió indagar en la literatura actual, cuáles eran los instrumentos más utilizados y con mejores propiedades a fin de evaluar el objeto en estudio. Así es como se concluyó que la Escala EEP: UCIN, resulta ser un instrumento adecuado a los fines propuestos por esta investigación, ya que es un instrumento de reconocido uso internacional, y cuenta, como ya fue mencionado, con muy buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en diversos países.

Al mismo tiempo, debido a la ausencia de referencias a adaptación alguna del instrumento mencionado a nuestro medio, se ha considerado que resulta relevante realizar la traducción y adaptación de dicha prueba, que permitirá operacionalizar el estrés de los padres de bebés prematuros hospitalizados, contemplando la validez ecológica

del estudio.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es presentar los estudios preliminares del proceso de adaptación de la prueba Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (EEP: UCIN) a nuestro medio. Se analizarán especialmente el funcionamiento de los reactivos, a partir del análisis de discriminación de ítems, y de las correlaciones ítem-total, y se mostrará la versión final de la prueba obtenida, la cual se validará en futuros estudios.

Descripción del Instrumento 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. Escala de Estrés Parental: Unidad De Cuidados Intensivos Neonatológicos (EEP:UCIN).

El presente instrumento fue originalmente adaptado a partir de una escala (PSS:PICU) utilizada para evaluar el estrés en los padres ante la internación de su hijo en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (Miles, Funk, & Carlson, 1993). El objetivo del nuevo instrumento, fue medir y evaluar el estrés relacionado con la internación de un hijo en la unidad de cuidados intensivos, esta vez, neonatal.

Inicialmente la escala incluía cuatro subescalas: Aspectos Visuales y Sonoros de la Unidad, Apariencia y Comportamiento del Bebé, Alteración del Rol Parental y Comunicación con el Equipo Profesional (Miles & Holditch Davis, 1987). En una segunda versión de la prueba se descartó la escala Comunicación con el Equipo Profesional (Miles & Funk, 1998) por no constituir un factor en la escala total. La versión actual de la prueba consta de tres subescalas:

- Aspectos Visuales y Sonoros de la Unidad: Esta subescala, conformada por 6 ítems, analiza el nivel de estrés percibido por los padres en relación al ambiente de la UCIN, incluyendo aspectos tales como los ruidos repentinos de las alarmas del monitor, los otros bebés con problemas en la habitación, etc.
- Apariencia y Comportamiento del Bebé: Esta subescala consta de 17 ítems que se refieren al estado en que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que el mismo requiere (por ejemplo, *Ver agujas y tubos colocados en mi bebé, o El tamaño pequeño de mi bebé*, entre otros).
- Alteración del Rol Parental: Esta subescala conformada por 11 ítems, abarca diversos aspectos referidos a la alteración de los vínculos entre madre/padre y su bebé, debido a su condición de internación (por ejemplo, *Estar separado de mi bebé, o Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa*, etc.).

Con respecto a la administración de la misma, los padres deben responder, para cada reactivo de la escala, si el suceso ocurrió o no, presentando como opción de respuesta *No aplicable*. Luego, a través de una escala tipo Likert, deberán considerar cuan estresante ha sido la experiencia que indica cada ítem para ellos. Esta escala con 5 opciones de respuesta abarca desde: 1. *No ha sido estresante en absoluto*, hasta 5. *Extremadamente estre-*

sante. Finalmente la escala presenta un reactivo, separado de las subescalas mencionadas, el cual solicita a los padres que indiquen, utilizando la misma escala Likert, *que tan estresante fue EN GENERAL la experiencia de tener su bebé hospitalizado en la UCIN*.

En relación al puntaje, las autoras de la técnica proponen dos métodos diferentes de análisis. Por un lado, mencionan el nivel de estrés producido cuando la situación ocurre. En este caso, sólo aquellos que han vivenciado el suceso reciben puntaje en ese ítem. Este modo de analizar los resultados es denominado *Métrica 1: Nivel de estrés ocurrido*. Por otro lado, se refieren a la *Métrica 2: Nivel de estrés global*, buscando evaluar el nivel de estrés general experimentado en algunas de las 3 áreas especificadas. En este último caso, todos los ítems reciben puntaje, y aquellos que han sido señalados como *No aplicables*, reciben un 1 como puntaje, indicando de este modo que no se ha sufrido estrés. Con respecto a la decisión en relación al método de medición, se recomienda la utilización de la métrica 2 cuando el foco de la evaluación está puesto en los padres. En cambio, si el foco está puesto en el ambiente de la UCIN, se recomienda la utilización de la métrica 1.

El proceso de adaptación a nuestro medio

Las etapas que se deben seguir al realizar una adaptación, siguiendo los lineamientos de la Comisión Internacional de Tests, han sido formuladas de la siguiente manera:

- La traducción de la prueba, llevada a cabo por al menos cuatro traductores independientes, los cuales deben poseer conocimientos académicos en Psicología.
- La evaluación de las traducciones por un grupo de 5 jueces expertos, los cuales deberán responder en forma independiente cuan similar es cada ítem al original, contemplando así, la equivalencia conceptual.
- La revisión por parte de los investigadores de la totalidad de los ítems, a fin de depurar las versiones definitivas para conformar la versión final.
- La realización de una prueba piloto, incluyendo entrevistas semidirigidas, para estudiar la comprensión de los ítems por parte de los evaluados.
- Por último, la administración de la versión final a una muestra representativa de la muestra a estudiar y el consecuente estudio estadístico del funcionamiento de la prueba, donde, entre otras cuestiones, es necesario comparar el *alfa* de Cronbach obtenido, con el de la prueba original (Hamblenton, 1994).

Fase 1: Traducción de la técnica y evaluación por expertos

La Comisión Internacional de Test (2010) propone entonces, como primer paso de la adaptación, la traducción de la técnica. En relación a la misma, menciona la necesidad de considerar las diferencias lingüísticas y culturales entre las diversas poblaciones, o sea entre la población origen y la población en la que se realiza la nueva adaptación. Esto implica, no sólo considerar que los ítems sean comprensibles y aplicables en relación al contexto, sino que todas las instrucciones que se brinden sean claras.

En relación a la técnica de traducción se empleó la traducción directa o forward translation, a través de tres traducciones diferentes de la técnica, efectuadas por profesionales con conocimiento en el área. Posteriormente, las mismas fueron evaluadas ítem por ítem, por un grupo de expertos, cuya elección se basó en dos criterios: a) se seleccionaron dos expertos teniendo en cuenta las dos profesiones que más necesariamente abordan la temática del dominio a evaluar, la medicina y la psicología y b) se seleccionaron tres expertos en construcción de pruebas de evaluación psicológica, objetivo de esta actividad investigativa.

A partir de las valoraciones realizadas por cinco jueces, fueron seleccionados los ítems más adecuados de las diversas traducciones, para conformar una versión preliminar del instrumento. Las modificaciones llevadas a cabo en la técnica fueron las necesarias para la adecuada comprensión de los ítems, contemplando así, la equivalencia lingüística entre las pruebas (Mikulic, 2007). Por último, con una nueva traducción, en este caso inversa, se comprobó la fidelidad de la traducción elegida.

Como complemento, y a fin de lograr una mayor equivalencia funcional, se realizó un trabajo de campo consistente en entrevistas semidirigidas a padres, con las mismas características que la muestra objetivo de la investigación, con el fin de evaluar específicamente el nivel de comprensión de cada una de las frases. La información obtenida en esta etapa es muy importante, ya que mediante las entrevistas se interroga a los padres acerca de la comprensión de las consignas y de la familiaridad con los diferentes ítems, buscando, con este procedimiento, evitar la presencia de sesgo metodológico (Van de Vijver y Tanzer, 1997).

A partir del mencionado estudio de campo, algunos términos, sobre todo aquellos en relación a los procedimientos médicos, fueron modificados para facilitar la comprensión de los evaluados. Las modificaciones efectuadas fueron nuevamente evaluadas por los expertos en la temática; tanto profesionales del tema problema como del área evaluativa.

Fase 2: Prueba Piloto

Una vez que la técnica contó con un primer análisis comprensivo y racional de los ítems, se llevó a cabo la primera prueba piloto con el fin de continuar con el próximo paso: el análisis de discriminación de los ítems.

Se utilizó una muestra intencional conformada por 60 participantes, padres de bebés prematuros internados en la UCIN de una clínica privada ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyos hijos habían nacido en la semana 30 (± 3) de gestación, pesando al nacer 1480 (± 500) gramos. La internación de los bebés osciló entre 1 y 2 semanas. La muestra estuvo constituida por un 70 % de mujeres y un 30 % de hombres, todos de nacionalidad argentina. La media de la edad fue de 31 años (SD 6.9) en un rango que osciló entre 18 y 56 años. En relación al estado civil el 63,2 % vivía en concubinato, el 28,1 % se definió casado y el 8,7 % soltero. En relación al nivel de instrucción: el 52,7 % tenía secundario completo, el 19,3

% secundario incompleto, el 18,2 % primario completo, y el 9,8% restante se dividió entre universitario y terciario completo. En lo referente a trabajos y ocupaciones, más de la mitad de los participantes eran empleados (59,9 %), un 30,4 % amas de casa y en menor medida profesionales (7,1 %) y operarios (3,6%).

Fase 3: Análisis del ítem: Discriminación del ítem y correlación ítem-test.

Para llevar adelante los análisis correspondientes a esta etapa se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales PASW Statistics 18. Al analizar, en primera instancia, la distribución de respuesta de los ítems, se decidió eliminar dos ítems del instrumento, ya que en ambos casos un 86 % de la muestra respondió que ese suceso no había acontecido para ellos. Uno de los ítems corresponde a la subescala Apariencia y Comportamiento del Bebé (*Ver a mi bebé dejar de respirar*), y el otro ítem integra la subescala Alteración del Rol Parental (*A veces, olvidar cómo es mi bebé*). Estos datos coinciden, en parte, con los presentados en un estudio llevado a cabo por las autoras de la técnica (Miles & Funk, 1998), quienes establecieron como criterio de eliminación del ítem que el mismo no sea experimentado por más de dos tercios de la muestra, lo que justificó la eliminación de 7 ítems.

Para evaluar la capacidad de discriminación de cada uno de los ítems se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student. Para este fin, se consideraron dos grupos, el primero integrado por el 25 % de los casos que obtuvieron mayores puntuaciones en la técnica y por el otro, el 25 % de los casos que obtuvieron los puntajes más bajos. Para realizar el estudio de la discriminación de los ítems se utilizó el método de análisis correspondiente a la métrica 1 (Nivel de estrés ocurrido), es decir que sólo aquellos ítems que han sido vivenciados por los padres obtienen puntaje. Se decidió utilizar esta métrica debido a que la misma refleja de forma más fidedigna las puntuaciones otorgadas a cada ítem, en relación al nivel de estrés percibido por los padres. El nivel de significancia utilizado para evaluar la capacidad de discriminación del ítem fue de .05.

En la Tabla 1 se presentan los resultados del análisis total de los ítems (a la subescala Aspectos Visuales y Sonoros de la Unidad, corresponden los ítems: AMB; a la subescala Apariencia y Comportamiento del Bebé, corresponden los ítems: BEBE; y por último, a la subescala Alteración del Rol Parental, corresponden los ítems: PADRE). Se puede observar que del total solo 5 ítems no resultaron estadísticamente significativos, los cuales se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 1 Valores Correspondientes al análisis de discriminación de los ítems.

ITEMS	Grupos							
	Bajo Nivel Estrés		Alto Nivel Estrés		t	gl	P	
	Media	SD	Media	SD				
AMB1	1,93	.88	3,85	1,2	-4,85	27	,00	
AMB2	2,40	1,0	3,92	1,3	-3,35	27	,00	
AMB3	2,86	1,3	4,57	.85	-4,13	27	,00	
AMB4	2,13	1,2	3,42	1,9	-2,35	27	,02	
AMB5	1,13	.35	1,81	1,2	-2,05	27	,04	
AMB6	3,12	1,0	4,36	1,1	-3,10	27	,00	
BEBE1	2,64	1,2	4,40	1,1	-3,87	27	,00	
BEBE2	3,44	1,5	4,63	.44	-2,71	27	,01	
BEBE3	2,79	1,4	4,06	.83	-2,96	27	,00	
BEBE4	2,88	1,0	4,27	.70	-4,24	27	,00	
BEBE5	2,33	1,4	3,64	1,4	-2,40	27	,02	
BEBE6	1,54	.74	2,86	1,3	-3,20	27	,00	
BEBE7	2,14	1,0	4,57	.64	-7,40	27	,00	
BEBE8	1,80	.94	4,00	1,3	-5,24	27	,00	
BEBE9	2,66	.93	4,18	.90	-4,44	27	,00	
BEBE10	2,76	1,1	4,10	.75	-3,71	27	,00	
BEBE11	2,63	1,05	4,20	.77	-4,54	27	,00	
BEBE12	2,20	.87	3,93	1,0	-4,79	27	,00	
BEBE13	2,31	1,0	2,99	1,4	-1,29	27	,20	
BEBE14	2,76	.71	3,38	1,0	-1,83	27	,07	
BEBE15	2,40	.79	3,38	.95	-2,99	27	,00	
BEBE16	2,83	1,2	3,60	.91	-1,92	27	,06	
PADRE1	3,86	1,1	4,92	.26	-3,43	27	,00	
PADRE2	3,33	1,3	4,41	1,16	-2,26	27	,03	
PADRE3	3,39	1,2	4,56	.65	-3,15	27	,00	
PADRE4	4,03	1,1	4,88	.29	-2,73	27	,01	
PADRE5	2,79	1,6	4,71	.47	-4,07	27	,00	
PADRE6	2,70	1,6	4,61	.66	-4,12	27	,00	
PADRE7	2,76	1,6	4,50	1,1	-3,27	27	,00	
PADRE9	2,53	1,5	2,86	1,4	-.60	27	,54	
PADR10	2,01	1,1	2,62	1,2	-1,35	27	,18	
PADR11	1,68	.88	2,98	1,5	-2,85	27	,00	
GRAL	3,48	.75	4,85	.36	-6,14	27	,00	

Tabla 2 Depuración de los ítems

ITEMS CON BAJA DISCRIMINACIÓN
BEBE13. Mi bebé no pudiendo llorar como los otros bebés
BEBE14. Mi bebé llorando por largo tiempo
BEBE16. Ver un cambio repentino de color en mi bebé, (por ejemplo, ponerse pálido o azul)
PADRE9. No poder compartir a mi bebé con otros miembros de la familia
PADRE10. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos
ITEMS CON CORRELACIÓN INSATISFACTORIA
AMB6. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé
BEBE5. El tamaño pequeño de mi bebé
BEBE13. Mi bebé no pudiendo llorar como los otros bebés
PADRE9. No poder compartir a mi bebé con otros miembros de la familia
PADRE10. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos

Por otro lado, se estudió la confiabilidad de la prueba total utilizando el *alfa* de Cronbach para analizar la relación de los ítems con la prueba total. El *alfa* total obtenido fue de .89 y se pudo observar que 5 ítems presentaban correlaciones bajas (menor de .30) en relación a la prueba total; 3 de los cuales fueron detectados en el anterior análisis como no discriminantes (ver Tabla 3 y Tabla 2).

Tabla 3 Análisis de la Consistencia interna de la Prueba Total

	Media si se elimina el ítem	Varianza si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
AMB1	106,71	331,45	,56	,88
AMB2	106,47	335,45	,47	,88
AMB3	105,96	333,36	,53	,88
AMB4	106,98	343,16	,30	,89
AMB5	108,16	351,61	,33	,88
AMB6	105,80	349,51	,22	,89
BEBE1	105,97	333,37	,56	,88
BEBE2	105,64	342,06	,42	,88
BEBE3	106,15	340,72	,43	,88
BEBE4	105,96	342,40	,49	,88
BEBE5	106,48	345,06	,27	,89
BEBE6	107,52	344,42	,41	,88
BEBE7	106,01	327,77	,65	,88
BEBE8	106,78	333,82	,51	,88
BEBE9	105,79	337,43	,62	,88
BEBE10	105,89	338,10	,58	,88
BEBE11	105,94	334,64	,62	,88
BEBE12	106,55	336,16	,53	,88
BEBE13	106,99	347,15	,27	,89
BEBE14	106,53	349,64	,32	,88
BEBE15	106,66	345,12	,49	,88
BEBE16	106,46	348,50	,32	,88
PADRE1	104,99	343,76	,59	,88
PADRE2	105,65	344,24	,33	,88
PADRE3	105,63	343,11	,39	,88
PADRE4	105,12	347,58	,41	,88
PADRE5	105,59	336,16	,47	,88
PADRE6	105,75	334,80	,51	,88
PADRE7	106,09	334,50	,40	,88
PADRE9	106,50	353,42	,11	,89
PADR10	107,12	358,71	,04	,89
PADR11	107,15	343,18	,33	,88
GRAL	105,32	340,87	,61	,88

A partir de los resultados obtenidos, se procedió a estudiar a cada ítem en particular. Los 3 ítems que no correlacionaron con la prueba total y que resultaron no discriminantes, fueron eliminados de la prueba. En relación a los 2 ítems restantes no discriminantes, *Mi bebé llorando por largo tiempo* ($p=.78$) y *Ver un cambio repentino de color en mi bebé* ($p=.64$), se decidió que permanezcan en el instrumento para ser reevaluados en una muestra más

amplia. El mismo criterio fue sostenido para los 2 ítems que no obtuvieron correlaciones satisfactorias con la prueba total, *Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé* (.225) y *El tamaño pequeño de mi bebé* (.271). Por otro lado, se pudo observar que al eliminar ambos ítems el alfa total de la prueba no registraba modificaciones sustanciales.

Luego de realizar estas modificaciones, se procedió a realizar un nuevo análisis de confiabilidad, encontrándose que el *alfa* de la prueba se elevó a .90, resultando el mismo muy satisfactorio, y muy similar al obtenido en la prueba original (.89) (Miles & Funk, 1998). Se exploró también, en un siguiente paso, la correlación del nuevo pool de ítems en relación a cada subescala. Los resultados en cada área (ver Tabla 4) muestran que, la subescala Aspectos Visuales y Sonoros obtuvo un coeficiente de .75; la subescala Aspecto y Comportamiento del Bebé obtuvo un coeficiente de .85 y por último, la subescala Papel del Padre obtuvo un *alfa* de .81. En la Tabla 5 se puede observar la similitud de los resultados obtenidos en comparación con los puntajes *alfa* de la prueba original (Miles & Funk, 1998).

Tabla 4 Análisis de la Consistencia Interna de las Subescalas

Subescala: Aspectos Visuales y Sonoros

	Media si se elimina el ítem	Varianza si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregido
AMB1	14,49	17,60	,71
AMB2	14,25	17,69	,69
AMB3	13,74	17,74	,71
AMB4	14,76	21,12	,33
AMB5	15,94	25,22	,25
AMB6	13,58	22,38	,31

Alpha= .75

Subescala: Alteración del Rol Parental

	Media si se elimina el ítem	Varianza si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregido
PADRE1	26,02	38,35	,50
PADRE2	26,67	35,35	,45
PADRE3	26,66	34,51	,57
PADRE4	26,15	36,40	,64
PADRE5	26,62	32,05	,64
PADRE6	26,78	32,84	,59
PADRE7	27,12	30,44	,59
PADR11	28,18	36,76	,31

Alpha= .81

Subescala: Aspecto y Comportamiento del Bebé

	Media si se elimina el ítem	Varianza si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregido
BEBE1	45,64	88,39	,52
BEBE2	45,32	91,36	,45
BEBE3	45,83	88,64	,55
BEBE4	45,63	91,06	,56
BEBE5	46,16	91,13	,34
BEBE6	47,20	92,33	,46
BEBE7	45,68	85,43	,62
BEBE8	46,46	88,36	,48
BEBE9	45,47	89,43	,64
BEBE10	45,56	89,18	,63
BEBE11	45,62	88,57	,61
BEBE12	46,22	89,77	,50
BEBE14	46,20	96,25	,31
BEBE15	46,34	94,89	,42
BEBE16	46,14	94,76	,36

Alpha= .85

Tabla 5 Comparación de los coeficientes de confiabilidad (Alfa de Cronbach) con la prueba original

Escalas	Coeficientes Alfa de Cronbach	
	Adaptación	Original
Aspectos Visuales y Sonoros	.75	.73
Aspecto y Comportamiento del Bebé	.85	.83
Alteración del Rol Parental	.81	.83
Puntaje Total	.90	.89

Si bien el coeficiente *alfa* obtenido para la prueba total fue de .90, es importante mencionar, que un coeficiente alfa elevado es una condición necesaria para la unidimensionalidad y esta propiedad debe ser garantizada por el análisis factorial que será el siguiente análisis estadístico a realizar.

DISCUSIÓN

Actualmente se reconoce que la adaptación de un Test no se refiere únicamente a la simple traducción de la prueba, la misma implica el seguimiento riguroso de diversas directrices y por consiguiente, el atravesamiento por varias etapas (Mikulic, 2007). En el presente artículo se ha dado a conocer las diversas fases del proceso de adaptación y del análisis del funcionamiento de los ítems, que han permitido arribar a la versión final de la adaptación del instrumento: Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (EEP: NICU).

En primera instancia, dos ítems fueron descartados, por resultar *No aplicables* a un porcentaje muy elevado de la muestra: *Ver a mi bebé dejar de respirar*, y *A veces, olvidar cómo es mi bebé*. En relación al primer ítem, el mismo resulta un suceso muy poco usual para los padres de los bebés prematuros (Miles & Funk, 1998). Con respecto al segundo reactivo, los cambios acontecidos actualmente en los servicios de neonatología, donde se promueve la permanencia de los padres en forma constante con sus hijos (UNICEF, 2011), permitiría mantener presente el recuerdo de los mismos. Klaus y Kennell (1978) sostienen

que cuando la separación entre la madre y el bebé es prolongada, cómo sucede cuando el niño está internado en la UCIN, las madres pueden experimentar la sensación de que ese hijo no es propio. Este fenómeno se originaría a partir de la alteración del período sensible materno, en el cual la madre establece el apego con su hijo.

Por otro lado, como fue mencionado, 3 ítems fueron eliminados por resultar no discriminantes y por obtener correlaciones no satisfactorias con la prueba total. El primero, *Mi bebé no pudiendo llorar como los otros bebés*, obtuvo puntuaciones que van desde *un poco estresante* hasta *medianamente estresante*, tanto para el grupo de alto estrés, como para el grupo de bajo estrés. Al mismo tiempo, este reactivo se encuentra asociado al uso del respirador, ya que los bebés no pueden llorar cuando el mismo está colocado. En relación a esto, el ítem *Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé*, obtuvo puntuaciones más elevadas, medianamente estresante para el grupo de bajo estrés y muy estresante para el otro grupo. Esto indicaría, que los padres se encuentran más preocupados por la presencia del respirador, y no específicamente porque su hijo no pueda llorar. Jimenez Parrilla et al. (2003) señalan que lo que más parece afectarles a las madres, en relación al impacto emocional, está asociado a las variables indicativas que dan cuenta de la evolución clínica del neonato en los primeros días, por ejemplo la necesidad o no de ventilación mecánica.

En relación al segundo ítem, *No poder compartir a mi bebé con otros miembros de la familia*, para ambos grupos ha resultado ser una experiencia poco estresante; por lo cual el ítem no ha sido discriminante. Es importante considerar, que la muestra se encuentra constituida por padres cuyos bebés se encuentran internados hace una o dos semanas. Esto concide con varios estudios que dan cuenta que la mayor preocupación de las madres gira alrededor de que sobreviva el niño y del pronóstico a largo plazo (Ruiz, 2004). Es probable que la necesidad de compartir al bebé con otros miembros de la familia aparezca en internaciones más prolongadas. González y Naddeo (2007) plantean que a los padres les angustia la separación con su propio hijo, lo cual luego se traslada a la separación de este con el resto de su familia. En relación a lo señalado, las autoras hacen énfasis en la importancia de incluir en las unidades visitas programadas de abuelos y hermanos.

Con respecto al ítem *Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos*, también ha obtenido puntuaciones similares para ambos grupos, resultando ser una situación poco estresante para los padres. Al mismo tiempo, un porcentaje considerable de la muestra manifestó que no había pasado por esta situación. Al igual que el ítem anterior, la permanencia del mismo, disminuye significativamente el *alfa* total y el de la subescala. Coincidentemente, este ítem también fue eliminado por las autoras de la prueba debido a que más de dos tercios de la muestra respondió que no había vivido tal situación (Miles & Funk 1998). Por último, es importante destacar las puntuaciones obtenidas en los análisis de confiabilidad, las cuales además de resultar satisfactorias, son similares a las obtenidas en la prueba original, lo cual constituye una evidencia fundamental a tener en cuenta en el proceso de adaptación de

una prueba (Hamblenton, 1994).

En conclusión, existen varias investigaciones que han explorado los distintos tipos de eventos estresantes que pudieran existir dentro de la UCIN. Se ha observado que el mayor estresor citado por los padres, es la pérdida de su esperado y deseado rol parental (Franck et al. 2005). Al mismo tiempo, el ambiente de la UCIN en sí mismo, constituye una importante fuente de estrés para los padres (Miles y Holditch-Davis, 1987).

Es relevante considerar, por otra parte, que estudios llevados a cabo en los últimos cuarenta años, han dado cuenta que el sostenimiento y la organización de las conductas parentales, por parte de los profesionales que forman parte de la UCIN, favorecería el bienestar y la evolución del neonato internado (Nikodem, 2009). Se ha demostrado que el personal en la UCIN puede proveer un soporte muy valioso para los padres (Miles, Funk & Kasper, 1991).

El estado de avance en la adaptación de este instrumento nos ha permitido demostrar que ítems son significativos y cuáles no a la hora de evaluar el estrés en padres de bebés prematuros internados en la UCIN en nuestro medio. En un próximo paso es necesario examinar el funcionamiento del instrumento con una muestra más amplia que permitirá continuar el análisis de esta prueba, llevando a cabo la validación del mismo. Para este fin, se replicarán los estudios realizados por las autoras buscando determinar la validez del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio y posteriormente un análisis factorial confirmatorio. Al mismo tiempo, para determinar la validez concurrente del mismo, se correlacionarán los resultados obtenidos en la prueba con los resultados del Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) de Spielberger (Miles & Funk, 1998; Franck et al., 2005). En relación a la validez predictiva del instrumento, la misma será estudiada analizando la influencia de algunos factores (cesárea en la madre, peso del niño, riesgo de muerte, etc.) en el estrés percibido de los padres mediante un estudio de regresión lineal (Franck et al., 2005).

Considerando la mayor participación materna que paterna en la voluntaria colaboración con esta tarea investigativa, sería importante lograr promover la mayor participación del padre con el fin de contar con una muestra que permita evaluar ambos géneros y roles en igual proporción.

A pesar de las limitaciones que presentan estos primeros avances creemos estar aportando un instrumento útil en el área de vacancia donde, como fue expuesto anteriormente, la evaluación de los padres es considerada esencial.

En este sentido, es que consideramos relevante contar con instrumentos adaptados al contexto en el que se van a aplicar, que permitan obtener un diagnóstico certero de la situación a abordar, lo cual resulta imprescindible en el nivel interventivo. Sobre todo, considerando la importancia que tiene la contención de los padres de los bebés internados en la UCIN, ya que su adaptación a esta situación puede repercutir en el vínculo con el niño y en el bienestar del mismo (Afeck & Tennen, 1991; Huber, Holditch-Davis & Brandon, 1993; Singer et al., 1999). Es así, como la adaptación de instrumentos que presenten garantías de validez y confiabilidad se convierte en un desafío para el psicólogo-investigador, sobre todo en áreas de reciente desarrollo como la Psicología Perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G. & Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Child Health Care*, 20, 6-14.
- Berkeley, H. (1993). Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. *Pediatrics*, 36, 297-315.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Derechos de los Recién Nacidos Prematuros. Derecho 9: que sus familias los acompañen todo el tiempo*. UNICEF: Argentina.
- Franck, L., Cox, S., Allen, A. & Winter, I. (2005). Measuring Neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advance Nursing*, 49, 608-615.
- Gonzales, M.A. & Naddeo, S. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(4), 155-158.
- Hambleton, R.K. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 229-244.
- Huber, C., Holditch-Davis, D. & Brandon D. (1993). High-risk preterm infants at 3 years of age: parental response to the presence of developmental problems. *Child Health Care*, 22, 107-124.
- International Test Commission. (2010). International Test Commission guidelines for translating and adapting tests. Recuperado de <http://www.intestcom.org>.
- Jiménez Parrilla, F., Loscertales Abril, M., Martínez Loscertales, A., Merced Barbancho Morant, M., Lanzarote Fernández, D., Macías, C. & Nieto Rivera, C. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *VOX PAEDIATRICA*, 11(2), 17-33.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1978). *La relación madre-hijo*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca S.A.
- Meyer, E.C., Coll, C.T., Lester, B.M., Boukydis, C.F., McDonough S.M. & Oh W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*, 93, 241-246.
- Mikulic, I.M. (2007). *Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas*. Buenos Aires: Dpto. de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Miles, M.S. (2003). Support for parents during child hospitalization. *American Journal of Nursing*, 103, 62-64.
- Miles, M.S. & Brunssen, S. (2003). Psychometric properties of the parental stressor scale: infant hospitalization. *Advances in Neonatal Care*, 3(4), 189-196.
- Miles, M.S. & Funk, S.G. (1998). Parental stressor scale: Neonatal intensive care. Extraído el 15 de Mayo de 2008 de <http://nursing.unc.edu/crci/pssnicu/nicuman.htm>.
- Miles, M.S., Carter, M.C., Spicher, C. & Hassanein R.S. (1984). Maternal and parental stress reactions when a child is hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(6), 333-342.
- Miles, M.S., Funk, S.G. & Carlson J. (1993). Parent stressor scale: Neonatal intensive care. *Nursing Research*, 42, 148-152.
- Miles, M.S., Funk, S.G. & Kasper, M.A. (1991). The neonatal intensive care unit environment: Sources of stress for parents. *Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2(2), 346-354.
- Miles, M.S. & Holditch Davis, D. (1987). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21, 254-266.
- Neocosur (2011). Proyecto de evaluación stress padres: impacto de la hospitalización neonatal en los padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. Recuperado de <http://sistemas.med.puc.cl/neocosur/neocosur.asp>.
- Nikodem, M. (2009). *Niños de alto riesgo. Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Oberman, A. (Compiladora) (2005). *Nacer y Después... Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Parra Falcon, F., Moncada, Z., Oviedo Soto, S. & Marquina Volcanes, M. (2009). Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index Enferm*, 18(1), 13-17. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid>. doi: 10.4321/S1132-12962009000100003.
- Poë, D.S. & Pinelli, J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network*, 16, 29-37.
- Rothstein, P. (1989). Psychological stress in families in children in a pediatric care unit, en Moos, R. *Coping With Illness. 2: New Perspectives*. (pp.209-219). New Cork: Plenum Medical Book Company.
- Ruiz, A.L. (2004). *El bebé prematuro y sus padres*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Ruiz, A., Ceriani Cernadas, L.M, Cravedi, V. & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1), 36-45. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sciarttext&pid>.
- Shaw, R., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K, Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47, 206-212.
- Singer, L.T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lien, L. & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress alter the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281, 799-805.
- Spear, M.L., Leef, K., Epps, S. & Locke, R. (2002). Family Reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Neonatology*, 19, 205-213.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en Neonatología Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vidal, M.A., Calderón, E., Martínez, E., González, A. & Torres, L.M. (2005). Dolor en neonaos. *Revista Española del Dolor*, 12, 98-111.
- Young Seideman, R., Watson, M.A., Corff, K.E., Odle, P., Haase, J. & Bowerman, J.L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 169-177.
- van de Vijver, F.J.R. & Tanzer, N.K. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European review of applied psychology*, 47(4), 263-279.

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2012

Fecha de aceptación: 26 de julio de 2012