



FACULTAD DE PSICOLOGIA

PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN MADRES DE RECIÉN
NACIDOS CON Y SIN HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Morales Ortega, Clarita Cristina

Asesor:

López Odar, Dennis Rolando
ORCID: 0000-0001-7622-7066

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo
Henostroza Mota, Carmela
Flores Giraldo, Wenceslao Victor

Lima - Perú

2022

Referencia:

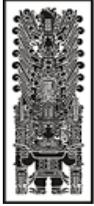
Morales, O. (2022). *Prevalencia del sentimiento de soledad en madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5973>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica

Autora

Morales Ortega, Clarita Cristina

Asesor

López Odar, Dennis Rolando
(ORCID: 0000-0001-7622-7066)

Jurado

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo
Henostroza Mota, Carmela
Flores Giraldo, Wenceslao Victor

Lima – Perú
2022

Pensamiento

“Encontrar un psicólogo no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo: se trata más bien de que sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable”

Eric Laurent

Dedicatoria

A todas las madres que persiguen el bienestar de sus recién nacidos, a su fortaleza e ímpetu para lograr su recuperación.

Agradecimiento

Al Instituto Nacional Materno Perinatal, por considerar necesario el tema de esta investigación, haciendo viable la recolección de datos en sus ambientes.

A mi alma mater la Universidad Nacional Federico Villarreal, por reafirmar mi vocación a investigar variables ligadas a la sensibilidad humana.

Al Mg. Juan Artica Martínez por su paciencia, visión y constante acompañamiento en la gestación y ejecución del presente estudio.

Al Mg. Dennis López Odar por su escucha, entusiasmo y asesoría en la revisión del presente trabajo.

A mi abuelito José Pelayo Morales Neyra, que desde el cielo guarda mis pasos.

A mis padres, Ramiro y Elena, por permitirme llenarlos de dicha.

A mis abuelitas, Clara y Cristina, por su apoyo permanente.

A mi hermano, familiares y amistades por compartir mi entusiasmo.

A mis pequeños peludos, por darme razones suficientes para sonreír.

Índice

Carátula	I
Pensamiento	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Índice de tablas	VIII
Índice de figuras	X
Resumen	11
Abstract	12
I. Introducción	13
I.1. Descripción y formulación del problema	15
I.2. Antecedentes	17
1.2.1. Antecedentes nacionales	17
1.2.2. Antecedentes internacionales	21
I.3. Objetivos	25
1.3.1. Objetivo general	25
1.3.2. Objetivos específicos	25
I.4. Justificación	26
I.5. Hipótesis	27
II. Marco teórico	28
2.1. Base teórica	28

2.1.1. Conceptualización del sentimiento de soledad	28
2.1.2. Propuestas teóricas sobre el sentimiento de soledad	31
2.1.3. Variables que interactúan con la soledad	44
2.2. Desarrollo psicométrico de la variable soledad	46
2.3. Maternidad y psicología perinatal	48
III. Método	53
3.1. Tipo de investigación	53
3.2. Ámbito temporal y espacial	53
3.3. Variable	53
3.4. Población y muestra	54
3.5. Instrumentos	58
3.6. Procedimiento	60
3.7. Análisis de datos	61
3.8. Consideraciones éticas	64
IV. Resultados	66
4.1. Propiedades psicométricas Escala de Soledad (UCLA)	66
4.1.1. Validez	66
4.1.1.1. Validez de contenido	66
4.1.1.2. Validez de constructo	70
4.2. Fiabilidad	72
4.3. Baremación	72
4.4. Análisis descriptivo comparativo	73
4.4.1. Prevalencia del sentimiento de soledad	74
4.4.2. Comparación del sentimiento de soledad	76
4.4.3. Análisis de los indicadores	76

4.4.4. Los niveles del sentimiento de soledad según variables sociodemográficas	78
4.4.5. Los niveles del sentimiento de soledad según variables vinculadas a la experiencia materna reciente	80
4.4.6. Los niveles del sentimiento de soledad según variables relacionadas a la hospitalización neonatal	83
4.4.7. Los niveles del sentimiento de soledad según antecedentes médicos ginecológicos	84
V. Discusión de resultados	86
VI. Conclusiones	101
VII. Recomendaciones	103
VIII. Referencias	105
IX. Anexos	113

Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de la muestra.....	57
Tabla 2 Análisis Factorial Exploratorio de la Prueba (AFE).....	59
Tabla 3 Distribución de los jueces por sexo, lugar de desempeño, grado académico y años de experiencia.....	66
Tabla 4 Coeficiente V de Aiken e intervalo de confianza según categorías.....	68
Tabla 5 Sugerencias sobre la redacción de los ítems para la segunda revisión.....	69
Tabla 6 Segundo coeficiente V de Aiken e intervalo de confianza referente a la Relevancia, Coherencia y Claridad de los ítems.....	70
Tabla 7 Estimación de las cargas factoriales estandarizadas.....	71
Tabla 8 Índices de ajuste – Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).....	72
Tabla 9 Confiabilidad de las puntuaciones Escala de soledad UCLA (Versión 3).....	72
Tabla 10 Conversión de puntajes directos a categorías.....	73
Tabla 11 Estadísticos descriptivos por grupos de comparación e ítems de la Escala UCLA.....	74
Tabla 12 Niveles del sentimiento de soledad en la totalidad de madres.....	75
Tabla 13 Comparación del sentimiento de soledad.....	76
Tabla 14 Distribución porcentual de la forma de respuesta y Chi ² de homogeneidad.....	77
Tabla 15 Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables sociodemográficas	80
Tabla 16 Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables vinculadas a la experiencia materna reciente	82
Tabla 17 Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables relacionadas a la hospitalización neonatal	84

Tabla 18 Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según antecedentes médicos ginecológicos	85
--	----

Índice de figuras

Figura 1 Esquema bidireccional de la soledad.....	32
Figura 2 Dimensiones de la soledad: Sadler y Johnson (1980)	33
Figura 3 Esquema de disonancia cognitiva.....	35
Figura 4 Modelo multidimensional de la soledad.....	37
Figura 5 Modelo multidimensional de antecedentes de la soledad.....	38
Figura 6 Soledades caracterológicas.....	42
Figura 7 Soledades noéticas.....	43
Figura 8 Soledades tímicas.....	44
Figura 9 Niveles del sentimiento de soledad según grupo de comparación.....	75

Resumen

Objetivo: La investigación buscó comparar la prevalencia del sentimiento de soledad en las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal. **Metodología:** Las participantes estuvieron distribuidas equitativamente (G1= 148 y G2= 145). Se empleó una Ficha sociodemográfica, además de la Escala de soledad de UCLA Versión 3, que atravesó el proceso de validación de contenido (Juicio de expertos y el coeficiente V de Aiken) y de constructo mediante el AMOS v. 24, confirmando la unidimensionalidad de la escala. El tipo de investigación fue cuantitativo, básico y de alcance descriptivo; de diseño no experimental, transversal y comparativo. **Resultados:** Se obtuvo que el 60% de la muestra presentó una condición de riesgo de soledad; siendo el nivel severo mayor en las madres con bebés hospitalizados (35%). Se hallaron diferencias significativas en la experiencia del sentimiento de soledad entre los grupos ($X^2=7,255$; $gl=2$; $p=.027^*$). Así mismo, al compararla con variables como residencia ($p=.030^*$), tipo de parto ($p=.001^{**}$) y antecedentes de pérdidas gestacionales ($p=.016^*$).

Palabras claves: soledad, maternidad, hospitalización neonatal, prevalencia

Abstract

Objective: The research sought to compare the prevalence of loneliness in mothers of newborns with and without neonatal hospitalization within the National Institute for Maternal and Perinatal Care. **Methodology:** Participants were evenly distributed (G1= 148 and G2= 145). A Sociodemographic Data Sheet was used, in addition to the UCLA Version 3 Solitude Scale, which went through the process of content validation (Expert Judgment and the Aiken V Coefficient) and construct using AMOS v. 24, confirming the unidimensionality of the scale. The type of research was quantitative, basic and descriptive in scope; nonexperimental, transversal and comparative design. **Results:** It was found that 60% of the sample presented a risk of loneliness; being the highest severe level in mothers with babies hospitalized (35%). Significant differences were found in the experience of feeling of loneliness between the groups ($X^2=7.255$; $gl=2$; $p =.027^*$). Likewise, when comparing it with variables such as residence ($p=.030^*$), type of childbirth ($p=.001^{**}$) and history of gestational losses ($p=.016^*$).

Keywords: loneliness, maternity, neonatal hospitalization, prevalence

I. Introducción

La etapa de puerperio ha recibido especial atención profesional durante las últimas décadas; no sólo al referirse al instante exacto de la bienvenida al nuevo integrante de la familia, sino que los procedimientos anticipatorios que se han ido perfeccionando de forma integral y complementaria: a nivel médico y de soporte emocional, han conseguido brindar mejoras en la calidad de vida de todo el núcleo familiar.

Estas medidas han sido reforzadas por investigaciones y publicaciones a nivel mundial como las de la OMS (2018) donde se da cuenta de la importancia de crear experiencias de parto positivas en las madres; dotándolas de seguridad, cercanía, información y respeto de sus derechos y los de su o sus bebés.

Por ese motivo, la oportuna atención a las dificultades que presente el bebé durante la gestación y aquellas emergencias durante el proceso de parto, serán cruciales en el proceso de adaptación que tenga la madre y el grupo familiar. Fortalecer la comunicación con los agentes de salud otorgará confianza y soporte a la nueva experiencia, siempre priorizando el trato humanizado que sustentan los establecimientos de salud.

En torno a ese clima esperado de compañía y escucha, se hace presente el estudio de un fenómeno que precisamente carece de esas posibilidades y que de llegarse a presentar en estados permanentes aislando a la persona de sus redes de apoyo, desvalorizando su imagen como medio de escape a situaciones de emergencia, podría llegar a ser perjudicial para la salud. Se trata del *sentimiento de soledad*.

Sucede entonces que dentro de ambientes hospitalarios neonatales donde continuamente la respuesta a eventos fisiológicos está asegurada, la experiencia de prematuridad para muchas de las madres es un evento que desencadena el cuestionamiento del

plan de vida, de sus capacidades y recursos para afrontar esta realidad que pudo estar ciertamente anticipada o se presenta de momento. Por ello, el grado de permeabilidad que pueda tener el equipo de salud para orientar será reconocido como un factor protector frente a un sentimiento que busca ahondar permanentemente en las necesidades y carencias de las madres.

En ese sentido, la propuesta de esta investigación se basa en conocer de forma integral cuáles son las características de las madres que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y cuál es la intensidad de su experiencia de soledad teniendo en cuenta la condición hospitalaria de su recién nacido. El abordaje se da dentro de los parámetros de cuidado al rol materno que cada una desempeñaba al momento de ser consultada,

Conocer estas experiencias significó organizar los procedimientos estadísticos para que los resultados logran ser lo suficientemente objetivos y reflejaran la realidad apreciada durante las entrevistas. Los resultados fueron organizados con la finalidad de crear una lectura que invite a explorar el constructo *soledad* en ambientes críticos y bajo una clasificación de factores intervinientes. Las investigaciones con las que los hallazgos fueron comparados reflejan el emergente interés por ampliar la visión de la experiencia materna y lo significativo del contacto con el recién nacido en el estado emocional de la madre. Por último, las recomendaciones que se plantearon buscan ser una guía para futuras investigaciones que permitan generar evidencias generalizables en nuestro contexto, otorgando un espacio de reconocimiento a la psicología perinatal.

1.1. Descripción y formulación del problema

El proceso de larga espera al nacimiento de un ser querido genera expectativas, sentimientos intensos, adaptaciones en la convivencia y estilo de vida; acciones que hacen particular el día a día de cada familia. Recibir recomendaciones, controles médicos y formas de estimulación que muchas veces resultan novedosas, se convierten en tareas propias y aceptadas en el sistema familiar que se reorganiza con el fin de lograr un parto óptimo, manteniendo con salud a la madre y al ser en formación.

Sin embargo, a pesar de los avances científicos y desarrollo de estrategias para cumplir con los retos del control de la natalidad, las cifras a nivel mundial (OMS, 2012) mediante el informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, nos indica que anualmente, 15 millones de bebés nacen bajo esas condiciones. Sostiene que en Latinoamérica y el Caribe, en el 2010, nacieron cerca de 10,800 prematuros entre 32 y 37 semanas, pudiendo sobrevivir bajo atenciones inmediatas. Precisamente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020), identificó que a nivel nacional el 92%, fueron prematuros tardíos (33 a 37 semanas de gestación), seguido de un 6% de muy prematuros (28 a 32 semanas) y, finalmente, con mayor complejidad, un 1.7% de prematuros extremos (<28 semanas). Así mismo, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre los años 2018 - 2019 atendió con éxito a cerca de 7 993 bebés en condición de alto riesgo de peso al nacer.

Esto nos lleva a reconocer la existencia de planes nacionales como “Bienvenidos a la Vida” (MINSa, 2015), que otorga financiamiento dirigido a reducir la morbilidad de los recién nacidos, promoviendo su adecuado desarrollo en ambientes familiares saludables. Precisamente este último punto es clave dentro de nuestro trabajo profesional, ya que, en nuestro medio se carece de estrategias de acción focalizadas en los cambios socioemocionales de las familias que reciben tal noticia. Pues, así como el recién nacido comienza la adaptación

a la vida extrauterina, de manera forzada, llena de estímulos auditivos, visuales y táctiles (Vega, 2006) el grupo familiar, de forma paralela, o quizás anticipada, inicia la constante valoración de sus recursos adaptativos. Sin lugar a duda, ese campo es nuestro. Conocer la realidad de cada padre, nos apertura al próximo ambiente de relación de un ser que requerirá de soportes especiales, pero sobre todo nos acerca a valorar los recursos de una intervención integral y humana, en contextos críticos.

En ese sentido, no es sorprendente ver que cada día, dentro de la sala de espera de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el número de personas se incrementa tanto como las expresiones cambiantes de incertidumbre, estrés, dolor; y en medida progresiva, de esperanza, alegría o confianza. Para la familia, el experimentar cambios muchas veces radicales, sugiere una tensión adicional a la que vive en casa; mantenerse alejados de forma física, implica cierta conmoción emocional. Los mecanismos de afronte fluctúan, encontrando conductas dirigidas al cambio o participativas y, en otras ocasiones un permanente desánimo que se enmarca en la incompreensión. No podemos negar que el “post parto” se inició de forma temprana.

Nuestro trabajo como regulador de cogniciones ante esta compleja situación, suele ser confusa si no se entiende cómo la familia y redes de apoyo inmediato se organizan y enfrentan a la evolución permanente del estado de salud de un miembro visualizado como vulnerable. Esta experiencia puede estar acompañada de circunstancias internas, como las cogniciones y emociones, pero también, de roces sociales que hacen particular las reacciones emocionales de los que esperan.

Dada esta contextualización, y entendiendo el proceso adaptativo que van atravesando los familiares al tener a uno de sus integrantes en cuidados médicos, se han generado numerosos estudios sobre cómo evalúan y organizan los propios recursos con el fin de

afrontarlos (Lazarus y Folkman, 1986), simultáneamente, los estudios sobre los efectos de una inadecuada expresión, procesamiento y valoración de la situación estresante o percibido en cierto grado, como vulnerable (Miles, 1987), generan cuestionamiento sobre el trasfondo intra e interpersonal que refleja cada padre respecto a la situación de riesgo en la que se encuentra su extensión de vida.

En suma, los ambientes delicados nos sumergen en un sinnúmero de respuestas, las cuales pueden visualizarse rápidamente, como: irritabilidad, sentimientos de culpa o aislamiento, incompreensión y dolor. Otras, en cambio, resultan más íntimas y su comunicación varía en el grado de confianza logrado. Muchas de estas conductas nos pueden dirigir a reacciones depresivas, no llegando necesariamente a cumplir los criterios suficientes para un diagnóstico mayor; tal es el caso del sentimiento de soledad, resultando necesario hacer una pausa para su exploración.

Por ello, considerando importante la descripción de la experiencia del sentimiento de soledad en la población materna, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe diferencias en la prevalencia del sentimiento de soledad experimentado en las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

El acompañamiento familiar, dentro de una situación de enfermedad es tema de estudio en distintos contextos, y con distintas poblaciones. No obstante, la experiencia temprana de dicha crisis, en alguno de sus miembros con mayor vulnerabilidad, genera alarma y aumento de participación para su resolución. Así, Aranda (2017), tuvo como objeto de estudio determinar la presencia de depresión y

ansiedad en 240 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, durante el 2014 y 2016, para ello empleó la prueba de Goldberg. El estudio siguió un diseño transversal y descriptivo, encontrando de manera significativa, que el 87,5% de los cuidadores presentó dichas sintomatologías. Este estudio concluyó en que la implicancia de los miembros del grupo familiar primario puede traducirse en respuestas ansiosas o depresivas, a diferencia de las que puedan presentarse en la población general.

Años anteriores, los estudios estaban enfocados en el universo de reacciones emocionales suscitadas dentro de contextos hospitalarios, tal es el caso de Aguilar (2013), quien, dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal, determinó las reacciones emocionales de los padres de recién nacidos hospitalizados. Cuantificando los datos, y con método descriptivo simple, de corte transversal, reunió a 50 padres, cuyos bebés permanecían en el área de Cuidados Intermedios A y B. Los participantes fueron caracterizados a través de una ficha sociodemográfica (56% sexo femenino y 44% de sexo masculino) y evaluados mediante un instrumento tipo escala (Aquino, 2006). La autora encontró que las reacciones psicológicas (ira, irritabilidad y tristeza) se presentaron en un 40% del total; mientras que un 52% experimentó reacciones psicósomáticas (sudoración, cefalea y gastritis). Concluye que la red de apoyo familiar experimenta cambios en su organización durante la estancia hospitalaria, siendo las expresiones verbales y gestuales, las que denotan sentimientos de incertidumbre constante. Finalmente, aconseja implementar estudios comparativos similares en padres de neonatos hospitalizados en las instituciones de MINSA, EsSalud y FF.AA. Además, de investigar sus diferencias según el número de hijos. A ello agregó la creación de programas de educación y sensibilización sobre la atención integral.

En esta línea de investigación, Alzamora y Rodríguez (2014), en el Hospital la Caleta en Chimbote, con una población conformada por siete mamás, cuyos recién nacidos se encontraban bajo observación y otros, en proceso de alta, mostraron interés por conocer las vivencias de su maternidad, caracterizando, lo siguiente: sentimientos negativos (vivencia del sufrimiento y pena, sentimiento de abandono, soledad y miedo) y sentimientos positivos (confianza en un ser supremo, fragilidad y ternura, sentimiento de sorpresa, deseos de acercamiento, alegría, amor y apoyo familiar). Para ello, siguieron una metodología cualitativa, observación directa y el empleo de la entrevista no estructurada. Apoyándose en los cuadernos de ingresos, horarios de visitas, consentimiento informado y visitas domiciliarias, cuando los recién nacidos egresaban. La organización del registro de información fue el siguiente: descripción, reducción e interpretación fenomenológica. Así mismo, dentro del Hospital Regional de Lambayeque, Mechán (2015), afirmó que las reacciones de llanto, negación y curiosamente alegría, en los padres de familia, respecto a la evolución de su recién nacido prematuro eran resultado de la experiencia de sentimientos negativos, como la angustia y pena, además de emociones ligadas a la tristeza, miedo y desesperación.

Por otro lado, Alvarado (2015), enfocó su estudio en población femenina, explorando la preocupación que tuvieron 8 madres, dentro del Hospital de apoyo Bagua, ante el alejamiento físico de su recién nacido prematuro y su restricción para el cumplimiento de roles. Sumando a ello, la escasa información que recibía sobre su evolución médica. La interrogante central, dentro de este estudio de enfoque cualitativo, abordaje fenomenológico y nivel exploratorio, fue: ¿Qué sintió usted durante el tiempo de hospitalización de su recién nacido prematuro? Los sentimientos que se reprodujeron fueron: preocupación, pena, tristeza, desesperación, felicidad y tranquilidad. Cabe resaltar que la mejoría del recién nacido favoreció la presencia de

estos dos últimos sentimientos. A ello agregó, dos aspectos influyentes en el estado emocional: a) la divergencia, entre permanecer y no, dentro del hospital. Situación que es percibida personalmente durante las visitas y hacia su recién nacido, luego del alta. Y, b) la idiosincrasia, referida a la creencia y esperanza personal en la existencia de un ser superior, específicamente la fe en Dios.

Teniendo en cuenta dichos precedentes, resulta interesante conocer los hallazgos de Moreno (2019) cuyo objetivo central fue conocer la prevalencia del Blues Materno en cien madres púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), para lo cual empleó la Escala de Blues Materno de Lima (EBML) además de una ficha sociodemográfica. Se encontró que el 63% de madres se encontraban en riesgo de Blues Materno, siendo las madres adolescentes quienes mayor tendencia mostraron. De igual modo que aquellas madres que no contaron con el apoyo de la pareja durante la gestación o que no tuvieron el apoyo de la familia al momento de la entrevista. No se reporta diferencias en el riesgo de Blues Materno según el número de gestación.

En el mismo contexto hospitalario, Ramos (2019) concluye que de las 150 madres encuestadas bajo un estudio de tipo descriptivo correlacional, empleando la Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Gorall (2006) adaptada por Villarreal (2017), los factores ligados con el rol parental como es estar en contacto con el recién nacido o el vínculo afectivo son los que más angustian a las madres, y por ende incrementan su nivel de estrés, llegando a considerarlo como muy estresante (53.3%).

1.2.2. Antecedentes internacionales

A nivel sudamericano, específicamente Colombia, la línea de investigación sobre abordaje neonatal, está consolidada. Validando el aporte de diversas áreas de la salud asistencial, Solano (2012), desde el área de enfermería buscó describir la experiencia de 8 madres adolescentes durante la hospitalización de sus recién nacidos. Su estudio se basó en la flexibilidad de la recolección de datos, durante seis meses. Como medio para reconocer el marco contextual – cultural de cada participante, empleó la etnografía. Producto de su intervención, definió cuatro temas: a) Sentimientos del tránsito por hospitalización: Preocupación por el bienestar del hijo, derivado de la separación, miedo a lo desconocido en la salud del bebé y la tranquilidad a la evolución positiva del mismo; b) Lo desconocido del ambiente de UCIN: Ver a su bebé por primera vez, cuidados y comunicación compartidos con el personal (acercamiento o distanciamiento); c) Participación activa en el cuidado de su recién nacido: Estado emocional, como respaldo y contacto físico necesario para fortalecer la confianza; y, d) Acompañamiento durante el tiempo de hospitalización: Reconocimiento de fuentes externas de apoyo, experiencias previas, valoración espiritual y creencias culturales. En ese marco, concluyó en la doble experiencia materna: el desarrollo de la vinculación y la adaptación a un ambiente hospitalario, para finalmente sugerir la creación de un instrumento (a modo de tamizaje) que reúna los sentimientos que las madres adolescentes experimentan en estas condiciones.

Ocampo (2013), continuó con la descripción de las vivencias maternas durante el proceso gestacional y puerperio anticipado. Bajo un estudio fenomenológico interpretativo, buscó conocer la diversidad de significados que le atribuían, diez madres, a un suceso en común: su permanencia durante la hospitalización de sus recién nacidos. Los resultados fueron, en líneas generales: a) reducción del tiempo

para prepararse al rol materno y b) sentimientos de vacío ante el alejamiento físico de su recién nacido. De esta manera, amplió sus resultados dando cuenta de los temores suscitados para el cuidado luego del alta, además de las dudas e inquietudes sobre la cercanía. Invita a la implementación de estrategias que respalden institucionalmente el contacto y participación activa de las madres, durante la evolución médica de su bebé; tal es el caso del cuidado piel a piel.

En tanto, en Chile, Palma et al. (2017) buscaron conocer la asociación entre el nivel de estrés que presentaban los padres y madres de recién nacidos hospitalizados y variables tanto clínicas como sociodemográficas. Los participantes sumaron un total de cien. Se reportó que la subescala “Relación con el bebé y rol parental”, obtuvo las puntuaciones más altas de estrés. Además, que eventos como la presencia de complicaciones del embarazo, diagnóstico u hospitalización prenatal, la prematuridad, patologías o requerimiento de ventilación mecánica no afectaron el nivel de estrés. Finalmente, los autores concluyeron que los niveles de estrés no variaron respecto al género.

En otro escenario, como el canadiense Rokach (2004) tuvo como objetivo principal comparar la experiencia de soledad entre un grupo de madres gestantes (91), un grupo de madres en su primer año de puerperio (97) y uno control (208), las cuales fueron entrevistadas dentro de salas de espera, centros asistenciales y lugares públicos. El instrumento utilizado fue un cuestionario derivado del Rokach y Brock (1997), al que el autor modificó, resultando en un total de 30 ítems con altas cargas factoriales dentro de cinco dimensiones. Todas las madres refirieron contar con apoyo de algún grupo social. La conclusión fue que las madres de los tres grupos vivenciaron la soledad de forma diversa, sin embargo, algo que confrontó la literatura consultada fue que el grupo control presentase mayor respaldo a los aspectos que

caracterizan o definen la soledad. En ese sentido, recomendó llevar a cabo comparaciones con variables como la satisfacción conyugal, la salud del neonato, número de gestaciones y antecedentes depresivos de las madres.

En el mismo año, Geller (2004), en población materna estadounidense empleó la Escala UCLA Versión 3 para comparar la manifestación de soledad entre gestantes (53) y mujeres en general (61), evaluando también la asociación con las asistencias hospitalarias no programadas. Sus hallazgos centrales fueron que entre ambos grupos no se presentaron diferencias de puntuaciones, sin embargo, se logró confirmar su hipótesis referida a que una mujer que no encuentra el suficiente soporte dentro de su hogar o comunidad acude más de lo normal a solicitar atención médica. Aunado a ello, se identificó que la soledad se incrementó con la edad, sin embargo, no logró asociarse a el número de gestaciones previas, etnia, estado civil o nivel educativo. Como sugerencia se propuso continuar estudiando la variable soledad en otros grupos demográficos atendiendo la causalidad de la soledad.

Años más tarde, Qualter et al. (2015) con la propuesta del “motivo de reafirmación” (RAM), el cual en su estado más equilibrado dota a la persona de herramientas para retomar su interacción con espacios y personas, influye en el trabajo de Lee et al. (2017) al considerar que las personas al transmitir o confrontar sus experiencias con fuentes de escucha y consejo, obtienen favorables herramientas para mejorar su autovaloración y la de su medio. Realizan un estudio cualitativo transversal a través de entrevistas semiestructuradas a siete madres primerizas, las cuales fueron seleccionadas en su etapa de lactancia exclusiva. En ellas se evidenció una constante comparación con estándares de una maternidad perfecta, muchas veces reforzados por su entorno. Sumado a ello, una percepción de ver relegada su vida social, sintiéndose con pocas posibilidades de asistir a eventos sociales o de conseguir

atención de parte de sus amigos y familiares. Finalmente, comunicaron una falta de solidaridad por parte de sus parejas, sintiéndose en mayor confianza con otras madres, sin embargo, cuando las apreciaciones críticas a su labor materna prevenían de ellas mismas, algunas participantes mostraron una conducta poco tolerante y reacia. Los autores concluyen en que todas las madres experimentaron soledad, que la lactancia afecta su experiencia y que es importante considerar su intensidad, es decir, no apoyan la dicotomización. Así mismo, ven necesario romper y proponer relatos de la maternidad más reales y objetivos.

Concluyendo, Arimoto y Tadaka (2019) ejecutaron un estudio transversal, de corte psicométrico al evaluar las propiedades de una versión japonesa de la escala UCLA Versión 3, la cual agrupó veinte ítems. Esto fue posible con la participación de 430 madres con bebés e infantes que acudieron a un centro de salud comunitario en Yokohama. Los resultados fueron alentadores respecto a la confiabilidad ($\alpha = 0.926$) y la validez, que mediante el empleo de AMOS y SPSS 22, logró confirmar un modelo de único factor como en la versión original (Russell, Peplau y Cutrona, 1980). La soledad se correlacionó positivamente con la carga familiar y la ansiedad producida por la crianza; en tanto, se evidenció una correlación negativa con los grupos sociales y no se registraron diferencias estadísticas en torno a la edad de las participantes. Agregando, los autores analizaron en conjunto las versiones reducidas de la UCLA (diez y tres ítems) concluyendo que las tres propuestas son pertinentes para la evaluación de madres en contextos comunitarios o de salud pública.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comparar la prevalencia del sentimiento de soledad en las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal.

1.3.2. Objetivos específicos

Mostrar evidencia de validez y confiabilidad de la Escala de soledad de UCLA, en madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables sociodemográficas.

Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables vinculadas a la experiencia materna reciente.

Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables relacionadas a la hospitalización neonatal.

Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según antecedentes médicos ginecológicos.

1.4. Justificación

Abordar una de las etapas de mayor sensibilidad, como lo es el puerperio, donde se emiten múltiples reacciones emocionales (desde la alegría a la desesperanza), se protege la continuidad de la vida, surgen dudas sobre el cuidado y se recepciona toda indicación profesional dirigida al bienestar, significa asumir un trabajo humanamente responsable. Más aún si esta experiencia viene acompañada de la restricción de cuidados directos, formas de afecto y roles esperados a toda maternidad.

Conocer el comportamiento del constructo soledad, en una población distinta, pero con similar o mayor riesgo, a las que ha sido relacionado, específicamente en producción psicométrica, es un desafío directo, ya que, hasta el momento sólo se ha orientado al abordaje clínico en población adolescente y adulta mayor, contextos que responden a crisis evolutivas a diferencia de episodios totalmente inesperados, para los que responder de forma adaptativa significa valorar los propios recursos y medios de apoyo inmediatos.

Sumado a ello, dentro del ambiente de hospitalización neonatal y bajo condiciones inciertas en el pronóstico de mejoría, la evidencia confiable de sintomatología depresiva es un propósito perseguido continuamente. A diario, resulta agotador responder a un número considerable de reactivos, llevando frecuentemente a un sesgo o minimización de la propia vivencia. Conociendo esta limitación, el empleo de un instrumento breve y pertinente para su resolución, otorga información concisa de la experiencia reciente. Permitiendo que toda la información recopilada, organizada y explicada, sea transferible para la construcción de lineamientos dirigidos a la atención de padres, en base a la sensibilidad y necesidad de respuestas que sosieguen su espera.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existen diferencias significativas en la prevalencia del sentimiento de soledad entre las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal

II. Marco teórico

2.1. Base teórica

A lo largo de nuestro desarrollo, la comunicación de nuestras emociones (a nivel verbal y no verbal) ha posibilitado encontrar y convivir con nuevas formas de reaccionar a un mismo acontecimiento. Hemos aprendido a reconocer y hacernos cargo de nuestras experiencias encontrando herramientas y redes que nos brinden sosiego.

Partiendo de ese enfoque, los problemas a nivel socioemocional surgirían precisamente cuando dicho contenido no encuentra un destinatario o una fuente que ayude a dar respuestas a las dificultades. Es entonces cuando la persona experimenta fuertes cambios en su dinámica de vida, realiza valoraciones a nivel cognitivo y también emocional, donde ve necesaria la exploración de áreas enraizadas de su personalidad, sus experiencias tempranas, así como las interpretaciones de su existencia (Rodríguez, 2015).

Se pensaría entonces que, desde el inicio de nuestros días, hemos experimentado sentimientos de aislamiento o soledad; no obstante, la literatura y el sentido común, nos lleva a considerar el factor de “distinción” o “individuación” dentro de un ambiente social. Quiere decir que la soledad sólo es posible dentro de la actividad relacional que posibilite la creación de lazos (Rico, 2014) y donde se valoren circunstancias de necesidad.

2.1.1. Conceptualización del sentimiento de soledad

El sentimiento de soledad, como lo plantea Clemente (1969), ha adquirido un carácter negativo, desde épocas remotas, situándose dentro de estados de abandono, encierro, incomunicación, pesar, melancolía y pena. Sin embargo, distinguir entre sus cualidades objetivas o subjetivas, ha motivado múltiples consideraciones conceptuales y culturales. Tal es el caso de Ferrater (2011), el cual señala la distinción entre los sentimientos y las emociones, donde los primeros suelen ser considerados corporales

y las segundas evaluadas como fenómenos subjetivos. En ese sentido, expone dos concepciones de la experiencia de la soledad a nivel cultural:

a) Dentro del medio oriente: Manifestada como renuncia al mundo, por medio del recogimiento. Este receso guarda relación con una etapa preparatoria para una proeza espiritual. Ligada a la connotación de abandono y desamparo de Cristo bajo la cruz, se considera al desierto como refugio para la comunicación a forma de monólogos dirigidos al entendimiento de la propia palabra y otros entes supremos.

b) Dentro de occidente: En el marco del Renacimiento, la perspectiva se dirige a la producción artística y el tiempo tomado para generar ideas dirigidas a una filosofía altruista. Se valora el acto de interlocución, considerándolo un vehículo para el reconocimiento de la identidad frente a sí mismo y a un medio. Se asume a la soledad como un estado antecedente o simultáneo a la creación (Rico, 2014).

Desde otra perspectiva, la soledad estudiada por Peplau y Perlman (1982) tiene mucha influencia en épocas recientes, al señalar que sus estados de mayor preocupación se presentan cuando hay un desajuste significativo entre las relaciones reales de una persona y sus relaciones sociales esperadas. Añaden además la carencia de una figura de apego íntimo, al igual que “El padre de la investigación sobre la soledad”: Weiss (1973), en la publicación de su influyente libro: Soledad. Un modelo para comprender la soledad.

Años más tarde Montero et al. (2001) realizaron una recopilación de reportes relacionados al *fenómeno* soledad, plantearon tres perspectivas conceptuales que afianzaron su comprensión:

1) A nivel filosófico: La soledad es entendida como una condición inescapable en la búsqueda de la autoconciencia, para lo cual se precisan tres modelos de entendimiento: a) El funcionalista conductual: Se centra en la estimulación que

proviene del exterior y causa un efecto en el organismo, b) El intencional: Supone que la conciencia surge de un propósito de conocimiento de algo. Se concibe que los “eventos mentales” son esencialmente causales como los explica el conductismo, o bien, estructurales como refiere la fenomenología y c) El reflexivo de aprehensión cognoscitiva: Que indica que la autoconciencia es fundamentalmente circular, que el pensamiento está dotado con una habilidad para volverse sobre sí mismo (Mijuskovic, 1985).

2) A nivel social antropológico: Está representado por estudios antropológicos y culturales que examinan las manifestaciones de la soledad en diversas actividades artísticas.

3) A nivel psicológico: Existen diversas definiciones para la soledad, pero es Sullivan (1953, como se citó en Peplau y Perlman, 1982) uno de los autores con mayor consulta que la define como: “Una experiencia displacentera, asociada con la carencia de intimidad interpersonal”. En tanto, Young (1982, como se citó en Peplau y Perlman, 1982) la concibe como una “ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, que pueden ser acompañadas por manifestaciones de ‘distrés’”.

Este apartado muestra la diversidad de apreciaciones que recibe el sentimiento de soledad y lo complejo que resultaría su abordaje, pues al ser un fenómeno evidentemente subjetivo, basado en la interpretación que realiza la persona de sus propias vivencias y el acompañamiento de sus redes de apoyo, hace necesaria la adopción por parte de los investigadores, de alguna de las propuestas desarrolladas a continuación.

2.1.2. Propuestas teóricas sobre el sentimiento de soledad

Si bien los planteamientos teóricos que serán descritos se ordenarán de forma cronológica, es preciso resaltar que a través de la literatura especializada se han planteado diversas formas de explicar el origen del sentimiento de soledad, por ejemplo: la teoría de las necesidades sociales, la de los procesos cognitivos o la humanista-existencial (Cuny, 2001).

Propuesta de Weiss (1973)

El autor resalta que existen factores sociocognitivos que representan a las variables que marcan diferencias individuales en la experiencia del sentimiento de soledad. Distinguiendo dos niveles de soledad: a) Emocional, a través de la ausencia de relaciones de apego y b) Social, reconocida como una carencia de relaciones afiliativas.

Según Serrano (2018), Weiss implementa su teoría sobre las necesidades sociales, pues la teoría del apego de Bowlby ya brindaba luces sobre aspectos centrales de la forma en que se experimentaba la soledad. De acuerdo con él, existen seis provisiones sociales:

- *Apego en las relaciones.* Contexto en el que se brinda a la persona una sensación de seguridad; comúnmente proporcionado por el cónyuge o pareja.

- *Integración social.* Esta provisión se cubre gracias a las relaciones con el grupo, la red de amistades donde se comparten intereses e ideas, favoreciendo la pertenencia y el desarrollo de la identidad.

- *Posibilidad de ser cuidado.* Aquí la persona se siente responsable del bienestar de otra; lo que proporciona una sensación de ser indispensable para alguien.

- *Reaseguramiento del valor*. Este tipo de provisión recae en resaltar las habilidades de una persona; frecuentemente es provista por los compañeros de labores.

- *Alianza confiable*. Siendo los familiares cercanos quienes mayormente la otorgan; en esta función, la persona reconoce que tendrá a alguien que le brinde su apoyo en cualquier circunstancia.

- *Guía*. Provisión que genera un sentimiento de confianza a partir de los consejos y asistencia que brindan personas de reconocida autoridad como maestros, mentores y figuras parentales.

Es necesario precisar que cuando un contexto relacional no es resuelto, Weiss señala que: la soledad de aislamiento emocional puede remediarse por la incorporación de otro apego emocional o por la reintegración al que se encuentra en riesgo; sin embargo, frente a la soledad de aislamiento social sólo puede remediarse al acceder nuevamente a ese espacio.

A pesar de que esta propuesta ha sido muy consultada en diversos estudios, es importante mencionar que a nivel empírico los resultados no la confirman estrictamente, incluso el autor reconoce sus deficiencias (Montero et al., 2001).

Figura 1

Esquema bidireccional de la soledad



Nota. Adaptada de Montero et al. (2001)

Propuesta de Sadler y Johnson (1980, como se citó en Ríos y Londoño, 2012)

Partiendo del enfoque fenomenológico, el ser humano dentro de sus necesidades de protección requiere del afecto; por lo que la soledad desde un punto de vista negativo sería el resultado de la insatisfacción de este requerimiento básico. Bajo ese enunciado, nos indican que la humanidad tiene limitaciones; pero que a su vez la vivencia de este sentimiento puede llegar a ser una fuente de creatividad y fortaleza.

Figura 2

Dimensiones de la soledad: Sadler y Johnson (1980)

<p>CÓSMICA</p> <p>Vinculada con tres percepciones del yo, en relación con la Naturaleza, con Dios y con el propósito de vida</p>	<p>SOCIAL</p> <p>Relacionada con la percepción de falta de relación al interior de pequeños grupos (Ejemplo: Asilados, jubilados, exiliados)</p>
<p>CULTURAL</p> <p>Asociada con la percepción de disfunción social basada en conflictos de valores, normas, creencias y actitudes</p>	<p>INTERPERSONAL</p> <p>Referida a la autoconciencia de déficits en las interacciones con personas significativas para el sujeto</p>

Nota. Adaptada de Montero et al. (2001)

Propuesta de Rogers y Rosenberg (1981, como se citó en Cuny, 2001)

Estos teóricos enfocados en el estudio del ser humano como ser naturalmente afiliativo, señalaron que existen muchas maneras de considerar la soledad, pero fueron dos elementos en los que profundizaron:

- La separación del hombre respecto de sí mismo, de su organismo e historia.
- La falta de algún tipo de relación en la que sea posible comunicar nuestra experiencia verdadera (aquello que nos hace naturales) a otra persona.

Así mismo, abordan una realidad que para su época empezaba a tener un importante impacto en la sociedad: La apariencia. Y es que si bien desde la antigüedad el hombre ha desconfiado de sus propias vivencias con la finalidad de conservar sus lazos afectivos; es el hombre en la Modernidad quien se expone a la aceptación dentro de un entorno amplio, crítico y muchas veces devastador, pues sólo adopta la apariencia que le proporcionan sus padres o personas más íntimas. Esto resultaría en la vivencia del sentimiento de soledad, un conflicto ligado al enfrentamiento con la propia existencia.

Propuesta de Young (1982)

Bajo el concepto del tiempo, el autor realiza una pequeña clasificación que más adelante sería empleada en los análisis cualitativos de la soledad, así como en el ámbito del arte de la escritura, especialmente en la poesía. Identificó tres tipos:

a) Soledad crónica: Dura años y la persona se siente imposibilitada de establecer relaciones sociales satisfactorias.

b) Soledad situacional: Relacionada usualmente a situaciones estresantes como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o hijos.

c) Soledad transitoria: La más frecuente y se asocia con episodios breves del sentimiento de soledad.

Propuesta de Peplau y Perlman (1982)

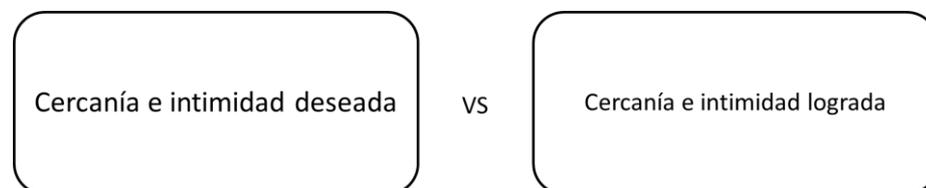
Dentro de los esquemas cognoscitivos, se encuentra “La teoría de la discrepancia cognitiva”, desarrollada por Peplau y Perlman, en 1979. Esta perspectiva reflexiona sobre el hecho de que la soledad se manifiesta a partir de una deficiencia en la red de relaciones sociales, al ser menor de la que la persona desea.

Estos teóricos plantean la existencia de dos soledades: a) De tipo cognitivo, donde los efectos se traducen en hipersensibilidad, tendencia a malinterpretar o exagerar las intenciones afectivas favorables o no, que proveen las personas; y b) De tipo conductual, caracterizada por las manifestaciones o dolencias físicas, como dolores de cabeza, trastornos del sueño o alimentación.

Se indica además que son dos los principales factores predictores de soledad: la necesidad de intimidad y el déficit de estimulación social. Sin embargo, según los autores, cuando esa línea se invierte drásticamente produciéndose un contacto social excesivo, este puede llevar a experimentar un “hacinamiento emocional” en la persona, lo cual resulta igual de conflictivo.

Figura 3

Esquema de disonancia cognitiva



Nota. Adaptada de Montero et al. (2001)

Propuesta de Álvarez (1983)

En el artículo de Cardona et al. (2013), el autor considera dos tipos de soledad, basadas en las áreas inter e intrapersonal de la persona:

a) Soledad exterior, relacionada con lo que se vive en el entorno (falta real de contactos) y b) Soledad interior, aquella que se siente y se considera como una auténtica soledad.

Propuesta de Yalom (1984)

En su libro sobre terapia existencial, el autor sugiere al aislamiento como un sinónimo del sentimiento de soledad, por lo que establece tres tipos de ellos:

- *El aislamiento interpersonal*: El cual surgiría ante la carencia personal de habilidades sociales o del estilo de personalidad.

- *El aislamiento intrapersonal*: Símil de la separación entre la emoción y el recuerdo. Hace referencia a la esencia de la persona y la segregación que puede llegar a experimentar ante el conflicto.

- *La soledad existencial*: Posible de experimentar incluso ante la presencia de relaciones interpersonales gratificantes. El autor expresa que en el intento por llenar este vacío, las personas buscan entablar múltiples relaciones.

Propuesta de Scalise et al. (1984, como se citó en Barbenza y Montoya, 1991)

Como parte de la construcción de un instrumento psicométrico (LRS), los autores exploraron cuatro factores en el sentimiento de soledad:

- *El agotamiento*. Como una disminución de energía y rendimiento, que responde a la falta de sentido de la vida que tiene el solitario.

- *El aislamiento*. Experiencia disociativa interpersonal de los solitarios.

- *La inquietud*. Caracterizada por la tensión y los eventos de frustración, displacer y antagonismos generados por la incorporación del mundo externo al propio yo.

- *El abatimiento*. Es el factor que está estrechamente ligado a la depresión, tiene como pilar el desaliento.

Propuesta de Jong-Gierveld (1987)

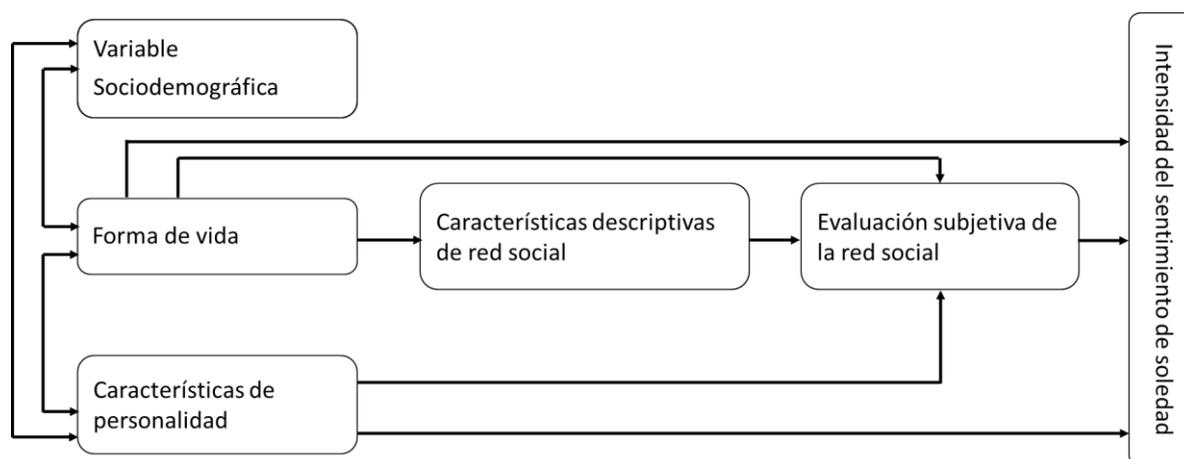
Elaborando una fórmula más integradora, el autor le otorga importancia a las percepciones e interpretaciones que realiza la persona de su red social. Precisamente son cuatro los aspectos que considera como influyentes en la intensidad de la experiencia de soledad.

- 1) Las características descriptivas de la red social
- 2) Las evaluaciones subjetivas de la red social
- 3) Las variables sociodemográficas
- 4) Las características de la personalidad.

Agrega que la soledad puede ser identificada, en su aspecto positivo cuando ofrece la oportunidad para reflexionar. Sin embargo, el lado negativo ha recibido mayor abordaje, por lo que, es necesario llevar a cabo estudios transculturales que permitan ratificar su negatividad o positividad.

Figura 4

Modelo multidimensional de la soledad



Nota. Adaptada de Montero et al. (2001)

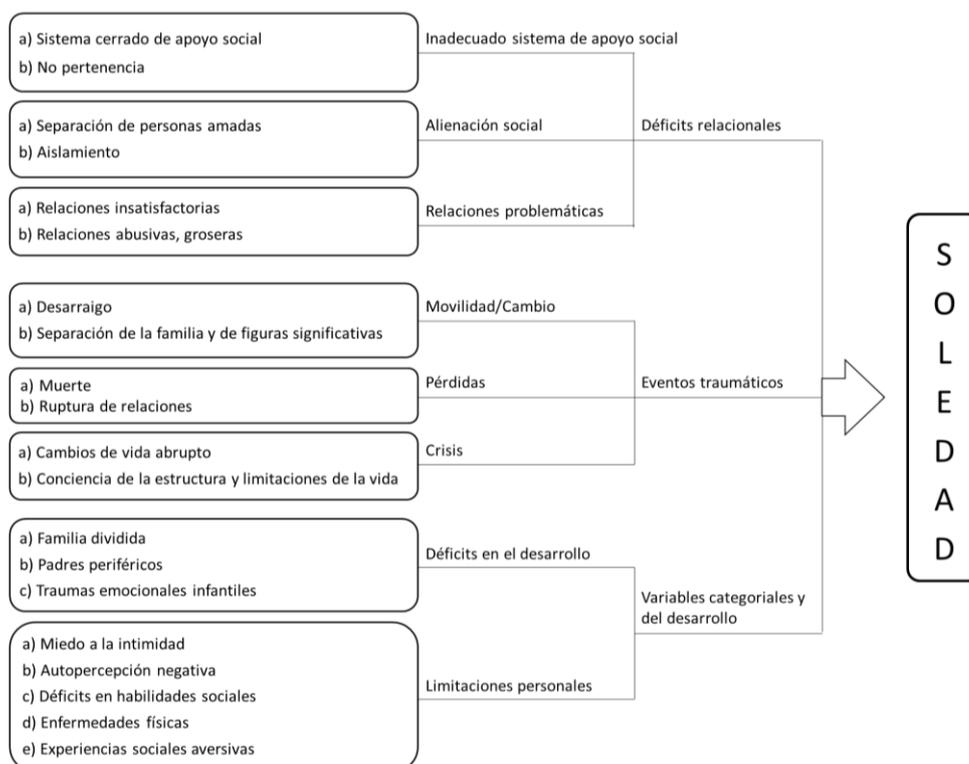
Propuesta de Rokach (1988)

Dentro de un esquema fenomenológico y relacionado a los cambios vitales del ser humano, el autor desarrolla un “Modelo Multidimensional de Antecedentes de Soledad”. Su trabajo consistió en identificar varias causas de la soledad, mediante el uso de un método cualitativo. Sin embargo, las clasificaciones no son claramente excluyentes, al ser la soledad una experiencia subjetiva. Por ello, urge que en las investigaciones el contexto psicosocial dentro del cual ocurre, pueda ser considerado.

En relación con ello, Parkhurst y Hopmeyer (1999, como se citó en Cuny, 2001), expresan que conforme la persona se vaya desarrollando, el contacto físico y la reciprocidad será más demandada y puesta en evaluación.

Figura 5

Modelo multidimensional de antecedentes de la soledad



Nota. Adaptada de Montero et al. (2001)

Propuesta de Moustakas (1990)

Esclarece las tipologías de la soledad expuestas anteriormente, determinando que los síntomas asociados a la soledad del aislamiento emocional se asemejan a la angustia que tuviera un niño pequeño ante un posible abandono de sus padres. Mientras que, los síntomas asociados a la soledad del aislamiento social reflejan el aburrimiento, los sentimientos de exclusión y marginalidad de un niño que se siente apartado por sus amigos.

Propuesta de Montero et al. (2001)

Como una joven propuesta para especificar la soledad, los autores la caracterizan bajo tres aspectos:

a) La multidimensionalidad: Pues involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades conductuales.

b) La subjetividad y la tensión: Al depender de la interpretación que realice el sujeto de la situación que esté viviendo.

c) La secuencialidad: Al poder estudiarse como un proceso con antecedentes, manifestaciones y consecuencias que impactan sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica de la persona.

Además, estos autores, expresan la necesidad de explorar y evaluar la existencia o no de la soledad como condición y como experiencia, para lo cual recomiendan se debería perfilar y verificar el desarrollo de la construcción social del fenómeno “soledad” en la comunidad, precisando su asociación con algunos problemas de relevancia social.

Finalmente, el esquema que propusieron fue de la mano de la elaboración de un cuestionario multidimensional que pretendía medir dos aspectos vinculados con la

soledad: 1) Fuentes de Afecto Deficitario (FAS) y 2) Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS).

Como dos elementos distintivos de esta construcción destacan: a) Las características emocionales: Aquellas ligadas a las conductas de afrontamiento que las personas destinan ante la soledad. Bajo esta concepción, pueden ser emociones negativas o positivas. Y, b) El tipo de privación: Referido a aquellas redes ligadas a la carencia afectiva: Familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo y el bienestar personal.

Propuesta de Cuny (2001)

Dentro del contexto peruano y con población adolescente, el autor realiza las siguientes diferenciaciones con el propósito de enriquecer la comprensión del tema:

- *Carencia voluntaria de compañía.* Puede reflejarse viviendo o laborando solo, parte de una disposición o preferencia hacia soledad.

- *Carencia involuntaria de compañía.* Interpretada como aislamiento social causado por las otras personas.

- *Un sentimiento subjetivo aversivo de soledad.* Se puede identificar sin considerar que la persona esté o no acompañada.

- *Temor anticipado a estar solo.* Una actitud de aversión a la soledad.

Iniciando el nuevo milenio, Larson (1999, como se citó en Peplau y Perlman, 1982) indicaba que el sentirse solo estando solo no es negativo, pero que el reconocerse solo en relación con los amigos y la familia sí vendría a serlo. Sugirió además que el sentimiento de soledad en esta realidad podría ser en parte resultante del individualismo occidental.

Propuesta de Rodríguez (2005)

El autor reflexiona sobre los macro componentes de la vivencia humana: lo comportamental, lo cognitivo y afectivo. Realiza tres clasificaciones de la soledad, que tienen como eje la estructura de la personalidad, las vivencias tempranas, en particular las primeras “pérdidas” en la infancia. Estas configuran el cimiento tanto de la angustia como de la tristeza, “precursoras” de la soledad, pues el ser humano las experimenta frente a su necesidad de “estar con otros, de estar en otros y de ser con otros”.

Precisamente en su libro “*La Soledad*”, expone el término “Constelación de la soledad”, puntualizando que para su estudio se deben analizar las diversas manifestaciones y formas del fenómeno, debido a que la persona al enfrentarlo tiende a tomar diversas posturas.

Por naturaleza el ser humano busca establecer fuertes relaciones vinculares, las que al sufrir rupturas generan sentimientos de vacío, angustia y dolor. Es ahí cuando la persona realiza valoraciones cognitivas a modo de defensa emocional, las cuales varían pudiendo presentarse de forma aguda, insoportable y a corto tiempo, o caso contrario, de manera prolongada, llegando a afectar la personalidad y carácter.

- *Soledades caracterológicas*. Aquí prevalece el aspecto comportamental, lo que se exterioriza, se observa y genera reacción. El aislamiento es lo más relevante. Se genera hostilidad ante el ambiente, pues la soledad no es recepcionada con el mayor agrado. Este tipo de soledad considera también la “cronodependencia”, la cual se relaciona con las crisis propias del desarrollo humano, donde se producen desregulaciones comportamentales influidas por aprendizajes en edades tempranas.

Figura 6

Soledades caracterológicas

SOLEDADES CARACTEROLÓGICAS	
1.	SOLEDADES SOCIOLÓGICAS La soledad del hombre contemporáneo La soledad del hombre en instituciones La soledad del Rey y del triunfador La soledad del corredor de fondo La soledad de los marginados
2.	SOLEDADES SOCIALES El aislamiento y el retraimiento Las soledades rechazadoras y rebeldes La soledad incomunicada La soledad de las solteras
3.	SOLEDADES EVOLUTIVAS Las soledades propias de cada edad del hombre La soledad narcisista La “crisis” de la soledad de los 25 años La soledad de la altura de los años
4.	LAS SOLEDADES VERGONZOSAS Y DISIMULADAS La soledad del que no puede estar solo

- *Soledades noéticas*. Partiendo de la idea que para muchos pensadores la soledad es el inicio de una muerte en la existencia del hombre, donde las respuestas ansiosas son frecuentes provocando angustia debido al desprendimiento con el entorno; lleva a pensar que este tipo de soledades se asemeja a la disonancia provocada por enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia donde las experiencias frustrantes van concadenadas a lo largo de la vida. En efecto, el factor cognitivo muestra notable presencia en esta categoría, ya que además toma en cuenta las ventajas de una soledad fecunda e inspiradora, que realza la “libertad de” y la “libertad para”.

Figura 7*Soledades noéticas*

SOLEDADES NOÉTICAS
- Soledad del escritor
- Soledad creadora y madre de belleza
- Soledad sonora
- Soledad benéfica buscada y encontrada
- Soledad necesaria
- Soledad estéril
- Soledad de la naturaleza. Soledad cósmica
- Soledad del espectador, estética y escénica
- Soledad escatológica
- Soledad poblada de olvido
- Soledad del enfermo psíquico

- *Soledades tímicas*. El componente emocional comprende esta clasificación, dirigiendo su mirada a aquellas formas negativas que lo componen, como: la amargura, tristeza, angustia o desesperación. Se manifiesta la posibilidad de encontrar tonalidades alegres de soledad, sin embargo, es prácticamente imposible considerar el hallazgo de una soledad totalmente alegre.

Figura 8

Soledades tímicas

SOLEDADES TÍMICAS	
TONALIDAD DE LA VIVENCIA	TIPO DE SOLEDAD
TRISTE	Melancólica
	Nostálgica
	Cansada
	Indolente
	De la quietud y el reposo
	Aburrida
ALEGRE	Grata
	Esperanzada
	Enriquecedora
DOLOROSA	Atormentada
	Desolada
	Trágica
	Por sentirse abandonado
	Amarga
ANGUSTIADA	Con terror y temblor
	Con vértigo
	Por espacio cerrado
	Por espacio roto
	Por espacio deformado e interiorizado
	Miedosa

2.1.3. Variables que interactúan con la soledad

Los reportes de investigación precisan que, en los últimos años, el sentimiento de soledad ha sido caracterizado mediante la exploración de variables circundantes, principalmente con el uso de fichas sociodemográficas. Y con ello, su consulta se ha expandido a poblaciones diversas a la adulta mayor. La consulta a la población femenina, en particular a madres gestantes o en reciente puerperio como lo explora Pyle y Evans (2018) lleva a realizar pequeños perfiles como por ejemplo que las mujeres reportan, comunican y dan más señales de sentirse solas que los varones, o que son las personas que no tienen suficiente conexión con su vecindario las que manifiestan mayor intensidad de soledad.

No obstante, se mencionan aspectos protectores para contrarrestar sus efectos adversos: la comunicación, la adhesión, el soporte de los medios familiares y sociales, la estabilidad socioeconómica y la madurez psíquica, la cual es diversa a la edad

cronológica. En tanto, publicaciones como las de Kent-Marvick et al. (2020) exponen la necesidad de ejecutar programas de investigación ligados a la revisión de la literatura del sentimiento de soledad, en torno a la maternidad.

Moustakas (1990) tomando como referentes a Sullivan y Fromm-Reichmann, buscó explicar la diferencia entre la experiencia de soledad y la depresión, indicando que en la primera la persona dispone de un impulso para liberarse de la angustia, siendo parte de algún grupo o recuperando una pérdida, mientras que la segunda provoca una rendición de toda alternativa de cambio.

Por ello, luego de examinar sus propias evidencias, Peplau y Perlman (1998) al igual que Weiss (1973) en su momento, hicieron hincapié en los fenómenos circundantes a la experiencia de soledad, así como en las circunstancias que la pueden precipitar, estos son:

- a) El estrés por el desempleo y las dificultades a nivel conyugal
- b) Las normas sociales sentidas como exigencias
- c) Un evento precipitante
- d) Una auto evaluación negativa, resaltando las deficiencias personales
- e) La carencia de refuerzo social
- f) Su correlación con la baja autoestima, inhibición social o timidez y ansiedad
- g) La presencia de trastornos del sueño, dolores corporales y falta de apetito
- h) La dificultad para verse en sí mismos como personas solitarias
- i) El nivel socioeconómico y las posibilidades de crecimiento, el género, edad y estado civil.

Complementando, Barbenza y Montoya (1991) al realizar su estudio relacional entre los factores de personalidad formulados por Eysenck y la soledad (Escala de Soledad (LRS) de Scalise, Ginter y Gerstein, 1984 concluyeron que sólo ante un

elevado puntaje en la escala de Neuroticismo, la experiencia de soledad se intensifica. Además, Mijuscovic (1985) afirmó que existe suficiente evidencia para sostener que la soledad, la ansiedad y la hostilidad están profundamente relacionadas.

2.2. Desarrollo psicométrico de la variable soledad

La revisión de la literatura permite identificar que desde la década de los 70' el sentimiento de soledad ha sido tema de estudio en poblaciones clínicas calificadas como vulnerables, tal es el caso de los adultos mayores y adolescentes, quienes por naturaleza representan ciclos críticos y determinantes de vida.

Sobre el primer grupo, la creación, validación y adaptación de pruebas psicométricas (Borges et al., 2008; Sagrario, 2008; Cardona et al., 2010; Buz y Prieto, 2013; Cerquera et al., 2013; López et al., 2014; Velarde et al., 2015) ha sido el eje principal para desarrollar investigaciones a nivel descriptivo o correlacional, dando a conocer mediante los reactivos, los cambios emocionales, conductuales o sociales que podrían manifestarse en su vida diaria, frente a alguna situación desestabilizante. Aunque muchas veces esta realidad se prolonga, creando un estilo de vida caracterizado por la desesperanza y retraimiento social.

Por otro lado, la población adolescente, y con ello los cambios a nivel relacional-afectivo, configuran la percepción de la soledad, como una opción si se desea contar con un espacio de reflexión sobre sí mismo, y en otras ocasiones como respuesta a antecedentes biográficos desfavorables (Cuny, 2001).

De forma similar, pero dentro de nuestro contexto se ha generado el interés por adecuar instrumentos psicológicos sobre sentimiento de soledad (Ventura et al., 2017), explorando su presencia a nivel de relaciones con pares, familia y reconocimiento de compañía.

Ambos contextos etarios, responden a crisis evolutivas estudiadas desde los inicios de la psicología, que generaron propuestas inmediatas. Como en el caso de Weiss (1973), mediante el desarrollo de una Taxonomía, la cual fue empleada en la creación de la escala SESLA (DiTomasso y Spinner, 1993). Bajo esta premisa los autores relacionaron la soledad social y emocional con tres ámbitos: social, familiar y romántico.

En esa línea, Russell, Peplau y Cutrona (1980), construyen la Escala de soledad de UCLA, un instrumento que se ampara en la teoría de las necesidades sociales, evaluando la soledad como un estado unitario. Donde se califica su presencia o ausencia. Sostienen que las deficiencias en las relaciones interpersonales en torno a la cantidad y calidad son indicadores claves que afectan a dos factores: la intimidad con los otros y la sociabilidad. Finalmente, consideran que la baja autoestima, ansiedad, depresión, evitación social y sentimientos de hostilidad pueden vincularse a una experiencia mayor de soledad.

Años más tarde, Vincenzi y Grabosky (1989), formulan el Inventario de Soledad Emocional y Social (ESLI), un instrumento multidimensional, que sigue también la teoría de Robert Weiss. Aquí se proponen dos áreas: a) Aislamiento emocional, entendido como deficiencia en la intimidad y los apegos de la red social y, el aislamiento social, que se entiende como deficiencia en la integración social y valorización de la red de apoyo; y, b) Sentimiento de soledad emocional, producto de una privación de relaciones íntimas y apegos, y el sentimiento de soledad social, que comprende sentimiento de carencia en la integración social y su propia valorización para interrelacionarse.

Finalmente, la idea de un instrumento que se enfoque en la percepción de la soledad como una opción (si se quiere reflexionar sobre sí) o una imposición (en el caso de la vejez), se hace posible a través de la Escala ESTE por Rubio y Aleixandre (1999), la cual distingue sentir soledad (ausencia, tristeza, sentimiento interno y doloroso) y estar solo (carencia de compañía).

2.3. Maternidad y psicología perinatal

El abordaje psicológico a nivel pre, peri y posnatal desde sus inicios ha buscado ser un enfoque que revalorice el acto de dar vida, resaltando que la maternidad es un proceso que se desarrolla en comunidad (Oberman et al., 2013), donde la comunicación, la escucha y compañía son pilares ancestrales que transmiten soporte y calma en momentos donde la incertidumbre se acrecienta, más aún estando en ambientes hospitalarios delicados. Haciendo una comparación, el parto era considerado un ritual en el cual las matronas desarrollaban labores tan completas e insustituibles que contar con su presencia era fundamental para salvaguardar las siguientes generaciones; hoy en día estas tareas las realizan el cuerpo médico junto con el personal de salud mental, a nivel profesional y bajo condiciones que reducen los riesgos de morbi- mortalidad.

En relación con eso, surge el estudio de un fenómeno como la soledad que va adquiriendo mayor protagonismo en la actualidad dentro del sector público, sobre todo al ligarlo a un evento trascendental como es la maternidad, dado que al presentarse en sus niveles de mayor riesgo podría disminuir la suficiencia de la persona para continuar con sus actividades, llegando a considerarse en muchos casos una exposición a la muerte. Por ello se sugiere afianzar actividades profesionales ligadas a la resiliencia y comprensión de factores de riesgo y protección, recordando que la soledad no es un fenómeno exclusivamente de personas adultas mayores (Jopling y Sserwanja, 2016).

Dentro del contexto peruano, en un reporte del hospital Rebagliati, uno de los más completos y especializados (Ota, 2018) se menciona que, si bien en la década de los '70 los equipos tecnológicos para las UCIN mejoraron, pudiendo llevar a cabo mejores diagnósticos y tratamientos, es difícil precisar exactamente qué factor es el que alentó la mejoría continua de los bebés. Lo que sí es cierto es que existe una mayor exigencia para fortalecer el bienestar materno-fetal, mejorando los cuidados y vigilancia intensiva de los prematuros extremos.

La existencia de una relación inversa entre la edad gestacional y la morbilidad lleva a considerar que el tratamiento de un bebé prematuro no termina con el alta hospitalaria, sino que se debe realizar un seguimiento, con el propósito de detectar secuelas y verificar el cumplimiento de un adecuado plan de rehabilitación integral, previniendo problemas de conducta o del aprendizaje escolar.

Aun cuando en nuestro país los esfuerzos por mejorar la salud mental de las familias a través de programas que buscan involucrar a la familia ante la llegada de un miembro de la familia, como por ejemplo: la psicoprofilaxis conjunta, la lactancia materna exclusiva o el Método Canguro; en el escenario argentino, desde hace muchos años, se ha profundizado el estudio del rol del psicólogo en espacios neonatales, otorgándole con ello una mirada integradora y revalorativa al papel que cumplen los padres en la evolución de su recién nacido. Tal es el caso de Vega (2006) que manifiesta su preocupación por la existencia de una brecha notable entre los avances a nivel operativo y de manejo médico de las UCIN y el soporte socioafectivo e informativo que se brinda al grupo familiar.

Ello nos aproxima al concepto de riesgo, un factor entendido como la posibilidad de que el o la bebé presente daños a futuro en su salud. Pero este riesgo no sólo es clínico como temían muchos especialistas ante la propuesta del ingreso de los familiares, especialmente de las madres, a los ambientes de hospitalización neonatal; sino que corresponde al hecho de limitar la participación de cooperación de los padres en los cuidados de aseo, alimentación y contacto afectivo con su bebé. ¿Y por qué resulta tan importante considerar esto? Porque cuando se brinda el alta hospitalaria muchos padres no conocen cómo atender las necesidades de su menor, iniciando diversos cuestionamientos a su falta de experticia para esta labor, generando tensión en el hogar y diversas dificultades que ponen en peligro el bienestar de las interacciones.

Se plantea que la labor psicológica en el servicio de neonatología debe fortalecerse a través de los factores bio-psico-sociales de la realidad familiar. Participando como mediadores entre lo subjetivo de la interpretación y los propios recursos con los que enfrentan la hospitalización de su bebé.

Es entonces cuando la autora proyecta el abordaje de dos dimensiones psicológicas que se visibilizan en entornos delicados. Por un lado, la resiliencia familiar que requiere de los siguientes procesos a nivel individual y colectivo:

1. Reconocimiento de la pérdida
2. Comunicación de la experiencia
3. Reorganización del sistema familiar
4. Dedicación a otras relaciones y objetivos.

Así mismo, la comunicación se convierte en una herramienta valiosa para el trabajo terapéutico, debido a que, si la familia dentro de la emergencia y el shock emocional que experimenta optara por permanecer en el silencio de su angustia, buscando responsables y aislándose, pero además no encontrara mecanismos que la ayuden a elaborar sus vivencias, el proceso se tornaría confuso y desconcertante. Es por ello que se toma en consideración la personalidad de los padres y la autoridad conciliadora que alcanza el psicoterapeuta al brindar mecanismos de afronte.

En ese sentido, Oiberman et al. (2013) señalan que en sus inicios la psicología perinatal se entendía sólo entorno al parto, dejando de lado la existencia de eventos importantes que formaban parte del proceso gestacional y la separación muchas veces repentina de la madre con su bebé. Por lo que, el parto puede ser un referente del inicio de la vida, pero no coincide con el inicio de la relación madre-hijo.

En sus palabras, la tarea del psicólogo tendrá que ver con aperturar un espacio de escucha donde la familia pueda volcar inquietudes de tipo emocional y afectivo. No es importante que en el diálogo compartan cuestiones relacionadas con conflictos infantiles ni realizar un psicodiagnóstico exhaustivo, sino que son relevantes los aspectos que claramente se relacionan con la situación actual (hospitalización neonatal).

Continuando con la investigación de Harlow (1960) los estudios se centraban en explorar las consecuencias de la privación materna en primates recién nacidos, pero no se avanzó de la misma forma con las investigaciones acerca de la privación que sufre la madre que ha sido separada de sus críos. Esta separación rompe con el mundo ideado por los padres antes de nacer, desencadenando una sensación de derrumbe, de enorme pérdida y frustración. Por ese motivo, es importante sensibilizar al personal de salud, haciéndole saber que la comprensión de sus diagnósticos y recomendaciones diarias no se relaciona con la capacidad intelectual que puedan presentar los padres, sino con el estado emocional que los dirija.

Esta condición como lo plantean Oiberman y Galíndez (2005) responde a una doble crisis en la diada madre-bebé: una crisis vital (maternidad) y una circunstancial (internación del bebé o su propia hospitalización por temas obstétricos).

Estos autores, abordan el tema de la entrevista psicológica considerándola un registro que debido a su alto contenido confidencial y porque los médicos no la reconocían como una medición rigurosa, fue transformada en 1999 en un documento de fácil interpretación para todos los profesionales. Esto permitió el abordaje de eventos significativos como vivencias traumáticas de la infancia que eran resignificadas ante la llegada del hijo y cómo el embarazo en sí mismo podía ser vivido como un elemento de preocupación, ya sea por problemas físicos (hipertensión, contracciones, etc.) o psicológicos asociados al embarazo (temores, ansiedad, etc.).

Subdividieron las categorías detectadas como preocupantes para la madre:

1. Sucesos significativos (“life event”)
(Pareja, Muertes, Social, Problema actual o Problemas con otros hijos)
2. Problemas maternos físicos asociados al embarazo
3. Problemas maternos psicológicos
4. Conflictos infantiles
5. Impacto ante el nacimiento

Esto llevaría a considerar a la maternidad como una situación de especial sensibilidad. Es interesante saber que a partir de ese año se incorporó dentro de la problemática social, el ítem de la violencia familiar, barrial, policial o el tener familiares presos como posibles causantes de estrés para la madre. Se observó que la mayor detección de conflictos infantiles y de problemáticas físicas y/o psicológicas se debió a las mejoras del modelo de entrevista y a un mejor abordaje por parte del equipo de trabajo, pues el diálogo emerge cuando se ayuda a ordenar las emociones suscitadas por el proceso de maternaje, ofreciendo a la madre la posibilidad de reconstruirlos.

Finalmente, en nuestros días, el trabajo a nivel psicológico va más allá de un diván y un espacio individual, pues está integrado con todas las áreas dentro de un nosocomio, trasladándose a los ambientes donde se encuentra la madre en recuperación o velando por la mejoría de su bebé, atiende a las familias durante su permanencia brindando charlas, tamizando y derivando cuando se requiere de atención especializada.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

El propósito inmediato fue ampliar y profundizar el conocimiento que se tiene de la población materna frente a la variable sentimiento de soledad. Por lo que, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) está considerada como una investigación cuantitativa, básica y de alcance (tipo) descriptivo, que siguió un diseño no experimental, contó con estrategia asociativa configurándose como un estudio comparativo, transversal (Ato y Benavente, 2013). Por tanto, se analizó la relación entre variables y sus diferencias al tener dos grupos de participantes diferenciadas por la condición de salud de su recién nacido, en un período específico de tiempo, priorizando determinar un número exacto de casos existentes.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio tuvo una duración de ocho meses desde su aprobación y aplicación. Todos los procedimientos de recolección de datos tuvieron lugar en el Instituto Nacional Materno Perinatal, entre diciembre del 2018 y julio del 2019.

3.3. Variable

La variable de estudio es el “*Sentimiento de soledad*”: Experiencia desagradable, en relación a una insatisfacción a nivel interpersonal, que afecta a dos factores: la intimidad con los otros y la sociabilidad.

Así mismo, se consideraron variables intervinientes, que contribuyeron a un mejor conocimiento de la muestra de estudio (Ver Anexo 1 y Anexo 2)

3.4. Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por las madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Así mismo, y con fines prácticos, se requirió contar con la participación de madres puérperas por parto vaginal o cesárea, cuyos recién nacidos no demandaban hospitalización.

Para la base muestral se procesó los resultados de 148 madres cuyos recién nacidos figuraron como ingresos diarios en la UCIN, del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, desde el mes de diciembre 2018 a julio 2019. Es así que, con la finalidad de comparar, se abordó a 145 madres de recién nacidos que no requirieron hospitalización. Por lo tanto, la unidad muestral estuvo representada por cada madre de recién nacido con y sin hospitalización (Carrasco, 2005).

El muestreo que se empleó fue el no probabilístico, intencional, ya que, se procuró elegir y analizar casos que respondieron a los dos grupos de comparación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), logrando identificar objetivamente las características de las participantes (Carrasco, 2005), es así que, al tener una muestra representativa, se procedió a determinar y contrastar los resultados.

a) Criterios de inclusión:

- Ser madre de un recién nacido con y sin hospitalización neonatal dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal
- Ser madre en condición de evaluación dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal
- Paciente que exprese su consentimiento para participar del estudio (Ver Anexo 4)

b) Criterios de exclusión:

- Ser paciente gestante o ginecológica

- Madre en estado de reposo absoluto, bajo efectos de la anestesia o que físicamente presente complicaciones para la evaluación
- Paciente que no acepte participar del estudio
- Madre con alteraciones en el desarrollo o manifestaciones psicopatológicas

Descripción de las participantes

A continuación, en la Tabla 1, se podrán observar las características más relevantes de las madres consultadas. Esta información está organizada en relación con los objetivos específicos que permitieron ordenar posteriormente los resultados.

Según variables sociodemográficas, se reporta que las madres de recién nacidos con y sin hospitalización, en su mayoría son adultas jóvenes (57%). Las adolescentes representan con mínimos valores a las madres de ambos grupos (1.3% - 8.3%). Respecto al lugar de residencia, el 77% del total reside en Lima Metropolitana y a su vez son peruanas, mientras que el menor porcentaje son aquellas madres que viven en Lima Metropolitana con nacionalidad extranjera (10%). En torno a la relación de pareja, el 91% manifiesta tenerla. El apoyo recibido por parte del padre del recién nacido es constante para el total (91%), el recibido por familiares directos es mayor en aquellas cuyos bebés no requirieron hospitalización (85.5%), mientras que el apoyo de familiares políticos es reconocido por aproximadamente la mitad de madres (53%), finalmente, el apoyo recibido de amistades no es representativo para el 71% de participantes.

En tanto, según las variables relacionadas a la experiencia materna reciente, se muestra que más de la mitad de consultadas con bebés no hospitalizados (54.5%) presenta la condición de multiparidad situación que se proyecta al total (52%). De acuerdo al conocimiento de su salud gestacional y con ello la salud de su bebé, las madres en general afirmaron haberlo tenido (75%), sin embargo, el segundo grupo lo refirió al 97.2%. Con relación al tipo de parto, el 83.1% de madres con recién nacidos hospitalizados presentaron

un parto prematuro, mientras que casi la totalidad de madres con bebés sin hospitalización tuvieron un parto a término (93.8%). El tiempo para el reencuentro madre – bebé varió en el primer grupo, ya que, el 66.9% lo hizo entre al segundo y tercer día luego del parto, mientras que el 95.9% de madres pertenecientes al segundo grupo lo hizo en el primer día. Así mismo, es importante señalar que el 93% del total de madres entrevistadas comprendieron los reportes que a diario brindan los médicos acerca de la salud de su recién nacido.

Observamos además variables ligadas a la experiencia en UCIN. Encontrando que el 92% de madres no manifiestan experiencias anteriores en dichos ambientes; sin embargo, en aquellas madres que, si las vivenciaron, el 9.7% actualmente no tiene un bebé hospitalizado frente a un 6.1% que nuevamente atraviesa dicha condición. Respecto al primer grupo, al momento de la entrevista, el 54.7% tuvo a su bebé hospitalizado de dos a tres semanas, seguido de un 27% que llevaba de cuatro a más semanas y un 18.2% que seguía su evolución en su primera semana. Así mismo, un gran porcentaje (75%) refirió haber interrumpido sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, atender el hogar y/o dispersarse) debido a su permanencia en los ambientes de UCIN, en tanto el 25% mantuvo su rutina y a la vez acudió a visitar a su bebé.

Finalmente, se observa que, de acuerdo a los antecedentes médicos ginecológicos, en el primer grupo de madres el 31.8% experimentó pérdidas gestacionales en comparación al 25.5% de las madres del segundo grupo. Por otro lado, gran parte del universo de madres consultadas no refieren experiencias de neonatos fallecidos (96%).

Tabla 1*Descripción de la muestra*

		Con hospitalización f = 148 (%)	Sin hospitalización f = 145 (%)	Total f = 293 (%)
Grupo etario	Adolescente (≤ 17)	2 (1.3%)	12 (8.3%)	14 (5%)
	Adulta joven (18 – 29)	83 (56%)	85 (58.6%)	168 (57%)
	Adulta intermedia (≥ 30)	63 (42.6%)	48 (33%)	111 (38%)
Residencia	Lima Peruana	109 (73.6%)	117 (80.7%)	226 (77%)
	Lima Extranjera	16 (10.8%)	12 (8.3%)	28 (10%)
	Provincia	23 (15.5%)	16 (11%)	39 (13%)
Relación de pareja	Si	136 (91.9%)	132 (91%)	268 (91%)
	No	12 (8.1%)	13 (9%)	25 (9%)
Apoyo del padre del recién nacido	Si	135 (91.2%)	132 (91%)	267 (91%)
	No	13 (8.8%)	13 (9%)	26 (9%)
Apoyo de familiares directos^a	Si	116 (78.4%)	124 (85.5%)	240 (82%)
	No	32 (21.6%)	21 (14.5%)	53 (18%)
Apoyo de familiares políticos^b	Si	75 (50.7%)	81 (55.9%)	156 (53%)
	No	73 (49.3%)	64 (44.1%)	137 (47%)
Apoyo de amistades^c	Si	43 (29.1%)	42 (29%)	85 (29%)
	No	105 (70.9%)	103 (71%)	208 (71%)
Paridad	Primípara	74 (50%)	66 (45.5%)	140 (48%)
	Múltipara	74 (50%)	79 (54.5%)	153 (52%)
Conocimiento de su salud gestacional	Si	79 (53.4%)	141 (97.2%)	220 (75%)
	No	69 (46.6%)	4 (2.8%)	73 (25%)
Tipo de parto	Prematuro	123 (83.1%)	9 (6.2%)	132 (45%)
	A término	25 (16.9%)	136 (93.8%)	161 (55%)
Tiempo de espera para el reencuentro	En el primer día	49 (33.1%)	139 (95.9%)	188 (64%)
	Durante el segundo día	44 (29.7%)	4 (2.8%)	48 (16%)
	A partir del tercer día	55 (37.2%)	2 (1.4%)	57 (19.5%)
Comprensión de reportes médicos	Si	136 (91.9%)	137 (94.5%)	273 (93%)
	No	12 (8.1%)	8 (5.5%)	20 (7%)
Experiencia anterior en UCIN	Si	9 (6.1%)	14 (9.7%)	23 (8%)
	No	139 (93.9%)	131 (90.3%)	270 (92%)
Tiempo de hospitalización neonatal	Una semana	27 (18.2%)	-	-
	De dos a tres semanas	81 (54.7%)	-	-
	De cuatro semanas a más	40 (27%)	-	-
Interrupción de actividades	Si	111 (75%)	-	-
	No	37 (25%)	-	-
Experiencia de pérdidas gestacionales	Si	47 (31.8%)	37 (25.5%)	84 (28.7%)
	No	101 (68.2%)	108 (74.5%)	209 (71.3%)
Experiencia de bebés fallecidos	Si	8 (5.4%)	4 (2.8%)	12 (4%)
	No	g140 (94.6%)	141 (97.2%)	281 (96%)

Nota. (a) Abuelos, padres, hermanos, primos, tíos o sobrinos; (b) Suegros, cuñados o concuñados; (c) Iglesia, barrio o trabajo

3.5. Instrumentos

a) Se empleó una Ficha Sociodemográfica I, con el fin de describir a la población de estudio (Ver Anexo 1). Para ello, se delimitaron: grupo etario, residencia, relación de pareja, experiencia anterior en UCIN, comprensión de reportes médicos, **interrupción de actividades debido a la hospitalización de su recién nacido**, tiempo de espera para el reencuentro con su recién nacido, paridad, experiencias de pérdidas gestacionales o nacidos fallecidos, **tiempo de hospitalización de su neonato al realizar la entrevista**, fuentes de apoyo, tipo de parto y el conocimiento del estado de salud de su bebé durante la gestación. La recolección de estos datos se presentó como parte de un tamizaje rutinario.

b) Con la finalidad de describir al grupo comparativo, se empleó la Ficha Sociodemográfica II, la cual consideró los indicadores de la anterior ficha, a excepción de dos que hacen referencia a la condición hospitalaria del neonato (Ver Anexo 2)

c) Escala de Soledad de UCLA

- Denominación del instrumento: UCLA Loneliness Scale (Versión 3), validada por Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García de Cecilia (2016).
 - Nombres y apellidos del autor: D.W. Russell
 - Año y país de creación: 1996, University of California at Los Angeles
 - Objetivo de la evaluación: Medición de la sensación de soledad (sentirse solo)
 - Cantidad de ítems: Diez
 - Forma de aplicación: Individual o Colectivo
 - Forma de calificación: Escala Likert, teniendo un mínimo de 1 y un máximo de 4
- (1) AM: Indica: «Me siento así a menudo».
 - (2) F: Indica: «Me siento así con frecuencia».
 - (3) R: Indica: «Raramente me siento así».
 - (4) N: Indica: «Nunca me siento de ese modo».

* Para facilitar la comprensión de la forma de respuesta, se alternaron los valores numéricos por sus frases correspondientes (Ver Anexo 3)

- Validez

Tal como se aprecia en la Tabla 2, para establecer la validez de la estructura interna, los autores de la validación (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García de Cecilia, 2016) llevaron a cabo el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Es así que, en su publicación, dan cuenta que el valor de la medida de adecuación muestral KMO (0.93) es óptimo para este tipo de análisis (Kaiser, 1974). De igual manera, la prueba de Bartlett es altamente significativa ($p < 0.0001$), de modo que se confirma la presencia de factores latentes. El resultado de la extracción por componentes principales, así como por métodos como el de máxima verosimilitud, ejes principales y mínimos cuadrados, indican la existencia de un único factor, que explica el 71.6% de la variabilidad total.

Tabla 2

Análisis Factorial Exploratorio de la Prueba (AFE)

Ítem	Enunciado	Dimensión 1
1	Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	.908
2	Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	.897
3	Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	.865
4	Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	.865
5	Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	.852
6	Con qué frecuencia se siente completamente solo	.851
7	Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	.827
8	Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	.814
9	Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	.807
10	Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	.785
% varianza total explicada		71.57
Índice de Adecuación Muestral (KMO)		0.93
Prueba de esfericidad de Bartlett		($p < 0,0001$)

- La puntuación total: Mínima de 10 y máxima de 40
- Interpretación de los resultados: La puntuación total de la UCLA (Versión 3) hasta los 31 puntos, predice el estado clínico de soledad (que incluye un grado moderado o severo de soledad), mientras que las puntuaciones mayores a 32 puntos indican la ausencia del constructo.

3.6. Procedimiento

La decisión de elegir el tema y población de estudio tuvo lugar durante la realización de internado en el “Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)”, en el año 2018. Se tuvo en cuenta el comportamiento de los dos grupos comparativos, durante los meses previos a la aplicación de los instrumentos.

Obteniendo la aprobación del proyecto dentro de la Facultad de Psicología (FAPS), se acudió al área de investigación del INMP, solicitando los formatos para ingresar la documentación correspondiente. En noviembre del mismo año el proyecto fue aprobado, iniciando las coordinaciones con el asesor dentro del instituto Mag. Juan Artica Martínez, la jefa del Servicio de Psicología, Lic. Ana María Mejía Muñoz y los jefes del área de Neonatología y Servicio “E” (Puerperio).

La aplicación de pruebas se realizó desde el mes de diciembre. Dentro de UCIN y Servicio de Puerperio, siguiendo protocolos de higiene. Como parte de un seguimiento del servicio de psicología, se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos, procediendo a abordar a las madres en aproximadamente 15 minutos, no obstante, surgieron casos en los que la contención hacia su expresión emocional prolongó la estancia dentro del área. Es necesario señalar que los días sábados se concentraba mayor cantidad de madres acompañadas por sus parejas o familiares, en comparación a los demás días de la semana. Lo mismo sucedía con los horarios, las madres en el horario de informes médicos (11:00 –

12:00) solían acudir en mayor proporción. Se presentaron casos con figuras diversas: madre hospitalizada que aún no veía a su bebé, pero que al momento de la entrevista ya se encontraba en proceso de alta; otra era, aquella madre hospitalizada, estable que cada día acudía al ambiente de UCIN a recibir los informes médicos, dejar leche en el “Banco de Leche Materna” y ver a su bebé; además, las madres dadas de alta cuyos bebés habían transitado las áreas de Unidad de Cuidados Intermedios, pero su salud se vio debilitada, llegando a ser un ingreso en la UCIN; finalmente, aquellas madres dadas de alta rápidamente luego del parto, estables, cuyos bebés fueron directamente ingresados a los cuidados intensivos. En el caso del ambiente de Puerperio, las madres se encontraban dentro de los tres primeros días de parto, se encontraban acompañadas de sus recién nacidos, algunas veces amamantándolos.

En ambos grupos de madres, se realizó la presentación de la investigación (oralmente), de la investigadora y del asesor. Luego, se les consultó su deseo de participación, enfatizando que era una actividad voluntaria y anónima, ya que, su identidad sería codificada; si la madre accedía, se le leía el consentimiento informado, para finalmente solicitarle su firma. Para el llenado de la Ficha Sociodemográfica y Escala de Soledad (UCLA), se consultó si podían resolverlas autónomamente o si requerían de lectura por parte de la investigadora. Se presentaron casos en los que se invitó a las madres a reservar una cita en el área de consulta externa – psicología y acudir a las escuelas para familias dentro de la UCIN.

3.7. Análisis de datos

Los datos recogidos fueron tabulados y organizados en matrices a través del programa Excel 2018. Se realizó la verificación de los datos antes de importarlos al programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. En ese sentido, para la mejora de la calificación e interpretación de los resultados se recodificó la forma de respuesta mejorando la comprensión

y dirección de las puntuaciones (1= Nunca; 2= Raramente; 3= Con frecuencia y 4= A menudo).

Al realizar nuevamente un análisis de exploración para conocer la variabilidad de los datos (diagrama de caja y bigotes), se identificaron casos con puntuaciones extremas a la media en ambos grupos. Se procedió a retirarlos para evitar algún tipo de sesgo o error que pudiera afectar los análisis posteriores (N = 293).

Tomando en cuenta las características del instrumento empleado: población de destino (adulto mayor), fue necesario desarrollar evidencias de validez basadas en el contenido, esto se logró a través del cálculo de la V Aiken y sus Intervalos de Confianza (Merino y Livia, 2009); se empleó el método de evaluación por jueces expertos en el ámbito psicométrico y atención de la población de estudio.

Primer procedimiento

Los jueces evaluaron la calidad que mostraron los ítems para representar al constructo: sentimiento de soledad. Las categorías de consulta fueron: la relevancia, referida a la importancia del ítem dentro de la prueba; la coherencia, donde el reactivo guarda relación a la única dimensión del instrumento y, finalmente, la claridad como el nivel de comprensión en la redacción, logrando la receptividad de la muestra al instrumento (Cohen et al., 2011). El valor promedio de cada ítem respecto a las tres categorías se sintetizó en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2018. En seguida, a través del programa compilado en Visual Basic 6.0 (Merino y Livia, 2009), se procedió a ingresar los siguientes datos: la calificación promedio, la calificación mínima y máxima en la escala y, la cantidad de los jueces participantes. Es así, como se obtuvo el coeficiente V de Aiken bajo un intervalo de confianza al 95%. Se siguió el estándar de máxima exigencia (Merino y Livia, 2009) tomando en observación a todos los

ítems cuyos rangos mínimos sean inferiores al .70 (Charter, 2003), ya que, en comparación al coeficiente de validez, no encuentran la misma representatividad. (Ver Tabla 4)

Segundo procedimiento

Teniendo en cuenta los resultados y recomendaciones anteriores, se procedió a realizar una segunda consulta, con los mismos jueces. Se indicó que los reactivos persiguen la descripción de la variable “Sentimiento de soledad”, resaltando que esta segunda versión buscaba ser la más cercana a la aplicación. (Ver Tablas 5 y 6)

A continuación, se desarrollaron evidencias de validez basada en la estructura interna del instrumento, a través del análisis factorial confirmatorio (AFC) el cual se llevó a cabo a través del programa AMOS v. 24, con el objetivo de confirmar la estructura inicial de la prueba y contrastar con los resultados obtenidos en el AFE de la validación de referencia (Velarde et al., 2016). (Ver Tabla 8)

Toda vez que se obtuvieron evidencias de validez respecto a la estructura interna del instrumento, se estimó la confiabilidad a través del coeficiente omega. (Ver Tabla 9)

Además, se consiguió realizar la baremación de la escala para este estudio utilizando como puntos de cohorte los percentiles 33 y 66, agrupando los datos en las categorías presencia mínima, nivel moderado y nivel severo. (Ver Tabla 10)

El análisis descriptivo se plasmó en tablas de frecuencia de doble entrada según objetivos y exploraciones. Primero, se emplearon parámetros de estadística descriptiva: medida de tendencia central (media) y medida de dispersión (desviación estándar) para conocer el comportamiento de las puntuaciones en ambos grupos y por cada ítem de la escala (Ver Tabla 11). Luego, se pudieron conocer las frecuencias y porcentajes en torno a la prevalencia del sentimiento de soledad, de forma global y por grupos de comparación (Ver Tabla 12 y Figura 1). En ese sentido, al contar con variables categóricas (nominales y ordinales) se procedió a realizar el contraste de hipótesis general mediante el Chi Cuadrado

de Homogeneidad (Ver Tabla 13). Este resultado invitó a extender el análisis a los indicadores de la escala, pudiendo además conocer los porcentajes de las formas de respuesta según la condición de comparación (Ver Tabla 14). Finalmente, se describieron los resultados según variables sociodemográficas, variables vinculadas a la experiencia materna reciente, variables relacionadas a la hospitalización neonatal y antecedentes médicos ginecológicos (Ver Tablas 15,16, 17 y 18).

3.8. Consideraciones éticas

Para la ejecución del estudio, se tomó de referencia documentos de gran importancia en el campo bioético, muchos de ellos formulados a partir del Código de Núremberg (Mainetti, 1989), como la Declaración de Helsinki (AMM, 2017) e Informe Belmont (1979), así como, el Código de ética y deontología (2018) del Colegio de Psicólogos del Perú (CPsP).

En ese sentido, es preciso mencionar cuatro principios fundamentales seguidos en esta investigación, resaltando que, para la recolección de datos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Servicio de Puerperio, se tuvo en cuenta la autorización de la institución, autoridades competentes y el consentimiento informado de las participantes, expresándoles que el documento resuelto era de carácter anónimo y confidencial, siendo útil sólo para los fines de estudio. De este modo, a cada participante se le asignó un código de identificación dentro de la base de datos, el mismo que se ubicó en sus hojas de respuestas (Ver Anexos 1, 2, 3 y 4).

- Autonomía: La cual se expresó mediante la firma del consentimiento informado de las madres que aceptaron formar parte del estudio de investigación de manera voluntaria.

- Beneficencia: El estudio se dirigió a la atención de la percepción que tiene la madre sobre su estado emocional durante su estancia en la UCIN, servicio de puerperio y el contexto en el que se desarrolló.

- No maleficencia: Se expresó la abstención intencional de realizar acciones que puedan perjudicar a los recién nacidos o a sus madres; se evitó quitarle mucho tiempo a la interacción madre-hijo, empleando una escala breve para la medición de la variable.

- Justicia: Se demostró un trato adecuado a cada madre con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad biológica, social o cultural.

IV. Resultados

En el presente capítulo se describe toda la información hallada, organizándose en función a los objetivos mencionados. En un primer momento se presentarán las evidencias de validez y confiabilidad, posteriormente la descripción de las variables de control respecto a ambos grupos de comparación.

4.1. Propiedades psicométricas Escala de Soledad (UCLA)

4.1.1. Validez

4.1.1.1. Validez de contenido. La Tabla 3, nos muestra las características de los nueve expertos consultados, siete de ellos con actividad en el sector de salud pública (INMP), conocedores del comportamiento diario de la población, y dos, con experiencia en metodología de investigación y análisis de datos (docentes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal). En referencia al sexo, las cantidades para ambos grupos no difieren. Sobre el grado académico alcanzado, se contó con dos doctores, cinco maestros y dos bachilleres en psicología.

Tabla 3

Distribución de los jueces por sexo, lugar de desempeño, grado académico y años de experiencia

	Sexo		Lugar de desempeño		Grado académico		Años de experiencia
	Hombre	Mujer					
Jueces	4	5	Sector público	7	Bachiller	2	6 -35
			Docente universitario	2	Magister	5	
					Doctor	2	

En ese sentido, los nueve jueces emitieron sus consideraciones sobre el comportamiento de cada uno de los reactivos frente a las categorías “Relevancia”, “Coherencia” y “Claridad” con valores que oscilaron entre 0= Nada, 1= Poco, 2= Medida exacta y 3= Totalmente relevante. Cabe señalar que este es el primer paso para emplear el programa Visual Basic para la V de Aiken (Merino y Livia, 2009).

La Tabla 4, nos indica que los valores de los ítems 1 y 5 no alcanzaron el nivel de exigencia (Charter, 2003) respecto a la importancia de considerarlos dentro de la prueba. Sus intervalos de confianza al 95%, fueron menores al .70, no obstante, estas diferencias pudieron deberse a otros componentes de los reactivos. Respecto a la segunda categoría, se atiende a los reactivos 1, 5 y 8, ya que, no alcanzaron el nivel mínimo de exigencia (Charter, 2003) sobre su relación lógica con la única dimensión del instrumento; sin embargo, esta relación parcial pudo estar influida por elementos lingüísticos observados posteriormente. La tercera columna, nos refiere la mayor cantidad de observaciones realizadas por los expertos sobre la claridad, sobre el poco entendimiento, búsqueda de sinónimos o descontextualización de los términos, en relación a la población de estudio. Estos valores tienen un mínimo de .374 hasta un máximo de .677, encontrándose por debajo de lo requerido ($> .70$) (Charter, 2003).

Tabla 4*Coefficiente V de Aiken e intervalo de confianza según categorías*

Ítem	V	Relevancia IC al 95%	Coherencia IC al 95%	Claridad IC al 95%
1	.813	.631 - .917	.677 - .942	.631 - .917
2	.963	.818 - .994	.767 - .980	.767 - .980
3	.963	.818 - .994	.818 - .994	.875 - 1
4	.963	.818 - .994	.875 - 1	.875 - 1
5	.74	.552 - .868	.631 - .917	.591 - .893
6	.927	.767 - .980	.818 - .994	.818 - .994
7	.89	.721 - .962	.767 - .980	.677 - .942
8	.89	.721 - .962	.631 - .917	.374 - .725
9	.927	.767 - .980	.818 - .994	.875 - 1
10	.963	.818 - .994	.818 - .994	.677 - .942

Como observamos, los ítems señalados (1, 5, 7, 8 y 10) obtuvieron un límite de confianza menor a lo esperado. En ese sentido, se propuso un segundo proceso de observación por jueces, donde se evaluaron los mismos criterios a la espera de que los índices inferiores sobrepasaran el límite exigido (Merino y Livia, 2009).

La Tabla 5, representa las modificaciones que fueron consideradas para el segundo juicio de expertos. Como características principales se encuentran la direccionalidad de la redacción (en primera persona), la combinación de acciones descritas (ítems 7 y 10) y el cambio de género (femenino). Estos cambios se orientaron a crear una mayor personalización del reactivo, creando una mayor relación con la variable de estudio.

Tabla 5*Sugerencias sobre la redacción de los ítems para la segunda revisión*

Ítems Escala UCLA (Versión 3) Validada por Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García de Cecilia (2016)	Ítems propuestos en base al primer juicio de expertos
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	Con qué frecuencia me siento infeliz haciendo tantas cosas sola
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	Con qué frecuencia siento que no tengo a nadie con quien hablar
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	Con qué frecuencia siento que no puedo tolerar sentirme sola
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	Con qué frecuencia siento que nadie me entiende
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	Con qué frecuencia espero que alguien me llame o escriba
Con qué frecuencia se siente completamente solo	Con qué frecuencia me siento completamente sola
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos	Con qué frecuencia me siento incapaz de comunicarme con los que me rodean
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	Con qué frecuencia siento la necesidad de sentirme acompañada
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	Con qué frecuencia se me hace difícil hacer amigos
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	Con qué frecuencia me siento alejada de los demás

En la Tabla 6, apreciamos que, del total de observaciones sobre la relevancia del ítem, el número 4, muestra un intervalo inferior al .70. Merece ser observado durante la recolección de datos y posterior análisis de constructo. Por otro lado, los ítems 1 y 5, luego de ser modificados en su redacción, elevan sus valores y coeficiente. Nos indica que su presencia dentro de la medición del constructo es importante.

Respecto a la coherencia se muestra que el ítem 5 presenta un intervalo inferior menor al .70, pero mayor a su anterior calificación (.631 - .917). Por ese motivo, interesa ver su evolución durante la fase de recolección y procesamiento de datos. En

ese sentido, los ítems 1 y 8, elevan considerablemente sus intervalos, respecto a su primera evaluación.

Finalmente, de acuerdo con la claridad, observamos diferencias considerables respecto al primer acuerdo de jueces. Los valores resultantes de los ítems 1, 5, 7, 8 y 10, fueron mayores a los de la primera calificación, superando el valor de .70, exigido para el límite inferior del IC. Sólo el ítem 5 obtuvo un valor ligeramente por debajo del índice inferior permitido (.70).

Tabla 6

Segundo coeficiente V de Aiken e intervalo de confianza referente a la Relevancia, Coherencia y Claridad de los ítems

Ítem	V	Relevancia IC al 95%	Coherencia IC al 95%	Claridad IC al 95%
1	.927	.767 - .980	.767 - .980	.767 - .980
2	.89	.721 - .962	.721 - .962	.767 - .980
3	.89	.721 - .962	.721 - .962	.767 - .980
4	.853	.677 - .942	.721 - .962	.767 - .980
5	.927	.767 - .980	.677 - .942	.677 - .942
6	.927	.767 - .980	.767 - .980	.767 - .980
7	.89	.721 - .962	.721 - .962	.767 - .980
8	.89	.721 - .962	.767 - .980	.767 - .980
9	.927	.767 - .980	.767 - .980	.767 - .980
10	.89	.721 - .962	.767 - .980	.767 - .980

4.1.1.2. Validez de constructo. A través del programa AMOS y empleando el método de máxima verosimilitud, se evaluaron las cargas factoriales de los 10 indicadores de la escala. Dichos estimadores corroboraron la estructura unidimensional del constructo. No obstante, se observó que los indicadores 8 y 9 cuyos contenidos se vinculan a aspectos de interrelación social obtuvieron valores por debajo de lo esperado (.395 - .323), a pesar de lo mencionado por Kline sobre las estimaciones en este tipo de análisis (1994, citado en Morales, 2011); así que debido

al aporte que tuvieron estos indicadores a nivel de contenido se decidió mantenerlos, teniendo en cuenta que no afectan los indicadores de fiabilidad del instrumento.

Tabla 7

Estimación de las cargas factoriales estandarizadas

Indicador		Cargas factoriales
1	→ F1	.595
2	→ F1	.593
3	→ F1	.640
4	→ F1	.660
5	→ F1	.463
6	→ F1	.742
7	→ F1	.558
8	→ F1	.395
9	→ F1	.323
10	→ F1	.449

Así mismo, en la Tabla 8, se aprecia que el modelo que representó a la versión original del instrumento inicialmente no cumplió con los ajustes de bondad sugeridos, por lo que, siguiendo las recomendaciones del índice de modificación, se enlazaron los errores correlacionados de los ítems 9 y 10, además del ítem 9 y 7. Encontrándose índices de ajuste estadísticos pertinentes: El primero cumplió con un valor menor a 2 ($X^2/df = 1.784$) considerado aceptable (Tabachnick y Fidell, 2007), el segundo índice obtuvo un valor menor a .06 (Hu y Bentler, 1999), en cuanto al CFI, el valor encontrado fue mayor a 0.95 (Hu y Bentler, 1999), por último, el valor del AIC es menor al del primer modelo (Caballero, 2011).

Tabla 8*Índices de ajuste – Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)*

Modelos	X ² /gl	RMSEA	CFI	AIC
Modelo 1 (Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García de Cecilia, 2016)	2.321	0.066	.931	121.229
Modelo 2 (Correlación de errores ítem 9 y 10/ 9 y 7)	1.784	0.051	.961	102.8

Nota. X²/gl = Chi cuadrado/grado de libertad, RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación, CFI = Índice de ajuste comparativo, AIC = Criterio de Akaiken

4.2. Fiabilidad

En la Tabla 9, se observa que el valor que se obtuvo a través del coeficiente omega fue de .80 (> .70), lo cual indicó una adecuada consistencia interna. Se entiende entonces que este cálculo responde adecuadamente a un número reducido de ítems (McDonald, 1999), usando únicamente sus cargas factoriales (Gerbing y Anderson, 1988).

Tabla 9*Confiabilidad de las puntuaciones Escala de soledad UCLA (Versión 3)*

Número de ítems	Coficiente omega
10	.80

4.3. Baremación

La Tabla 10 muestra que, dentro de las múltiples posibilidades de baremación, se optó por usar los percentiles 33 y 66 como referentes de proporcionalidad, permitiendo que los valores directos se ubicasen en tres categorías. Es así que, para presencia mínima, el puntaje mínimo fue 10 y el máximo 16, los puntajes directos entre 17 y 20 indicaron un nivel moderado y aquellos valores mayores a 21 señalaron un nivel severo del sentimiento de soledad.

Tabla 10*Conversión de puntajes directos a categorías*

Percentiles	P.D	Categoría
	10 – 16	Presencia mínima
33	17 – 20	Nivel moderado
66	21 – 34	Nivel severo

4.4. Análisis descriptivo comparativo

La Tabla 11 muestra la distribución que tuvieron los estadísticos descriptivos en relación con las puntuaciones obtenidas, según los grupos de comparación e ítems de la escala empleada. Dentro del grupo de madres con recién nacidos hospitalizados la media fue de 18.42 y la desviación estándar 5.6, en tanto para el grupo de madres con bebés no hospitalizados la media fue 18.28 y su desviación estándar 4.2. Continuando, en relación a los ítems, en el primer grupo se observan valores más sobresalientes ($M= 1.52$, $DE= 0.685$ – $M=2.20$, $DE= 0.797$) que en el segundo ($M= 1.46$, $DE= 0.589$ – $M= 2.33$, $DE= 0.708$). Por último, los valores más bajos a nivel global resultaron para el ítem “*Con qué frecuencia me siento completamente sola*” ($M= 1.61$, $DE= .78$) y los mayores para “*Con qué frecuencia siento la necesidad de sentirme acompañada*” ($M= 2.49$, $DE= 1.05$).

Tabla 11*Estadísticos descriptivos por grupos de comparación e ítems de la Escala UCLA*

Variable e indicadores	Con hospitalización M (DE)	Sin hospitalización M (DE)	Global M (DE)
Sentimiento de soledad en madres de recién nacidos	18.42 (5.6)	18.28 (4.2)	18.35 (4.9)
Con qué frecuencia me siento infeliz haciendo tantas cosas sola	1.72 (.747)	1.81 (.670)	1.82 (.84)
Con qué frecuencia siento que no tengo a nadie con quien hablar	1.64 (.739)	1.67 (.635)	1.70 (.81)
Con qué frecuencia siento que no puedo tolerar sentirme sola	1.76 (.759)	1.73 (.719)	1.83 (.91)
Con qué frecuencia siento que nadie me entiende	1.80 (.719)	1.72 (.620)	1.82 (.81)
Con qué frecuencia espero que alguien me llame o escriba	1.82 (.797)	1.92 (.782)	1.98 (.97)
Con qué frecuencia me siento completamente sola	1.68 (.710)	1.46 (.589)	1.61 (.78)
Con qué frecuencia me siento incapaz de comunicarme con los que me rodean	1.80 (.728)	1.64 (.653)	1.77 (.82)
Con qué frecuencia siento la necesidad de sentirme acompañada	2.20 (.797)	2.33 (.708)	2.49 (1.05)
Con qué frecuencia se me hace difícil hacer amigos	1.52 (.685)	1.66 (.729)	1.64 (.83)
Con qué frecuencia me siento alejada de los demás	1.66 (.686)	1.61 (.679)	1.69 (.80)

Nota. f = 293**4.4.1. Prevalencia del sentimiento de soledad**

La Tabla 12, nos muestra que la presencia mínima del sentimiento de soledad reunió al 40% del total de madres encuestadas, seguido del nivel severo que agrupó al 31% y finalmente el nivel moderado que fue experimentado por el 29% de madres.

Tabla 12

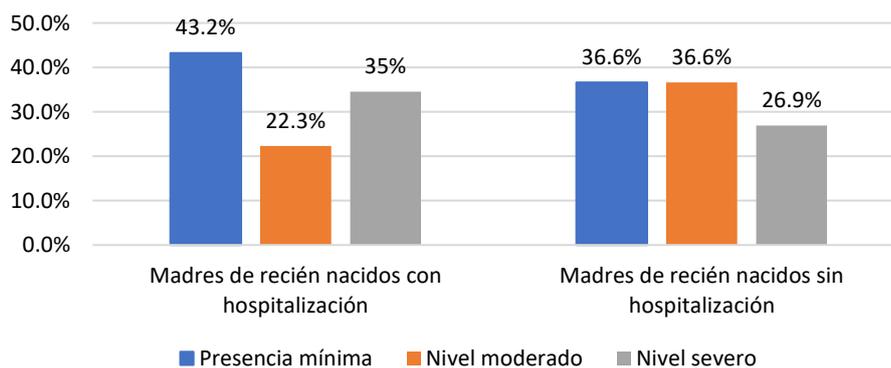
Niveles del sentimiento de soledad en la totalidad de madres

	f	%
Presencia mínima	117	40
Nivel moderado	86	29
Nivel severo	90	31

La Figura 9, grafica que los mayores porcentajes en ambos grupos correspondieron a la presencia mínima del sentimiento de soledad (43.2% - 36.6%). Así mismo, el nivel moderado fue mayor en el grupo de madres de recién nacidos no hospitalizados (36.6%), mientras que el nivel severo en el de madres de recién nacidos que requirieron hospitalización (35%).

Figura 9

Niveles del sentimiento de soledad por grupos de comparación



4.4.2. Comparación del sentimiento de soledad

De acuerdo con los resultados, en la Tabla 13, se aprecia que se utilizó el Chi Cuadrado de Homogeneidad (X^2) con la finalidad de contrastar la hipótesis general del estudio. Encontrándose que entre las proporciones correspondientes a cada nivel en ambos grupos de comparación existen diferencias significativas ($p \leq .05$).

Tabla 13

Comparación del sentimiento de soledad

Grupos de madres	N	X^2	gl	p
Sin hospitalización	145	7.255	2	.027
Con hospitalización	148			

Nota. * $p \leq .05$.

4.4.3. Análisis de los indicadores

Considerando los resultados anteriores y en busca de mayor exploración de la data, se procedió a trabajar con las formas de respuesta y proporciones de cada indicador en base a la prueba Chi Cuadrado de Homogeneidad (X^2). Así, en la Tabla 14, observamos que ante los indicadores 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 10 las madres de recién nacidos hospitalizados respondieron mayormente “Con frecuencia–A menudo”. En tanto, en los indicadores 5, 8 y 9 son las madres con bebés no hospitalizados quienes respondieron así. Sólo se corroboraron diferencias a nivel de X^2 respecto a los grupos de comparación, en el caso de los indicadores: 1: “me siento infeliz haciendo tantas cosas sola” ($X^2 = 7,006$; $p = .030^*$), 2: “siento que no tengo a nadie con quien hablar”

($X^2 = 9.048$; $p = .011^*$) y 6: “me siento completamente sola” ($X^2 = 9.516$, $p = .009^{**}$).

Tabla 14

Distribución porcentual de la forma de respuesta y χ^2 de homogeneidad

	Hospitalización ^a	Nunca (%)	Rara vez (%)	Con frecuencia – A menudo (%)	X^2 de Homogeneidad
Ítem 1	Si	45.9%	36.5%	17.6%	7,006*
	No	33.8%	51.7%	14.5%	
Ítem 2	Si	52%	32.4%	15.5%	9.048*
	No	42.1%	49%	9%	
Ítem 3	Si	43.2%	37.2%	19.6%	0.911
	No	42.8%	41.4%	15.9%	
Ítem 4	Si	37.8%	44.6%	17.6%	5.340
	No	37.2%	53.8%	9%	
Ítem 5	Si	41.9%	33.8%	24.3%	1.715
	No	34.5%	38.6%	26.9%	
Ítem 6	Si	45.9%	39.9%	14.2%	9.516**
	No	59.3%	35.9%	4.8%	
Ítem 7	Si	38.5%	43.2%	18.2%	4.758
	No	45.5%	44.8%	9.7%	
Ítem 8	Si	23.6%	33.1%	43.2%	4.786
	No	13.8%	39.3%	46.9%	
Ítem 9	Si	58.8%	30.4%	10.8%	3.042
	No	49%	35.9%	15.2%	
Ítem 10	Si	45.9%	41.9%	12.2%	0.411
	No	49.7%	39.3%	11%	

Nota. (a) Responde a las madres consultadas según condición hospitalaria de su recién nacido; * $p \leq .05$.; ** $p \leq .01$.

A continuación, se mostrarán los resultados concernientes a los objetivos específicos, donde además de hacer lectura de los tres niveles resultantes de la baremación también se podrá apreciar una propuesta: la condición de riesgo. Esta categoría agrupará a aquellas madres que vivenciaron el sentimiento de soledad en su nivel moderado y severo, requiriendo especial atención ante la necesidad de una oportuna intervención.

4.4.4. Los Niveles del sentimiento de soledad según variables sociodemográficas

La Tabla 15, permite conocer que los porcentajes en el nivel severo del sentimiento de soledad de las madres adolescentes y adulta intermedias del primer grupo (50%; 39.7%), fueron mayores a las del segundo (25%; 20.8%). Mientras que, más de la mitad de las adultas jóvenes de ambos grupos se encontraron experimentando una condición de riesgo del sentimiento de soledad (57.8% - 60%).

Las madres con bebés hospitalizados que residen en LM tanto peruanas como extranjeras vivenciaron mayoritariamente presencia mínima del sentimiento de soledad (43.1% - 56.3%), mientras que, el nivel severo se acentuó en aquellas residentes en provincia (56.5%). Diversa distribución presenta el segundo grupo, donde el 39.3% de madres residentes en LM peruanas manifestaron un nivel moderado, mientras que las residentes en LM extranjeras y de provincia alcanzaron un mayor porcentaje del nivel severo (41.7% - 43.8%).

Continuando, se visualiza que dentro del grupo de madres con recién nacidos hospitalizados aquellas que mantenían una relación de pareja, presentaron mayor porcentaje de presencia mínima de soledad (46.3%); contraria fue la situación de aquellas que no contaban con el soporte de pareja, ya que, su condición de riesgo fue del 91.7%. En el segundo grupo, las proporciones son contrarias, puesto que las manifestaciones del sentimiento de soledad en su nivel moderado se presentaron en un 37.1% en madres con pareja, mientras que para aquellas sin pareja fue la presencia mínima (46.2%).

El detalle del apoyo recibido por los grupos sociales también se detalla. Reportándose que una mayor presencia mínima del sentimiento de soledad la presentaron aquellas madres de recién nacidos hospitalizados que contaron con el apoyo del padre o pareja (45.9%), mientras que las que no contaron con dicho

respaldo se agruparon en una condición de riesgo al 84.6%. Por otro lado, las madres del segundo grupo que contaron con el apoyo de la pareja presentaron mayor porcentaje en el nivel moderado (37.9%), seguido de la presencia mínima (36.4%); sin embargo, aquellas sin ese apoyo se encontraron en una condición de riesgo al 61.6%.

Las madres del primer grupo que contaron con el soporte de familiares directos presentaron mayor porcentaje de presencia mínima de soledad (40.5%) en comparación de las del segundo grupo (35.5%). Además, observando a las madres que no contaron con dicho respaldo, fueron aquellas con bebés hospitalizados las que vivenciaron un mayor nivel severo del sentimiento de soledad (34.4%) frente a las del segundo grupo (14.3%).

Además, podemos observar que las madres del primer y segundo grupo que reconocieron haber tenido el apoyo de familiares políticos mostraron mayor presencia mínima del sentimiento de soledad (49.3% - 42%). En tanto las que no percibieron dicho soporte reunieron porcentajes altos en una condición de riesgo, siendo las madres del segundo grupo las que recibieron mayor atención (70.4%) frente a las del primer grupo (63%).

Terminando, se muestra que la presencia mínima del sentimiento de soledad fue mayor en las madres con bebés hospitalizados que contaron con el apoyo de amistades respecto a aquellas cuyos bebés no requirieron de hospitalización (44.2% - 35.7%). La carencia de dicho apoyo significó que en ambos grupos la condición de riesgo fuese notoria, siendo el segundo grupo el que más lo vivenció (57.1% - 63.1%).

Dentro de este grupo, sólo las diferencias porcentuales entre los niveles del sentimiento de soledad según el lugar de residencia se pudieron reafirmar al emplear el Chi Cuadrado de Homogeneidad hallando diferencias entre sus proporciones ($X^2 = 10.738$; $p = .030^*$).

Tabla 15

Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables sociodemográficas

	Sentimiento de soledad						X ² de Homogeneidad
	Con hospitalización			Sin hospitalización			
	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	
Grupo etario							
Adolescente	50%	0	50%	16.7%	58.3%	25%	0.484
Adulta joven	42.2%	27.7%	30.1%	40%	29.4%	30.6%	
Adulta intermedia	44.4%	15.9%	39.7%	35.4%	43.8%	20.8%	
Residencia^a							
LM – P	43.1%	24.8%	32.1%	37.6%	39.3%	23.1%	10.738*
LM – E	56.3%	25%	18.8%	41.7%	16.7%	41.7%	
Provincia	34.8%	8.7%	56.5%	25%	31.3%	43.8%	
Relación de pareja							
Si	46.3%	20.6%	33.1%	35.6%	37.1%	27.3%	1.634
No	8.3%	41.7%	50%	46.2%	30.8%	23.1%	
Apoyo del padre del recién nacido							
Si	45.9%	21.5%	32.6%	36.4%	37.9%	25.8%	3.480
No	15.4%	30.8%	53.8%	38.5%	23.1%	38.5%	
Apoyo de familiares directos							
Si	40.5%	25%	34.5%	35.5%	35.5%	29%	2.252
No	53.1%	12.5%	34.4%	42.9%	42.9%	14.3%	
Apoyo de familiares políticos							
Si	49.3%	18.7%	32%	42%	30.9%	27.2%	4.919
No	37%	26%	37%	29.7%	43.8%	26.6%	
Apoyo de amistades							
Si	44.2%	27.9%	27.9%	35.7%	31%	33.3%	0.001
No	42.9%	20%	37.1%	36.9%	38.8%	24.3%	

4.4.5. Los niveles del sentimiento de soledad según variables vinculadas a la experiencia materna reciente

La Tabla 16, señala que de acuerdo con la paridad las madres que experimentaron su primer parto y, a la vez la hospitalización neonatal, vivenciaron mayor presencia mínima del sentimiento de soledad (44.6%), en tanto aquellas madres primíparas con bebés no hospitalizados se agruparon en el nivel moderado con un

40.9%. Así mismo, las madres multíparas del primer grupo presentaron un mayor porcentaje en el nivel severo de soledad (40.5%) respecto a las madres del segundo grupo (20.3%).

Siguiendo, se aprecia que las madres de ambos grupos que contaron con información de su salud gestacional durante sus controles vivenciaron mayor presencia mínima del sentimiento de soledad (46.8% - 36.9%). Mientras que aquellas que no obtuvieron referencias de su estado gestacional llegando a tener a su bebé hospitalizado experimentaron un mayor porcentaje del nivel severo de soledad (36.2%) frente a las madres con bebés no hospitalizados (25%).

Por otro lado, las madres que tuvieron un parto prematuro que resultó en una hospitalización neonatal vivenciaron mayor presencia mínima de soledad (50.4%), frente a aquellas que con un parto a término experimentaron el nivel severo del sentimiento (48%). No obstante, en el grupo de madres cuyos bebés no fueron hospitalizados, pero que nacieron con un grado de prematurez el nivel severo fue mayor (33%), en comparación a las que tuvieron un parto a término (26.5%).

De acuerdo con los reportes médicos, las madres del primer grupo que sí consiguieron comprenderlos vivenciaron una mayor presencia mínima del sentimiento de soledad (43.4%) respecto a las del segundo grupo (38.7%). En ese sentido, aquellas madres que manifestaron no comprender dichos reportes teniendo a su bebé hospitalizado reunieron mayor porcentaje a nivel severo (41.7%) en comparación a aquellas con recién nacidos no hospitalizados (37.5%).

En el caso de las madres del primer grupo, aquellas que vieron a sus bebés durante el segundo día de hospitalización experimentaron mayor presencia mínima del sentimiento de soledad al igual que aquellas que los vieron en el primer día (47.7% - 46.9%). No obstante, respecto a la severidad de la soledad, son aquellas

madres que se reencontraron con sus bebés a partir del tercer día las que obtuvieron mayor porcentaje (40%).

Se hallaron diferencias muy significativas entre los niveles del sentimiento de soledad según el tipo de parto experimentado por las madres ($X^2 = 14.183$; $p = .001^{**}$)

Tabla 16

Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables vinculadas a la experiencia materna reciente

	Sentimiento de soledad						X ² de Homogeneidad
	Con hospitalización			Sin hospitalización			
	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	
Paridad							
Primípara	44.6%	27%	28.4%	24.2%	40.9%	34.8%	3.304
Múltipara	41.9%	17.6%	40.5%	46.8%	32.9%	20.3%	
Conocimiento de su salud gestacional							1.186
Si	46.8%	20.3%	32.9%	36.9%	36.2%	27%	
No	39.1%	24.6%	36.2%	25%	50%	25%	
Tipo de parto							14.183**
Prematuro	50.4%	17.9%	31.7%	33.3%	33%	33%	
A término	8%	44%	48%	36.8%	36.8%	26.5%	
Comprensión de reportes médicos							2.034
Si	43.4%	22.8%	33.8%	38.7%	35%	26.3%	
No	41.7%	16.7%	41.7%	0	62.5%	37.5%	
Tiempo de espera para el reencuentro							7.252
En el primer día	46.9%	24.5%	28.6%	-	-	-	
Durante el segundo día	47.7%	18.2%	34.1%	-	-	-	
A partir del tercer día	36.4%	23.6%	40%	-	-	-	

4.4.6. Los niveles del sentimiento de soledad según variables relacionadas a la hospitalización neonatal

Como podemos observar, en la Tabla 17 se detalla que las madres de ambos grupos que anteriormente experimentaron una hospitalización neonatal, al momento de la evaluación presentaron mayores porcentajes de presencia mínima del sentimiento de soledad (44.4% - 64.3%). Sin embargo, respecto al nivel severo son las madres con un recién nacido hospitalizado por primera vez las que vivenciaron mayor porcentaje (34.5%) que aquellas que hasta el momento no lo han experimentado (27.5%).

Observamos también que aquellas madres que vieron interrumpidas sus actividades a partir de la hospitalización de su recién nacido, se agruparon en una mayor condición de riesgo (58.5%) respecto a aquellas que no consideraron haber alterado su rutina (51.3%).

En torno a las madres del primer grupo, se observa que los porcentajes de la presencia mínima del sentimiento de soledad decrecieron a mayor tiempo de hospitalización del neonato (59.3%, 46.9% y 25%), mientras que la condición de riesgo aumentó progresivamente (40.7%, 53.1% y 75%).

Tabla 17

Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según variables relacionadas a la hospitalización neonatal

	Sentimiento de soledad						X ² de Homogeneidad
	Con hospitalización			Sin hospitalización			
	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	
Experiencias anteriores en UCIN							
Si	44.4%	22.2%	33.3%	64.3%	14.3%	21.4%	3.111
No	43.2%	22.3%	34.5%	33.6%	38.9%	27.5%	
Interrupción de actividades							
Si	41.4%	23.4%	35.1%	-	-	-	0.645
No	48.6%	18.9%	32.4%	-	-	-	
Tiempo de hospitalización							
Una semana	59.3%	18.5%	22.2%	-	-	-	8.932
Dos a tres semanas	46.9%	21%	32.1%	-	-	-	
Más de cuatro semanas	25%	27.5%	47.5%	-	-	-	

4.4.7. Los niveles del sentimiento de soledad según antecedentes médicos ginecológicos

La Tabla 18 indica que gran porcentaje de las madres de recién nacidos hospitalizados con antecedentes de pérdidas gestacionales y fallecimientos neonatales se agruparon en una condición de riesgo (66% - 87.5%) frente a aquellas que no contaron con dichas experiencias (52.4% - 55%). Respecto al segundo grupo, la condición de riesgo fue mayor en aquellas madres con antecedentes de pérdidas gestacionales (64.8%) y en aquellas que dentro de su historia no contaron con fallecimientos neonatales (63.9%).

Finalmente, en este grupo de variables sólo se hallaron diferencias significativas entre las proporciones de los niveles del sentimiento de soledad según la experiencia de pérdidas gestacionales en la historia de las madres ($X^2 = 8.332$; $p = .016^*$).

Tabla 18

Porcentajes de los niveles del sentimiento de soledad según antecedentes médicos ginecológicos

	Sentimiento de soledad						X ² de Homogeneidad
	Con hospitalización			Sin hospitalización			
	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	Presencia mínima (%)	Nivel moderado (%)	Nivel severo (%)	
Pérdidas gestacionales							
Si	34%	14.9%	51.1%	35.1%	32.4%	32.4%	8.332*
No	47.5%	25.7%	26.7%	37%	38%	25%	
Fallecimientos neonatales							
Si	12.5%	37.5%	50%	50%	50%	-	1.373
No	45%	21.4%	33.6%	36.2%	36.2%	27.7%	

V. Discusión de resultados

En la presente sección se contrastan los resultados obtenidos en torno a la variable de estudio junto a hallazgos previos y el marco teórico consultado. Es importante mencionar que el propósito principal del estudio fue realizar una comparación del sentimiento de soledad experimentado por las madres que enfrentaron la hospitalización de su bebé y aquellas cuyos recién nacidos se encontraron estables al nacer, tanto a nivel descriptivo como al establecer diferencias significativas. En ese sentido, se utilizó un instrumento que contó con adecuadas propiedades psicométricas, válido y confiable en otros contextos, que fue sometido a un análisis estadístico a partir de nuestros datos, generando evidencia de validez a nivel de contenido y constructo; además, fueron las variables sociodemográficas, variables vinculadas a la experiencia materna reciente, variables relacionadas a la hospitalización neonatal y antecedentes médicos ginecológicos, las que permitieron llevar a cabo comparaciones sustanciales de acuerdo al comportamiento de la variable en ambos grupos de madres consultadas.

Es oportuno precisar que en nuestro contexto el sentimiento de soledad en la etapa de puerperio ha sido gradualmente visibilizado, siendo presentado en reportes como una manifestación relacionada a estados de estrés, ansiedad, depresión o blues materno (Cuny, 2001; Alzamora y Rodriguez, 2014; Aguilar, 2013; Rico, 2014; Aranda 2017; Moreno, 2019) o mediante la realización de estudios psicométricos (Ventura-León et al., 2017; Ventura-León, y Caycho, 2017). Sin embargo, en contextos internacionales, en especial el estadounidense, español y colombiano, las revisiones se han ido incrementando debido al preocupante estado de la salud mental, el cuidado del propio ser y el riesgo que supondría padecer de soledad.

Teniendo en cuenta ello, en el presente estudio se procuró cumplir adecuados procedimientos éticos, en diferentes momentos de la investigación, con la finalidad de

asegurar no sólo la calidad de la data recogida, sino también la pertinencia de cada análisis. La recolección de datos se dio de forma planificada, en un espacio de confidencialidad, tranquilidad y escucha para que las madres pudiesen responder a la ficha sociodemográfica y al instrumento, teniendo presente las características del trabajo de campo en ambos ambientes de hospitalización. La aplicación individual, permitió que las madres obtuviesen respuestas oportunas a sus dudas, generando compromiso en su participación, ya que, en algunos casos se vio necesario realizar derivaciones a consulta externa de psicología del hospital.

Con respecto a la **validez de contenido** y atendiendo a la medición objetiva de la variable de estudio se comprobó que en estudios previos el juicio a través de expertos fue realizado con la finalidad de reducir dificultades en la comprensión de los reactivos (Cuny, 2001; Sagrario, 2008; Cardona et al, 2010; Buz y Prieto, 2013), sin embargo, dichas valoraciones no precisaron de un coeficiente con evidencia cuantificable, como lo es el coeficiente V de Aiken (Merino y Livia, 2009), utilizado en la propuesta actual y donde los reactivos presentaron adecuados valores ($.70 \leq$), culminando en una propuesta de redacción dirigida en primera persona a una población estrictamente femenina.

Por otro lado, la **validez de constructo** a través del análisis factorial exploratorio en instrumentos que miden el "*Sentimiento de soledad*", fue reportada por diversos autores, en poblaciones diversas a la estudiada aquí, resultando en propuestas que apoyan la unidimensionalidad (Buz y Prieto, 2013; Arimoto y Tadaka, 2019), tal como sucede con la validación de la Escala UCLA (Versión 3) de Velarde-Mayol et al. (2016) tomada como referencia para la recolección de nuestros datos; así como también la multidimensionalidad (López et al. 2014; Borges et al. 2008; Cardona et al. 2010; Cerquera et al. 2013) respaldada por algunas propuestas teóricas (DiTomasso y Spinner, 1993; Sagrario, 2008). Considerando lo anterior, a través del AFC se pudo corroborar la pertinencia de una sola dimensión ($X^2/gl =$

1.784; RMSEA = 0.051; CFI= .961; AIC= 102.8) en el estudio del sentimiento de soledad en madres de recién nacidos.

Continuando, la decisión de utilizar la Escala de UCLA Versión 3, se dio tomando en cuenta los resultados de diversos estudios, que, si bien tuvieron muestras distintas, corroboran lo encontrado en esta investigación no sólo respecto a la validez, sino también a lo concerniente a la **fiabilidad**. Ejemplo de ello es lo visto en contextos americanos (Rokach, 2004; Cardona et al, 2010; Cerquera et al, 2013) y europeos (López et al, 2014; Velarde-Mayol et al. 2016), donde a través del coeficiente Alfa de Cronbach los valores oscilaron entre 0.84 - 0.95, siendo considerados como muy aceptables.

A través del mismo coeficiente, Moreno (2019), Ramos (2019) y Arimoto y Tadaka (2019), evidenciaron que las pruebas que emplearon para evaluar a las madres durante su etapa puerperal presentaron adecuados niveles de consistencia ($\alpha= 0.77$; $\alpha= 0.88-0.77$; $\alpha= 0.92$); en tanto, en el presente estudio se optó por utilizar el coeficiente omega que también demostró un valor adecuado de fiabilidad ($\Omega= .80$) al analizarse las cargas factoriales estandarizadas de los ítems, teniendo presente el número reducido de ítems.

Finalmente, la organización de respuestas en niveles como se planteó (**baremos**), ha sido compartida en estudios referidos a aspectos emocionales vulnerantes que vivenciaron las mujeres frente a la maternidad (Moreno, 2019 y Ramos, 2019) permitiendo obtener mayor detalle de un posible riesgo en su interacción. No obstante, la opción de dicotomizarlas realizando un diagnóstico de presencia o ausencia del sentimiento de soledad ha sido considerada en reportes con poblaciones diversas a la aquí estudiada, donde también se empleó la Escala UCLA (Velarde et al. 2015; López et al. 2014; Borges et al. 2008; Sagrario, 2018).

Compartiendo lo descrito por Rokach (2004), que enmarca la experiencia del embarazo y el puerperio como procesos únicos e irrepetibles para la mujer y el contexto

familiar, debido a que se reestructuran muchas de sus actividades, se pensaría que la experiencia del sentimiento de soledad variaría entre ambos estados; sin embargo, Geller (2004) al analizar las respuestas de mujeres gestantes y no gestantes, en una comunidad latina, frente a la Escala de UCLA, no reportó diferencias entre sus puntuaciones medias de soledad. Entonces, se presumiría que dichas diferencias se presenten en la etapa de puerperio bajo ciertas condiciones, tal y como sucedió en nuestro análisis, observándose que los valores en el grupo de madres con bebés hospitalizados ($M= 18.42$, $DE= 5.6$) fueron mayores a los del segundo grupo, donde las madres tuvieron a sus bebés sin mayor complicación ($M=18.28$, $DE= 4.2$).

El sentimiento de soledad

Este preámbulo conlleva a resaltar la importancia de conocer el comportamiento de un fenómeno que, aunque en sí mismo no pueda considerarse una emoción, su complejidad subjetiva equivaldría a un determinado estado del alma (Rico, 2014), naturalmente relacionado a la condición humana (Cuny, 2001) y que según afirma Rokach (2004) y Kent-Marvick et al. (2020), se acrecentaría en etapas como la maternidad, donde la valoración de la persona en sí misma frente a su entorno se hace más evidente. Esto se puede reforzar con lo hallado en el presente estudio, donde el sentimiento de soledad se vivenció en el 60% de participantes, a nivel moderado y severo. Porcentaje significativo tomando en cuenta la posible afectación de la labor materna durante los primeros días de vida del recién nacido.

Dicho resultado se extendió al comparar ambos grupos de madres, señalando que si bien la soledad está relacionada a transiciones de la vida como lo es la nueva maternidad (Lee et al. 2017), pueden existir eventos o circunstancias que la precipiten (Peplau y Perlman, 1998), en este caso, el tener a un bebé en condiciones delicadas de salud que exijan mantenerlo hospitalizado. Este panorama se evidenció en nuestros resultados dado que el 35% de las madres de este grupo experimentaron el nivel severo del sentimiento de soledad

frente a un 26.9% del otro grupo. Esto se asocia a lo encontrado por Ramos (2019), donde el 53.3% de madres con bebés en observación, presentó indicadores elevados del estrés parental y donde la dimensión “Relación con el niño y papel de padres” fue considerada como una categoría extremadamente estresante o con los puntajes más altos como lo menciona Palma et al. (2017) o Aranda (2017) que al estudiar el comportamiento de la ansiedad y depresión en padres con hijos hospitalizados, reportó que el 87.5% atravesaba por dichos estados emocionales.

Sin embargo, tomando en cuenta lo complejo de definir a la soledad, y entendiendo que no hay una sola causa universal que la explique (Peplau y Perlman, 1998) se precisa que el 36.6% de madres con bebés no hospitalizados, presentó un nivel moderado del sentimiento de soledad, cifra mayor a la del primer grupo (22.3%), esta realidad desde un punto general podría indicar que a nivel descriptivo el sentimiento de soledad no distinguiría condición hospitalaria.

Ambas situaciones ponen de manifiesto que la soledad es posible dentro de cualquier actividad relacional que posibilite la creación y evaluación de lazos (Rico, 2014) dentro de circunstancias de cuidado y necesidad, considerando importante la intensidad de la experiencia (Lee et al. 2017).

Esta precisión abre paso a la contrastación de la hipótesis general de estudio (H1: *Existen diferencias significativas en la prevalencia del sentimiento de soledad entre las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal*), la cual fue corroborada a nivel de diferencias significativas. Quiere decir que la condición de salud del bebé sí genera variación estadística entre las proporciones de los niveles del sentimiento de soledad vivenciado por las madres ($X^2 = 7.255$; $p = .027^*$). Con esta evidencia se apoya lo declarado por Peplau y Perlman (1998) sobre la intensidad del sentimiento de soledad, debido a que en muchas ocasiones las personas que atraviesan

situaciones de crisis evalúan su propia situación como peor que la de sus compañeras, creando una desventaja en su actuación. Sumado a ello, Aguilar (2013) señaló que la salud del recién nacido fue un factor que influyó notoriamente en el estado emocional de la madre (experiencia de estrés, ansiedad o depresión), así como en la reorganización de la familia.

Estos análisis llevaron a examinar, a mayor detalle, las respuestas de las madres ante los indicadores de la Escala UCLA, tomando en consideración lo expuesto por Jopling y Sserwanja (2016) sobre la necesidad de mejorar la redacción y coherencia de las preguntas en los diversos instrumentos referidos a la soledad.

Es así como en tres indicadores se encontraron diferencias significativas, las cuales fueron reforzadas por el primer grupo al haber respondido en mayor porcentaje “*Con frecuencia*” y “*A menudo*” a situaciones como: “*Me siento infeliz haciendo tantas cosas sola*”, realidad abordada por Arimoto y Tadaka (2019) quienes señalan que la soledad se ve influida por la calidad de las relaciones interpersonales y los intercambios que surjan. En este caso, el cumplimiento de diversas actividades y el desgaste emocional frente a la hospitalización neonatal podría estar siendo asumido únicamente por la madre. El segundo reactivo, se refirió al aspecto comunicativo y social de la soledad (Pyle y Evans, 2018) y aunque en relación a eso, Moustakas (1990) sostuvo que las mujeres mantienen mayor contacto con su red de amigos, la realidad dentro de este grupo fue diversa, sintiendo que “*Con frecuencia no tenían a nadie con quien hablar*”. Finalmente, ante la experiencia de estar separada de su bebé, sumado a la posibilidad de sentirse excluida, careciendo de sentido de integración, las madres respondieron “*Sentirse completamente solas*”, esto trajo a contraste la posición de que son las mujeres quienes conservan mucho mejor los lazos de parentesco que los hombres (Moustakas 1990).

Ante la diversidad de elementos asociados a la experiencia de soledad y en especial atención, aquellas variables psicológicas, demográficas y probablemente culturales (Cuny,

2001) que intervienen en esta propuesta, se plantearon objetivos específicos que respondieron al propósito de comparación entre ambos grupos de madres.

Sentimiento de soledad y edad

Si bien la edad cronológica dentro de la psicología ha sido tomada como un referente maduracional, existen condiciones como la soledad que a lo largo de la literatura ha demostrado afectar a diversos grupos etarios (Cerquera et al. 2013), sin discriminar, considerando bajas probabilidades de que las personas “nunca” la hayan vivenciado (Pyle y Evans, 2018). Esta afirmación se apoya en la investigación de Arimoto y Tadaka (2019), donde no se encontraron diferencias significativas entre el sentimiento de soledad y la edad, al evaluar a madres con bebés y niños pequeños o Ramos (2019) que tampoco confirmó una relación significativa entre las dimensiones de estrés en UCIN y la edad de las madres. En este estudio se siguió dicha tendencia, sin embargo, las madres adolescentes y adultas intermedias con bebés hospitalizados presentaron mayor nivel severo de soledad en comparación al otro grupo, reforzando así planteamientos como que los padres jóvenes se encontrarían en mayor riesgo de experimentar soledad frente a la paternidad (Kent-Marvick et al. 2020) teniendo en cuenta que para los adolescentes la hospitalización neonatal es un evento totalmente inesperado y desconocido (Solano, 2012), pero también lleva a contrastar lo encontrado por Moreno (2019) donde las madres adolescentes con bebés sin hospitalización presentaron mayor riesgo de Blues Materno o el reporte de Geller (2004) en el que las mujeres embarazadas de mayor edad estuvieron más solas que la población en general.

Sentimiento de soledad y residencia

La consulta de residencia tuvo una variante al inicio de la aplicación debido a la creciente demanda de atención hospitalaria por parte de mujeres emigrantes. Se añadió la celda “*extranjera*” para identificarlas como residentes en Lima con una nacionalidad

diferente, lo cual significó acrecentar el deseo de conocer si finalmente se apoyaría lo propuesto por Peplau y Perlman (1998) quienes afirmaban que las normas sociales pueden afectar la tendencia a sentirse solo. Y es precisamente en este factor donde se hallaron diferencias significativas, coincidiendo así en que el espacio social en el que interactúan las madres usuarias del INMP obtiene gran relevancia y debería ser tomado en cuenta al explorar otros constructos como, por ejemplo, el blues materno (Moreno, 2019). Por otra parte, nuestra evidencia discrepa de lo reportado por Aranda (2017), al estudiar la depresión y ansiedad y Cardona et al. (2010) ante el estudio del sentimiento de soledad, al no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre estos fenómenos y la procedencia.

Sentimiento de soledad y relación de pareja

El hecho de tener la compañía de una pareja en una etapa crucial como la maternidad, generó una interesante lectura al asociarla con el sentimiento de soledad, a pesar de no haber considerado el estado civil. Este es el caso de las madres con bebés hospitalizados, donde aquellas con pareja presentaron menos intensidad de soledad que las que refirieron no tenerla, tal y como lo expresa Pyle y Evans (2018) al realizar una revisión en la población inglesa en general. Así mismo, fue interesante encontrar que, en las madres del segundo grupo, aquellas con pareja refirieron un nivel moderado del sentimiento de soledad, mientras que las solteras mayoritariamente vivenciaron una presencia mínima. Esto lleva a considerar que una relación afectiva no siempre es garantía de protección ante la soledad y que existen factores como el desempleo que pueden poner a prueba la satisfacción conyugal, aumentando el conflicto. (Peplau y Perlman, 1998).

Sentimiento de soledad y redes de apoyo

Conociéndose que en ningún caso se registró la falta de apoyo, se puede decir que las redes detalladas a continuación, representaron una fuente de contención para todas las madres.

El apoyo recibido de parte del *padre del recién nacido* significó un importante soporte para las madres de recién nacidos hospitalizados, sin embargo, para las madres del segundo grupo, el nivel moderado de soledad dio cuenta de que, a pesar de contar con este apoyo, existe una deficiente conexión a su labor materna (Lee et al. 2017). Con todo ello, en las madres de ambos grupos, que no recibieron este respaldo, la condición de riesgo se acrecentó. Esta realidad coincide con lo hallado por Moreno (2019) que reportó mayor incidencia del blues materno en aquellas mujeres que no contaron con el apoyo de la pareja.

Teniendo en cuenta que ante la llegada de un bebé las madres reorganizan sus redes sociales, priorizando los lazos familiares (Lee et al. 2017) y considerando que el apoyo emocional proporcionado por la familia se configura como un pilar para afrontar la hospitalización de un recién nacido (Mechán 2015), se detalla que en el presente estudio la ausencia de apoyo de *familiares directos* hacia el primer grupo de madres intensificó su experiencia del sentimiento de soledad respecto al segundo grupo.

Por otro lado, al consultar por el apoyo de *familiares políticos* se pretendió extender el foco de consideración que las madres pudieran tener en su estado de puerperio, encontrándose que, ante su ausencia, las madres con bebés sin hospitalización presentaron una mayor condición de riesgo de soledad. Esto lleva a asumir la existencia de dificultades en su convivencia que terminan acentuando su experiencia.

En torno al grupo de *amistades*, se tuvo como antecedente la propuesta de que las personas con menor sentido de pertenencia a su vecindario informaron sentirse más solas a menudo (Pyle y Evans, 2018), pudiendo corroborarlo, ya que, el no contar con dicho apoyo supuso una mayor condición de riesgo para ambos grupos de madres.

Sentimiento de soledad y paridad

Considerando lo sugerido por Aguilar (2013) al explorar las reacciones emocionales de las madres con bebés hospitalizados dentro de la Maternidad de Lima, se realizó la

comparación entre las madres primíparas y multíparas. No se hallaron diferencias significativas al igual que Palma et al. (2017) en su estudio sobre el estrés parental en UCIN o Geller (2004) en su análisis de la soledad con gestantes. Sin embargo, rescatando que la hospitalización neonatal es una realidad de verdadero conflicto (Alzamora y Rodriguez, 2014) se encontró que las madres multíparas con bebés hospitalizados presentaron mayor severidad de soledad en relación a las del segundo grupo. En tanto, lo propuesto por Jopling y Sserwanja (2016) donde se considera vulnerables a los padres primerizos, se diferencia de lo vivenciado por las madres del primer grupo, pero concuerda con la experiencia de aquellas con bebés no hospitalizados.

Sentimiento de soledad y conocimiento de la salud gestacional

La recopilación de información indica que el control prenatal es un indicador de responsabilidad que asume la madre o la pareja ante la llegada de su bebé. Sin embargo, esta realidad no eximiría que las mujeres experimenten soledad. Es por ello que para este apartado se tomó en consideración la planificación del embarazo, buscando comprender al igual que Lee et al. (2017) si las discrepancias entre la maternidad esperada y la real daban lugar a sentimientos de soledad. Entendiendo ello, en el primer grupo de madres que no contaron con información previa sobre el estado delicado de su bebé, el nivel severo de soledad fue mayor al de aquellas, con el mismo desconcierto, pero que finalmente no vieron a sus bebés hospitalizados. Esto se comparte con lo descrito por Ocampo (2013) al indicar que la hospitalización neonatal casi siempre toma por sorpresa a los padres; o Moreno (2019) al señalar que las madres que no planifican su embarazo cuentan con mayor incidencia de blues materno, a pesar de que sus bebés no presenten afectaciones.

Sentimiento de soledad y tipo de parto

Considerando al primer grupo de madres, el comportamiento del nivel severo del sentimiento de soledad se acrecentó cuando mayor fue la maduración de la gestación. Esto

podría entenderse como “lo inesperado” de una hospitalización (Lee et al., 2017), debido a emergencias propias del final del embarazo o a dificultades que no requerían de una intervención temprana. Esta situación se invirtió en el segundo grupo, ya que, aquellas mujeres que tuvieron un parto prematuro experimentaron mayor severidad de soledad en comparación de las que lograron un parto a término, esto evidencia que, a pesar de tener a sus bebés junto a ellas, existieron motivos de preocupación y una evaluación negativa de sus relaciones y lazos afectivos, llegando a valorarlas de forma deficiente (Kent-Marvick et al., 2020). Es así como estos resultados se confirmaron de manera significativa.

Sentimiento de soledad y comprensión de reportes médicos

El propósito de considerar la consulta se debió al hecho de hallarnos en un contexto netamente médico, donde, respaldando a Solano (2012) las madres le asignan un valor significativo a toda la información que los profesionales les brindan respecto a la salud de su bebé. Así, se evidenció que las madres al no comprender los reportes médicos diarios vivenciaron mayormente los niveles moderado y severo del sentimiento de soledad, siendo mayor la intensidad en el grupo con bebés hospitalizados. Lo mencionado difiere del reporte de Palma et al. (2017) que indica que la relación con el personal sanitario no tendría mayor relevancia en el estrés presentado por los padres dentro de una UCIN, pero a su vez se apoya de la importancia que le otorga Ocampo (2013) a la relación que entablan las madres con el cuerpo médico. Por ello, es importante crear lazos que brinden sosiego, donde se transmita información de forma realista, sin perder la sensibilidad, evitando el uso redundante de tecnicismos (Oiberman, 2013) debido que para los padres resulta ser una experiencia muy estresante (Ramos, 2019).

Sentimiento de soledad y tiempo de espera para el reencuentro

Se considera que el reencuentro no solo depende de la salud del neonato, sino también de la estabilidad física y emocional de la madre, pues significa autoconfrontarse con su rol

materno. Tomando en cuenta al primer grupo, el nivel severo de soledad fue mayor en aquellas que experimentaron el reencuentro luego de tres días de haber dado a luz, es decir, esta separación pudo traducirse en angustia y ansiedad por conocer al bebé (Oiberman, 2013); además, de experimentar sentimientos de abandono y culpa al no poder verlos en el momento deseado (Alzamora y Rodriguez, 2014; Alvarado, 2015) generando, como en las adolescentes, un miedo constante a una nueva separación si dieran muestras de inexperiencia en el cuidado (Solano, 2012). Ante esta realidad, se hace necesario que las madres reciban un continuo acompañamiento emocional frente al reencuentro con su bebé, dado que aquellos padres que tempranamente participan en el cuidado diario obtienen mayores recursos y seguridad para ejercer su rol (Ocampo, 2013).

Sentimiento de soledad y experiencia anterior en UCIN

De forma general las madres del primer grupo que anteriormente habían experimentado la hospitalización de uno de sus recién nacidos vivenciaron el sentimiento de soledad de forma mínima, en comparación a aquellas madres que por primera vez enfrentaron una hospitalización neonatal, agrupándose en el nivel severo de soledad. Este porcentaje a su vez fue mayor al de aquellas que hasta ese momento no habían enfrentado esa realidad. Nuestra evidencia se contrapone a lo que plantea Jopling y Sserwanja (2016) al expresar que aquellas personas que habían experimentado más eventos de vida negativos tienden a exhibir baja competencia y a su vez mayor soledad. Así mismo, a nivel psicométrico, se considera beneficioso seguir explorando las vivencias vulnerables en esta población, al encontrarse en un riesgo particularmente alto de soledad (Arimoto y Tadaka, 2019).

Sentimiento de soledad e interrupción de actividades

Esta sección estuvo referida a las madres del primer grupo, observándose que el 75% vio interrumpida su rutina ante la hospitalización de su bebé, pues el tiempo proyectado para un regular posparto se extendió, dejándolas sin mayor elección que acompañar a su recién

nacido y experimentando mayor riesgo de soledad (58.5%). Y es que si bien Vega (2006) considera que la presencia de una persona fuertemente decidida a la recuperación neonatal contribuiría al éxito de muchos casos, también otros referentes indican que la permanencia de la madre como acompañante, la somete a una desintegración temporal en su convivencia familiar (Alzamora y Rodríguez, 2014). En ese contexto, el desempleo se avizora como un elemento de exposición a la soledad, tal y como lo comparten Peplau y Perlman (1998) o Pyle y Evans (2018), al estimar que las personas tendrían mayores posibilidades de denunciar la soledad “*A menudo*” o “*Siempre*”. Esto demuestra lo favorable de no perder la continuidad en espacios donde se valore la funcionalidad de la madre.

Sentimiento de soledad y tiempo de hospitalización neonatal

Al igual que Aranda (2017) en su estudio de la ansiedad y depresión o Ramos (2019) al explorar el estrés parental en UCIN, no se encontraron diferencias significativas, pero sí se detectaron variaciones descriptivas. Se reporta así que las madres entrevistadas cuando el bebé tenía más de cuatro semanas en la UCIN presentaron mayor condición de riesgo de soledad que aquellas consultadas durante la primera semana. Ello confirma a Aguilar (2013), al decir que la relación familiar se ve muy afectada durante la estancia hospitalaria, pues las madres enfrentan un constante conflicto con sus posibilidades, llegando a sentirse solas la mayor parte del tiempo (Jopling y Sserwanja, 2016). Esto debido a que físicamente la pareja o familiares ya no la acompañan, pues volvieron a retomar sus actividades o porque llegan a tener una visión más completa de los ambientes de hospitalización (Palma et al. 2017) donde los sentimientos se ven alterados según la evolución del bebé.

Sentimiento de soledad y experiencia de pérdidas gestacionales y bebés fallecidos

Finalmente, se atendió a las experiencias de vida que pudieran afectar las expectativas maternas sobre el actual bebé, ya que, esta valoración podría interferir en el estado emocional de la madre. Esta premisa fue confirmada significativamente al referirse sólo a los

antecedentes de pérdidas gestacionales y su relación con el sentimiento de soledad. Sin embargo, se detalla que la condición de riesgo prevaleció en las madres del primer grupo que vivenciaron tanto pérdidas gestacionales como fallecimientos neonatales. Confirmando así que la soledad es una característica particular de las vidas que experimentan múltiples adversidades (Jopling y Sserwanja, 2016).

Dentro de las limitaciones se puede considerar que el instrumento, si bien presenta adecuadas propiedades psicométricas y sensibilidad para medir la variable sentimiento de soledad, carece de una adaptación a la realidad peruana con muestras suficientemente representativas, sobre todo al considerar aspectos relacionados al contenido. Además, en la parte aplicativa hubiese sido importante involucrar al personal de salud a nivel psicoeducativo, haciéndolo participe de los riesgos que implica experimentar niveles de riesgo de soledad en la etapa de puerperio, en vista que, la estancia de las madres en los ambientes hospitalarios, la recepción de indicaciones o su labor de apoyo en la recuperación de su bebé se vería afectada.

Mencionar además que dada las características y el tamaño de la muestra, la forma como se seleccionaron a las participantes y la particularidad del estudio dentro de un contexto clínico, concentrándose en una sola institución, hacen que los hallazgos tengan una limitada posibilidad de generalización a nivel poblacional. Sin embargo, resultan importantes para entender la problemática del sentimiento de soledad en esta muestra en particular, lo cual puede llegar a convertirse en un antecedente importante al estudiar aspectos socioemocionales de la maternidad.

Culminando, estos resultados tienen implicancias no sólo para los psicólogos, sino también para los profesionales e instituciones que atienden a madres a nivel peri o posnatal, ayudando a comprender mejor su vivencia de soledad, previniendo consecuencias negativas, pero también generando y decidiendo políticas de atención apropiadas. Por ende, se considera

importante reflexionar sobre la pertinencia de tener un marco de actuación para el abordaje de las madres en caso de presentar condiciones de riesgo de soledad.

VI. Conclusiones

En esta sección, teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis planteadas y de acuerdo a los hallazgos de la presente investigación, se puede concluir que:

- La prevalencia del sentimiento de soledad encontrado en las madres atendidas dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal tanto con bebés hospitalizados como no hospitalizados, en su mayoría, representó una condición de riesgo.
- El nivel severo del sentimiento de soledad, en mayor porcentaje, fue vivenciado por las madres con bebés hospitalizados; mientras que, el nivel moderado fue experimentado mayoritariamente por aquellas madres de bebés sin hospitalización. Estas diferencias en la intensidad de la soledad fueron confirmadas estadísticamente.
- Considerando las manifestaciones exploradas a través de los ítems de la escala aplicada, se halló que las madres con bebés hospitalizados se sintieron con mayor frecuencia o a menudo “infelices haciendo tantas cosas solas”, “sin nadie con quien hablar” y “completamente solas”, en comparación a las madres con bebés saludables. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.
- A través del estudio se obtuvieron nuevas y favorables evidencias de las propiedades psicométricas de la escala, tanto a nivel de validez como de confiabilidad, teniendo en cuenta la propuesta de redacción de ítems y la comprobación de su unidimensionalidad.
- El sentimiento de soledad experimentado por las madres sólo encontró diferencias significativas al compararse con las siguientes variables: residencia, tipo de parto y

antecedentes de pérdidas gestacionales. Cabe señalar que el nivel severo fue mayor en las residentes en provincia, en las madres del primer grupo con un parto a término, en aquellas del segundo grupo con parto prematuro y en las que dentro del primer grupo refirieron tener antecedentes de pérdidas gestacionales.

- Finalmente, al comparar las demás variables, se identificó a nivel descriptivo una notable diferencia de la vivencia del sentimiento de soledad en ambos grupos de madres. Esta evidencia permite resaltar la necesidad de incorporarlas al momento de diseñar algún tipo de intervención o modelo que clasifique el sentimiento de soledad en esta población.

VII. Recomendaciones

Finalizada la investigación, se ve necesario realizar las siguientes recomendaciones:

- Diseñar y ejecutar campañas psicoeducativas sobre las vivencias de la maternidad y los escenarios que se enfrentan en este periodo sensible, tal como es la hospitalización de un bebé y los riesgos de presentar soledad en niveles de riesgo, estas estarían dirigidas tanto a las madres y familia durante su estancia hospitalaria como al personal de salud.
- Conociendo los efectos positivos del Método Canguro, se sugiere fortalecerlo en las madres con bebés prematuros, promoviendo la lactancia exclusiva y el apego seguro, con la finalidad de fortalecer y alentar su actividad de cuidado materno, la comunicación con el personal y la cooperación de la pareja o familia.
- Implementar programas de intervención a partir de los resultados de las evaluaciones de dos grupos de madres dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal, tomando en consideración el nivel de soledad experimentado y el modelo que las caracterizó durante su etapa de puerperio, propuesto en este estudio (Ver Anexos 6 y 7).
- Ampliar la exploración del comportamiento de la variable, tomando en cuenta la condición de salud de la madre según su diagnóstico, el cual podría dificultar el inicio de su rol materno, por ejemplo: Hiperemesis gravídica, Preeclampsia o Infecciones. Además, del estado de salud del recién nacido: Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIntN). Así como también comparar las posibles diferencias de la vivencia de soledad entre padres y madres.

- Entendiendo que la soledad es un fenómeno presente en las transiciones de vida del ser humano, se cree importante realizar comparaciones con variables como las estrategias de afrontamiento, autoestima, habilidades sociales o tipo de apego en las madres.
- Elaborar estudios con tamaños de muestras más representativas, que abarquen contextos regionales que permitan llevar a cabo conclusiones generalizables en la población peruana, generando mayor evidencia de las propiedades psicométricas de la Escala UCLA u otros instrumentos que exploren la soledad.
- Para la elaboración de futuras fichas de variables intervinientes en esta población, se aconseja explorar: antecedentes de depresión y soledad antes de quedar embarazada, su satisfacción conyugal, estado civil, condición socioeconómica, planificación del embarazo, trastornos psicosomáticos y del estado de ánimo presentes y su creencia religiosa.

VIII. Referencias

- Aguilar, L. (2013). *Reacciones emocionales de los padres frente a la hospitalización de su recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/13237>
- Alvarado, Y. (2015). *Sentimientos de las madres durante el tiempo de hospitalización de sus recién nacidos prematuros. Servicio de Neonatología. Hospital de Apoyo Bagua, 2014*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas”]. <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/52>
- Alzamora, C., y Rodriguez, K. (2014). *Vivencias de ser madre de niño prematuro. Hospital La Caleta, 2013*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Santa]. <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2022>
- Aquino, E. (2009). *Nivel de estrés que experimentan los padres al hospitalizar a su niño en el servicio de Neurocirugía en el Instituto Nacional del Niño*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/13111>
- Aranda, F. (2017). Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An Fac med*, 78(3), 277-280. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>
- Arimoto, A. y Tadaka, E. (2019). Reliability and validity of Japanese versions of the UCLA loneliness scale version 3 for use among mothers with infants and toddlers: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 19(105), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0792-4>
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barbenza, M y Montoya, I. (1991). El sentimiento de soledad. Su relación con los factores de personalidad de Eysenck. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(1), 101-11. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80523107.pdf>

- Borges, Á., Prieto, P., Ricchetti, G., Hernández, C., y Rodríguez, E. (2008). Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. *Psicothema*, 20(4), 924-927. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3576>
- Buz, J., y Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-3.aesd>
- Caballero, F. F. (2011). *Selección de modelos mediante criterios de información en análisis factorial. Aspectos teóricos y computacionales*. [Tesis doctoral. Universidad de Granada, España]
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E y Quintero, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, Á. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 416-427. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721012>
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica*. Lima, Perú: Editorial San Marcos
- Cerquera, A., Cala, M. y Galvis, M. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(1), 45-53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246007>
- Charter, R. A. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304. <https://doi.org/10.1080/00221300309601160>
- Clemente, J. (1969). *Historia de la soledad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). Perú http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cuny, J. (2001). Actitud y sentimiento de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de Lima. *Persona*, 1(4), 111-128. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178004>

- De Jong-Gierveld, J. (1987). Desarrollo y prueba de un modelo de soledad. *Journal Personality Social Psychology*, 53(1), 119-128. [10.1037/0022-3514.53.1.119](https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119)
- DiTomasso, E., y Spinner, B. (1993). El desarrollo y validación inicial de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA). *Personalidad y diferencias individuales*, 14(1), 127-134. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869\(93\)90182-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0191-8869(93)90182-3)
- Ferrater, J. (2011). *Diccionario de filosofía, Tomo II*. Madrid, España: Ariel
- Geller, J. (2004). Loneliness and pregnancy in an urban Latino community: Associations with maternal age and unscheduled hospital utilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 203-209. <https://doi.org/10.1080/01674820400017806>
- Gerbing, D. W. & Anderson J. C. (1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25(2), 186-192
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed). México DF, México: McGraw-Hill
- Hu, L., y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- INEI. (2020). *Perú: Nacidos vivos y Nacidas vivas con bajo peso 2015 – 2018*. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1748/libro.pdf
- INMP. (2019). *Boletín estadístico 2019*. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Jopling, K. y Sserwanja, I. (2016). Loneliness across the life course. A rapid review of the evidence. Calouste Gulbenkian Foundation UK Branch. <https://www.bl.uk/collection-items/loneliness-across-the-life-course-a-rapid-review-of-the-evidence>
- Kent-Marvick, J., Simonsen, Sara., Pentecost, R. y McFarland, M. (2020). Loneliness in pregnant and postpartum people and parents of children aged 5 years or younger: a scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 9,213. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01469-5>

- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca
- Lee, K., Vasileiou, K. y Barnett, J. (2017). “Lonely within the mother”: An exploratory study of first-time mothers’ experiences of loneliness. *Journal of Health Psychology*, 24(10), 1334-1344. <https://doi.org/10.1177%2F1359105317723451>
- López, D., Del Río, F., y Ruiz, Ana. (2014). Análisis psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (Versión 3) en una muestra de guardias civiles. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 289-294. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/527/417>
- Lorenzo-Seva, U, y Ferrando, P. (2017). Programa Factor. *Universitat Rovira i Virgili*. <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/index.html>
- Mainetti, J.A. (1989). Ética médica, Introducción histórica. *La Plata: Editorial Quirón*, 71(4)
- McDonald, R. P. (1999). Test theory: A unified treatment. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Mechán, A. (2015). *Vivencias de los padres generadas ante la hospitalización de su recién nacido prematuro en el servicio de neonatología - Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo 2015*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/471>
- Merino, C, y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711594019>
- Mijusković, B. (1985). Soledad. Libra
- Mijusković, B. (1986). Soledad, hostilidad y comunicación. *Revista de Estudios Infantiles*, 16(3), 227-240. <https://eric.ed.gov/?id=EJ344363>
- Miles, M.S, Funk, S.G, y Carlson, J. (1993). Escala de estrés parental: Unidad de cuidados intensivos neonatales. *Investigación en enfermería*, 42(3), 148-152. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006199-199305000-00005>
- MINSA. (2015). *Políticas y acciones en salud hacia el Bicentenario*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3476.pdf>

- MINSA. (2019). *Boletín Epidemiológico del Perú 2019*.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/15.pdf>
- Montero, M., López, L. y Sánchez, J. (2001). La soledad como fenómeno Psicológico: Un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24 (1), 19-27.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58212404.pdf>
- Moreno, L. (2019). *Prevalencia del Blues Materno en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2773>
- Moustakas, C. (1990). The study of loneliness. http://mitp-content-server.mit.edu:18180/books/content/sectbyfn?collid=books_pres_0&id=4330&fn=9780262730419_sch_0001.pdf
- Ocampo, M. (2013). El hijo ajeno: Vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan*, 13(1), 69-80. <http://ref.scielo.org/2spgzv>
- Oiberman, A. et al. (2013). Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal. Lugar Editorial
- Oiberman, A., y Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(3), 100-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224302>
- OMS. (2012). *Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros*.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/
- OMS. (2018). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 64(3), 415-422. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>
- Palma, E., Von, F., Morales, I., Cifuentes, J. y Ambiano, S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 332-339. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>

- Peplau, LA y Perlman, D. (1998). Soledad. *Enciclopedia de salud mental*, 2, 571-581.
<https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-98.pdf>
- Peplau, LA. y Perlman D. (1982). Perspectivas sobre la soledad. En Peplau, LA y Perlman, D. Soledad: Un libro de consulta de la teoría, la investigación y terapias actuales. *John Wiley y Sons*, 1-18
- Pyle, E. y Evans, D. (2018). Loneliness - What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?. *Office for National Statistics*, 1-19.
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10>
- Ramos, J. (2019). *Relación entre satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno Perinatal*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/11377>
- Rico, J. (2014). Hacia una historia de la soledad. *Historia y Grafía*, 42, 35-63.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/hg/n42/n42a3.pdf>
- Ríos, P y Londoño, N. (2012). Percepción de soledad en la mujer. *El Ágora USB*, 12(1), 143-164. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407736375009>
- Rodriguez, J. (2015). El sentimiento de soledad. Editorial Universidad de Sevilla
- Rokach (1988). La experiencia de la soledad: un modelo de tres niveles. *J Psychology*, 122(6), 531-544. <https://doi.org/10.1080/00223980.1988.9915528>
- Rokach, A. (2004). Giving life: Loneliness, pregnancy and motherhood. *Social behavior and personality*, 32(7), 691-702. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2224/sbp.2004.32.7.691>
- Rubio, R., y Aleixandre, M. (1999). La Escala ESTE, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatrka*, 5(9), 26-35
<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315001.pdf>
- Russell, D., Peplau, L., y Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
<https://pdfs.semanticscholar.org/9a8f/3d85de78c2fe20eda64eddfb1edaefa46d24.pdf>

- Sagrario, Y. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103-116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56080109>
- Serrano, R. (2018). Adaptación de la Escala de Soledad UCLA en mujeres en situación de violencia del estado de México. [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México] https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/106120/Serrano%20Gonzalez%20Rocio_removed.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Solano, Y. (2012). *Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11489>
- Tabachnick. B. G., y Fidell. L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: Rol y estilo personal*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
- Velarde, C., Fragua, S., y García, J. (2015). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*, 42(3), 177-183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Ventura-León, J y Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9. doi: 10.5872/psiencia/9.1.41
- Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Barboza-Palomino, M., y Cáceres-González, G. (2017). Evidencia de validez y confiabilidad de una medida de soledad en adolescentes peruanos. *Revista Evaluar*, 17(2), 126-142. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Vincenzi, H., y Grabosky. F. (1989). Measuring the emotional-social aspects of loneliness and isolation. *Loneliness. Theory, Research, and Implications*, 257-270
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.

<https://www.herdereditorial.com/psicoterapia-existencial>

Anexos

Anexo A

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA I

1. Edad

2. Llega desde...
 Lima Provincia Extranjera
3. ¿Mantiene una relación de pareja?
Si No
¿La considera estable?
Si No
4. ¿Ha vivido la experiencia de tener a un bebé hospitalizado en UCIN?
 Si ¿Cuántas? ()
 No
5. ¿Comprende las indicaciones que el médico le brinda luego de revisar a su bebé?
 Si
 No
6. Durante el tiempo de hospitalización de su bebé. ¿Ha dejado de laborar, estudiar o atender el hogar?
 Si
 No
7. Luego del parto. ¿Cuánto tiempo pasó para que pudiera ver a su bebe?
 ____ Horas
8. ¿Cuántos hijos vivos tiene? (Incluida (o) su bebé)

9. Hasta el momento, ¿Ha tenido pérdidas gestacionales / nacidos fallecidos?
 Ninguno Ninguno
 1 1
 2 – 3 2 - 3
 4 – 5 4 - 5
 6 – Más 6 – Más
10. Al día de hoy. ¿Cuánto tiempo de hospitalización tiene su bebé?
 ____ Días
11. Actualmente, recibe el apoyo de...
 Pareja
 Familiares (abuelos, padres, hermanos, primos, tíos o sobrinos)
 Familiares políticos (suegros, cuñados, con cuñados)
 Amistades cercanas (iglesia, barrio o trabajo)

¿Considera importante el apoyo recibido?
 Si
 No
12. ¿Cuántas semanas tenía su bebe cuando nació?
 27 – menos semanas
 28 – 31 semanas
 32 – 36 semanas
 37 – A más
13. ¿Conocía usted el estado de salud de su bebé durante sus controles prenatales?
 Si
 No

Anexo B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA II

1. Edad

2. Llega desde...

 Lima Provincia Extranjera

3. ¿Mantiene una relación de pareja?

Sí No

¿La considera estable?

Sí No

4. ¿Ha vivido la experiencia de tener a un bebé hospitalizado en UCIN?

 Sí ¿Cuántas? () No

5. ¿Comprende las indicaciones que el médico le brinda luego de revisar a su bebé?

 Sí No

6. Luego del parto. ¿Cuánto tiempo pasó para que pudiera ver a su bebe?

 ____ Horas

7. ¿Cuántos hijos vivos tiene? (Incluida (o) su bebé)

8. Hasta el momento, ¿Ha tenido pérdidas gestacionales / nacidos fallecidos?

 Ninguno Ninguno 1 1 2 - 3 2 - 3 4 - 5 4 - 5 6 - Más 6 - Más

9. Actualmente, recibe el apoyo de...

 Pareja Familiares (abuelos, padres, hermanos, primos, tíos o sobrinos) Familiares políticos (suegros, cuñados, concuñados) Amistades cercanas (iglesia, barrio o trabajo)

¿Considera importante el apoyo recibido?

 Sí No

10. ¿Cuántas semanas tenía su bebe cuando nació?

 27 - menos semanas 28 - 31 semanas 32 - 36 semanas 37 - A más

11. ¿Conocía usted el estado de salud de su bebé durante sus controles prenatales?

 Sí No

Anexo C

ESCALA DE SOLEDAD

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.

Señale con un “X” la opción que mejor describa cómo se siente:

AM: Indica: «Me siento así **A MENUDO**».

F: Indica: «Me siento así con **FRECUENCIA**».

R: Indica: «**RARAMENTE** me siento así».

N: Indica: «**NUNCA** me siento de ese modo».

		AM	F	R	N
1	Con qué frecuencia me siento infeliz haciendo tantas cosas sola				
2	Con qué frecuencia siento que no tengo a nadie con quien hablar				
3	Con qué frecuencia siento que no puedo tolerar sentirme sola				
4	Con qué frecuencia siento que nadie me entiende				
5	Con qué frecuencia espero que alguien me llame o escriba				
6	Con qué frecuencia me siento completamente sola				
7	Con qué frecuencia me siento incapaz de comunicarme con los que me rodean				
8	Con qué frecuencia siento la necesidad de sentirme acompañada				
9	Con qué frecuencia se me hace difícil hacer amigos				
10	Con qué frecuencia me siento alejada de los demás				

Anexo D

**PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN MADRES DE RECIÉN
NACIDOS CON Y SIN HOSPITALIZACION NEONATAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar en una investigación que busca describir cómo las madres de recién nacidos, experimentan el sentimiento de soledad. Esta investigación es realizada por Clarita Morales Ortega, interna del servicio de psicología.

El propósito de esta investigación es abordar una de las etapas de mayor sensibilidad, como lo es el puerperio, donde se observan diversas respuestas emocionales. Donde cada madre de acuerdo al ambiente en el que se desenvuelve y encuentra, puede desarrollar su rol materno de manera inmediata o bajo ciertos cuidados médicos. **Usted fue seleccionado para participar en esta investigación porque es madre de un recién nacido con y sin hospitalización neonatal, se encuentra en condición de evaluación y expresa su consentimiento para participar dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal.** Se espera que en este estudio participen aproximadamente 300 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará escribir sus nombres y registrar su firma, al final de esta página; luego deberá responder a 13 situaciones acerca de sus condiciones sociofamiliares y su experiencia dentro del hospital. Posteriormente, marcará la opción que mejor describa su estado emocional, en una breve prueba de 10 preguntas. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 10 minutos.

Un riesgo asociado a cualquier estudio es el tiempo que le genera responder a las preguntas, por lo que, en el presente trabajo se solicita el mínimo de su tiempo para no interferir en sus actividades de cuidado hospitalario. Los beneficios que se obtendrán se darán de manera indirecta, al generar evidencia del estado emocional de las madres en contacto con sus recién nacidos.

Como última recomendación tome en cuenta que su identidad será protegida, transformando sus respuestas en códigos numéricos para su posterior estudio. Además, cada grupo de respuestas (hojas engrapadas) se reconocerá mediante un número de registro, según la ubicación de su recién nacido (Ux o Px)

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Participante

Int. Clarita Morales Ortega

Lic. Juan Artica Martinez

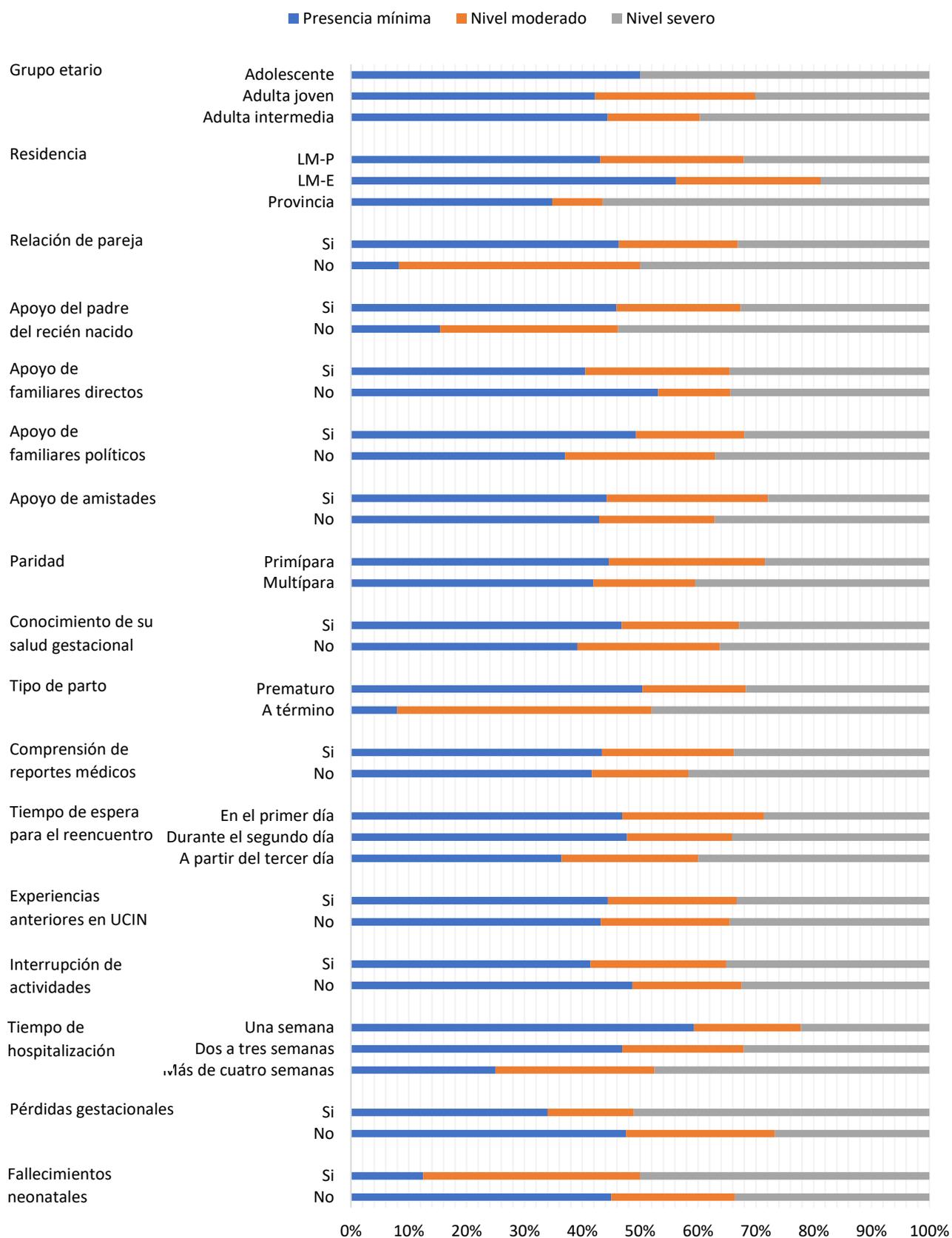
Anexo E

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO
PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON Y SIN HOSPITALIZACION NEONATAL	¿Existe diferencias en la prevalencia del sentimiento de soledad experimentado en las madres de recién nacidos con y sin hospitalización?	<p>Objetivo General Comparar la prevalencia del sentimiento de soledad en las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>Objetivos específicos -Desarrollar evidencia de validez y fiabilidad de la Escala de soledad de UCLA, en madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal. -Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables sociodemográficas. -Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables vinculadas a la experiencia materna reciente. -Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según variables relacionadas a la hospitalización neonatal. -Describir los niveles del sentimiento de soledad de las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal según antecedentes médicos ginecológicos.</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existen diferencias significativas en la prevalencia del sentimiento de soledad entre las madres de recién nacidos con y sin hospitalización neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal</p>	<p>Variable Independiente • Condición hospitalaria del recién nacido</p> <p>Variable dependiente • Sentimiento de soledad</p> <p>Variables de control: • Sociodemográficas • Vinculadas a la experiencia materna reciente • Relacionadas a la hospitalización neonatal • Antecedentes médicos ginecológicos</p>	<p>Tipo de Investigación Básica, Cuantitativa y de alcance descriptivo</p> <p>Tipo de Diseño No experimental, transversal de tipo descriptivo comparativo</p> <p>Participantes Madres de recién nacidos con hospitalización en UCIN Madres de recién nacidos sin hospitalización en UCIN</p>

Anexo F

Sentimiento de soledad en las madres del primer grupo



Anexo G

Sentimiento de soledad en las madres del segundo grupo

