



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**“AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES CON UN HIJO  
PREMATURO EN LOS SERVICIOS DE LA UCIN Y UTIN”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**FLORES HERNÁNDEZ BLANCA ELIZABETH**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**M.C.E. GUEVARA CABRERA ROSA MARÍA**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.**

**ABRIL 2017**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Health Sciences*  
Área Académica de Enfermería  
*Department of Nursing*

30 de marzo 2017.  
AAE/293/2017.

Asunto: Se autoriza impresión de tesis

M. en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO  
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
DE LA U.A.E.H.  
Head of the General Department of Admissions  
And Enrollment services.

Por este conducto le comunico que las **P. D. LIC. ENF. FLORES HERNÁNDEZ BLANCA ELIZABETH**, con número de cuenta **270363** ha concluido satisfactoriamente la TESIS, con el tema **“Afrontamiento de los Padres con un Hijo Prematuro en los Servicios de la UCIN y UTIN”**, siendo asesorada por la **M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera**, por lo que procede su impresión.

Con el orgullo de ser universitarios, reciba un cordial saludo.

ACENTAMENTE  
“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

M.C.E. MA. DEL PILAR VARGAS ESCAMILLA  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA  
Chair of the Department of Nursing

M.C.E. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA  
ASESORA DE TESIS

JMBV/MPVE/egh



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N  
Carretera Pachuca Actopan  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo México, C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext. 5101  
enfermeria@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

APROBACIÓN DE TESIS

“AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES CON UN HIJO PREMATURO EN  
LOS SERVICIOS DE LA UCIN Y UTIN”

PRESENTA:

FLORES HERNÁNDEZ BLANCA ELIZABETH

NOMBRE DEL JURADO

PRESIDENTE M.C.E. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA

SECRETARIO M.C.E. ROSA MARÍA BALTAZAR TÉLLEZ

1° VOCAL M.C.E. OLGA ROCÍO FLORES CHÁVEZ

2° VOCAL M.C.E. ROCÍO BELEM MAYORGA PONCE

3° VOCAL D.C.E. MARGARITA LAZCANO ORTIZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

ABRIL 2017

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios digno y santo, si no fuera por el yo no estar aquí, quien me ha dado tanta fortaleza para seguir adelante, gracias porque cada día me das una razón para continuar en tu propósito, jamás dejándome vencer, eres lo mejor que pudo haberme sucedido en la vida.

Por la mejor bendición, mi mamacita hermosa que siempre está conmigo, en las decisiones de mi vida, ella siempre me ha apoyado incondicionalmente, quien siempre me dice que yo puedo lograr grandes cosas, y que tenga fe y confianza, que Dios jamás nos abandonará, mamacita linda sabes que te amo tanto, que eres mi motor para seguir avanzando con confianza y valentía, que tú has formado a la persona que hoy soy, por tu esfuerzo, tu dedicación, que no alcanzaré la vida para agradecerte lo que has hecho por mí, más que mi madre eres mi amiga, compañera y hermana en la fe, gracias por ser quien eres, para muchos eres una maestra en la educación, pero para mí has sido mi mejor maestra de vida, mamacita te amaré hasta la eternidad.

Para ti mi Chabelito, que me has forjado ese carácter tuyo, no cabe duda que tenemos tanto en común, a pesar de que la mayoría de veces no coincidimos en nuestras decisiones, yo sé que tienes un gran corazón, te amo tanto padre, por tu esfuerzo y por haberme ayudado mucho tiempo, y por enseñarme a ser fuerte, Dios te bendice siempre.

A mis hermanas, Aidé, Mayte y Karla, siempre han estado cuando más las he necesitado, son uno de mis eslabones más importantes en mi vida, sus palabras, esos momentos tan maravillosos que hemos vivido y los que nos faltan, por su apoyo incondicional, por ser tan divertidas y alegrarme la vida, sino fueran así, mi vida no sería tan divertida como lo es, así como yo sé que cuento con ustedes en cualquier momento, así como yo puedo contar conmigo, mujeres con grandes virtudes, Dios gracias por que no pudo haberme elegido mejores hermanas que ustedes, hermosas familias las amo por siempre.

Mi Oscarín, carnalito que a pesar de que ya no te encuentres en cuerpo con nosotros, siempre vivirás en nuestra mente y corazón, que el tiempo que estuviste con nosotros nos

regalaste momentos tan atesorados, que con tu corta edad demostraste ser un ganador, muy valiente y audaz, con tu sonrisa tan hermosa y coqueto que eras, te recordamos con tanto amor, el recordarte me da fuerza y optimismo de seguir luchando por mis sueños, yo sé que estas orgulloso de mi, siempre te amaré Carnalito de mi corazón.

A mis niños hermosos, mi flaca, mi flaco, Natzu, Carlitos, Iker Sam y Chuchin, mis pequeños grandes amores, mis energías, mis motivos de seguir adelante, con esa energía que me transmiten con solo pensarlos, mi gran orgullo, que al llegar y pertenecer a mi vida han llenado de Felicidad cada instante de mi existir, mis sobrinos los amo tanto, gracias por hacer de mi vida una fiesta.

A mis cuñados Juan y Rocha, por nunca dejarme sola y siempre estar cuando los necesito, por su gran apoyo incondicional a cada momento, Gracias.

Para mis abuelitos, Aurelio y Petrita, que desde que inicie con esta hermosa experiencia, nunca dejaron de creer en mí, sus consejos llenos de sabiduría, que los llevo en el corazón por siempre, los amo abuelitos, gracias por creer en mí.

A mi Mari "la Cuca", prima que, aunque me dejaste en cuerpo, siempre estás en mis pensamientos, que fuiste una clave importante en mi vida y que siempre me decías que yo podía con muchas pruebas y así saldría ilesa, eras una tremenda, vivimos tantas cosas que jamás olvidare, prima Cuca te amaré siempre.

Y por último agradecerme a mí misma, por creer en mí, yo sé que puedo lograr grandes cosas, nunca olvidar mi esfuerzo y dedicación, así como tener siempre humildad en el corazón, gracias Blanca Elizabeth por creer en ti misma.

## **Reconocimientos**

A la M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera, por ser mi Directora de Tesis, y haberme dirigido durante mi estancia del servicio social, de quien aprendí muchas cosas, referentes a la Docencia, Administración e Investigación, su atención y paciencia conmigo, por darme esa gran oportunidad de trabajar con usted, de compartirme sus conocimientos con amor y pasión a la Enfermería, en especial a la Neonatología, inspirándome seguir el mismo curso, agradezco el haber contribuido a mi formación estudiantil cuando fue mi maestra en cuarto semestre y en el camino profesional en el servicio, es un gran ejemplo a seguir, más que una maestra se ha convertido en una amiga para mí, agradezco su tiempo que compartimos en lo profesional y personal, por los momentos fuera de lo laboral, gracias por ofrecerme su confianza así como yo le demostré la mía, y por hacerme sentir a gusto trabajando con usted, por su amistad que atesoro y que nunca olvidare, por sus palabras, Dios la bendiga en gran manera querida maestra Rosy.

A la M.C.E. Evila Gayosso Islas, por su atención y apoyo incondicional desde octavo semestre y durante el Servicio Social, por su enseñanza y dedicación, gracias maestra Evila, Dios la bendiga siempre.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, mi máxima casa de estudios profesionales, aún recuerdo el momento que fui aceptada para estudiar allí, y desde ese momento aprendí a valorar y a ser más responsable para poder concluir mis Licenciatura en Enfermería.

## Resumen

El presente estudio se realizó en el Hospital General de Pachuca cuyo **Objetivo:** fue determinar el tipo de afrontamiento de los padres con un hijo prematuro en los servicios de la UCIN y UTIN, con un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y correlacional, recolectando datos en un solo momento. **Método:** Se realizó un cálculo con muestreo probabilístico para determinar el tamaño de muestra, basado en el universo de estudio, la muestra fue de 63 padres, aplicando el cuestionario del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, el cual es un Instrumento validado con Alfa de Cronbach de .936. **Resultados:** La edad de los padres estudiados oscilo entre 23-37 años, siendo el sexo femenino el mayor porcentaje de participantes, siendo estudiados los recién nacidos prematuros de los servicios de UCIN y UTIN, **se** identificó que todos los padres entrevistados vivieron una situación común entre ellos, desagradable y desalentadora reflejando como resultado un **afrontamiento desadaptativo enfocado en el problema, así como en las emociones.** **Conclusiones:** En relación al afrontamiento en este estudio de investigación se determina por mayor significancia un resultado que refleja el Afrontamiento Desadaptativo centrado en el problema con pensamientos desiderativos, que tiene que ver con las situaciones estresantes, de igual manera se detecta un Afrontamiento Desadaptativo centrado en las emociones basado en la Autocritica por su conducta que maneja sentimientos de culpabilidad ante la situación presentada y de acuerdo al modelo de Callista Roy, se debe promover en el individuo la adaptación a los cambios a través de diversas estrategias.

**Palabras Clave:** Afrontamiento, Prematurez, Padres y Adaptación.

## **Abstract**

The present study was applied at the General Hospital of Pachuca, Hidalgo. **Objective:** Determine the kind of confrontation of the parents with a premature child in the NICU and NITU services with a quantitative approach, with a transversal and correlational design, collecting data in a moment. **Method:** It was made a calculation with a probabilistic sampling to decide the sample size, based on the universe of study, the sample was conformed by 63 parents, applying the questionnaire of the Inventory of Strategies of Confrontation, which is validated with Cronbach's Alpha in .936. **Results:** The age of the parents studied ranged from 23 years to 37 years old, being female sex the highest percentage of participants, and the preterm infants of the NICU and NITU services were studied. It was identified that all parents that were interviewed lived a common situation among them, disagreeable and discouraging reflecting as a result a maladaptive approach focused on the problem as well as on the emotions. **Conclusions:** In relation to the confrontation in this research study, reflects the disadaptive confrontation focused on the problem with desiderative thoughts, which have to face with stressful situations, is determined by greater significance, as is a disadaptive confrontation centered on the emotions based on the self-criticism for its behavior that handles feelings of guilty before the presented situation and according to the model of Callista Roy, it has to be promoted for getting the adaptation to obtain changes through diverse strategies.

**Key Words:** Confrontation, Prematurity, Parents and Adaptation.

## Contenido

|  |    |
|--|----|
| I.- Introducción .....   | 11 |
| II. Justificación.....   | 15 |
| III.- Planteamiento del Problema.....                                  | 17 |
| 3.1 Pregunta de Investigación .....                                    | 18 |
| IV.- Objetivos Generales y Específicos.....                            | 18 |
| 4.1 Objetivo general:.....   | 18 |
| 4.2 Objetivos específicos: .....                                       | 18 |
| V.- Hipótesis .....  | 19 |
| VI.- Marco Teórico .....   | 20 |
| 6.1. Afrontamiento .....   | 20 |
| 6.1.1 Modelo de Adaptación de Callista Roy .....                       | 21 |
| 6.1.2 Metaparadigma de Callista Roy .....                              | 27 |
| 6.2 Recién Nacido .....  | 28 |
| 6.2.1 Clasificación del Recién Nacido Según la NOM-007-SSA2-2016 ..... | 29 |
| 6.2.2 Características del Recién Nacido.....                           | 29 |
| 6.2.3 Recién Nacido Prematuro .....                                    | 32 |
| 6.2.4 Apego .....  | 36 |
| 6.2.5 Unidades Neonatológicas .....                                    | 40 |
| 6.2.6 Marco Referencial .....  | 42 |
| VII.- Metodología .....  | 46 |
| VIII.- Resultados .....  | 51 |
| 8.1 Comprobación de Hipótesis .....                                    | 67 |
| IX.- Discusión .....   | 69 |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| X.- Conclusiones.....    | 72 |
| XI.- Sugerencias .....   | 73 |
| XII.- Bibliografía ..... | 75 |
| XIII.- Anexos .....      | 80 |

## Índice de Gráficas

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfica 1.</b> Edad de los padres de hijos prematuros.....   | 53 |
| <b>Gráfica 2.</b> Sexo de los padres de hijos prematuros.....   | 54 |
| <b>Gráfica 3.</b> Ocupación de los padres de hijos prematuros.....  | 55 |
| <b>Gráfica 4.</b> Escolaridad de los padres de hijos prematuros.....  | 56 |
| <b>Gráfica 5.</b> Estado Civil de los padres de hijos prematuros.....   | 57 |
| <b>Gráfica 6.</b> Religión de los padres de hijos prematuros.....   | 58 |
| <b>Gráfica 7.</b> Número de hijos los padres de hijos prematuros.....   | 59 |
| <b>Gráfica 8.</b> Sexo de Recién Nacidos prematuros en los servicios de la UCIN y UTIN.....                   | 60 |
| <b>Gráfica 9.</b> Edad de Recién Nacidos prematuros en los servicios de la UCIN y UTIN.....                   | 61 |
| <b>Gráfica 10.</b> Días de estancia de los recién nacidos prematuros en los servicios de UCIN y UTIN.....     | 62 |
| <b>Gráfica 11.</b> Peso de los recién nacidos prematuros en los Servicios de UCIN y UTIN.....                 | 63 |
| <b>Gráfica 12.</b> Semanas de Gestación de los recién nacidos prematuros en los Servicios de UCIN y UTIN..... | 64 |

## Índice de Cuadros

|  |       |
|--|-------|
| <b>Cuadro 1.</b> Matriz de Componentes Inventario de Estrategias de Afrontamiento..... | 67-68 |
|--|-------|

## I.- Introducción

El hecho de saber que un hijo nacerá antes del tiempo pensado, es de gran impacto para los papás, ya que surgen una serie de pensamientos y emociones acerca del estado de salud de su hijo, la evolución de su pequeño entre otras cosas que conllevan al cuidado de este, así como el rol de los padres.

Históricamente, el cuidado del niño fue responsabilidad materna, pero antes de la Segunda Guerra Mundial las madres fueron separadas de su niño prematuro pues se veía como una amenaza a la fragilidad del niño y como una fuente de infecciones, y solo podía ver al niño a través de ventanas.

Después de la Guerra, comenzó a estudiarse como afectaba la separación de las madres con un hijo en su desarrollo y personalidad, así que se transformó el modelo tradicional de asistencia centrado en el niño enfermo, hacia un nuevo modelo que permitía la participación de las madres y su familia en los cuidados. Hoy en día, esta situación ha mejorado pero los padres deben limitarse por ciertas normas para ingresar al área hospitalaria y poder permanecer un momento con sus hijos. (García, Duarte, & Mejías, 2014)

El nacimiento prematuro puede definirse como el nacimiento de un niño antes de las 37 semanas de gestación y sean lo suficientemente maduros para permitir la supervivencia postnatal normal. Los niños prematuros, nacidos antes de las 37 semanas de edad gestacional, presentan mayor riesgo de complicaciones a corto y largo plazo, incluyendo discapacidades, malformaciones y trastornos en el crecimiento y el desarrollo mental. (Iriarte & Carrión, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), menciona que los niños pretérmino son aquellos con edad gestacional inferior a 37 semanas, se consideran viables a partir de 28 semanas de gestación; aunque existen algunos casos de niños de menos de 28 semanas que han sobrevivido. Estos niños suelen nacer con un peso inferior a los 1.500 kg. y algunos no están preparados para sobrevivir, necesitan apoyo respiratorio y nutricional, así como intervenciones para mantener la estabilidad metabólica y hemodinámica.

Los padres que se enfrentan a la hospitalización de su hijo recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), así como en la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, ( UTIN), se acompaña de una gran carga de emociones que alteran su tranquilidad por el estado de salud de su hijo, ya que no se esperan un nacimiento prematuro y hay inquietud por los cuidados que requiere y su preocupación aumenta, el funcionamiento de las unidades se desconoce y quisieran que todo el personal de salud estuviese enfocado solo en su hijo. Las características de su hijo, el bajo peso, alteraciones patológicas requieren una intervención y abordaje por parte del equipo médico, pero en especial del personal de enfermería, siendo este último, la primera persona con la que se relaciona el padre en las unidades mencionadas. (Cañas & Rodríguez, 2014)

El padre reconoce que las Unidades Neonatológicas que son el primer hogar para el recién nacido pretérmino extremo, ya que es el primer lugar al que él llega y es inminentemente necesario por su condición de salud, en un marco de alta tensión, tecnología y procedimientos, que buscan el bienestar del recién nacido pretérmino. (Cañas E. , 2012)

La experiencia de ingreso en las Unidades Neonatológicas puede ser traumática para los padres, llegando a sufrir un shock, estrés, depresión y ansiedad; se afrontan a una situación que les da un giro completo a sus vidas y que deben ser capaces de vivir con la situación presentada. Por otra parte, su rol de padres está en peligro, para las madres, el tiempo de embarazo permite establecer un vínculo con sus hijos y este proceso continúa y se desarrolla después de nacer el niño. Tanto las madres como los padres necesitan ver, tocar y sostener a sus hijos con el fin de facilitar los lazos paterno-filiales. Por tanto, un parto prematuro y el ingreso a las unidades pueden dar como resultado un retraso en el establecimiento de dicho vínculo, especialmente en los casos de largas estancias, como ocurre con el nacimiento de un prematuro. (Iriarte & Carrión, 2013).

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros, esto indica que el equipo de salud debe estar bien capacitado para poder proporcionar una atención de calidad, acortando el

tiempo de hospitalización con un el tratamiento oportuno y eficaz que ayudará a mejorar su salud. (Rellan, García, & Aragón, 2008).

A nivel mundial, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF, 2011), la prevalencia de los recién nacidos pretérmino de muy bajo peso es alrededor del 1-2 % y la supervivencia de este particular grupo poblacional es del 50% aproximadamente.

La participación de los padres ha sido un principio del cuidado del niño y prematuro en diversos países, entre ellos Reino Unido, Estados Unidos de América (EUA) y Brasil. La participación se inició en los EUA en la década de los 50 con alojamiento conjunto (rooming-in), hacia la década de los 70 en México mediante el programa de madre participante, y en Colombia con el método canguro. En la década de los 80 emergió en Boston, EUA, el cuidado individualizado centrado en el desarrollo, especialmente dirigido a los prematuros. En época reciente, además, se ha iniciado una concesión al rol materno como cuidadora única, pensando ya en el padre como integrante importante del cuidado del hijo. (Gallegos, Reyes, & Silvan, 2013).

El nacimiento de un recién nacido pretérmino extremo y enfermo es un hecho inesperado y abrumador, para el cual el núcleo familiar no está preparado, a esta clase de hechos se les conoce como estresores situacionales o accidentales, por lo cual es lógico pensar que frente a éstos se presenten manifestaciones en los padres, tales como sentimientos de inseguridad, dudas, fracaso, aflicción por la pérdida del supuesto hijo perfecto y la aflicción por la incapacidad de procrear un recién nacido a término, causando desorganización debido a que los padres no logran controlar sus sentimientos y aceptar lo que ha ocurrido. (Cañas & Rodríguez, 2014).

El nacimiento de niño pretérmino es uno de los principales generadores de crisis, estrés y tensiones familiares, Se considera que un neonato pretérmino, por no cumplir las semanas completas en el vientre materno, no tiene sus órganos y sistemas muy desarrollados y por ello necesita cuidados especiales que pueden aumentar o disminuir de acuerdo al estado del niño. (López, y otros, 2011)

En México, la participación no se fundamenta en alguna ley, no está sistematizada, se enfoca en la madre, es parcial, una o dos horas al día y el permiso de entrada a la UCIN y UTIN depende mucho de la situación clínica del hijo prematuro y de algunos cuidados maternos de alimentación, de la producción de leche, higiene, estimulación temprana y en recibir algunas orientaciones para el egreso hospitalario durante el período de pre- alta; todo ello sin un programa definido. (Iriarte & Carrión, 2013).

Es importante que los profesionales de la salud involucrados comprendan la experiencia de los padres con el fin de apoyarlos creando un ambiente de confianza en relación a la atención de enfermería que se le brinda al recién nacido.

Esta investigación realizada muestra el tipo de afrontamiento de los padres detectado con un hijo prematuro en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal del Hospital General de Pachuca, Hidalgo. Así mismo este estudio está orientado con la Teoría de Callista Roy, en donde se detectan los estímulos y se da a conocer cómo se lleva el proceso cognitivo con las diversas estrategias de afrontamiento.

El proyecto realizado está integrado de diversos capítulos, con los cuales se fundamenta el tema de investigación, se integra el marco teórico, la metodología que se utilizó en el presente estudio, la recolección de datos y los resultados obtenidos, integrando cuadros y gráficas, así como las recomendaciones correspondientes.

## II. Justificación

Este estudio se realiza para indagar sobre el afrontamiento de los padres al tener a su hijo prematuro hospitalizado en la UCIN y UTIN, ya que presenta un cumulo de emociones en los padres, por el estado de salud de los niños.

La llegada de un hijo prematuro altera toda la dinámica familiar, generando una serie de conflictos emocionales, y cierta preocupación en los cuidados de su hijo, provocando intranquilidad en los padres, desconociendo cómo actuar y enfrentar dicha situación.

Dentro del grupo de los niños prematuros existe una importante diferencia en relación a la vulnerabilidad del niño, la cual está determinada por la semana de nacimiento y el peso al nacer. Esto a su vez, determinará el tiempo de hospitalización que el niño requiera en las Unidades Neonatológicas, así como la complejidad de los tratamientos que reciba. (Caruso & Agostina, 2012).

El cuanto al apego, se considera el establecimiento de un vínculo físico afectivo que ha demostrado influir en las relaciones afectivas y comportamientos, entre los padres e hijos y su entorno, para desenvolverse en el futuro. Existen escasos estudios que demuestren el desarrollo del rol paterno y apego en la hospitalización de niños prematuros. Está comprobado que el apego seguro mantiene el equilibrio emocional del niño y promueve un mejor desarrollo social y cognitivo. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

La transición del prematuro desde la vida intrauterina a la vida extrauterina puede estar marcada por múltiples problemas que ponen en riesgo su vida o su integridad. Al proceso de transición se suman la inmadurez de órganos y de funciones vitales (pulmón, tracto gastro intestinal, termorregulación, metabolismo energético, riñón), la fragilidad de sistemas como el inmunológico, sistema nervioso central y las condiciones asociadas o desencadenantes del parto prematuro como insuficiencia placentaria, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, entre otras. (Ruiz, Romero, & Buitrago, 2013).

Dada su complejidad, fragilidad y heterogeneidad, la atención de los niños prematuros en estados de salud y factores de riesgo, no solo consumen gran cantidad de recursos, sino que para obtener resultados de salud adecuados se requiere de un óptimo desempeño de

los profesionales de la salud, junto con acceso a los recursos tecnológicos adecuados, una excelente atención y compromiso por la vida del recién nacido, ya que son seres que requieren mayor cuidado, paciencia y muestras de afecto.

Cabe señalar que los efectos negativos de los factores de riesgo pueden ser contrarrestados, al menos en parte, con ciertos factores de protección, como la resiliencia familiar, que se define como los recursos internos y externos de una familia y de sus miembros. Así, cuando una familia experimenta un suceso adverso, como puede ser el nacimiento de un hijo prematuro, el apoyo social y su capacidad resiliente, han mostrado ser factores de protección del desajuste personal y social de la familia y de los padres. A pesar de que la familia es el principal contexto de desarrollo y el primer agente de socialización en la infancia, el funcionamiento familiar y los factores de riesgo y las diferencias percibidas en estrés y carga familiar entre familias de niños a término y familias de prematuros han sido escasamente estudiados. (Escartí, Boronat, Llopis, Torres, & Vento, 2015).

Estadísticas proporcionadas por la OMS (2015), entre el 7% y el 9% de nacimientos prematuros a nivel mundial, traducida en aproximadamente 15 millones de alumbramientos de menos de 37 semanas de gestación por año y el registro de la mortalidad asociada a este hecho, de 1.1 millones de casos anuales.

En México nacen más de 120 mil prematuros moderados anualmente, cerca de 114 recién nacidos son menores de 28 semanas; 225 nacen entre las 28 y 31.6 semanas de gestación, y cerca de 700 niños son prematuros tardíos, según los reportes del año 2013. (Instituto Nacional de Perinatología, 2016).

En el Hospital General de Pachuca, Hidalgo, se registraron al mes 291 nacimientos, los cuales 228 son nacimientos a término y 63 son recién nacidos prematuros que van de 22-36 semanas de gestación.

### **III.- Planteamiento del Problema**

El analizar las emociones de los padres ante el pronóstico que su hijo será prematuro, quizás al momento no es tan preocupante como cuando ya está presente el hecho que su hijo nacerá antes del tiempo previsto, ya que implica una serie de conmociones sobre su estado de salud así como de los cuidados pertinentes que se le darán. Desde el momento en que una pareja recibe la noticia de que serán padres, comienzan a desarrollar emociones y lazos de amor hacia su hijo, pero la controversia comienza cuando los padres deben de enfrentar la problemática de que su hijo nacerá prematuro; así que el cuidador primario tiende a desarrollar emociones y en casi todas las circunstancias influyen en la toma de decisiones ante la situación que enfrentan.

El llevar un proceso de prematuridad en un hijo representa complejo la atención a los cuidados que se le brindarán, la carga de estrés psicológico se relaciona entre los padres y el entorno en el que se encuentra su hijo ya que lo perciben como una amenaza por el peligro en el que está su vida; es por esto, que la hospitalización del niño en las unidades neonatológicas es percibida como un estresor y es algo que tienen que aprender a afrontar más cuando su hijo se encuentra hospitalizado en un tiempo prolongado, por lo que es importante considerar las características del estímulo y de la respuesta.

Los servicios de la UCIN y UTIN, tienen métodos de Diagnóstico y Tratamiento oportunos para ofrecer una mejor atención al niño recién nacido prematuro, contando con aparatos electromédicos de alta tecnología que aporta beneficios a la salud del niño, así mismo, con personal capacitado para brindar cuidados especializados de calidad y poder mejorar el estado de salud del neonato, en diferentes niveles de complejidad según su patología, valorando al niño sus necesidades y manteniéndose en observación, o mantenerlo en las unidades de neonatología correspondiente.

La preocupación, el miedo a procedimientos invasivos, y la ansiedad son muy significativos en los padres estando presentes durante toda la estancia hospitalaria del Recién Nacido Prematuro, de tal manera que surge la inquietud por conocer el tipo de afrontamiento de los padres y se realiza la siguiente pregunta de investigación:

### **3.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el tipo de afrontamiento de los padres con un hijo prematuro en los servicios de la UCIN y UTIN?

## **IV.- Objetivos Generales y Específicos**

### **4.1 Objetivo general:**

Determinar el tipo de afrontamiento de los padres con un hijo prematuro en los servicios de la UCIN y UTIN.

### **4.2 Objetivos específicos:**

- I. Identificar las estrategias de afrontamiento que existen en los padres del Recién Nacido Prematuro.
- II. Identificar las emociones de los padres con relación a la resolución de problemas.

## **V.- Hipótesis**

### **Hipótesis de Trabajo:**

H1: Los padres de recién nacidos prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN no se adaptan adecuadamente a las experiencias que se le presentan en relación con la salud de su hijo.

### **Hipótesis Nula:**

H0: Los padres de recién nacidos prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN se adaptan adecuadamente a las experiencias que se le presentan en relación con la salud de su hijo.

## **VI.- Marco Teórico**

### **6.1. Afrontamiento**

El Afrontamiento es definido como, esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Se distinguen dos grandes esferas de afrontamiento; el enfocado a un problema (el individuo se centrará en la modificación o manipulación del problema) y el enfocado a una emoción (regulación como respuesta con base en una evaluación por medio del cual el sujeto valorará la situación, lo que está ocurriendo y todo lo relacionado con su bienestar) ambas esferas se influyen mutuamente. (Rubiños, 2012)

Para Wormarld y Tapia (2015), mencionan que los padres de recién nacidos prematuros experimentan importantes niveles de estrés y tienen el desafío de adaptarse positivamente a esta experiencia, lo cual puede afectar el vínculo madre/hijo y el establecimiento de un apego seguro. El estrés parental y los síntomas depresivos maternos han mostrado ser factores de riesgo para el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido prematuro.

La primera vez que los padres ingresan a las unidades neonatológicas posiblemente se alarmen al ver a su hijo rodeado de aparatos y máquinas. Para que el miedo y la preocupación no les invadan es importante que el equipo de salud explique a los padres la función de cada uno de estos. Esto les ayudará a sentirse más tranquilos, dándoles seguridad a pesar de la situación crítica y vulnerable en la que se encuentra el niño.

Para los padres existe frustración de no tener a su hijo en casa y la sensación de angustia o culpa al dejarlo en el hospital, ya que es importante reconocer que el vínculo entre padres e hijos va más allá del contacto físico y se hace necesario visualizar a su hijo feliz, sano y rodeado de su amor, para que se sientan mejor y así transmitan positividad con una energía de amor y confianza. (Castillo, 2015).

### **6.1.1 Modelo de Adaptación de Callista Roy**

Callista Roy, una teórica de Enfermería, reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátra, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos de Callista Roy, se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, en la veritvity y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente. A lo largo de éstos años, el modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho la autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, así como a los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otros teóricos de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo, de tal manera que en la actualidad corresponde más a una visión de reciprocidad (interactiva-integrativa) que a una visión de reacción (particular-determinística).

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación. El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación. (Cisneros, 2002).

La veritvity, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios.

Con base en lo anterior, Callista Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia. Por su autodeterminación, las personas toman decisiones, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad. Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.

La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.

La adaptación es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser más trascendente. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona y los mecanismos que ésta emplea para lograr la adaptación.

Ante estos planteamientos y directrices, expuestos por Roy en su modelo, el grupo ha buscado interpretar y unificar sus conceptos, así como adaptarlos para facilitar su aplicación en la docencia y en la práctica, en escenarios de la cultura y situación sociopolítica de nuestro país. (Díaz, y otros, 2002)

## **Sistema Adaptativo Humano: SAH**

Callista Roy describe a las personas como seres holísticos, que funcionan como unidad con algún propósito. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individual y diferente para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

## **Ambiente**

Son aquellas condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de

iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

### **Estímulos**

En el modelo, Roy define los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente y hace la siguiente clasificación:

**Estímulo focal:** Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.

**Estímulos contextuales:** Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

**Estímulos residuales:** Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Callista Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

Los estímulos culturales: que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.

Los estímulos familiares: que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.

Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.

Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de ésta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual. El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación. (Díaz, y otros, 2002)

### **Nivel de adaptación**

Según Callista Roy, el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.

El nivel de adaptación **integrado** describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel **compensatorio** los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO<sub>2</sub> elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación **comprometido** se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona. (Díaz, y otros, 2002)

### **Mecanismos de Afrontamiento**

- a) El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.
  
- b) El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. La cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos

son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras. Estos procesos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente, ya que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional.

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial. (Díaz, y otros, 2002)

### **6.1.2 Metaparadigma de Callista Roy**

#### **Persona**

Se define a la persona como un ser biosociológico en constante interacción con un entorno cambiante. Un sistema vivo complejo y adaptativo con procesos internos que sirven para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos. Además, como ser vivo, es todo constituido por partes o subsistemas que actúan como una unidad para un cierto fin.

#### **Salud**

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

Para la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

## **Entorno**

Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y los grupos. Así, todo cambio en el entorno demanda cierta energía para adaptarse a la situación. Un entorno cambiante es lo que estimula las respuestas de adaptación de las personas. Los factores del entorno que influyen en la persona se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales. (Fernández, 2010)

## **Enfermería**

Callista Roy define la Enfermería como un sistema de desarrollo del conocimiento sobre las personas, que observa, clasifica e interrelaciona los procesos por los que éstas influyen de forma positiva en su estado de salud.

Disciplina práctica: conjunto de conocimientos científicos que se utilizan con el propósito de prestar un servicio esencial a las personas, influir de manera positiva en la salud.

El objetivo de la enfermería consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su auto concepto, el desempeño de roles en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. (Fernández, 2010)

## **6.2 Recién Nacido**

Un neonato o recién nacido es aquel ser humano considerado desde el momento de su nacimiento hasta los 28 días y es obtenido por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pasados los 9 meses del embarazo. (EcuRed, 2016)

### 6.2.1 Clasificación del Recién Nacido Según la NOM-007-SSA2-2016

**Recién nacido**, (persona recién nacida) Pretérmino, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

#### **Clasificación del recién nacido:**

**Recién nacida/o inmaduro**, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

**Recién nacida/o a término**, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

**Recién nacida/o postérmino**, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más). (NOM-007-SSA2-2016, 2016)

De acuerdo al peso corporal y semanas de gestación se realiza la siguiente clasificación:

**De bajo peso (hipotrófico):** Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.

**De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

**De peso alto (hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. (Gómez, Danglot, & Aceves, 2012)

### 6.2.2 Características del Recién Nacido

Las características físicas del neonato van de acuerdo con su edad de gestación y juegan un papel importante para conocer su condición de salud al nacer.

El peso, de un bebé que nace en la fecha prevista, puede oscilar entre los 2500 y 4000 gramos y medir unos 50 cm. Un recién nacido que nace entre las 37 y 42 semanas de gestación se llama recién nacido a término; si nace antes de las 37 semanas se llama pretérmino y después de las 42, postérmino. Estas dos últimas situaciones no son las ideales para el recién nacido, por lo que pueden tener algún problema de salud.

Aspecto general y piel: Su cuerpo es tibio y la piel está cubierta de una sustancia grasa y blanquecina que se llama vérmix caseosa (es producida por la piel del feto en la última etapa del embarazo y sirve para proteger la piel). Presentan también una fina capa de vello en brazos, piernas y espalda llamado lanugo. Tanto la vérmix caseosa como el lanugo irán desapareciendo con el tiempo.

El color al nacer puede ser ligeramente azulado, irá volviéndose rosado durante los primeros minutos. Las manos y los pies pueden tener un tono blanquecino o azulado durante unas horas más. Es importante mantener bien abrigado al recién nacido y mantener un contacto piel con piel con la madre; para mantener su temperatura ya que son tan frágiles todavía que aún no regulan su temperatura y pueden presentar hipotermia.

La piel, que también se está adaptando a un entorno diferente que el útero materno, suele descamarse durante los primeros días, en forma de pequeñas láminas.

En la cara pueden aparecer unos puntitos blanquecinos que se llaman milium que desaparecerán al cabo de unos días y en las encías también pueden estar presentes las perlas de Ebstein.

Cabeza: Es proporcionalmente más grande que el resto del cuerpo. En los partos sin cesárea la cabeza puede adoptar una forma alargada debido al paso del bebé por el canal del parto, en unos días recuperará su forma normal. La cara puede estar un poco edematizada, sobre todo los ojos y los labios que poco a poco disminuirán su volumen.

En la cabeza del recién nacido se pueden tocar las fontanelas. Esto es así porque el cráneo no se ha cerrado completamente (se cierra por completo a los 18 meses de vida).

En algunos casos las suturas craneales pueden estar abiertas, debido a que el cráneo se ha amoldado durante el paso por el canal del parto. Todo vuelve a la normalidad en unos días. El cabello del bebé es fino y suave y cae progresivamente durante las primeras semanas de vida.

Los ojos tienen un aspecto azulado, aunque el color definitivo no lo podremos saber hasta los 6-12 meses. La mayoría de recién nacidos no conjugan la mirada y con los días madura la visión y la mirada es normal.

Extremidades: Suelen estar flexionadas, el recién nacido está en posición fetal, durante las primeras semanas de vida. Los pies y las manos pueden tardar más que el resto del cuerpo en adquirir un color rosado tras el nacimiento, las uñas son finas y muy frágiles. Hay recién nacidos que nacen con las uñas de las manos muy largas; para prevenir que no se arañen la cara se les puede poner unas manoplas.

Tórax y abdomen: debido a las hormonas de la madre, algunos recién nacidos tienen una inflamación de la glándula mamaria. En el abdomen, el cordón umbilical presenta dos arterias y una vena y se momifica hasta caerse en una o dos semanas.

Genitales: Se observan edematizados, en el caso de las niñas, por el paso de hormonas de la madre puede observarse flujo y un pequeño sangrado vaginal lo que se conoce como pseudomenstruación. En los niños se palpan los testículos dentro del escroto que pueden estar ligeramente edematizados.

Respiración y pulso: Los recién nacidos respiran muy deprisa y de manera irregular. Hacen unas 40 respiraciones al minuto. El corazón late entre 80 a 160 latidos por minuto.

Orina y heces: La primera micción del recién nacido debe ser en las primeras 24 horas, es un signo de que sus riñones funcionan bien y de que está recibiendo el alimento adecuado.

Las primeras heces son negras y líquidas, se denomina meconio. El primer meconio debe producirse en las primeras 48 horas; está formado por moco, sales biliares y restos epiteliales que el niño ingiere dentro del útero materno. Una vez que haya expulsado todo

este contenido, las heces tendrán un color entre amarillo y verde y pueden ser grumosas (Martínez, 2015).

### **6.2.3 Recién Nacido Prematuro**

El recién nacido se considera prematuro cuando el nacimiento se produce antes de completarse la semana 37 de gestación.

Según la OMS, un niño muy prematuro nace antes de completar la semana 32 de gestación. Estos niños suelen nacer con un peso inferior a los 1.500 Kgr. y no están preparados para sobrevivir. Necesitan apoyo respiratorio y nutricional, así como intervenciones para mantener la estabilidad metabólica y hemodinámica.

El feto crece y madura en la vida intrauterina a un ritmo predecible y biológicamente determinado. Después de la semana 37 de gestación suele estar lo suficientemente maduro y con suficiente tamaño corporal para hacer una transición apropiada a la vida extrauterina por lo que un parto inducido o por cesárea no debe planificarse antes solo por razones médicas justificadas. (OMS 2016).

La prematuridad es frecuente y es responsable de muy elevada morbilidad y mortalidad, y afecta desproporcionadamente a las gestaciones de mujeres en desventaja social y económica. (Ruiz, Romero, & Buitrago, 2013)

En la mayoría de los casos de prematuridad se desconoce la causa exacta que provocó el parto prematuro. No obstante, se han identificado algunos factores que aumentarían el riesgo: el aumento de la edad materna, el tabaquismo materno, una situación socioeconómica desfavorable, antecedentes de otros partos prematuros, infecciones, estrés materno, embarazos múltiples, que representan una cuarta parte de los prematuros, y la reproducción asistida, directamente asociada a embarazos múltiples. Por otra parte, hay veces que el término del embarazo de forma prematura es indicado debido a complicaciones maternas o fetales como pueden ser la hipertensión materna, la desnutrición intrauterina, el polihidramnios, la fetopatía diabética o el hidrops fetal, entre otros. (Herrerros, 2015)

## **Clasificación Recién Nacido Prematuro**

Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional según la OMS (2016).

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy prematuros (28 a <32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

La clasificación de los prematuros según el peso es la siguiente:

- Bajo peso al nacer: menos de 2.500 gramos.
- Muy bajo peso al nacer: inferior a 1.500 gramos.
- Extremadamente bajo peso al nacer: no llega a 1.000 gramos. (Gragera, 2016)

## **Factores que condicionan el nacimiento de un recién nacido prematuro.**

- 1.- Por proceso mecánico cuando el niño presenta mal formaciones.
- 2.- Infecciones o toxemias de la madre durante el embarazo, sífilis, cardiopatías descompensadas.
- 3.- Patología fetal, padecimientos congénitos, problemas inmunológicos.
- 4.- Procesos hemorrágicos: placenta previa, desprendimiento prematuro de la misma.
- 5.- Otros: embarazos frecuentes, edad avanzada o muy temprana de la madre.

## **Características del Recién Nacido Prematuro**

Cabeza: cabello, ojos, nariz, boca, pabellones, auriculares, fontanelas: diámetro occipital menor de 11.5 cm, perímetro cefálico menor de 33 cm, fontanelas más grandes e hipotensas, cabeza proporcionalmente más grande respecto al cuerpo, los cartílagos auriculares están pocos desarrollados y es fácil doblarles la oreja, el cabello es delgado y con textura de pluma y puede estar presente el lanugo en la espalda y cara, los prominentes ojos están cerrados, almohadillas de los labios son prominentes.

Tórax: perímetro torácico menor 30 cm, flexibilidad del tórax e inmadurez de los tejidos pulmonares.

Abdomen: la ubicación de la cicatriz umbilical es más cercana al pubis cuando menos desarrollo existe, los huesos de las costillas se sienten blandos.

Genitales: en el hombre los testículos no están descendidos, las arrugas son mínimas y los testículos pueden estar en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. En las niñas el clítoris es prominente y sus labios mayores están separados y escasamente desarrollados.

Miembros superiores e inferiores: longitud del pie menor de 7 cm, las plantas de los pies tienen más turgencia y quizá más arrugas muy finas, actitud más relajada con miembros más extendidos, las palmas de las manos tienen pliegues mínimos por lo que parecen lisas.

Piel: es de color rosado intenso, lisa y brillante, puede haber edema, con vasos sanguíneos de poco calibre claramente visibles bajo la epidermis, presencia de panículo adiposo escaso, fascia de anciano, las uñas son pequeñas, mayor superficie cutánea (pérdida calórica mayor).

Aparato respiratorio: fragilidad respiratoria acompañada de cianosis, llanto débil, escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios, determina las pocas posibilidades de expulsión de secreciones, la flexibilidad del tórax y la inmadurez de los tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración originan respiración periódica e hipoventilación, con periodos frecuentes de apnea.

Sistema cardiovascular: frecuencia cardíaca alta, en el recién nacido a término oscila entre las 110-170 latidos por minuto, hipotensión, la Tensión Arterial aumenta con la edad gestacional y peso.

Aparato gastrointestinal: deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, sus movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que existe regurgitaciones, la digestión de la grasa está limitada por deficiencia de absorción, fácilmente puede caer en hipoglucemia.

Sistema neurológico: inmadurez neurológica, ausente, débil, ineficaz para el reflejo de succión, debilidad para deglutir, inactivo, labilidad térmica (tendencia hacia la hipotermia, influye el medio ambiente por inmadurez de los centros termorreguladores.

Sistema hematopoyético: tendencia a hemorragias debido a la fragilidad capilar aumentada por los escasos de tejido elástico, debido a una poca reserva de vitamina C indispensable en la elaboración de colágeno intercelular, anemia por reducción de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina, desequilibrio hidroelectrolítico.

Sistema inmunológico: susceptible a las infecciones por inmadurez fisiológica, no puede mantener la temperatura corporal, capacidad limitada para excretar los solutos en la orina.

Sistema musculo esquelético: los músculos carecen de tonicidad, peso de 2000 gr a 1000 gr, talla menor de 47 cm, escasa contracción muscular. (Ricarte, 2009)

No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas de salud; la gravedad de estos problemas está asociada a la edad gestacional, a la maduración y al peso. El niño prematuro nace con una inmadurez de sus órganos repercutiendo este hecho principalmente en tres funciones corporales: el control de la temperatura, la respiración y la alimentación. El neonato prematuro necesita apoyo para poder sobrevivir fuera del útero materno, siendo necesario su ingreso en una unidad específica del hospital. (Lizarza & Azpeitia, 2011)

### **Prematurez y el impacto en el rol paterno**

Según un estudio publicado en septiembre de 2013, realizado por la Organización de Naciones Unidas (ONU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial identificaron que la tasa de mortalidad infantil en Chile ha disminuido considerablemente en los últimos 22 años. A nivel mundial, se considera un descenso importante de 12,6 en el año 1990 a 6,6 millones en todo el mundo, es decir, se evidencia con disminución de la tasa de mortalidad mundial de 47,8%.

El perfil epidemiológico ha sufrido importantes variaciones en los últimos años, debido a los diferentes cambios de la población en su calidad de vida, Esto afecta de modo directo a la morbimortalidad infantil. Actualmente las primeras causas de morbimortalidad infantil son las provocadas por parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y malformaciones congénitas. Los dos grandes factores que influyen en este cambio epidemiológico son el aumento de edad materna y mejoramiento de los programas de diagnóstico.

## **Supervivencia de los prematuros menores de 1500 g**

La sobrevivencia de los recién nacidos prematuros ha aumentado en las últimas décadas con el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales y los avances tecnológicos, principalmente en relación a ventilación asistida. El mayor impacto en el manejo de los mismos ha sido la administración prenatal de corticoides y el surfactante exógeno en el manejo del síndrome de distrés respiratorio. Sin embargo, existen diferencias en las cifras de sobrevivencia de estos pacientes de un país a otro debido a las diferencias en formación de recursos humanos, prácticas clínicas y tecnología.

Estudios llevados a cabo en países desarrollados, han encontrado el doble de incidencia de prematuros y morbi-mortalidad neonatal en las regiones con menores ingresos económicos. Estas diferencias se atenuaban cuando se los relacionaba con la calidad de los cuidados neonatales. Un estudio basado en los datos de la Neonatal Research Network del NICHD (National Institute of Child Health and Human Development, sobre 4438 recién nacidos con peso entre 501 gr a 1.500 kg, la sobrevivencia global fue de 84%. En el subgrupo de menores de 1.000 kg, pequeñas diferencias de 100 gr. de peso, significaron grandes diferencias en cuanto a la sobrevivencia. A partir de los 750 gr. de peso de nacimiento, la sobrevivencia mejora considerablemente. El subgrupo donde se encuentra la mayor mortalidad oscila entre 501 gr a 750 gr, con una sobrevivencia global de 54%. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

### **6.2.4 Apego**

Los cuidados centrados en la familia, favorecen la reducción del estrés de los padres y una relación más positiva entre éstos y el recién nacido. La asistencia integral a los padres requiere el establecimiento de una relación de ayuda terapéutica con el equipo sanitario. Los profesionales de enfermería pueden promover de manera positiva esta relación. (Cuesta, Espinosa, & Gómez, 2012).

En el desarrollo de un niño, se vuelve cada vez más relevante la creación oportuna de relaciones de apego, debido a que éstas proporcionan la capacidad de establecer vínculos afectivos, los cuales serán bases para el desarrollo cognitivo, emocional, social y cultural, durante toda su vida. El apego seguro es perdurable en el tiempo, sólido,

relativamente consistente, brinda además de seguridad, cuidado y apoya a restablecer el equilibrio psicológico y con esto, ayuda a aliviar la angustia. Por ende, es fundamental dar a conocer esto a los padres, ya que es indispensable para un óptimo e integral desarrollo de sus hijos. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

De acuerdo a la teoría del apego de John Bowlby (2014), se postula que existe una inclinación innata de los seres humanos para desarrollar relaciones afectivas con personas significativas, desde los primeros meses de vida y en el curso de su desarrollo. Esto se demuestra en las diversas formas en que el niño busca conservar la cercanía con una figura que considera fuerte y sabia, es decir sus padres y/o cuidadores, tomando estas experiencias como pauta para posteriormente establecer lazos afectivos. Las experiencias recogidas permiten que a futuro el niño tenga una trayectoria psicosocial positiva; le permite explorar el entorno que los rodea con confianza y otorgan un modelo a seguir para desarrollarse como padres posteriormente. Recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continúa entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría. (Moneta, 2014).

Es sustancial hacer la diferencia entre los conceptos de conducta de apego y el vínculo de apego. El vínculo de apego es el lazo afectivo por las personas que tienen una significación especial en su vida, esto se ve evidenciado ante el sentimiento de inseguridad, y es donde el niño busca cercanía con la persona significativa. Por su parte, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

### **Apego y Lactancia Materna**

Los beneficios de la lactancia materna son fundamentales para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. Estos beneficios son tanto para el niño como para la madre. Uno de los más importantes es que favorece el apego entre madre e hijo. El estilo de apego es un indicador predictor de la calidad de las relaciones interpersonales futuras, razón por la cual es fundamental favorecer estilos de apego seguro durante el crecimiento y desarrollo infantil. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015) El apego se va formando según el período

gestacional en el que se encuentre la mujer, de esto podemos identificar tres períodos primordiales, los cuales son:

**Fase preconcepcional:** Existe mayor probabilidad de que las niñas que recibieron lactancia materna también lo hagan con sus propios hijos, el estilo de apego se va formando de acuerdo a cada etapa que viven las niñas, partiendo desde los juegos en las cuales imitan roles maternos y paternos, reflejando su propio estilo de crianza. En la adolescencia se aprecia al elegir una pareja adecuada y la consolidación de los valores con los cuales se enfrentará la maternidad o paternidad.

**Fase prenatal:** Se va adecuando con respecto al trimestre específico del embarazo, es así como en el primer trimestre se hace énfasis en la aceptación y confirmación del embarazo, durante el segundo trimestre ya se comienza a percibir al niño como un ser aparte, se comienzan a sentir los movimientos fetales. Finalmente, durante el tercer trimestre se personifica al futuro niño y se realizan acciones concretas para esperar su llegada.

**Nacimiento e interacción prenatal:** Hay estudios que demuestran que existe un período posterior al nacimiento que corresponde a los tres a cinco minutos post parto en que el bebé viene preparado para realizar la interacción con su madre, el contacto piel a piel, se ha comprobado que es fundamental para fomentar un apego seguro. Existe un período sensitivo en el ser humano que es fundamental para determinar el apego, ya que durante esta etapa se desarrollan conductas progresivas entre madre e hijo, es por ello que los profesionales de la salud deben favorecer momentos de intimidad entre el binomio. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

Durante esta primera interacción ocurren múltiples fenómenos biológicos, el recién nacido observa a su madre y establece contacto visual, además de las expresiones faciales correspondientes, lo cual demuestra a la madre que el niño se encuentra en sincronía con ella, existe un contacto piel a piel. El recién nacido al llorar, provoca la estimulación de las hormonas prolactina y oxitocina encargadas de producción de leche materna, por lo cual la madre pone al pecho a su hijo y mediante el reflejo de succión el niño obtiene la primera gota de calostro cargada de linfocitos T, B y macrófagos los cuales son fundamentales para que el niño logre defenderse de la flora microbiana de la piel materna.

La lactancia materna disminuye la incidencia de enfermedades en los niños como, gastrointestinales, enfermedades respiratorias, leucemias y otros cánceres, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.

**Desarrollo del proceso de vinculación postnatal:** Entre los cero y tres meses el niño expresa sus emociones mediante la mirada o se calma al escuchar la voz de su madre. A los tres meses ya focaliza claramente sus figuras de apego. A partir de los seis meses trata de aproximarse a la figura de apego de acuerdo a los medios que su desarrollo psicomotor le permite. A los 12 meses ya se consolida finalmente el estilo de apego correspondiente.

### **Apego Paterno**

Desde el nacimiento hombres y mujeres han sido educados tradicionalmente para responder a estándares con funciones y roles predeterminado según el sexo. De acuerdo a esto se representaba como rol principal de la mujer, la dedicación y cuidado del hogar, de los hijos, y de brindar apoyo afectivo; en cambio, el rol principal del hombre se centraba en el trabajo y provisión de bienes necesarios para sustentar el hogar. Durante las últimas décadas ha ocurrido un cambio histórico en los roles de género, debido a la creciente incorporación de mujeres al trabajo remunerado, mayor control de procesos reproductivos y mayor participación en diversos ámbitos como sociales y políticos. Por su parte, los hombres están cada día más interesados en participar de la paternidad, involucrándose en funciones afectivas, de cuidado, de soporte emocional y psicológico. La literatura nos revela la enormidad de estudios enfocados a profundizar el conocimiento del binomio, identificando sus patologías, las emociones, comportamientos y evaluar su influencia en las relaciones afectivas adultas, pero en relación al vínculo padre- hijo es escasa la información que demuestre la importancia que posee este lazo afectivo. De igual manera, se describen correlaciones positivas que están relacionadas con el apego paterno seguro, como lo es tener menos problemas de comportamiento y que muestran un mayor nivel de sociabilidad. (Aguas, Gallardo, & Madrid, 2015).

Los estudios en relación al vínculo de apego padre-hijo, han mostrado una débil asociación entre la sensibilidad paterna y apego seguro padre-hijo y esto puede estar atribuido a dos razones. En primer lugar, los padres pasan menos tiempo con sus hijos en comparación con las madres, que suelen ser el cuidador principal y por otro lado, los

padres pueden interactuar con sus hijos de una forma diferente en comparación con las madres. Tradicionalmente, los padres se centran en estimular y explorar las interacciones de juego con sus hijos, con menos énfasis en el apoyo emocional y el calor.

En contraste con lo anterior, estudios de la última década demuestran nuevos resultados en relación al apego padre-hijo. El padre al estar más involucrado en las actividades de participación positiva con sus hijos, afecta de manera significativa su relación, formando lazos estables y un apego seguro.

A la hora de tomar decisiones, los padres como principales responsables de sus hijos deben definir su papel como tales. La dificultad de estas decisiones se verá afectada de manera positiva, si los padres, reciben información real, actualizada y adaptada a sus conocimientos. La comunicación que reciban del personal sanitario debe resultarles absolutamente transparente y cómoda, siendo posible comentar todos los aspectos que les resulten preocupantes de manera honesta y abierta. (Maroño, 2014).

### **6.2.5 Unidades Neonatológicas**

#### **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**

La unidad asistencial es considerada una unidad que brinda atención médica, con compromiso vital, que precisa de medios y cuidados especiales de forma continuada, bajo la responsabilidad de un médico especialista en pediatría y sus áreas específicas. (Palanca, 2014).

El servicio o Unidad de Neonatología, se considera como una sección intrahospitalaria que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatos, la asistencia y reanimación en la sala de partos o pabellón e incluye la atención del recién nacido que se encuentra en sala de puerperio con su madre.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), es el lugar donde el recién nacido permanecerá durante días, semanas o incluso más tiempo, dependiendo del grado de prematuridad del neonato. Teniendo vigilancia estrecha donde se cuida a los recién

nacidos que sufren complicaciones médicas o a los bebés que han nacido de manera prematura. Aquí se les proporcionará un entorno óptimo para el crecimiento hasta que finalmente puedan marcharse a casa.

Los avances en los cuidados neonatales desde la cantidad de oxígeno suministrado por medio de la ventilación hasta la monitorización de la temperatura de los neonatos han contribuido a eliminar algunas de las dudas y preocupaciones sobre la UCI neonatal. Dichas innovaciones han logrado que el proceso de cuidados de un bebé prematuro sea más seguro y completo que nunca. (Dunphy, 2012).

Al ingresar a la UCIN, los padres deberán colocarse una bata, cubre boca, gorro y lavarse las manos meticulosamente durante al menos 30 segundos; esto se deberá hacer cada vez que ingresen a la unidad, para mayor protección de los bebés y ayudara a disminuir la proliferación de enfermedades. Los lavamanos estarán ubicados en la entrada principal, es recomendable encarecidamente lavarse las manos con frecuencia durante la visita, con agua y jabón.

En esta unidad, cada paciente tiene su propio espacio dentro de una habitación, sus pertenencias, así como equipo y material es estrictamente individual como: pañales desechables, cobijas, gorros, estetoscopios, cintas métricas, termómetros, monitores, etc.

El equipo de salud de la UCIN está constituido por personal altamente capacitado que supervisa a los niños muy estrechamente: médicos y enfermeras especialistas, nutriólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales y personal de intendencia.

El confort del bebé, es muy importante, aunque él no puede referirnos lo que le molesta, se debe de mantener un ambiente de comodidad, los sonidos de alarmas en los monitores, no debe de ocurrir, ya que si se tiene en buenas condiciones y con un buen control, estas no tendrían por qué sonar, la iluminación debe de ser muy tenue, ya que puede dañar la visión del recién nacido, eliminar radios, timbres, así como evitar ruidos intencionados y una constante manipulación innecesaria, que solo alterara su tranquilidad. El Sistema de Apoyo Respiratorio, podría incluir un ventilador, un (CPAP) Presión Positiva Continua en la Vía Aérea u oxígeno administrado con puntas nasales, depende de la condición respiratoria del niño, manteniendo la integridad del equipo, para una mejor

atención. También es importante el control de los signos vitales, un monitor mostrará los signos vitales del niño: ritmo cardiaco, respiratorio, presión sanguínea, saturación de oxígeno, temperatura, así mismo se deberá contar con un tripié para administrar medicamentos y soluciones parenterales. (Center, 2010).

### **Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN)**

Se considera una unidad asistencial en la que bajo la responsabilidad de un médico especialista en pediatría y sus áreas específicas, se realiza la atención del recién nacido de edad gestacional superior a 32 semanas o peso superior a 1.500 gr con patología leve que necesita técnicas especiales de cuidados medios. (Palanca, 2014).

La Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN) constituye un ambiente terapéutico apropiado para tratamiento del recién nacido en estado grave. Por la fragilidad del niño, la implementación de procedimientos de alto riesgo y la baja tolerancia a errores de medicación son algunas preocupaciones de los profesionales de enfermería que actúan en estas unidades de terapia intermedia. Así mismo en estos servicios se debe promover la constante interacción con los familiares de los recién nacidos con capacitación por parte del equipo de salud, para ofrecerles soporte en ese momento de fragilidad. Además, la enfermera es responsable por la implantación de un cuidado que valore el desarrollo físico, psíquico y social del RN. (Langona, Barbosa, & Pinto, 2011).

#### **6.2.6 Marco Referencial**

Cañas y Rodríguez (2014), en Bogotá realizaron un estudio que identificó el significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. Conclusiones: para los padres la hospitalización del hijo representa un cambio en su vida, donde el eje central son su hijo y su pareja; esto genera modificaciones en la estructura social y cultural, con el propósito de afianzar la relación de pareja, el bienestar de la familia y compartir la situación que estaban viviendo.

Gallegos, Reyes y Silvan (2013), realizaron un estudio que permitió identificar y analizar los significados para los padres de su participación en una unidad neonatal de un hospital/maternidad en San Luis Potosí, México. Resultados: los significados: a) la unidad

neonatal como un espacio de sufrimiento y espera b) afrontando el internamiento del hijo c) siendo excluido del cuidado del hijo hospitalizado d) descubriéndose sin competencias para el cuidado del hijo. Conclusión: los padres afrontaron su sufrimiento y si con barreras que les impidió la participación, se asumen bajo la jerarquía médica limitando su participación aún contra su rol natural como padres. Se requiere transformar la filosofía asistencial concibiendo a los padres como personas con derecho de participar y ser competentes en el cuidado del hijo.

Herreros (2015), realizo un estudio en la Universidad de Barcelona que tuvo como objetivo describir los aspectos psicosociales de padres/madres cuyos hijos/as recién nacidos prematuros que ingresaron en la UCIN y proponer unos cuidados de enfermería. Con respecto al plan de cuidados, se planifico a partir de los siguientes diagnósticos de enfermería: Ansiedad, Riesgo de deterioro de la vinculación, y Desempeño ineficaz del rol. Por tanto, se puede decir que la experiencia de la UCIN conlleva una serie de sentimientos y emociones dolorosas, en el que se vieron afectados varios sectores de la vida cotidiana.

Iriarte y Carrión (2013), su estudio tuvo como objetivo explorar las experiencias de los padres de grandes prematuros en la UCIN del Hospital de Pamplona e identificaron barreras y facilitadores para la paternidad/maternidad, así como mecanismos de apoyo y comportamientos que permitieran a los padres desarrollar su rol parental. Resultados: Las categorías que emergieron fueron: crisis emocional, barreras para el cuidado del hijo, sistemas de apoyo y convertirse en padres, el proceso de apego entre padres e hijos y adquisición del rol.

Rubiños (2012), realizo un estudio con el propósito de medir los niveles de estrés y ansiedad de padres con hijos internos en Unidades Neonatológicas, así como evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por éstos. La muestra estuvo conformada por 7 participantes del Hospital de la Niñez Oaxaqueña del Estado de Oaxaca, Los resultados muestran que los participantes presentan bajos niveles de estrés, pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento.

Escartí, Boronat, Llopis, Torres, Vento (2015), en España realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo y de protección del funcionamiento familiar en prematuros

comparados con neonatos sanos a término. Resultados: Los padres del grupo control obtuvieron puntuaciones más elevadas que los de los prematuros en todos los parámetros estudiados. Los padres de prematuros sin patología se diferenciaron de los controles en 2 factores de resiliencia familiar: experiencias positivas y experiencias de compensación y en estrés, mientras que los padres de niños prematuros con patología percibieron significativamente menor resiliencia familiar y más estrés por la crianza de sus hijos.

López y cols. (2011) el objetivo de su estudio fue determinar la asociación entre las condiciones biológicas, familiares, sociales y el afrontamiento familiar de padres ante el nacimiento de un niño pretérmino en la ciudad de Colombia. Resultados: el 85.9% de los padres de los niños pretérminos tienen un afrontamiento eficaz; entre las variables que se asocian significativamente con el afrontamiento familiar ante el nacimiento de un niño pretérmino. Conclusión: el afrontamiento familiar ante el nacimiento de un niño pretérmino se asoció con condiciones sociales tales como: el estado civil y los ingresos económicos. Las condiciones biológicas y familiares no mostraron asociación.

García, Duarte y Mejías (2014), realizaron un estudio con el propósito de describir el afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro, fue un estudio descriptivo de carácter fenomenológico en Sevilla. Mediante un método de triangulación se utilizaron diversas fuentes para la recogida de datos: una entrevista individual profunda y grabada por tres profesionales sanitarios que formaron parte del equipo investigador, y varias entrevistas grupales, discerniendo a los padres que concibieron de manera natural y a los que usaran técnicas de reproducción asistida.

Aguas, Gallardo y Madrid (2015), su objetivo fue describir la percepción del padre y del profesional de enfermería en relación al apego paterno en la hospitalización del RN prematuro. Resultados: Los datos obtenidos de las entrevistas evidenciaron que los padres conocían el concepto de apego paterno, por lo que su participación durante la hospitalización fue predominantemente activa. Conclusiones: El equipo de salud utilizó estrategias para fomentar el apego paterno, pero se dejó entrever la necesidad de incluir formalmente en el plan de cuidados la estimulación de este vínculo afectivo e incorporar a los padres en actividades educativas y de acercamiento a los recién nacidos.

Langora, Barbosa y Pinto (2011), realizaron un estudio con el propósito de comprender la experiencia de padres en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. El análisis fue fundamentado en la fenomenología social. Se concluye que la sobrecarga de actividades, el reducido número de personal, la falta de materiales, equipamientos y la necesidad de perfeccionamiento profesional son la realidad del trabajo de la enfermera en ese sector. Supervisar los cuidados, es posible; cuidar integralmente del recién nacido, envolviendo sus padres, es el ideal deseado.

## VII.- Metodología

### Tipo de Estudio

La presente investigación fue con un enfoque cuantitativo ya que se utilizó a la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Sampieri, 2014), a su vez se realizó una descripción general de las variables sociodemográficas que se encontraron en el trabajo de investigación.

### Diseño de la Investigación

El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### Universo

Padres de niños prematuros hospitalizados de 22-36 SDG en los servicios de la UCIN Y UTIN del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

### Muestra

Se realizó un cálculo con muestreo probabilístico para determinar el tamaño de muestra, basado en el universo de estudio con una muestra que fue de 63 padres, de donde se obtuvo de la siguiente formula: (Balseiro, 1991)

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}}$$

**N = Tamaño del Universo**  
**no = Tamaño de la población**  
**n = Tamaño de la muestra buscado**

### Criterios de Inclusión

- Padre y/o madre de hijos prematuros hospitalizados que hayan nacido con una edad gestacional de 22 a 36 semanas de gestación.
- Padre y/o madre de 15 a 60 años de edad.
- Ambos padres que sepan leer y escribir.

- Padre y/o madre de hijos prematuros hospitalizados en la UCIN y UTIN
- Padres que acepten participar en la investigación.
- Padres de niños prematuros que hayan nacido en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

### **Criterios de Exclusión**

- Padre y/o madre de hijos no prematuros hospitalizados que hayan nacido con una edad gestacional mayores de 37 semanas de gestación.
- Padre y /o Madre menores de 15 años y mayores de 60 años de edad.
- Ambos padres de hijos prematuros hospitalizados que no hayan nacido en el Hospital General de Pachuca.
- Ambos padres que no sepan leer y escribir.
- Padre y/o madre de hijos prematuros que no se encuentren hospitalizados en la UCIN y UTIN.
- Padres que no acepten participar en la investigación.

### **Criterios de Eliminación**

- Padres de hijos prematuros hospitalizados que no quieran participar en el estudio.
- Padre y/o madre que no contesten la encuesta.

### **Alcance de la Investigación**

Se llevó a cabo el estudio de investigación, participando los padres de familia de manera activa y por parte de la Institución de Salud de manera colaborativa, sin limitaciones a realizar el estudio.

### **Herramientas de Recolección y Análisis de Datos**

#### **Procedimiento de Reclutamiento**

Se solicitó al Departamento de Enfermería del Hospital General de Pachuca Hidalgo, realizar el estudio correspondiente, coordinándose con Trabajo Social y con el Médico Especialista encargado de los servicios de UCIN y UTIN, así como del personal de cada servicio, a quienes se les dió a conocer los objetivos del estudio, permitiendo el acceso a la Institución y poder aplicar el respectivo cuestionario.

Se brindó orientación a los padres para la aplicación de la encuesta, explicando los ítems, así como las opciones a elegir, si en el transcurso de la misma surgía alguna duda, se aclaraba al momento. Las encuestas fueron aplicadas en la sala de espera de cada servicio neonatal a todo padre o madre que decidió voluntariamente contestar las preguntas.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

La recolección de datos empleada en este estudio, fue la aplicación de un cuestionario, el cual ayudó a conocer el tipo de afrontamiento que han vivido los padres durante la hospitalización de sus hijos. A los padres se les entregó un Consentimiento Informado, el cual firmaron garantizando que es voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se les dio, acerca de los objetivos del estudio.

La aplicación de la encuesta a los padres se llevó a cabo con una duración de 20 a 25 minutos aproximadamente, en la sala de espera de cada servicio neonatal, después de la visita, se les brindó información oportuna a los padres con el objetivo de la investigación, así como la confianza para que se sintieran más cómodos de contestar sin presionarlos, algunos de ellos si tenían alguna duda acerca de un ítem o querían hacer mención de alguna inquietud.

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 19 integrando una base de datos.

### **Instrumento de Medición**

La medición y evaluación del afrontamiento son componentes cardinales para la explicación y conceptualización del proceso de estrés. Aun cuando existen diferentes escalas que miden afrontamiento, pocas poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez. Por lo anterior, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento es, en principio, una opción viable para dicha evaluación, pues sus propiedades métricas son muy aceptables. (Quiroz, Nava, Soria, & Vega, 2010).

Se utilizó el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento”, que consta de 40 ítems con una escala tipo Likert, evalúa 8 escalas: Resolución de problemas, Autocritica, Expresión

emocional, Pensamiento desiderativo, Apoyo social, Reestructuración cognitiva, Evitación de Problemas y Retirada social, con un Alfa de Cronbach de .936, con opciones de respuesta que van de en absoluto= 0, un poco=1, bastante=2, Mucho=3 y totalmente=4.

En la escala original (Tobin y cols., 1989) se incluyen las escalas secundarias que surgen de la agrupación empírica de las primarias: **Manejo adecuado centrado en el problema**, que incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, ya modificando la situación o su significado; **Manejo adecuado centrado en la emoción**, que incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, lo que refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; **Manejo inadecuado centrado en el problema**, la que consta de las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, que indican un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. **Manejo inadecuado centrado en la emoción**, compuesta por las subescalas Retirada social y Autocrítica, que reflejan un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

### **Consideraciones Éticas**

Para la realización del presente proyecto se tomaron en cuenta aspectos éticos legales que se encuentran en la Declaración de Helsinki, en el reglamento de la Ley General de Salud y consentimiento informado. La condición de persona es el fundamento ontológico-real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la salud, se tomaron en cuenta los siguientes artículos:

1. Artículo 13: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

2. Artículo 18: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, si el sujeto de investigación así lo manifieste.
3. Artículo 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
4. Artículo 21: el sujeto de investigación recibió una explicación respecto al estudio y la participación que tendría.
5. Artículo 100.- Las finalidades principales de las comisiones que se constituyan en las instituciones de salud serán las siguientes:
  - I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigadores;
  - II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y
  - III. Vigilar la aplicación de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.(Madrid, 2014).

Por todo ello se considera un estudio de bajo riesgo, ya que no se empleó algún método invasivo, que comprometiera la integridad de los padres, así como la de sus hijos, exponiendo una explicación acerca del estudio, así como mencionando que no era de carácter obligatorio.

## VIII.- Resultados

El estudio fue realizado a los padres con un hijo prematuro en los servicios de la UCIN y UTIN del Hospital General de Pachuca Hidalgo, institución que es considerada una de segundo Nivel de atención, en donde se llevó a cabo el estudio y se trabajó con padres de familia de niños prematuros, con una muestra probabilística constituida por 63 padres, lo cual nos permitió recopilar información relevante acerca del tipo de afrontamiento que vivieron los padres durante la estancia hospitalaria de sus hijos, identificando que todos los padres entrevistados estaban pasando por una situación común entre ellos y desagradable y desalentadora y que fue inevitable evadir el problema ya que demostraron lo que realmente estaban viviendo, lo que en cierta forma al tener la oportunidad de entrevistarlos, se interactuó y se detectaron diferentes las emociones.

De los resultados obtenidos en primer término se dan a conocer los datos descriptivos sociodemográficos de la población en estudio como son: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión, número de hijos; edad, sexo y días de estancia del recién nacido. Posteriormente se muestra la diferencia de medias de variables de estudio y verificación de hipótesis.

En cuanto a los datos descriptivos, en relación a la edad de los padres, se encontró el mayor porcentaje en el 35% entre los 23-27 años, el 29% de 28-32 años y el 17% de los padres se encuentran en una edad joven ya que son de 18-22 años, el 14% de 33-37 años, mientras que solo un 5% de la muestra es de 38-42 años. (Gráfica 1)

De los padres estudiados, el sexo de los encuestados, se encontró en mayor porcentaje el sexo femenino predominando en un 65% y el sexo masculino con un 35%, lo cual indica que la presencia de la madre fue mayor que la presencia del padre, por los roles que tienen dentro de la familia. (Gráfica 2)

En relación a la ocupación de los padres, el mayor porcentaje encontrado fue de 40% que son empleados, profesionistas el 33% y en menor porcentaje que correspondió al 27%, como amas de casa, lo que indica, su nivel socioeconómico y cultural con lo que hacen frente a la situación de conflicto presentada por la salud de su hijo. (Gráfica 3)

La Escolaridad de los padres, el mayor porcentaje se detectó con un nivel básico en un 52%, primaria y secundaria, otros cuentan con preparatoria en un 21% y tienen un grado máximo de escolaridad al haber cursado la Universidad en un 27%, predominando el nivel básico que les permite tener acceso a los servicios y a la información del estado de salud de su hijo. (Gráfica 4)

En base al Estado civil de los padres, se observó que el 52% de los padres son casados, el 40% se encuentran en unión libre y con un bajo porcentaje son solteras con 8%, detectando el mayor porcentaje se encuentran en pareja ambos padres, para dar apoyo al cuidado del recién nacido. (Gráfica 5)

Religión de los padres, en mayor porcentaje los padres son católicos con un 56%, son cristianos el 22%, se consideran creyentes 19 % y en mínimo porcentaje son ateos con 3%, lo que nos permite conocer sus creencias de los padres en cuanto al cuidado del niño. (Gráfica 6)

Número de hijos de los padres, se encontró que el 37% de los padres encuestados solo tienen 2 hijos, un 30% con solo 1 hijo, el 22% con 3 hijos y el 11 % tienen 4 hijos, detectando que la mayoría ya tenía experiencias previas relacionadas al nacimiento de otros niños. (Gráfica 7)

Sexo de los recién nacidos, el 54% fueron del sexo masculino y el 46% del sexo femenino, predominando en este estudio los recién nacidos de sexo masculino. (Gráfica 8).

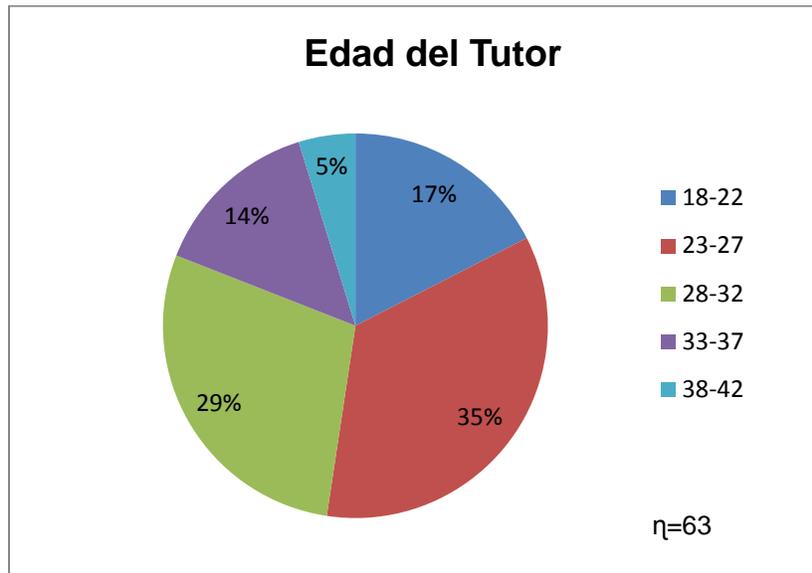
Edad del recién nacido, en el servicio de la UCIN la edad promedio fue de 14 días y en el servicio de la UTIN es de 9 días. (Gráfica 9)

Días de estancia de los recién nacidos en los servicios de UCIN y UTIN, el periodo osciló entre 2-61 días de hospitalización con un promedio de 14 días en el servicio de la UCIN y 9 días en la UTIN, lo cual varío según la patología y estado de salud presentados en el recién nacido. (Gráfica 10)

Peso de los recién nacidos, en menor porcentaje con el 5% tienen un peso de 2.550 kg-3.000 kg, 22% con un peso de 2.100 kg-2.500 kg, un 29% con 850 g-1.500 kg. Y en mayor porcentaje con un 44% que va de un peso de 1.550 kg- 2.000 kg. (Gráfica 11)

Semanas de gestación de los recién nacidos, el 33% nacieron de 32-33 SDG, un 32% de 34-36 SDG, y el 35% de 25-30 SDG, los resultados muestran que el mayor porcentaje se orientó a recién nacidos prematuros con mayor inmadurez y mayores riesgos que comprometen su vida. (Gráfica 12)

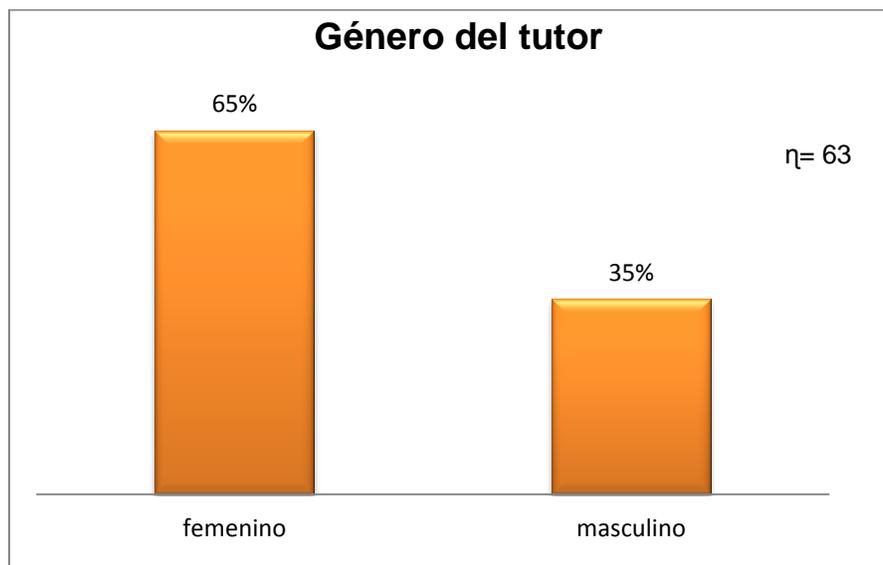
**Gráfica 1.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

El 17% de los padres encuestados, se encuentran en una edad joven para procrear ya que son de 18-22 años, el 35% de los padres oscilan de 23-27 años de edad, porcentaje que corresponde a la etapa de mayor reproducción y menor riesgo, el 29% de 28-32 años, el 14% de 33-37 años, mientras que solo un 5% de la muestra es de 38-42 años lo que condiciona un alto riesgo prenatal.

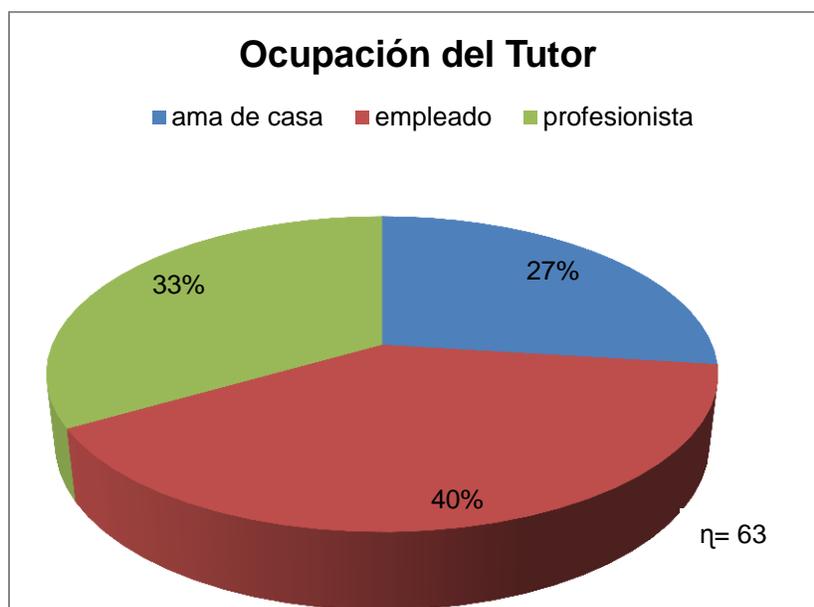
**Gráfica 2.**



**Fuente: Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.**

De los padres encuestados el género femenino predominó más con un 65% y el género masculino con un 35%, ya que las mujeres obtienen ese rol de cuidadora primaria y con una participación más activa que el padre.

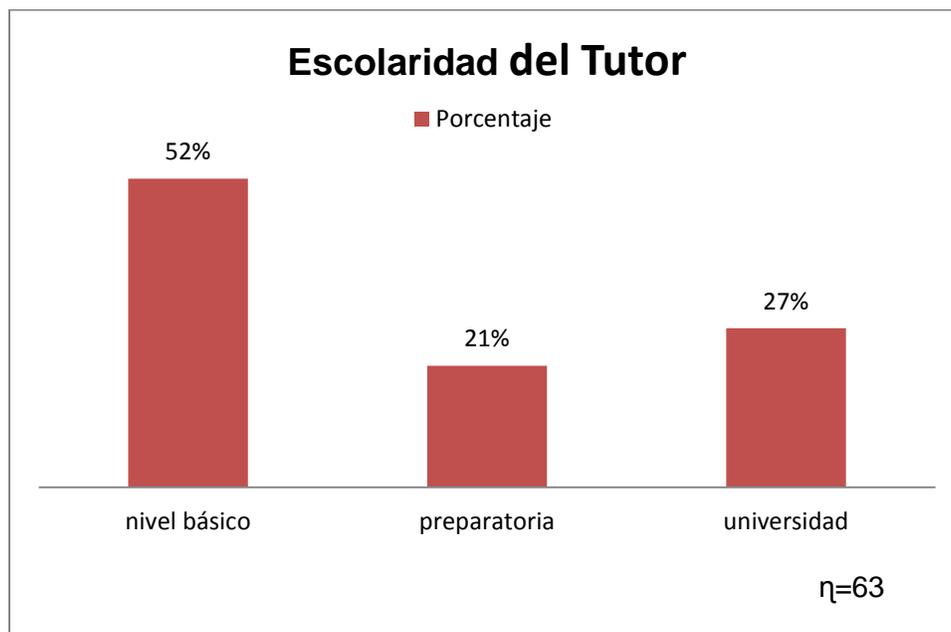
**Gráfica 3.**



Fuente: Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

Respecto a la ocupación de los padres, en mayor porcentaje son empleados contando con un 40%, el 33% son profesionistas y en menor porcentaje son amas de casa con un 27%, lo que indica las diferentes ocupaciones que tienen entorno a su familia.

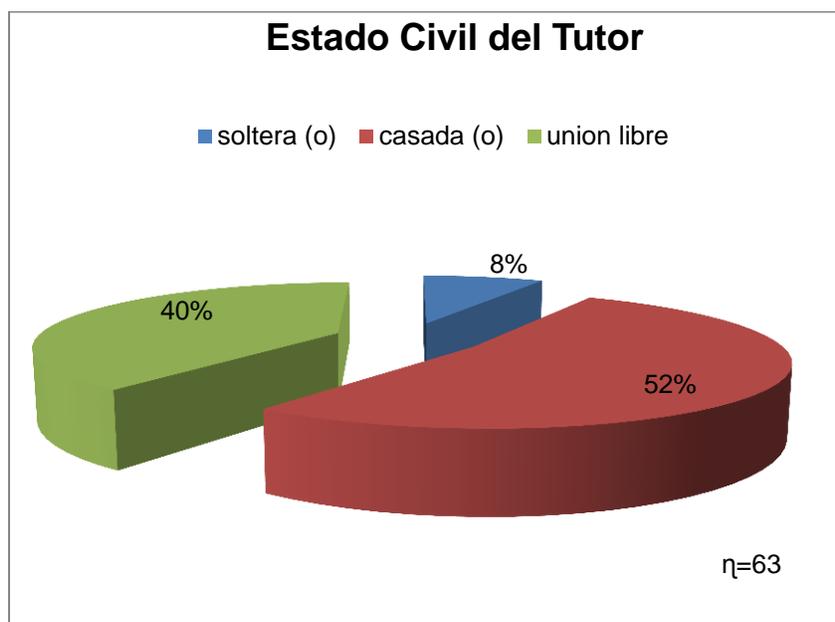
**Gráfica 4.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En lo que se refiere a la escolaridad de los padres, el mayor porcentaje tienen un nivel básico con un 52%, fundamental para leer y escribir, un 21% de los padres cuenta con preparatoria y el 27% tienen un grado máximo de escolaridad al haber cursado la universidad.

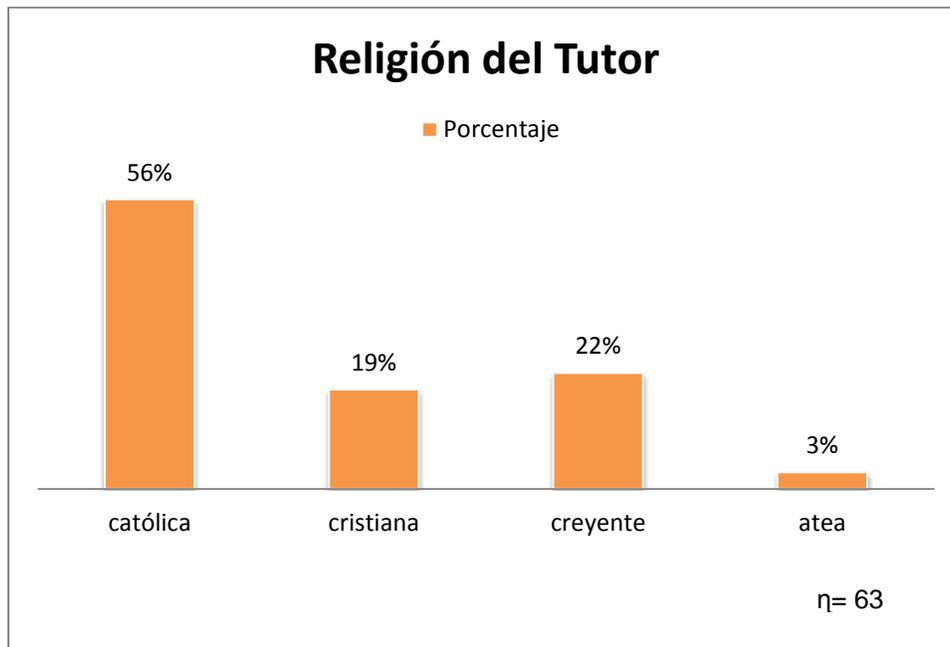
**Gráfica 5.**



Fuente: Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

Se observa que el 52% de los padres son casados, por otro lado, se muestra el 40% se encuentran en unión libre que a pesar de su estado civil ambos padres cumplen con su responsabilidad en la atención de su hijo y en un bajo porcentaje son solteras con 8%.

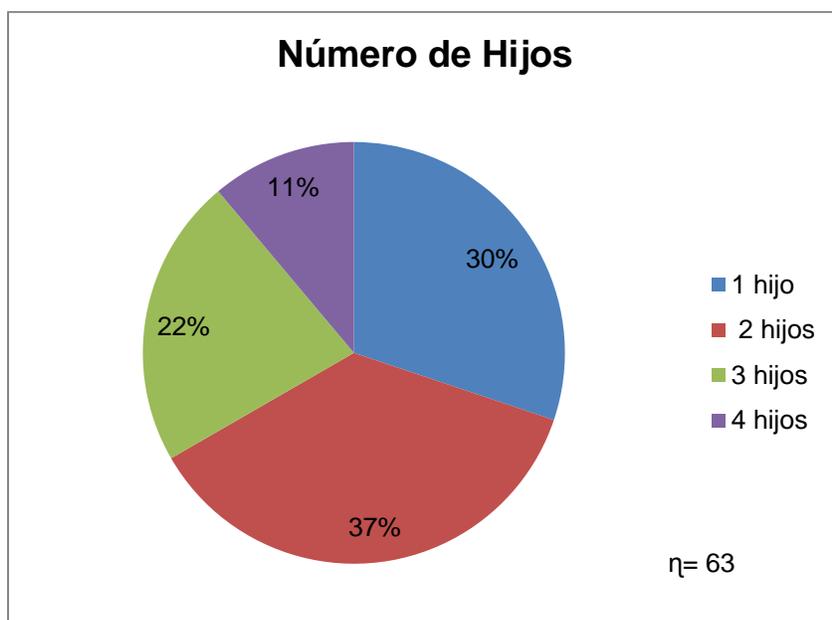
**Gráfica 6.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En mayor porcentaje los padres dijeron ser católicos con un 56%, el 22% son cristianos, 19 % solo se consideran creyentes y en mínimo porcentaje son ateos con 3%, respetando la idiosincrasia de los padres, relacionado con las decisiones en la atención del recién nacido.

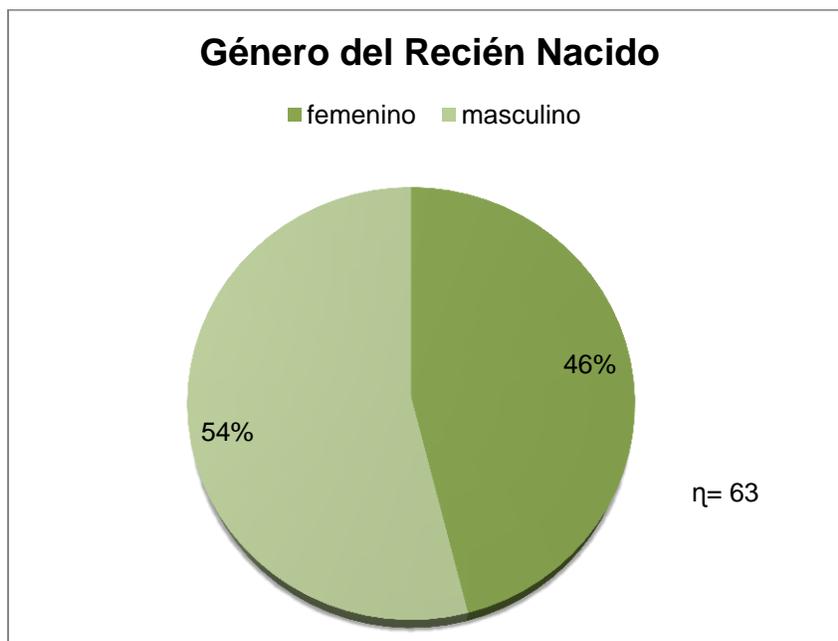
**Gráfica 7.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En la composición familiar se encontró que el 37% de los padres encuestados solo tienen 2 hijos, un 30% con solo 1 hijo, el 22% con 3 hijos y el 11 % tienen 4 hijos, observando que la mayoría ya tenían la experiencia de ser padres.

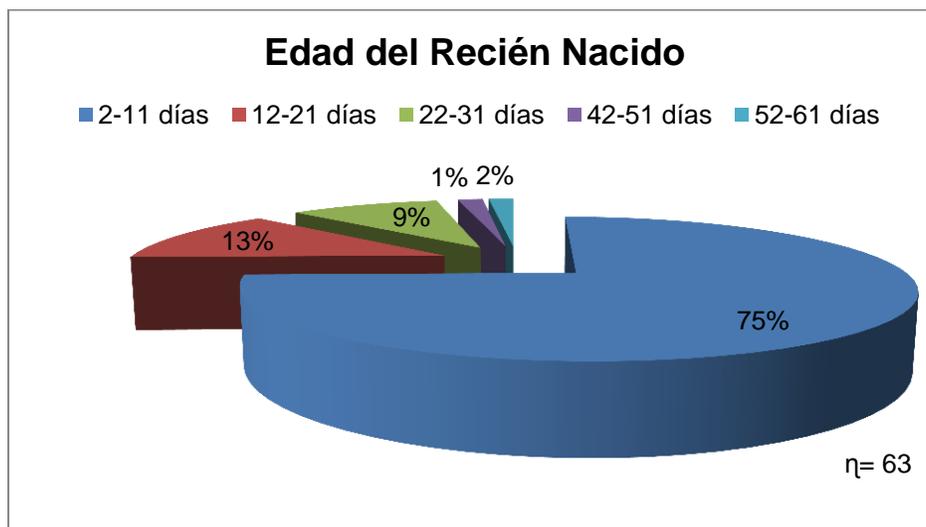
**Gráfica 8.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En este estudio, se encontró en cuanto al género de los recién nacidos, el 54% fueron del género masculino y el 46% del género femenino, de los dos servicios estudiados que fueron UCIN y UTIN.

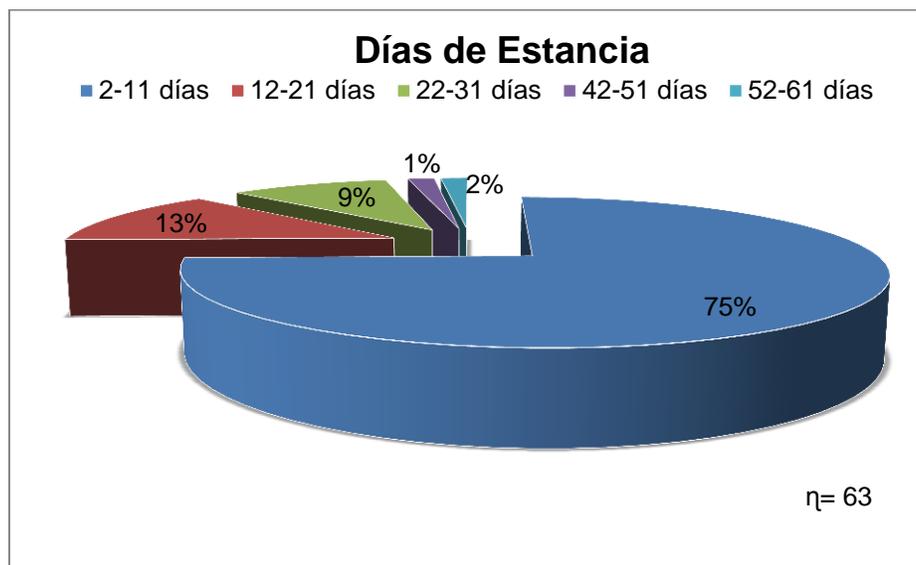
Gráfica 9.



Fuente: Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

Se detectó en los servicios que hubo recién nacidos prematuros con una edad de 2 a 11 días de vida, mientras el 13% correspondió de 12 a 21 días, el 9% es de 22-31 días, 2% de 52-61 días y solo 1% de 42-51 días de vida.

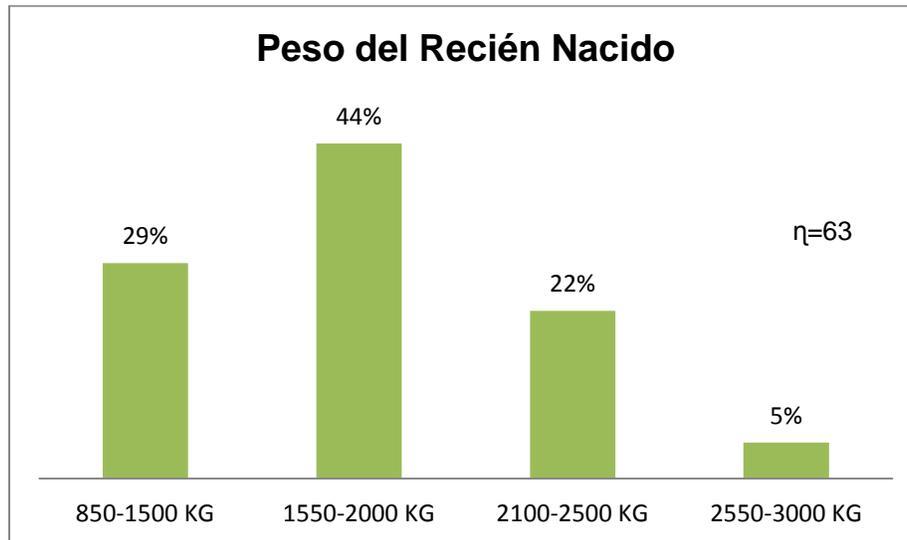
**Gráfica 10.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En cuanto a los días de estancia promedio de los recién nacidos que se encontraron en los servicios de UCIN y UTIN, el periodo fue entre 2-61 días de hospitalización con un promedio de 14 días en el servicio de la UCIN y 9 días en la UTIN.

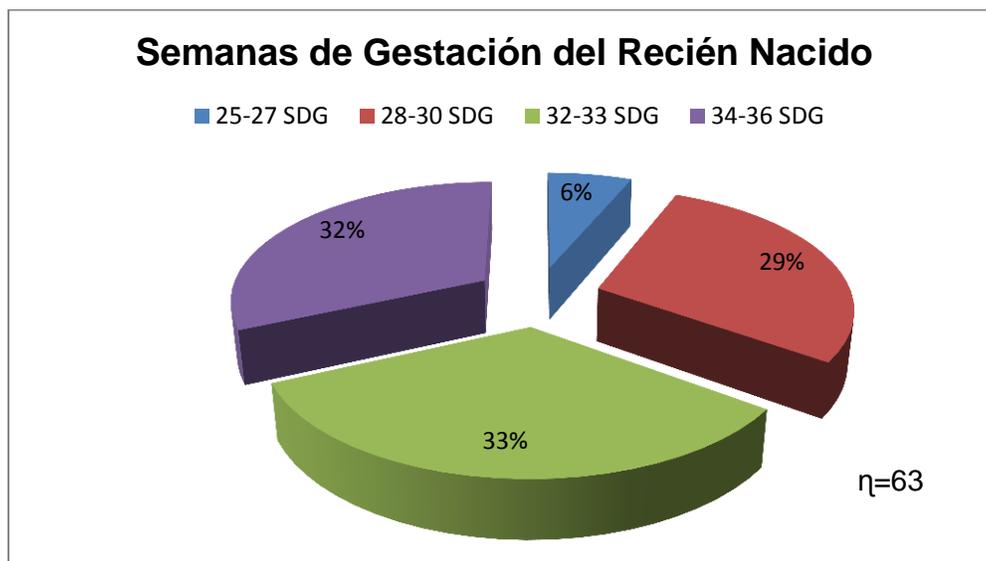
**Gráfica 11.**



**Fuente:** Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

En relación al peso de los recién nacidos estudiados, corresponde en menor porcentaje con el 5% con un peso de 2.550-3.000 kilogramos, y en mayor porcentaje con un 44% que va de un peso de 1.550- 2.000 kilogramos, situaciones de riesgo para los recién nacidos por no alcanzar el peso ideal a su nacimiento.

Gráfica 12.



Fuente: Expediente clínico de recién nacidos pretérmino en los servicios de UCIN y UTIN. 2016.

De acuerdo a las semanas de gestación de los recién nacidos el 33% nacieron de 32-33 SDG, un 32% DE 34-36 SDG, y el 35% de 25-30 SDG, en los servicios.

En cuanto a la correlación de Spearman, las estrategias de afrontamiento de acuerdo a la **Resolución de Problemas** se obtuvo una correlación positiva considerable de .593 y  $p=0.01$  en cuanto a mantener su postura y luchar por lo que quería, al igual que hizo frente al problema, situación que nos habla de dar resolución de manera moderada.

En relación a la **Estrategia de Autocrítica** existió recriminación hacia el mismo, por permitir que ocurriera el problema con un resultado de .679, integrando otro elemento de análisis en relación a la autocrítica por lo ocurrido, lo cual muestran los padres de estos niños que en ellos existió un grado de culpabilidad por el problema ocurrido, cuyo resultado fue de .536 y estos dos sentimientos con  $p=0.01$ .

Lo que se relaciona a la estrategia de afrontamiento de **Expresión Emocional** se identificó que los padres dejaron desahogar sus emociones y lo que sentían en un grado moderado obteniendo .560 y  $p=0.01$  considerando también que sus sentimientos en esos momentos fueron abrumadores, situación que muestra que los padres mantenían estrés emocional.

En cuanto a los **Pensamientos Desiderativos** los padres expresaron imaginar que las cosas podrían ser diferentes con un resultado de .647 y  $p=0.01$ . Así mismo, deseaban no encontrarse nunca más en esa situación y que el problema terminase.

En cuanto al **Apoyo Social** como estrategia de afrontamiento se detectó que los padres pidieron consejo a un amigo o familiar, aunque en bajo porcentaje dado que se encontró un resultado de correlación positiva media .408 y  $p=0.01$ , observando que los padres se limitaban a resolver y hacer frente a sus problemas por si solos.

El análisis de la **Reestructuración Cognitiva** nos dio como resultado una correlación positiva considerable de .598 y  $p=0.01$  descubriendo que las cosas no estaban tan mal después de todo, cambiando la forma en que veían la situación.

A lo que respecta a la estrategia de afrontamiento en **Evitación de Problemas**, los padres trataron de olvidar por completo la situación que vivían, así como quitar un poco de importancia y no preocuparse más, con una correlación positiva considerable de .689 y  $p=0.01$ .

En relación a una **Retirada Social**, se obtuvo una correlación positiva considerable de .591 y  $p= 0.01$ , en cuanto a evitar estar con gente, así como ocultar lo que pensaban y sentían ante tal situación.

## 8.1 Comprobación de Hipótesis

Con los resultados obtenidos en este estudio se comprueba la hipótesis de trabajo: “Los padres de niños recién nacidos prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN no se adaptan adecuadamente a las experiencias que se le presentan en relación con la salud de su hijo”, dado que el resultado de la correlación de las diferentes estrategias nos determina que el tipo de Afrontamiento resultó Desadaptativo centrado en el problema así como en las emociones, de esta manera se acepta la hipótesis de trabajo que dice:

H1 : Los padres de recién nacidos prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN no se adaptan adecuadamente a las experiencias que se le presentan en relación con la salud de su hijo.

Se rechaza la hipótesis nula que dice:

H0: Los padres de recién nacidos prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN se adaptan adecuadamente a las experiencias que se le presentan en relación con la salud de su hijo.

Concluyendo que los padres de prematuros que se encuentran en los servicios de la UCIN y UTIN, su tipo de afrontamiento es desadaptativo.

En cuanto a las variables estudiadas relacionadas en la escala del “**Inventario de Estrategias de Afrontamiento**” se integran los resultados detectados en la correlación de Spearman con mayor significancia y se presenta el siguiente cuadro en donde se describen las diferentes estrategias utilizadas por los padres de los neonatos ante la situación de tener a su hijo hospitalizado en las unidades neonatológicas, produciendo principalmente diferentes pensamientos y emociones.

**Cuadro 1.**

| MATRIZ DE COMPONENTES  |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
|--|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|
| INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO   |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
| Rho de Spearman  | (REP)<br>Resolución de<br>problemas | (AUC)<br>Autocrítica | (EEM)<br>Expresión<br>emocional | (PSD)<br>Pensamiento<br>desiderativo | (APS)<br>Apoyo<br>social | (REC)<br>Reestructuración<br>cognitiva | (EVP)<br>Evitación de<br>problemas | (RES)<br>Retirada<br>social |
| 17.-Hice frente al problema  | .593**                              |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 33.- Mantuve mi postura y luché por lo que quería  | .593**                              |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 18.-Me critiqué por lo ocurrido  |                                     | .679**               |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 26.-Me recriminé por permitir que esto ocurriera   |                                     | .679**               |                                 |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 11.-Expresé mis emociones, lo que sentía   |                                     |                      | .560**                          |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 27.-Dejé desahogar mis emociones   |                                     |                      | .560**                          |                                      |                          |  |                                    |                             |
| 28.- Deseé poder cambiar lo que había sucedido   |                                     |                      |                                 | .647**                               |                          |  |                                    |                             |
| 36.-Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes  |                                     |                      |                                 | .647**                               |                          |  |                                    |                             |
| 21.-Deje que mis amigos me echaran una mano  |                                     |                      |                                 |                                      | .408**                   |  |                                    |                             |
| 37.-Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto   |                                     |                      |                                 |                                      | .408**                   |  |                                    |                             |
| 14.- Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas                 |                                     |                      |                                 |                                      |                          | .598**                                 |                                    |                             |
| 30.-Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo |                                     |                      |                                 |                                      |                          | .598**                                 |                                    |                             |
| 15.-Traté de olvidar por completo el asunto  |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  | .689**                             |                             |
| 23.-Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más  |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  | .689**                             |                             |
| 16.-Evité estar con gente  |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    | .591**                      |
| 24.-Oculté lo que pensaba y sentía   |                                     |                      |                                 |                                      |                          |  |                                    | .591**                      |

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, Resultados de la aplicación a padres de hijos prematuros en los servicios de la UCIN y UTIN, 2016

## **IX.- Discusión**

Cuando los padres reciben a su hijo prematuro, su atención y cuidados giran en torno al niño, ya que es una situación que cambia sus estilos de vida, al analizar los resultados de este estudio demostraron similitud con lo que menciona Cañas y Rodríguez (2014) ya que en el estudio que realizaron, para los padres la hospitalización del hijo representa un cambio en su vida, donde el eje central son su hijo y su pareja; ya que se generan modificaciones en su vida social y cultural, les es difícil compartir esta experiencia con quienes los rodean, y los padres tienen que aprender a vivir y adaptarse a los cuidados que requiere su hijo, participando en las unidades neonatológicas.

En los resultados de este estudio también los padres manifestaron sentirse incompetentes, para estar dentro de las unidades neonatológicas y poder ofrecerles atención y cuidados pertinentes para mejorar su estado de salud, encontrando similitud con el estudio realizado por Gallegos y cols (2013) en donde los padres observan la unidad neonatal, como un espacio de sufrimiento y espera, afrontando el internamiento de su hijo, percibiendo sentirse excluidos de su cuidado y sin competencias, por lo que los padres afrontan su sufrimiento y experimentan barreras que les impide la participación, aún contra su rol natural como padres.

Según Herreros (2015), en su estudio, menciona que la experiencia de la UCIN conlleva una serie de sentimientos y emociones dolorosas, en el que se ven afectados varios sectores de la vida cotidiana. Es importante que los profesionales de la salud lo comprendan, sin olvidar que los cuidados serán individualizados y adaptados a las necesidades de cada progenitor, teniendo congruencia en este estudio que se realizó, ya que los padres se enfrentan a una terrible situación, a pesar de intentar ser fuertes y tratar de evitar lo que pasa, ellos manifestaron sentirse atrapados, reprimiendo toda esa carga emocional que no les permite mirar con claridad la situación y a pesar de ello, aportan su esfuerzo para que todo sea más fácil de sobrellevar, detectando también que algunos padres no querían saber ya nada sobre lo que les preocupara.

Otro de los resultados de esta investigación, es que los padres demostraron que buscan estrategias para poder enfrentar tal situación en la que puedan adaptarse o se puedan sentir más tranquilos, aunque no todos logran esta adaptación y en su estudio de Iriarte y Carrión (2013), mencionan como resultado, que los padres se encuentran en un camino

hacia la paternidad de manera compleja y que existen diferentes mecanismos que pueden actuar como barreras o facilitadores en este proceso.

Díaz y cols (2002) mencionan que los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que se tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta, son individuales y diferentes para cada uno, lo que se difiere en este estudio con los resultados obtenidos ya que los padres no se adaptaron al enfrentar las diversas situaciones que vivieron con sus hijos hospitalizados, en los servicios de UCIN y UTIN mas sin embargo al mencionar que las respuestas son individuales se coincide con este punto ya que cada persona puede tener diferente respuesta a la adaptación.

En otro estudio revisado por Rubiños (2012), menciona que los padres han demostrado presentar bajos niveles de estrés, pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento, contraponiéndose éstos resultados con el presente estudio, ya que se encontró un **afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, así como en las emociones**, los padres se enfrentan a una serie de emociones y sentimientos que alteran su estabilidad emocional, de acuerdo con estos eventos no deseables.

Los padres de neonatos prematuros, en cuanto a este estudio, demostraron desadaptación ante el nacimiento de su hijo, ya que les es difícil poder acudir a ambos padres al hospital, la mayoría de las ocasiones es la madre la que toma el rol de cuidadora, es complejo manejar tal situación, coincidiendo los resultados con Escartí y cols (2015), ya que menciona en su estudio que la prematuridad es un factor de riesgo para el funcionamiento familiar, ya que ocasiona un alto grado de estrés parental y dificulta el desarrollo de factores de protección como es la resiliencia.

El tipo de afrontamiento encontrado en este estudio con mayor significancia fue desadaptativo centrado en el problema, así como afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, ya que los padres demostraron culpabilidad y sentimientos desiderativos, contraponiéndose con el estudio de López y cols (2011), ya que en su

estudio el 85.9% de los padres de los niños pretérmino tienen un afrontamiento eficaz; entre las variables que se asociaron significativamente con las condiciones sociales como estado civil e ingresos económicos.

Por todo ello, se cree que el proceso que viven los padres es algo indeseable, que desearían jamás haber pasado por esta situación, ya que no es nada fácil observar a su hijo en una área hospitalaria lo que llega a alterar el rol de los padres, de igual manera como lo mencionan en los resultados de Caruso y Agostina (2012), que muestran, que si bien los padres perciben la internación de su hijo en la UCIN como un suceso moderadamente estresante, las alteraciones en sus roles como padres se transforman en los aspectos más estresantes para ellos.

## X.- Conclusiones

Se llevó a cabo el presente estudio dando cumplimiento a los objetivos planteados.

De los 63 padres estudiados la edad osciló entre 18 y 22 años de edad el mayor porcentaje encuestado, en cuanto al género, predominó el sexo femenino de los padres estudiados y del total su nivel de escolaridad corresponde a nivel básico, contando con primaria y secundaria solamente. Es importante mencionar que los padres en mayor porcentaje viven en pareja lo cual resulta un apoyo mayor para los recién nacidos prematuros. Los niños recién nacidos como hijos estudiados fueron de mayor porcentaje de sexo masculino con un promedio de edad de 14 días en la UCIN y en la UTN de 9.

En relación al peso, osciló entre 1.500 a 2.000 kilos y en cuanto a las semanas de gestación, el mayor porcentaje detectado osciló de 25 a 33 semanas de gestación, lo cual nos habla de que todos estos niños por las semanas de gestación presentadas se consideran recién nacidos de alto riesgo.

La participación de los padres fue activa y de gran impacto, ya que la mayoría participó en este estudio, observando que tanto la madre como el padre cumplen un rol importante en el cuidado de su hijo prematuro, así como el cuidado y apego que tienen en las unidades neonatológicas, ha ayudado a disminuir la inquietud y preocupación de los padres, ya que algunos procedimientos suelen ser invasivos para el recién nacido.

En relación al afrontamiento en este estudio de investigación se determina por mayor significancia de .689 un resultado que refleja el **Afrontamiento Desadaptativo centrado en el problema** con pensamientos desiderativos y evitación de problemas, de igual manera se detecta un **Afrontamiento Desadaptativo centrado en las emociones** con una significancia de .679 basado en la autocrítica por su conducta que maneja sentimientos de culpabilidad ante la situación presentada y la retirada social con ocultar lo que pensaba y sentía.

De tal forma de acuerdo al Modelo de Adaptación de Callista Roy, existen estímulos ambientales que promueven un proceso cognitivo para pensar, sentir y actuar por medio del Sistema Nervioso Central y que desencadenan una respuesta a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial.

## **XI.- Sugerencias**

En el siguiente apartado se manifiestan algunas sugerencias dirigidas a los padres y a la Institución de Salud a partir de los resultados obtenidos en esta investigación.

### **Para los padres:**

1. La puntualidad a los servicios neonatales es de gran importancia para poder aprovechar el tiempo de visita e interactuar con su hijo, ya que solo la visita es una vez al día con una duración de 60 minutos.
2. Asistir a cursos sobre poyos al recién nacido pretérmino, interacción familiar y sobre aspectos tanatológicos para poder lograr un mejor modo adaptativo ante las situaciones que viven los padres con un hijo hospitalizado permitiéndoles expresar sus inquietudes y emociones.
3. Favorecer el contacto piel a piel de padres a hijos, carióterapia que ayude a los niños a restablecer su salud.
4. Promover la lactancia materna en la medida que pueda ser posible según condiciones del recién nacido explicando a los padres sobre las ventajas que tiene la leche materna.

### **Para el Hospital:**

1. Implementar cursos y Talleres Para padres de hijos que se encuentran en los servicios de Neonatología a través de un programa educativo, en donde los padres puedan expresar sus necesidades personales, así como inquietudes, permitiendo descargar sentimientos negativos que puedan comprometer su estado de ánimo, generando espacios de relajación que ayuden a disipar tensiones, teniendo un impacto personal y poder transmitir tranquilidad a sus hijos.

2. Información veraz y oportuna, que los padres sientan que están siendo informados de forma correcta por parte de los médicos y el personal de enfermería sobre el cuidado del recién nacido.
3. Favorecer el Apego, el personal ayudará a los padres a consolidar su rol de cuidadores, contando con horarios libres que puedan favorecer el vínculo padre-hijo.
4. Contar con un servicio de apoyo teratológico para padres de recién nacidos gravemente enfermos.

## **XII.- Bibliografía**

- Aguas, Gallardo, & Madrid. (2015). Experiencia de Padres de Recién Nacidos Prematuros y del Profesional de Enfermería, en Relación al Apego Paterno y su Desarrollo durante el Proceso de Hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Base Valdivia. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fma282e/doc/fma282e.pdf>
- Amezcu, M. (2011). Clasificaciones de los Modelos y Teorías. Recuperado el 1 de Marzo de 2017, de [ndex-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2014/.../Tema-10-Escuelas-de-cuidados.pdf](http://ndex-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2014/.../Tema-10-Escuelas-de-cuidados.pdf)
- Balseiro, L. (1991). Investigación en Enfermería. D.F., México: Prado S.A. de C.V.
- Cano, Rodríguez, & García. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Universidad de Sevilla, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Sevilla.
- Cañas, & Rodríguez. (Septiembre de 2014). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. (U. d. Sabana, Ed.) Aquichan, 14(3), 336-350.
- Cañas, E. (2012). Significado que le asigna el Padre a la Hospitalización de su Hijo Recién Nacido Pretérmino Extremo en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8913/1/539695.2012.pdf>
- Caruso, & Agostina. (2012). El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Universidad de Buenos Aires, Psicología. Argentina: Facultad de Psicología MERCOSUR.
- Castillo, M. F. (17 de Junio de 2015). Afrontamiento emocional de la llegada de un bebé prematuro. ARAPREM, 1-2.
- Center, M. (2010). Educación del paciente, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: Un tour fotográfico. Universidad de Washington, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Washington: Medical Center.

- Cisneros, F. (Agosto de 2002). Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. (U. d. Cauca, Ed.) Recuperado el 10 de Enero de 2017, de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYMo delosDeEnfermeria.pdf>
- Cuesta, Espinosa, & Gómez. (Junio de 2012). Enfermería neonatal:cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integral*(98), 36-40.
- Díaz, Durán, Gallego, Gómez, Gómez, González, y otros. (Diciembre de 2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 8.
- Doménech, González, & Rodríguez. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. Asociación Española de Pediatría., *Pediatría*. España: Asociación Española de Pediatría.
- Dunphy, J. (2012). La UCI neonatal una guía dirigida a los padres sobre la unidad de cuidados intensivos neonatal. Recuperado el 11 de Septiembre de 2016, de [www.babyfirst.com/es/los-padres/su-bebe-en-la-ucin.php](http://www.babyfirst.com/es/los-padres/su-bebe-en-la-ucin.php)
- EcuRed. (9 de Abril de 2016). Recién Nacido. Recuperado el 13 de Junio de 2016, de [https://www.ecured.cu/Reci%C3%A9n\\_nacido](https://www.ecured.cu/Reci%C3%A9n_nacido)
- Escartí, Boronat, Llopis, Torres, & Vento. (3 de Marzo de 2015). Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar. *Anales de Pediatría*, 3-9.
- Fernández, M. L. (2010). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Recuperado el 5 de Julio de 2016, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria>
- Gallegos, Reyes, & Silvan. (13 de Agosto de 2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Latino-Americana de Enfermagem*, 1360-1366.
- García, S., Duarte, L., & Mejías, M. C. (Marzo-Abril de 2014). Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. *Nure Investigación*(69), 11.
- Gómez, Danglot, & Aceves. (Febrero de 2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 79(1), 32-39.
- Gragera, T. (27 de Diciembre de 2016). El niño prematuro. *Onmeda.es*, 1-7.

- Herreros, M. (22 de 06 de 2015). La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los y cuidados de enfermería. Recuperado el 14 de Junio de 2016, de [https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16364/1/TFG\\_Herreros.pdf](https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16364/1/TFG_Herreros.pdf)
- Hidalgo, N. (17 de Noviembre de 2015). El ISSSTE Hidalgo busca fortalecer la salud de prematuros. Recuperado el 11 de Enero de 2017, de <http://www.newshidalgo.mx/el-issste-hidalgo-busca-fortalecer-la-salud-de-prematuros/>
- Instituto Nacional de Perinatología, ". E. (5 de Diciembre de 2016). La Prematurez en México, el gran reto. Recuperado el 8 de Enero de 2017, de <http://www.inper.mx/noticias/2015/060-2015/>
- Instituto Nacional de Salud. (Octubre de 2013). Carta de Consentimiento. Recuperado el 22 de Septiembre de 2016, de [https://www.insp.mx/images/stories/comitesEvaluacion/comitEtica/docs/Anexo%20A\\_Carta%20Escrito%20adultos.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/comitesEvaluacion/comitEtica/docs/Anexo%20A_Carta%20Escrito%20adultos.pdf)
- Iriarte, A., & Carrión, M. (Marzo de 2013). Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática. *Metas Enferm*, 105.
- Langona, Barbosa, & Pinto, y. (Marzo-Abril de 2011). Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo real, lo ideal y lo imposible. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-8.
- Lizarza, A. B., & Azpeitia, M. N. (2011). El bebé prematuro en la sección de Neonatología del Hospital Universitario Donostia. Recuperado el 2 de Junio de 2016, de [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Bebe\\_Prematuro\\_C.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Bebe_Prematuro_C.pdf)
- López, Díaz, Moreno, Vargas, Villamizar, López, y otros. (Diciembre de 2011). Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. *DUAZARY*, 8(2), 150-158.

- Macías, Madariaga, Valle, & Zambrano. (Abril de 2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Redalyc*, 30(1), 123-145.
- Madrid, M. d. (02 de Abril de 2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Secretaría de Servicios Parlamentarios. México: Secretaría General.
- Maroño, S. (2014). Experiencias de los padres ante un nacimiento gemelar gran prematuro. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de [http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13656/TFG\\_Enfermaria\\_Maro%C3%B1o\\_V%C3%A1zquez\\_Silvia.pdf?sequence=2](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13656/TFG_Enfermaria_Maro%C3%B1o_V%C3%A1zquez_Silvia.pdf?sequence=2)
- Martínez, E. (Agosto de 2015). Canal Salud, MAPFRE. Recuperado el 11 de Enero de 2017, de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/caracteristicas-fisicas-recien-nacido/>
- Moneta, M. E. (3 de Abril de 2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268.
- NOM-007-SSA2-2016, N. O. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México: Secretaría de Gobernación.
- Palanca, I. (2014). Unidades de Neonatología, Estándares y recomendaciones de calidad. Recuperado el 8 de Septiembre de 2016, de [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA\\_Accesible.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf)
- Peña, & Carvajal. (2012). Guías de Tratamiento Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Recuperado el 15 de Junio de 2016, de [http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Guias%20NN%20La%20Serena\\_2012.pdf](http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Guias%20NN%20La%20Serena_2012.pdf)
- Polit, D. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (5 ta ed.). D.F., México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Quiroz, Nava, Soria, & Vega. (Diciembre de 2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.

- Rellán, García, & Aragón. (2008). El recién nacido prematuro. (A. E. Pediatría, Ed.) Recuperado el 27 de Abril de 2016, de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf)
- Ricarte, P. (19 de Abril de 2009). Recién Nacido Pretérmino (Prematuro): Características anatómicas y fisiológicas. Recuperado el 21 de Agosto de 2016, de <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/04/enfermeria-infantil-caracteristicas.html>
- Riva, D. I. (25 de Junio de 2015). Aumentan casos de nacimientos prematuros en Hidalgo. Recuperado el 11 de Enero de 2017, de [http://www.periodicoruta.com/noticia.php?seccion=pachuca&no\\_noti=10679](http://www.periodicoruta.com/noticia.php?seccion=pachuca&no_noti=10679)
- Rubiños. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. (UNAM, Ed.) Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, 1(1), 15-34.
- Ruiz, Romero, & Buitrago. (2013). Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Recuperado el 2 de Junio de 2016, de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Prof\\_Sal\\_RNSano.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf)
- Salud, M. d. (Enero de 2007). Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Recuperado el 15 de Agosto de 2016, de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Guia-Atencion-Recien-Nacido.pdf>
- Sampieri, R. H. (2014). Metodología de la Investigación (5 ta. ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Wormald, F., & Tapia, J. L. (6 de 4 de 2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Arch Argent Pediatr, 303-309.

### **XIII.- Anexos**

#### **Anexo 1. Consentimiento Informado**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por \_\_\_\_\_, de la Universidad \_\_\_\_\_.  
La meta de este estudio es \_\_\_\_\_.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los videos con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este

estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a \_\_\_\_\_ al teléfono \_\_\_\_\_.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a \_\_\_\_\_ al teléfono anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_

Nombre del Participante

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

\_\_\_\_\_

Fecha

## Anexo 2.

### Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Objetivo: Determinar el tipo de afrontamiento de los padres con un hijo prematuro en los servicios de la UCIN y UTIN.

No. Folio: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Nombre del R/N: \_\_\_\_\_ Fecha de

Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad del R/N: \_\_\_\_\_ Días de estancias: \_\_\_\_\_

#### INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO A LOS PADRES CON UN HIJO PREMATURO EN LOS SERVICIOS DE LA UCIN Y TUTIN

Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

| No. | Preguntas  | En Absoluto<br>0 | Un Poco<br>1 | Bastante<br>2 | Mucho<br>3 | Totalmente<br>4 |
|-----|--|------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|
| 1   | Luché para resolver el problema  |                  |              |               |            |                 |
| 2   | Me culpé a mí mismo  |                  |              |               |            |                 |
| 3   | Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés   |                  |              |               |            |                 |
| 4   | Deseé que la situación nunca hubiera empezado  |                  |              |               |            |                 |
| 5   | Encontré a alguien que escucho mi problema   |                  |              |               |            |                 |
| 6   | Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente |                  |              |               |            |                 |
| 7   | No dejé que me afectara; evite pensar en ello demasiado                                      |                  |              |               |            |                 |
| 8   | Pasé algún tiempo solo   |                  |              |               |            |                 |
| 9   | Me esforcé para resolver los problemas de la situación                                       |                  |              |               |            |                 |
| 10  | Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproche       |                  |              |               |            |                 |
| 11  | Expresé mis emociones, lo que sentía   |                  |              |               |            |                 |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12 | Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Hablé con una persona de confianza   |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas                        |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Traté de olvidar por completo el asunto  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Evité estar con gente  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Hice frente al problema  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Me criticqué por lo ocurrido   |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Deseé nunca encontrarme nunca más en esa situación   |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Dejé que mis amigos me echaran una mano  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían   |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Quitó importancia a la situación y no quise recuperarme mas  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Oculte lo que pasaba y sentía  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y traté como más ímpetu que las cosas funcionaran |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Me recrimine por permitir que esto ocurriera   |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Dejé desahogar mis emociones   |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Deseé poder cambiar lo que había sucedido  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Pasé algún tiempo con mis amigos   |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo       |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Me comporte como si nada hubiera pasado  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | No dejé que nadie supiera como me sentía   |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Mantuve mi postura y luche por lo que quería   |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias   |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron   |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto   |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Me fijé en el lado bueno de las cosas  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Evité pensar o hacer nada  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Traté de ocultar mis sentimientos  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | <b>Me considere capaz de afrontar la situación</b>   |  |  |  |  |  |  |  |

**FIN DE LA PRUEBA**

**¡¡¡GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN!!!**

|    | REP | AUT | EEM | PSD | APS | REC | EVP | RES |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| PD |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PC |     |     |     |     |     |     |     |     |

| <b>Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)</b> |                |
|---|----------------|
| Resolución de problemas (REP)                           | 01+09+17+25+33 |
| Autocrítica (AUC)                                       | 02+10+18+26+34 |
| Expresión emocional (EEM)                               | 03+11+19+27+35 |
| Pensamiento desiderativo (PSD)                          | 04+12+20+28+36 |
| Apoyo social (APS)                                      | 05+13+21+29+37 |
| Reestructuración cognitiva (REC)                        | 06+14+22+30+38 |
| Evitación de problemas (EVP)                            | 07+15+23+31+39 |
| Retirada social (RES)                                   | 08+16+24+32+40 |