



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Clima social familiar en padres de neonatos de alto riesgo
hospitalizados en el Instituto Nacional de Perinatología

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

MÓNICA DÍAZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
REVISORA: MTRA. LAURA A. SOMARRIBA ROCHA

SINODALES:

MTRA. ROSALÍA JIMÉNEZ QUIROZ
MTRA. MARÍA DE LA PAZ CONDE REYES
DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ



Cd. Universitaria, Cd. Mx. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Familia.....	3
1.1. Definición de familia.....	3
1.2. Tipos de familia.....	6
1.3. Funciones de la familia.....	9
Capítulo 2. Clima social familiar.....	12
2.1. Definición de clima social familiar.....	12
2.2. Dimensiones del clima social familiar.....	13
2.3. Estudios relacionados con el clima social familiar.....	17
Capítulo 3. Neonato de alto riesgo hospitalizado y su familia.....	20
3.1. Embarazo de alto riesgo (EAR).....	20
3.2. Neonato de alto riesgo.....	22
3.3. El neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y su impacto en la familia.....	24
3.4. El papel de la familia durante la hospitalización del neonato con nacimiento de alto riesgo.....	28
Método.....	32
Justificación.....	32
Pregunta de investigación.....	32
Objetivo general y específico.....	34
Hipótesis.....	35
Tipo de estudio y diseño.....	35
Muestra.....	35
Participantes y criterios de exclusión e inclusión.....	35
Variables.....	36
Instrumento.....	36
Confiabilidad.....	39
Validez.....	39
Procedimiento.....	40
Análisis de resultados.....	40

Resultados.....	41
Discusión.....	59
Conclusiones.....	63
Referencias.....	66
Anexos.....	76

Resumen

La investigación tuvo como objetivo describir el clima familiar que perciben los padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer). Con este fin fueron estudiados a través de un diseño de investigación descriptivo, 106 participantes de ambos sexos de 16 a 48 años de edad. Para evaluar la variable clima familiar se utilizó la escala de clima social en la familia de Moos, Moos y Trickett (1993) y un cuestionario sociodemográfico para recaudar las variables de edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y tipo de familia. Los resultados ponen de manifiesto que el 70% de estas familias perciben un clima social familiar dentro de los parámetros normales, el 16% se ubica en un nivel de alta satisfacción y el 14% se ubica en un nivel bajo. Las subescalas cohesión y moral-religiosa fueron las áreas con mayor grado de satisfacción, mientras que las subescalas conflicto y control, las que presentaron un menor grado de satisfacción.

Palabras clave: Clima social familiar, hospitalización, UCIN, neonatos de alto riesgo

Introducción

El embarazo representa un periodo de crisis del desarrollo psicológico y es denominado “de alto riesgo” cuando sugiere un pronóstico materno y/o fetal no óptimo en contraste con un embarazo normal. Se estima que alrededor de 20% de los embarazos son de alto riesgo y esto ocasiona aproximadamente un 80% de los resultados perinatales adversos como prematuridad, bajo peso, asfixia perinatal, entre otras, siendo causas significativas de morbilidad neonatal e infantil (Donoso & Oyarzún, 2012).

La atención dada en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) ha sido uno de los grandes avances en perinatología, que ha permitido la reducción de la morbilidad neonatal. En México, el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer) es uno de los líderes en esta área, en donde se desempeña un abordaje multidisciplinario, orientado no solo a buscar la calidad en los cuidados del paciente del neonato hospitalizado, sino también de su familia, esto porque la respuesta emocional ante dicho embarazo y al próximo nacimiento del bebé resultan ser muy estresantes debido a la serie de cambios estructurales, económicos, sociales y emocionales que genera en la familia (Martins, Gonzaga, Bronzato, Trevizani, & Leite, 2013), siendo uno de los cambios más impactantes, la separación del recién nacido y su familia debido a la inmediata hospitalización del neonato en la UCIN.

El rol que desempeña la familia y las características de su clima social tienen un papel relevante en el periodo neonatal y representará una constante en el desarrollo del recién nacido, y más aún cuando la salud del neonato se ve comprometida, por lo que resulta importante conocer los atributos familiares para la orientación, prevención e intervención que se realice con los padres durante el periodo de hospitalización del menor así como tras su alta hospitalaria.

Por lo anterior, surge el interés de obtener información sobre los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados a partir de su ambiente familiar, teniendo este último un efecto poderoso sobre la salud de los individuos como promotor de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y afectivas.

La presente investigación se conforma de tres capítulos. En el primer capítulo se describen aspectos generales de la familia. En el segundo capítulo, la definición, dimensiones y estudios relacionados con el clima social familiar. En el tercer capítulo se abordan características generales del embarazo de alto riesgo así como del neonato de alto riesgo hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y su impacto en la familia.

Por último se describe el método, resultados, discusión y conclusiones emanadas de la presente investigación.

Capítulo 1. Familia

1.1. Definición de familia

La familia es el principal ambiente estructurador que promueve la adquisición y aprendizaje de los primeros lazos afectivos, el grado de expresión de las emociones, el estilo de comunicación así como del seguimiento de normas, fungiendo también como la primer y más cercana red de apoyo, por lo que es parte fundamental en la identidad de cada persona (Cardona, Valencia, Duque y Londoño-Vásquez, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) refiere que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”.

Asimismo, la secretaría general del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), menciona que: “la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación”.

De acuerdo con la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1989; Broderick, 1993) la familia resulta ser más que la suma de individuos representando un sistema abierto con sus propias reglas de funcionamiento en donde los cambios que ocurren dentro de dicho sistema se producen por procesos de autorregulación originados del intercambio de información de quienes lo conforman encontrándose también en constante relación bidireccional con los sistemas interactivos social, escolar y económico.

Por lo que desde este enfoque sistémico, la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Andolfi, 1993; Minuchin, 1986; Rodrigo & Palacios, 2014).

Tal como refieren Nardone, Gianotti y Rocchi (2003) se describe a la familia como un sistema de relaciones fundamentalmente afectivas presente en todas las culturas, en el cual el ser humano permanecerá un tiempo, conformado por fases evolutivas cruciales tales como la neonatal, la infancia y la adolescencia.

Otra aportación conceptual importante es la dada por la teoría ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner y Morris, 1998) postulando que la familia es la representación de un sistema totalmente interconectado con la realidad social, influyendo activamente entre sí.

Es decir, que la familia funge como un grupo mediador entre la sociedad y el individuo, y es fuente de amor, seguridad, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede ser origen de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad.

La familia y las aportaciones a su estudio a través del tiempo han está influenciadas por causas culturales, demográficas, económicas así como sociales y psicológicas de los hombres y las mujeres que están generando nuevas formas de convivencia, lo que desemboca en nuevos tipos y formas de organización familiar (Oliva & Villa, 2014) que se describirán a continuación.

1.2. Tipos de familia

En México y de acuerdo con la Encuesta Nacional de los Hogares 2016 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se estima que existen 32.9 millones de hogares (domicilio de una persona en donde desarrolla su vida privada o familiar), en donde el 56.2% de dichos hogares son biparentales (presencia de ambos padres), 17.1% son hogares mono parentales (presencia de uno de los padres) y 26.3% son hogares familiares sin presencia de hijos y hogares no familiares, por lo que no se puede hablar de un modelo único de familia.

Los diferentes tipos de familia con base en su estructura y que se reconocen actualmente son:

Familia nuclear: La familia nuclear fue denominada previamente como el modelo de familia tradicional la cual surgió a finales del siglo XIX siendo la primera en la historia de la humanidad que se integró en las estructuras sociales y hace

referencia a cuando la pareja (mamá y papá) viven juntos con hijos propios o adoptados (Esteinou, 2004).

Familia extensa: Descrita también como familia trigeneracional debido a que está integrada por mínimo tres generaciones: la familia troncal (padres e hijos) más la colateral (abuelos, tíos, sobrinos, primos) y se da con frecuencia en la clase media baja o grupos socioeconómicos inferiores (Eguiluz, 2003). De acuerdo con Esteinou (2004) en la familia extensa la ayuda económica entre los integrantes así como las funciones de cada uno de ellos pueden ser compartidas y convertirse así en una importante fuente de apoyo, sin embargo esto puede estar ligado a la organización, autoridad y una clara delimitación de las funciones de sus integrantes ya que cuando esta no es armoniosa puede generar problemas en los integrantes de la familia.

Familia ampliada: Se deriva de la familia extensa con la diferencia de que esta permite la presencia de miembros no consanguíneos, que interactúan y desempeñan funciones de forma temporal o definitiva, como pueden ser vecinos, colegas, compadres y conocidos (Eguiluz, 2003).

Familia monoparental: Constituida por uno de los progenitores (papá o mamá) y se caracteriza por que uno de los miembros de la pareja es quien se responsabiliza y convive con los hijos. Dicha estructura comprende múltiples situaciones en función de las causas que la originan como pueden ser tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono, la

decisión de los padres de no vivir juntos (Eguiluz, 2003) o bien, de elegir esta condición por interés propio (Ruiz & Martin, 2012).

Familia reconstituida: Es aquella en donde al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior ya sea por separación, divorcio o muerte de su ex pareja, en la cual uno o ambos de los integrantes tienen hijos de su relación previa, y además de estos, tienen hijos producto de la relación actual (Eguiluz, 2003). Berger (2007) refiere que las familias reconstruidas tienen una estructura compleja debido a que todos los miembros de estas familias han experimentado pérdidas y los hijos pertenecen a dos estructuras de hogar diferentes, tienen múltiples figuras parentales y numerosos subsistemas y relaciones de matrimonios pasados y del actual. De acuerdo con Stewart (2005) en la familia reconstituida puede existir ambigüedad en el establecimiento de límites debido a las múltiples reglas que se pueden llegar a tener.

Familia homoparental: Conformada por una relación y vínculo afectivo entre dos personas del mismo sexo con o sin hijos, que en su mayoría son adoptados. La familia homoparental es parte de la realidad actual y debe ser comprendida como un escenario de desarrollo y realización personal (Placeres, Olver, Rosero, Urgilés & Abdala-Jalil, 2017). En México, en el año 2009 se aprobó el matrimonio homosexual reconociendo a las parejas y familias homosexuales (Rodríguez, 2010).

Se puede concluir que la familia en cualquiera de sus diferentes estructuras se caracteriza por una propiedad de totalidad que implica a un grupo de personas que forman un todo complejo, unitario y que se distingue de la suma de las contribuciones individuales tal como lo describen Anderson y Sabatelli (2011), en la que se presentan relaciones recíprocas, pautadas y redundantes y que al ser un sistema vivo que se encuentra en constante transformación cumple también con diversas funciones.

1.3. Funciones de la familia

Desde su origen, la familia tiene funciones de carácter universal que son importantes para el desarrollo biológico, psicológico y social de las personas y cuya forma de implementación serán de acuerdo a la sociedad en la que se encuentre inmersa (Pérez & Reinoza 2011). Las funciones de la familia se describen en cinco áreas:

Función biológica

Se refiere a la función de reproducción, es decir, constituye la unidad de mantenimiento de la especie humana, siendo el elemento que sintetiza la producción de la salud a nivel de microsistema, en la que se satisfacen las necesidades relacionadas con la conservación, fomento y recuperación de la salud (Louro, 2003).

Función económica

Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas, a la obtención y administración de los recursos monetarios y bienes de consumo, así como la realización de tareas domésticas que promuevan la conservación y el bienestar de la familia.

Función educativa-cultural:

La familia contribuye al proceso de transmisión de normas, de experiencia histórica y social, de los valores sociales, éticos y morales así como al proceso formativo del desarrollo de la personalidad y su formación ideológica.

Función de culturalización y socialización

Se refiere a la enseñanza del comportamiento e interacción con la sociedad así como de las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización, en la adquisición de una identidad de género y la confirmación de una identidad personal, familiar y social.

Función de apoyo y protección psicosocial

La familia ejerce un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales y facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias de acuerdo con su entorno social.

Lo anterior permite entender que la familia cumplirá con funciones que establecen los principios básicos para el desarrollo de sus integrantes.

Una de las características de la funcionalidad de la familia es el clima familiar, cuya dinámica contribuirá a que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a las crisis de desarrollo, que se refieren a las tareas relacionadas con las etapas que forman parte del ciclo vital de la familia y por otro lado, hacer frente a las crisis paranormativas, como lo es en el caso de esta investigación, el embarazo de alto riesgo y la hospitalización del recién nacido, por lo que en el siguiente capítulo y con el objetivo de comprender la escala utilizada, así como su origen, definición y las áreas que evalúa dentro del ambiente familiar, se abordará el tema de clima social familiar.

Capítulo 2. Clima social familiar

2.1. Definición de clima social familiar

Para hablar de clima social se tendrá que señalar la figura de Rudolf Moos y su obra: “El contexto humano: determinantes ambientales del comportamiento (1976)”, dicho trabajo permitió la conceptualización del vínculo que existe entre la adaptación humana y el contexto en el que se desarrolla así como de los entornos sociales y la identificación de los constructos clave en la teoría del estrés y el afrontamiento.

Moos y Moos (1994) definen el clima social familiar como “la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica”.

El clima familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal, enfatizado en la familia y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma, mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (Mitchell, Billings & Moos, 1982).

Otro aporte a la definición es la que realizan Zimmer, Gembeck & Locke (2007) mencionando que el clima familiar está constituido por el ambiente

percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes.

Con el objetivo de conocer como impacta el contexto familiar en la conducta del individuo, Moos y Moos en 1981 desarrollan la escala de clima social familiar FES que evalúa tres dimensiones que se describirá a continuación.

2.2. Dimensiones del clima social familiar

Las tres dimensiones que se toman en cuenta para evaluar el clima familiar son: relaciones, desarrollo y estabilidad.

Dimensión Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia así como el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Se conforma de las siguientes tres subescalas:

- **Cohesión:** Se define como el vínculo emocional presente entre los miembros de la familia y representa el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados, se ayudan y se apoyan entre sí.

La cohesión familiar ha sido descrita como un factor importante en la cultura colectivista, como en el caso de México y representa un componente protector ante diferentes problemas de salud mental (Ugwu, Ugwu, Njemanza & Nwosu, 2019), así como un pilar básico en el desarrollo del autoconcepto (Musitu & Lila, 1993) y en el funcionamiento familiar (López, 2002).

- **Expresividad:** Se refiere al grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de la familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones.

De acuerdo con Suárez y Vélez (2018) la forma de expresión en la familia es un eje fundamental en el sistema familiar y representa un proceso de comunicación en el que se transmiten sentimientos, emociones y filiaciones familiares que permiten a cada integrante de la familia aproximarse más entre ellos, de tal forma que los acuerdos y vínculos que se formen, sean difíciles de romper.

Por otra parte, la expresividad en la familia es una característica relacionada con la resiliencia familiar, la cual fomenta habilidades para enfrentar eventos adversos (Patterson, 2002), así como un factor facilitador que permite la movilidad de la cohesión y de la adaptabilidad en el funcionamiento familiar (Olson, 1985).

- **Conflicto:** Se define como el grado en el que se expresa abiertamente la angustia, el enojo, la agresión y el conflicto entre los miembros de la familia. Cuando la expresión del conflicto en la familia no es adecuado, los integrantes de la familia encuentran difícil identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales (Demaray & Malecki, 2002; Lambert & Cashwell, 2003), o bien suelen usar estrategias basadas en la sumisión o poco constructivas (Rodríguez & Torrente, 2003).

Dimensión desarrollo: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Se conforma de las siguientes cinco subescalas:

- **Autonomía:** Es el grado en el que los miembros de la familia se sienten seguros, son independientes, asertivos y toman sus propias decisiones.
- **Actuación:** Se define como el grado en el que las actividades (tal como la escuela o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.
- **Intelectual- Cultural:** Es el grado de interés en las actividades de tipo político intelectuales, culturales y sociales.
- **Social-Recreativo:** Mide el grado de participación en diversas actividades de tipo social y de esparcimiento.
- **Moralidad- Religiosidad:** Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

De acuerdo con Pargament (1997) la religión, y en este caso, el sistema de creencias de la familia, es una estrategia de afrontamiento activo que le permiten al individuo encontrar un significado a las situaciones estresantes

de la vida, que como refieren González (2004) las creencias y prácticas religiosas tienen un rol importante en el proceso salud enfermedad.

Los factores de la dimensión desarrollo conforman la función educativa y cultural de la familia, la comunicación e interacción entre los padres, y padres e hijos tiene un papel importante en el aprovechamiento de esta función (Álvarez, 1997).

El nivel en que se promueve el adecuado desarrollo de los hijos, esto es, favoreciendo su autonomía, el interés por actividades intelectuales, culturales, sociales, recreativas, su desarrollo moral, así como un sistema de creencias esta determinado en gran escala por un alta cohesividad familiar y un nivel de conflicto bajo (Rodríguez, et. al., 2003).

Dimensión estabilidad: proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros (Moos, 1974; 1994). Por otra parte, una adecuada estabilidad en la familia conlleva una distribución eficaz de la autoridad, o bien un contexto familiar en el que existan reglas claras y predecibles (Mendizábal & Anzures, 1999). Se conforma de las siguientes dos subescalas:

- **Organización:** Mide la importancia que se le da en el hogar a la organización y estructura para las actividades y responsabilidades de la familia.

- **Control:** Se define como el grado de aceptación de normas y reglas para mantener la vida familiar.

De acuerdo a la expresión de los factores que constituyen el clima social familiar podremos destacar que será un clima familiar satisfactorio cuando existe un ambiente fundamentado en la cohesión afectiva entre los miembros de la familia, el apoyo, la confianza y la comunicación abierta y empática (Lila & Buelga, 2003; Musitu & García, 2004; Van Aken, Van Lieshout, Scholtey & Branje, 1999).

Por otro lado, un clima familiar negativo o bajo en satisfacción se caracteriza por carencia de afecto, apoyo y comunicación entre los integrantes de la familia así como dificultad en el desarrollo de determinadas habilidades sociales tales como la empatía (Eisenberg-Berg & Mussen, 1978; Henry, Sager & Plunkett, 1996).

2.3. Estudios relacionados con el clima social familiar

En un estudio realizado por Almanza (2018) con padres con nacimiento de un hijo con malformaciones congénitas se concluyó que un clima familiar adecuado se correlacionó positivamente con un nivel de afrontamiento alto.

Calle (2016) en su trabajo que tuvo como objetivo conocer el nivel del clima social familiar en padres de niños con necesidades especiales auditivas, concluye que la mayoría de los padres se encontraban en un nivel promedio en la

dimensión relaciones, y en niveles por arriba del promedio en las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar.

Por otra parte un estudio realizado a padres de pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita concluyeron que factores como el apoyo familiar y el nivel económico y cultural, determinaron la eficacia o la ineficacia del afrontamiento ante la situación vivida, siendo la religión y la familia una de sus principales fuentes de apoyo (Manturano & Miranda, 2014).

En otro estudio realizado en Perú por Chuquimajo (2014) se observó que el clima familiar percibido no tuvo relación con el tipo de familia, en el caso de dicho estudio se comparó a familias nucleares y monoparentales de adolescentes. Por otro lado de acuerdo con Jiménez (1999) en su trabajo titulado familias monoparentales y su clima familiar encontró que no existen diferencias significativas en el nivel de clima familiar con respecto a las familias monoparentales y familias nucleares; y enfatizó que las familias que tenían mayor nivel de cohesión, organización e interés en aspectos morales y religiosos son las que presentaron menor nivel de conflicto, encontrando también que a mayor expresividad en la familia se promueve una menor presencia de alteraciones psicológicas.

En la investigación realizada por Vega (2013) sobre el clima social familiar de niños diagnosticados con autismo, se concluyó que la mayoría de estas familias presentaba un nivel bajo en la dimensión de estabilidad y aquellos niños

que provenían de familias extensas tenían mejores niveles de clima social familiar en comparación con niños de familias nucleares y monoparentales.

En el estudio realizado por Montiel, Montiel y Peña (2005) que tuvo como objetivo conocer el clima familiar en las familias con niños con TDAH las cuales se compararon con un grupo control. Como resultado se encontró un perfil de clima familiar dentro del rango promedio para ambas muestras, sin embargo se encontraron diferencias significativas entre casos y controles en las subescalas de cohesión, orientación hacia actividades intelectuales y recreativas, así como el aumento en la gravedad de los síntomas de TDAH estuvo relacionado con menor cohesión y mayor conflicto en la familia.

De esa forma, la percepción del clima familiar influye en como los individuos tienden o no a presentar rasgos conductuales positivos o negativos, o bien, podría generar un pronóstico de cómo los integrantes de la familia afrontan crisis u adversidades, como en el caso de esta investigación, la hospitalización del neonato, por lo que en el siguiente apartado se revisara generalidades sobre el neonato de alto riesgo hospitalizado y su familia

Capítulo 3.

3.1. Embarazo de alto riesgo

La espera de un hijo durante el embarazo supone una etapa que genera cambios en los padres así como en el entorno que les rodea. Tal como lo menciona Hernández (2016), en el embarazo pueden ocurrir una gran variedad de cambios que pueden desencadenar que dicho proceso sea una experiencia positiva o se convierta en una fuente de incomodidades, esto último porque el nacimiento de un hijo puede promover en los padres incertidumbre acerca de sus propias expectativas y capacidades, por lo que se tendrán que adaptar a dicho suceso (Jiménez, et al., 2003).

De acuerdo con Gómez (2007) el embarazo es un periodo de crisis del desarrollo psicológico en donde intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada. Dicho periodo cumplirá con un proceso de adaptación necesario para el nacimiento del bebé, su próximo desarrollo y la formación de una nueva familia.

El embarazo de alto riesgo, por sus siglas EAR, se describe como un evento obstétrico en el que existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de forma adversa el resultado de la gestación, los cuales pueden ser de carácter patológico y/o social (Gómez, 2007).

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana número 7 (NOM-007), define al embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y

el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Se han identificado múltiples factores de riesgo en el embarazo que pueden contribuir a su complicación, dentro de estos se encuentran la inadecuada nutrición de la madre (bajo peso, sobrepeso u obesidad), nivel de escolaridad y estado socioeconómico bajo, consumo o abuso de drogas, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual o conductas de riesgo adquiridas, antecedente de abortos, complicaciones en el parto y puerperio, hipertensión arterial, diabetes gestacional, embarazo múltiple, anemia o trastornos de la coagulación, infecciones de vías urinarias o enfermedad renal, infecciones cervicovaginales así como alteraciones endocrinas, gastrointestinales, neurológicas, psiquiátricas, neoplásicas o bien, del tejido conectivo (Hernández, 2016).

Sobre estos factores de riesgo obstétrico que pueden surgir antes o durante el curso del embarazo es posible tener un adecuado manejo y atención cuando se conocen las condiciones y el estado de salud materno, para así ejercer las medidas preventivas necesarias con el fin de evitar complicaciones o bien el realizar tratamientos que disminuyan la condición de alto riesgo tanto para la salud de la madre y el recién nacido (Silva & Nacimiento, 2010), ya que datos publicados con información de instituciones del sector público demuestran que aproximadamente el 20% de las embarazadas no controlan su gesta y sólo el 25% asisten a consulta durante el primer trimestre (Bellani & Sarasqueta, 2005; Grandi, 1996; Schwarcz, 1995).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud dentro de las principales causas de mortalidad son las condiciones médicas preexistentes que se agravan por el embarazo como la diabetes, el VIH o la obesidad que representan un 28% de la población, el 27% corresponde a las hemorragias graves, el 14% la hipertensión inducida por el embarazo, 11% son infecciones, el 9% son las complicaciones en el parto, 8% complicaciones de un aborto y el 3% por embolias (OMS, 2018).

En las últimas décadas ha ocurrido un aumento en la presencia de enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y carenciales, por lo que en México la mayor demanda que realizan los pacientes al sector salud y en este caso las mujeres embarazadas es debido al padecimiento de trastornos hipertensivos en el embarazo, diabetes e infecciones genitourinarias y por otra parte las principales causas de muerte para la mujer embarazada son la enfermedad hipertensiva inducida por embarazo (20.4%), hemorragia obstétrica (19%) y sepsis (4.1%) (Soni, Gutiérrez, Santa Rosa & Reyes, 2015).

Por lo que el embarazo de alto riesgo comprende un alto riesgo obstétrico así como un alto riesgo para el neonato, descrito como recién nacido de alto riesgo o nacimiento de alto riesgo, que se describirá a continuación.

3.2. Definición de nacimiento de alto riesgo

Según la Norma Oficial Mexicana número 34 (NOM-034), el nacimiento de alto riesgo se refiere a “toda condición al momento de nacer que interfiera con el

proceso de adaptación extrauterina; es decir, que estén presentes en el momento en que se da a luz". Por lo que los niños con nacimiento de alto riesgo, se definen como aquellos que tienen problemas que pueden poner en peligro su salud y alterar el curso de su óptimo desarrollo en el periodo prenatal, al momento del nacimiento o bien, en el periodo postnatal (Segura & González, 2014).

En México nacen alrededor de 2 millones 100 mil niños cada año, de los cuales el 25% tiene probabilidad de presentar algún riesgo al momento del nacimiento, dentro de este grupo, durante el año 2012, se registró que las principales causas de mortalidad neonatal en México se deben a la prematurez en un 28.8 %; defectos al nacimiento en un 22.1 %; infecciones en 19.5 %, otras causas perinatales en 18.6 % e hipoxia y asfixia en un 11 %, siendo el nacimiento prematuro la principal causa de muerte entre los neonatos y la segunda entre los niños menores de cinco años (OMS, 2012).

Sin embargo tal como lo menciona Torres, Gómez, Medina & Pallas (2008) los avances en neonatología han conseguido aumentar la supervivencia y la calidad de vida de neonatos considerados de alto riesgo; dentro de estos avances médicos se encuentran las características ambientales de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que son esenciales y necesarias para la recuperación del neonato.

Sin embargo, el riesgo que el neonato tuvo durante su nacimiento podría generar un daño y por lo tanto, una secuela en su desarrollo, lo que podría afectar

su calidad de vida y por ende, a su sistema familiar. Por lo que la atención durante la hospitalización del menor así como tras su alta hospitalaria se hace indispensable.

3.3. El neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y su impacto en la familia

Como se describió anteriormente, los neonatos con alto riesgo al nacer representan una población vulnerable, que con los avances médicos, terapéuticos y tecnológicos han logrado su supervivencia a partir de una edad gestacional muy temprana, lo que conlleva a hospitalizaciones de largo plazo, secuelas emocionales en los padres, el afrontamiento a las enfermedades del menor o bien, su muerte (Jiménez, 2013), siendo la eficiencia en las Unidades de Cuidado Intensivos Neonatales (UCIN) un gran aporte en este proceso.

La UCIN es un lugar que cuenta con atención especializada ubicada dentro de un hospital cuya función es primordial para la recuperación de un recién nacido en condiciones de alto riesgo, sin embargo para los padres de estos menores puede ser concebido como un espacio hostil y generador de miedo, ya que representa un entorno amenazador debido a la incertidumbre de lo que sucederá con la salud de su hijo (Martins, Johanson, Ferreira, Moreira & Conceñao, 2015).

Tomando en cuenta que los lazos afectivos entre el recién nacido y sus padres comienzan a desarrollarse durante el embarazo, siendo la etapa posterior al nacimiento cuando se establece un vínculo entre ellos que irá fortaleciéndose cada día, la interrupción de este proceso debido a la inmediata hospitalización del

neonato representa una experiencia estresante para sus padres (Cañas, 2012), así como una posible catástrofe en la vida de la familia ya que aunado al estado de salud del menor, la hospitalización suele ser agotadora generando también afecciones en la mayoría de los aspectos cotidianos de la familia, como puede ser la separación de los padres o bien, entre otros miembros de la familia (Acosta & Bravo, 2016).

Tracey (2000) menciona que en estas unidades de cuidado neonatal el número de procedimientos asistenciales y de diagnóstico es alto siendo en la gran parte de los casos de carácter invasivo, lo que promueve que la imagen que los padres tienen de su hijo hospitalizado sea de un ser indefenso y débil rodeado de tubos, aparatos y alarmas, los cuales también dificultan el establecimiento de un vínculo emocional adecuado.

Tal como lo afirma Tamez (2003) el ingreso del neonato en la UCIN significa para los padres un duelo por la pérdida del niño sano y les obliga a afrontar nuevos y desconocidos problemas aunado a que la estructura y organización de la UCIN suele ser fuente de factores que pueden afectar emocionalmente a los padres, como pueden ser:

- El aspecto del neonato.
- Factores auditivos y visuales.
- Tratamientos médicos.
- Pérdida del rol parental.
- Comportamiento del personal sanitario.

- La separación que genera entre los padres y el neonato por la hospitalización.
- La probabilidad de supervivencia del recién nacido con secuelas.
- Riesgo del fallecimiento del niño.

Jiménez et al. (2003) refieren que existe un fuerte impacto emocional en los padres y madres de recién nacidos de alto riesgo ingresados en la UCIN, así como una fuerte correlación entre el estrés y emociones negativas que perciben tanto padres y madres como pareja, concluyendo que es la familia como sistema lo que se afecta y no solo un integrante.

Por otro lado, Acosta, Cabrera, Basante y Jurado (2017) en su investigación que tuvo como objetivo profundizar en la revisión teórica de las percepciones de los padres con hijos prematuros frente a la hospitalización en la UCIN, muestran que dicho evento causa estrés e inseguridad en los padres, debido al ambiente físico de la unidad y a los procedimientos médicos, alterando el núcleo familiar y concluyen en la importancia del apoyo social y psicológico que estos padres necesitan.

También, en el Instituto Nacional de Perinatología (Conde, Jiménez & Gutiérrez, 2015) se realizó una investigación con el objetivo de conocer el grado de ansiedad y depresión que los padres presentan durante el periodo en el que su hijo está hospitalizado, concluyendo que los padres que han pasado por esta situación tienen niveles altos de ansiedad estado, esto es, que dicha sintomatología está relacionada con la experiencia en específico. Las autores

señalan que al ser una situación de crisis inesperada la depresión podría presentarse posteriormente.

Entonces, tomando en cuenta que el recién nacido en condiciones de alto riesgo necesita protección externa debido a su estado de vulnerabilidad; la atención al neonato como lo menciona Valle (2014) se tiene que basar en una visión del niño como una parte integrante e integradora de un ecosistema familiar, el cual debe promoverle oportunidades de desarrollo, sin embargo dicho proceso se puede ver alterado por las características de la UCIN y por la desorganización emocional que puede llegar a presentar la familia.

De acuerdo con esto, se debe promover que el primer contacto de los padres con el bebé en el ambiente de la UCIN se realice cuidadosamente en compañía de los profesionales de la salud con el objetivo de poder establecer una relación efectiva entre estos, ya que se ha reportado que cuando el equipo cuenta con adecuadas habilidades en la comunicación y logra instaurar una relación de horizontalidad con los padres que genera en ellos seguridad para buscar información sobre el estado de salud del niño (Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008), así como los procedimientos que se le realizan y los profesionales que están a cargo. Por lo tanto, la atención hacia el bebé por el equipo y su extensión con los padres y la familia, promueve la minimización de las afecciones que genera esta experiencia (Amezcuca, Pichardo & Fernández, 2002).

Un conocimiento específico y profundo de las características de la familia y tomando en cuenta que constituirá un ecosistema promotor del desarrollo para el

neonato y de los adultos como padres, el concepto de atención centrada en la familia adquiere así una nueva dimensión, ya que supone la detección e intervención en el recién nacido de riesgo y su familia desde el inicio de la vida extrauterina (Cuesta, Espinosa & Gómez, 2012), considerándolo un recurso fundamental en el proceso de adaptación de la familia en el periodo de hospitalización, en el fortalecimiento de los lazos afectivos y para el afrontamiento de la situación.

3.4. El papel de la familia durante la hospitalización del neonato de riesgo

Tal como se mencionó anteriormente, la hospitalización se acompaña de una movilización emocional de la familia como un todo y más directamente de los padres, debido a que en algunos casos se puede ver restringida la presencia de estos o de otros miembros de la familia durante la hospitalización del menor (Bueno, Quiroga, Rodríguez, & Sola, 2016), sin embargo la preocupación por los aspectos psicosociales que afectan a la familia inmersa en esta experiencia ha tomado mucha importancia debido a la contribución que ha generado tanto para la recuperación del neonato así como en el estado emocional de los padres (Cuesta et. al. 2012).

Anteriormente se limitaba el contacto físico e incluso la entrada de la familia del neonato a la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de controlar y/o prevenir infecciones, aunado a que el recién nacido de riesgo, se le consideraba un ser incapaz de relacionarse, sentir dolor y con poca expresividad de daño emocional secundario a experiencias tempranas (Cuesta et. al. 2012). Fue a partir de la década de los 50 en Estados Unidos de América que la participación de los

padres comenzó a ser de interés y prioritario para cubrir las necesidades de los neonatos hospitalizados y su familia, instaurándose el programa de alojamiento conjunto que consistía en que la madre y su hijo compartieran una habitación con el fin de fortalecer y mantener una relación afectiva desde el momento del nacimiento y durante todo el tiempo que permanezcan en el hospital (Gallegos, Reyes & Silvan, 2010).

Mientras que en Uruguay, en 1975, se inició el programa de madre participante que no solo consistía en mantener cercanía entre la madre y su hijo sino también en capacitarla para su cuidado para promover la disminución de las infecciones cruzadas, así como fomentar la lactancia. Dicho programa fue seguido en México (Osorio, Ferrari, Alonso, & Cardozo, 1978).

Asimismo en Bogotá, Colombia se instaura un programa de cuidados del prematuro mediante el método de la Madre Canguro, que consistía en colocar al recién nacido prematuro en contacto piel a piel con su madre (Gómez, et al., 1998).

Por otra parte, en Estados Unidos, en la década de los 80 surgió el cuidado centrado en el desarrollo con especial atención hacia los prematuros, el cual se dirigía a proporcionar una estrategia para abordar los impactos ambientales, la participación activa de los padres en el cuidado de los recién nacidos hasta que son dados de alta y en otros casos a afrontar las secuelas de la enfermedad o la pérdida de sus hijos (Gallegos et. al. 2010).

Actualmente y con base en los beneficios que se han obtenido con la implementación de dichos métodos y programas en diferentes países surge un enfoque denominado Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia (CCD) el cual reconoce a la familia como un modelo que impacta y permanece en la vida del niño incluso durante el periodo de hospitalización, por lo que el cuidado del recién nacido en esta etapa debe estar impregnado por la participación activa de la familia en los cuidados de su hijo, dicho enfoque enfatiza en la continua interacción entre recién nacido, familia y ambiente, modificando y logrando optimizar el macro y microambiente del menor (Gallegos et. al. 2010).

Uno de los modelos que pretende enriquecer la dinámica que ocurre entre la familia y el personal de salud es el llamado NIDCAP (Harillo, Rico & López, 2017), en el cual profesionales especializados en neurodesarrollo realizan evaluación e intervención con base en observaciones conductuales formales del niño antes, durante y después de los procedimientos con el fin de que los cuidados sean individualizados.

Hoy en día y con respecto a la implementación de estos modelos, el papel de la familia cobra gran importancia beneficiando diferentes aspectos, tales como (Laza, Pulido & Castiblanco, 2012):

- Disminuye el grado de ansiedad de las madres y los padres.
- Mejora el grado de satisfacción de su experiencia en la unidad neonatal y la calidad del vínculo con el niño.
- Beneficia la interacción con el niño.

- Aporta a las familias facilidad para cuidar de su hijo en casa para mejorar el ambiente familiar.

La familia y su tipo de características biológicas, demográficas, económicas, afectivas, de estilo de vida, prácticas de salud y trayectoria de unión familiar determinan un riesgo o no de salud para sus integrantes, en este caso para ambas partes (padres e hijos), ya que dichas características están asociadas con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido y sus afecciones adversas tras la crisis que significa el nacimiento de alto riesgo (Mendoza, Amaya, García, Nava, Sánchez, Hurtado & Sánchez, 2010). Un nivel socioeconómico bajo, enfermedades crónicas en los padres, conflictos en el núcleo familiar, la nula o baja adherencia terapéutica son algunos de las características que significan un riesgo para el desarrollo adecuado del menor (CONAPEME, 2014).

Por lo que la familia tiene un rol muy importante para el correcto aprovechamiento de los servicios brindados por los profesionales de la salud a cargo, tanto el periodo de hospitalización y posterior al alta hospitalaria; ya que de ellos dependerá el aprovechamiento y desempeño adecuado de las habilidades y capacidad del neonato de alto riesgo; siendo la satisfacción en su clima familiar un factor que permita conocer las fortalezas y debilidades, y así implementarlo en la orientación, prevención y/o intervención.

MÉTODO

Justificación

El nacimiento de alto riesgo de un hijo representa un contexto de incertidumbre para los padres, ya que el neonato debido a sus características clínicas necesita ser hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), lo que puede generar estrés así como dificultades en el desempeño y desarrollo del vínculo padres-hijo, del rol parental y afectando también la forma de vida de los miembros de la familia (Matos, Caires y Correia, 2014).

Un recién nacido de riesgo es aquel que por sus antecedentes pre, peri o postnatales cuenta con más probabilidad de tener problemas en su desarrollo cognitivo, motor, sensorial o de comportamiento, que pueden ser transitorios o definitivos (Poo, Campistol & Iorondo, 2000). Dicho panorama representa un problema de salud pública por las implicaciones que genera en su atención así como las secuelas que puede generar en la calidad de vida de los pacientes y/o en sus familias (Blasco, Cruz, Cogle & Navarro 2018).

En México nacen alrededor de 2 millones 100 mil niños cada año, de los cuales el 25% tiene riesgo de presentar algún problema al momento del nacimiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 5 % de todos los embarazos se consideran de alto riesgo, de los cuales de un 10 a un 12 % de los neonatos necesitan ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (Ramos & Márquez, 2000).

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es uno de los pioneros en investigación y atención especializada en esta área y en donde se concentra gran parte de esta población en México; Los avances teórico-prácticos y tecnológicos han permitido la supervivencia de neonatos de alto riesgo, siendo un factor clave para su recuperación la pronta hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Al suponerse la hospitalización una fuente de estrés y crisis para la familia por los cambios que genera, la atención psicológica que se brinde a los padres en estos momentos resulta clave para su adaptación y afrontamiento de la situación.

Partiendo de que la familia es el primer sistema de soporte y quien conecta al individuo con la sociedad, promoviendo su desarrollo y bienestar, surge el interés de realizar un estudio del clima familiar de los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados ya que puede aportar datos importantes que sirvan en la atención y acompañamiento de estas familias durante la hospitalización del neonato aunado a que el conocer a profundidad el clima familiar y la relación entre sus factores contribuirá a proponer nuevas líneas de investigación.

De igual forma las investigaciones realizadas en áreas como la obstetricia, pediatría y psicología perinatal han descrito información importante sobre la epidemiología y las características individuales de los neonatos de alto riesgo así como la vivencia que experimentan los padres; sin embargo desde una perspectiva familiar, específicamente, clima familiar, no ha sido estudiado.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el clima social familiar de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Instituto Nacional de Perinatología?

Objetivo general y específico:

Objetivo general:

- Describir el clima social familiar que perciben los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.

Objetivos específicos:

- Identificar el clima social familiar en la dimensión Desarrollo que perciben los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.
- Identificar el clima social familiar en la dimensión Relaciones que perciben los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.
- Identificar el clima social familiar en la dimensión Estabilidad que perciben los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.

Hipótesis

- H1: Los padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados perciben su clima social familiar en un nivel bajo de satisfacción.
- H0: Los padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados perciben su clima social familiar en un nivel adecuado de satisfacción.

Tipo de estudio y diseño

La investigación es de tipo descriptivo de corte transversal con un diseño no experimental.

Muestra

Muestra no probabilística intencional, debido a que los sujetos tenían que cumplir con ciertas características para ser elegidos.

Participantes y criterios de exclusión e inclusión

Un total de 106 participantes (n=106), 85 mujeres y 22 hombres.

Criterios de inclusión:

- Padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales.
- Padres que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Padres que no respondieron a la totalidad de los ítems del cuestionario.

Variables

Clima social familiar

Definición conceptual: Contempla una compleja combinación de características psicosociales e institucionales de todo tipo de familias, involucra las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo más importantes en ella y su estructura básica (Moos, Moos & Trickett, 1989).

Definición operacional: Resultado obtenido por la escala Clima Social Familiar FES de forma general y en sus respectivas subescalas (Moos, et. al., 1993).

Instrumento

Escala de Clima Social Familiar

- Nombre original: The social climate scale: Family (FES)
- Autores: R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett.
- Procedencia: Universidad de Stanford 1974, revisada en 1982.
- Adaptación española: Fernández Ballesteros, R. y Sierra, B. 1984
- Aplicación: Adolescentes y adultos.
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: 20 minutos aproximadamente
- Versión original en idioma inglés.
- Adaptación por Rosa Korbman (1984) para su aplicación en México.

- Material para la aplicación: Manual de aplicación (1984), hoja de respuestas y perfil, lápiz y plantilla de corrección.
- Finalidad: Evalúa y describe las relaciones entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica (Moos, Moos y Trickett, 1989).

La escala consta de tres formas de aplicación:

- La Forma Real (Forma R): mide lo que las personas perciben respecto al ambiente familiar que evalúa la escala.
- La Forma Ideal (Forma I): mide las concepciones de una persona acerca de un ambiente familiar ideal.
- La Forma de Expectativas (Forma E): mide las expectativas de las personas respecto al ambiente familiar.

Para el presente estudio se utilizó la Forma Real. La escala consta de 90 ítems dicotómicos (verdadero/falso) que miden tres dimensiones que a su vez están conformadas por 10 subescalas que son:

Dimensión de relaciones: Evalúa el grado de comunicación, la libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la distingue.

Constituida por tres subescalas:

- Cohesión (CO): Grado en que los miembros de la familia se encuentran compenetrados y se ayudan entre sí. Ítems: 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71,81.

- Expresividad (EX): Grado en que se permite a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Ítems: 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82.
- Conflicto (CT): Grado en que se expresan libremente el conflicto entre los miembros de la familia. Ítems: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83.

Dimensión de Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Constituido por cinco subescalas:

- Autonomía (AU): Grado en el que los miembros de la familia son autosuficientes, seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones. Ítems: 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84.
- Actuación (AC): Grado en que las actividades de cada miembro de la familia se enmarcan en una estructura dirigida a la acción o competencia. Ítems: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85.
- Intelectual-Cultural (IC): Grado de interés de la familia en las actividades políticas, sociales, culturales e intelectuales. Ítems: 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86.
- Social Recreativo (SR): Grado de participación de la familia en actividades sociales recreativas. Ítems: 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87.
- Moralidad-Religiosidad (MR): Importancia le da la familia a las prácticas y valores de carácter ético y religioso. Ítems: 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88.

Dimensión de estabilidad: Brinda información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Constituida por dos subescalas:

- Organización (OR): Importancia que se da a una organización y estructura para planificar las actividades y responsabilidades dentro de la familia. Ítems: 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89.
- Control (CN): Grado en que la familia se atiene a las reglas y procedimientos establecidos. Ítems: 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90.

(Ver anexo).

Confiabilidad

Con respecto a la confiabilidad de la Escala de Clima Social Familiar se realizó un test-retest con un intervalo de 2 meses mostrando que es relativamente estable en el tiempo, obteniendo: Cohesión (0.86), Expresividad (0.73), Conflicto (0.85), Autonomía (0.68), Actuación (0.74), Intelectual- Cultural (0.82), Social-Recreativo (0.77), Moralidad – Religiosidad (0.80), Organización (0.76) y Control (0.77) (Moos, Moos & Trickett, 1989).

Validez

La escala tiene validez de contenido y concurrente, además señala que discrimina entre familias funcionales y no funcionales (Moreno, Estévez, Murgui, & Musitu, 2009). La validez de constructo de la escala se ha establecido a través de

más de 50 estudios internacionales en los que se ha demostrado su capacidad de discriminación (Quiroga, Echeverría, Mata & Ayala, 1990).

Procedimiento

La aplicación del instrumento fue realizada en la sala de juntas de la subdirección de Neonatología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, de acuerdo a la disponibilidad y horario de visita de los padres. Durante el proceso de aplicación, se les informó a los padres el objetivo del estudio. Aquellos quienes decidían participar se les informo que sus datos eran de carácter estrictamente confidencial y científico. Posterior a esto se les hizo entrega del cuestionario. Se les mencionó y enfatizó a los padres que leyeran detenidamente las instrucciones respondiendo lo más apegado a la realidad de acuerdo a lo que ellos piensan y perciben sobre su clima social familiar. Se realizó la aclaración de que no hay un tiempo límite para contestar el instrumento y que era de suma importancia que contestaran todas las preguntas. Se aclararon dudas y se aseguró que los padres entendieran las instrucciones. El tiempo promedio de conclusión del instrumento fue de 25 minutos.

Análisis de Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 21 para las frecuencias porcentuales y medias obtenidas de la Escala de Clima Social Familiar (FES).

Los factores que conforman las tres dimensiones de la escala FES se correlacionaron para encontrar posibles puntos de encuentro entre los factores evaluados realizando un coeficiente de correlación de Spearman, rho.

Resultados

Características sociodemográficas

Se encontró que del total de participantes, el 80.2% son mujeres y el 19.8% hombres, los cuales contaban con un rango de edad de entre 16 a 48 años con una media de 30 años ($\sigma=7$), y el 37% de los participantes contaba con estudios de bachillerato siendo el 60.4% de ellos dedicados al hogar y el 12.3% comerciantes.

Acerca de su estado civil se tiene que el 47.20% de los participantes se encontraban en unión libre, el 37.70% eran casados mientras que el 15.10% eran solteros. Por otra parte el 9.4% de la población estudiada pertenecía a un tipo de familia uniparental, mientras que el tipo de familia nuclear y extensa contaban con una proporción de 45.3% respectivamente **(Ver Tabla 1)**.

Tabla 1

Distribución de la muestra con relación a sus características sociodemográficas.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<hr/>		
Sexo		
Mujer	85	80.2%
Hombre	22	19.8%
Edad		
16 a 24 años	27	25.5%
25 a 33 años	42	39.6%
36 a 48 años	37	34.9%
Escolaridad		
Primaria	9	8.5%
Secundaria	33	31.1%
Bachillerato	37	34.9%
Carrera técnica	2	1.9%
Licenciatura	21	19.8%
Posgrado	3	2.8%
No estudio	1	0.9%
Ocupación		
Hogar	64	60.4%
Comerciante	13	12.3%
Oficio	7	6.6%
Empleado	11	10.4%
Profesionista	10	9.4%
Desempleado	1	0.9%
Estado Civil		
Soltero	16	15.1%
Casado	40	47.2%
Unión libre	50	37.7%
Tipo de Familia		
Uniparental	10	9.4%
Nuclear	48	45.3%
Extensa	48	45.3%

Perfil general del clima social familiar

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de la población estudiada se encuentra dentro de los parámetros normales con respecto a la satisfacción de su clima social familiar. El 70% de los padres están clasificados en un nivel de Clima Social Familiar promedio, seguido del 16% que fue alto y el 14% en un nivel bajo (tabla 2).

Tabla 2

Clima social familiar de los padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados.

Clima social familiar	N	%
Alto	17	16
Promedio	74	70
Bajo	15	14
Total	106	100

De forma más específica en la tabla 3 se observa el nivel de satisfacción del clima social familiar de acuerdo a sus dimensiones.

Tabla 3

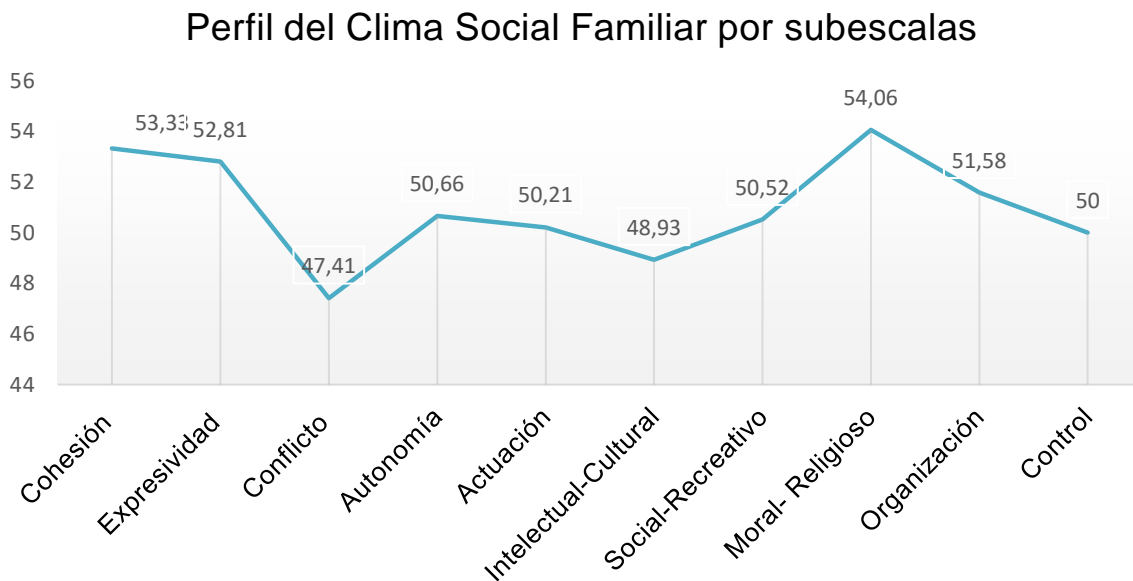
Clima social familiar según sus dimensiones de padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados

Clima Social Familiar	Nivel bajo de satisfacción		Nivel promedio de satisfacción		Nivel alto de satisfacción	
	N	%	N	%	N	%
Relaciones	15	14.16	67	63.3	24	22.6
Desarrollo	12	11.3	78	73.5	16	15
Estabilidad	12	11.3	80	75.5	14	13.2

Perfil del clima social familiar por subescalas

El perfil del clima social familiar por subescalas que se obtuvo con las medias obtenidas de la muestra en sus puntuaciones típicas se ejemplifica en la gráfica 1. Dicha gráfica indica que la muestra se encuentra en un nivel de satisfacción promedio en las 10 subescalas, ya que las puntuaciones menores o iguales a 40 están por debajo del promedio, mientras que aquellas mayores o iguales a 60 por arriba del promedio.

Por otro lado se observa que los factores de moralidad y cohesión cuentan con el puntaje más alto lo que quiere decir que en estas familias existe una mayor satisfacción en su forma de relacionarse, unirse y apoyarse entre sí así como un mayor involucramiento en las actividades éticas y religiosas; por otra parte el factor conflicto es el que cuenta con el puntaje más bajo indicando que existe un menor grado de satisfacción en la expresión del enojo o bien, de algún conflicto.



Gráfica 1. Perfil del Clima Social Familiar de acuerdo a las medias obtenidas de la escala FES en la muestra de padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados.

Dimensión relaciones

En la tabla 4 se ejemplifica la frecuencia porcentual con respecto a los puntajes obtenidos en la Dimensión Relaciones y se observa que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra dentro de los parámetros normales lo que indica que perciben sus relaciones como satisfactorias, sin embargo se rescata que el factor cohesión y expresividad, es decir la compenetración y ayuda entre los miembros de la familia así como su libre actuación y expresión de sentimientos tienen un alto grado de satisfacción en estas familias con un 38.7% y 23.6% respectivamente comparado con el factor conflicto en donde solo el 5.7% de la muestra está altamente satisfecha con la libre expresión del enfado.

Tabla 4

Dimensión Relaciones

Subescalas	Nivel bajo de satisfacción		Nivel promedio de satisfacción		Nivel alto de satisfacción	
	N	%	N	%	N	%
Cohesión (CO)	11	10.4%	54	50.9%	41	38.7%
Expresividad (EX)	12	11.3%	69	65.1%	25	23.6%
Conflicto (CO)	22	20.8%	78	73.6%	6	5.7%

A continuación, se presenta el porcentaje por reactivo de las subescalas Cohesión, Expresividad y Conflicto pertenecientes a la dimensión Relaciones.

En la tabla 5 recoge el porcentaje por reactivo obtenido en la subescala Cohesión perteneciente a la dimensión Relaciones, en la cual la variabilidad de respuesta de los reactivos *1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros* y *51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otra* sugiere que para esta muestra el sistema familiar es importante y funge como una fuente de apoyo y unión. Dicho resultado resalta la importancia de la familia como una red de apoyo en estos momentos.

Tabla 5

Porcentajes por reactivo de la Subescala Cohesión

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	4.7	95.3
11. Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos “pasando el rato”.	70.8	29.2
21. Todos nos esforzamos mucho en los que hacemos en casa.	12.3	87.7
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.	14.2	85.8
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.	71.7	28.3
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.	9.4	90.6
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.	84.9	15.1
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.	13.2	86.8
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.	28.3	71.7

Con respecto a la subescala Expresividad, se observa que en los reactivos *12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos*, *72.*

Generalmente tenemos cuidado con lo que decimos y 82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo refleja que en el clima familiar de esta muestra existe una comunicación abierta y empática (ver tabla 6).

Tabla 6

Porcentajes por reactivo de la Subescala Expresividad

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	55.7	44.3
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.	16	84
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.	70.8	29.2
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente.	19.8	80.2
42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	32.1	67.9
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.	51.9	48.1
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.	13.2	86.8
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que decimos.	18.9	81.1
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo.	14.2	85.8

En la subescala conflicto, se observa que el reactivo 53. *En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos*, el 94.3% de los participantes lo estableció como un reactivo falso. A manera de hipótesis dicho resultado sugiere que estos padres cuentan con recursos adecuados para la solución de conflictos. Por otro lado se observa que un mayor porcentaje de la muestra menciona que existe una libre expresión del enojo negando los reactivos 33. *Los miembros de mi*

familia, casi nunca expresamos nuestra cólera y 13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos (ver tabla 7).

Tabla 7

Porcentajes por reactivo de la Subescala Conflicto

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
3. En nuestra familia peleamos mucho.	79.2	20.8
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	63.2	36.8
23. En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo.	84.9	15.1
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.	74	25.5
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	72.6	27.4
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.	94.3	5.7
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	13.2	86.8
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.	87.7	12.3
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	24.5	75.5

Dimensión Desarrollo

Con respecto a la dimensión desarrollo se observa que el grado de satisfacción de la mayor parte de la muestra con respecto a los procesos de desarrollo personal se encuentra dentro de los parámetros normales y con una distribución porcentual similar en los cuatro factores de esta dimensión, es decir tienen una adecuada satisfacción con respecto a sentirse autosuficientes, seguro de mismos y en la toma de decisiones, así como en el interés hacia las

actividades intelectuales y culturales como la importancia de aprender algo nuevo o diferente, el gusto por la música, el arte o la literatura así como la participación en actividades sociales y recreativas fuera del trabajo y la escuela.

Tal como se observa en la tabla 8, el mayor porcentaje de la muestra se mantiene en un rango promedio de satisfacción con relación al interés de la familia en los aspectos morales y religiosos así como en la planificación de tareas y seguimiento de reglas, sin embargo se observa que el 17% de los participantes presentan un alto grado de satisfacción en la creencia y práctica de alguna religión como pueden ser la importancia de asistir a la iglesia, rezar, tener fe y leer la biblia, en el cual solo el 4.7% de los participantes muestra un bajo nivel de satisfacción.

Tabla 8

Dimensión Desarrollo

Subescalas	Nivel bajo de satisfacción		Nivel promedio de satisfacción		Nivel alto de satisfacción	
	N	%	N	%	N	%
Autonomía (AU)	15	14.2%	75	70.8%	16	15.1%
Actuación (AC)	7	6.6%	88	83%	11	10.4%
Intelectual Cultural (IC)	20	18.9%	65	61.3%	21	19.8%
Social Recreativo (SR)	12	11.3%	78	73.6%	16	15.1%
Moral Religioso(MR)	5	4.7%	83	78.3%	18	17%

A continuación, se presenta el porcentaje por reactivo de las subescalas Autonomía, Actuación, Intelectual Cultural, Social Recreativo y Moral Religioso que componen la dimensión Desarrollo.

En la subescala Autonomía se encontró que el 90.6% de la muestra afirmó el reactivo 64. *Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos* lo que sugiere que en estas familias existe libertad para expresarse y tomar decisiones (ver tabla 9).

Tabla 9

Porcentajes por reactivo de la Subescala Autonomía

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	65.1	34.9
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	34.9	65.1
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.	34.9	65.1
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	49.1	50.9
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	76.4	23.6
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.	84	16
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos.	9.4	90.6
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.	77.4	22.6
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que piensa.	84	16

Por otro lado en la subescala Actuación la frecuencia de respuesta 45. *Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor sugiere que para estas familias el realizar acciones dirigidas a una meta son importantes y forman parte de su ambiente familiar (ver tabla 10).*

Tabla 10

Porcentajes por reactivo de la Subescala Actuación

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	39.6	60.4
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	15.1	84.9
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.	40.6	59.4
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y que gane el mejor.	69.8	30.2
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.	2.8	97.2
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	73.6	26.4
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.	82.1	17.9
75. "Primero es el trabajo, luego es la diversión" es una norma en mi familia.	27.4	72.6
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.	68	31.1

Con respecto al interés en las actividades sociales y culturales se observa que para el 87.7% es muy importante aprender algo nuevo o diferente. Sin embargo solo el 52% de esta muestra se interesa por el arte, la música o la literatura (ver tabla 11).

Tabla 11*Porcentajes por reactivo de la Subescala Intelectual-Cultural*

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.	62.3	37.7
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales.	39.6	60.4
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	12.3	87.7
36. Nos interesan poco las actividades culturales.	70.8	29.2
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	67.9	32.1
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.	75.5	24.5
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.	89.6	10.4
76. En mi casa ver la televisión es más importante que leer.	72.6	27.4
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	47.2	52

Por otra parte, como se muestra en a tabla 12, en la subescala social recreativa se observa que para el 69.8% de la muestra es importante realizar actividades recreativas de forma proactiva (reactivo 57). Por otro lado solo el 45.3% de la muestra está relacionado con la práctica de algún deporte, por lo que denota en un área importante de psicoeducación con los padres por el impacto que tienen en el desarrollo cognitivo y social del niño.

Tabla 12*Porcentajes por reactivo de la Subescala Social-Recreativo*

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	31.1	68.9
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.	53.8	46.2
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.	54.7	45.3
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.	44.3	55.7
47. En mi casa todos tenemos una o dos aficiones.	27.4	72.6
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.	69.8	30.2
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o interés.	58.5	41.5
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.	65.1	34.9
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.	53.8	46.2

Por último en la subescala moral religioso, la diferencia del porcentaje de respuesta en el reactivo 58. *Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe*, además del porcentaje de respuestas positivas en la subescala de moralidad sugiere que para estas familias el aspecto religioso representa una parte muy importante en sus vidas aunado a que sugiere que durante la hospitalización de su hijo puede ser un aspecto relevante ante el afrontamiento a dicha crisis (ver tabla 13).

Tabla 13*Porcentajes por reactivo de la Subescala Moral- Religioso*

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.	76.4	23.6
18. En mi casa no rezamos en familia.	48.1	51.9
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la navidad o semana santa.	47.2	52.8
38. No creemos en el cielo o en el infierno.	84	16
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	15.1	84.9
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.	0.9	99.1
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	29.2	70.8
78. En mi casa, leer la biblia es algo importante.	67.9	32.1
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá un castigo.	48.1	51.9

Dimensión Estabilidad

Con respecto a la Dimensión Estabilidad se observa que la planificación y en aspectos como la puntualidad, limpieza y tareas en el hogar solo el 14.2% está altamente satisfecho mientras que el 16% de estas familias percibe poca satisfacción en esta área y de forma similar se expresa el factor control en donde solo el 8.5% de los participantes está muy satisfecho con la forma en la que se ejercen las reglas y normas en el hogar así como la toma de decisiones y el 12.3% muestra un bajo nivel de satisfacción (ver tabla 14).

Tabla 14*Dimensión Estabilidad*

Subescalas	Nivel bajo de satisfacción		Nivel promedio de satisfacción		Nivel alto de satisfacción	
	N	%	N	%	N	%
Organización (OR)	17	16%	74	69.8%	15	14.2%
Control (CT)	13	12.3%	84	79.2%	9	8.5%

A continuación, se presenta el porcentaje por reactivo de las subescalas Organización y Control que constituyen la dimensión Estabilidad.

La diferencia en el porcentaje de respuesta en el reactivo 59. *En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados* que pertenece a la subescala organización, sugiere que en dichas familias tienen un orden y establecimiento claro de ciertas normas y hábitos que durante este periodo resulta importante por los cambios en la rutina diaria que representa la hospitalización de su hijo recién nacido (ver tabla 15).

Tabla 15*Porcentajes por reactivo de la Subescala Organización*

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	48.1	51.9
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.	21.7	78.3
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	67.9	32.1
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.	22.6	77.4
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.	67	33
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.	9.4	90.6
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.	22.6	77.4
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.	72.6	27.4
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.	13.2	86.8

Por otra parte, con respecto a la subescala control, se observa que para estos padres las normas y su seguimiento están establecidas (reactivos 20 y 40) aunque por otro lado no se cumplen de forma rígida (reactivos 80 y 90) (ver tabla 16).

Tabla 16*Porcentajes por reactivo de la Subescala Control*

Reactivos	Porcentajes de respuesta	
	F	V
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	59.4	40.6
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.	67	33
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	78.3	21.7
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.	34	66
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.	39.6	59.4
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.	15.1	84.9
70. En mi familia cada uno tiene la libertad para lo que quiera.	72.6	27.4
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.	83	17
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.	63.2	36.8

Correlación entre los factores de la escala FES

Los análisis de correlación entre los factores de la escala FES indicaron que si en el clima familiar los integrantes perciben una cohesión y unión satisfactoria entre los miembros de la familia existe también mayor libertad para la expresión de emociones y sentimientos (cohesión-expresividad, $\rho=.611$ $p<0.01$).

Por otro lado, cuando la apertura en la expresión de emociones es satisfactoria existe una mayor organización en la estructura familiar, en la

planificación cuidadosa de actividades y en el adecuado desempeño de las actividades del hogar (expresividad-organización, $\rho=.429$ $p<0.01$).

Mientras que cuando los integrantes tienden a involucrarse más en actividades sociales recreativas también se interesan en aspectos intelectuales y culturales tales como el realizar un deporte, tocar un instrumento musical o bien el gusto por la lectura (intelectual cultural – social recreativo, $\rho= .525$ $p <0.01$).

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo describir el clima familiar que perciben los padres de neonatos de alto riesgo que están hospitalizados, mediante la escala de Clima Social Familiar (FES), esto porque la hospitalización representa un evento de desmembramiento familiar que desencadena una crisis que suele tener un impacto desfavorable para la familia (Taborda, 2013) y que la situación que puso en riesgo la vida del neonato puede influir de manera negativa en el próximo desarrollo del menor debido a las secuelas emocionales que se generan en el sistema familiar (Jiménez et. al. 2015).

En esta investigación se encontró que el 70% de la muestra se ubica en un nivel promedio de clima familiar, el 16 % se ubica en un nivel de alta satisfacción y el 14% se ubica en un nivel bajo de satisfacción, por lo que se acepta la hipótesis nula, ya que se observa que existe un mayor porcentaje de padres de recién nacidos de alto riesgo hospitalizados que están satisfechos con su clima familiar. De esta manera, tal como lo afirma Amezcua et. al. (2002) se podría inferir que la calidad de atención ofrecida en el INPer y a la información continua dada a los padres sobre el estado de salud del neonato durante su estancia hospitalaria así como el tener disponibilidad de apoyo psicológico son elementos que actúan como un factor protector que ayudan a promover expectativas más adecuadas en los padres facilitando su adaptación y unión e impactando en su ambiente familiar.

Asimismo, los resultados obtenidos en este estudio también se vinculan a los reportados por Prugh et. al. (1982) en donde un clima familiar adecuado se puede vincular con el equilibrio funcional de la familia anterior a la hospitalización de su hijo.

Con respecto a la dimensión relaciones conformada por las subescalas cohesión, expresividad y conflicto, se observa que en esta muestra, la cohesión familiar fue una de las áreas con mayor satisfacción, lo que se podría explicar, como lo señala Amezcua et al. (2002), que la cohesión es un área que se puede ver favorecida cuando existe una interpretación positiva de la hospitalización y es uno de los elementos más importantes en la adaptación familiar tras la hospitalización de un miembro de la familia.

Por otro lado, en la subescala expresividad se encontró que los padres de este estudio se comunican abiertamente, de modo frecuente y espontáneo, dicha área resulta muy importante de monitorear durante el periodo de hospitalización del menor así como durante sus primeros años de vida ya que como lo mencionan Lila et al. (2003), Musitu et al. (2004), Van Aken (1999) y Patterson (2002) la expresividad es un indicador que favorece la resiliencia familiar, así como el ajuste conductual y psicológico del sistema familiar.

En cuanto a la subescala conflicto que se refiere a la expresión abierta de la cólera, la agresividad y el desencuentro entre los miembros de la familia, se encontró que fue el factor en donde los padres presentaron un nivel más bajo de satisfacción, esto es importante de tomar en cuenta ya que de acuerdo con

Cummings et al (2003) a largo plazo un clima social familiar conflictivo está relacionado con problemas de ajuste social en los hijos así como con la presencia de conductas disruptivas y antisociales, y tal como lo refiere la CONAPEME (2014) los conflictos en el núcleo familiar es uno de los principales factores de riesgo que pueden afectar el adecuado desarrollo del menor.

Asimismo, se encontró una relación significativa directa entre el componente de cohesión con la expresividad, estos resultados se relacionan con la investigación realizada por Amezcua et al. (2002) donde concluyen que cuando el clima familiar es elevado en cohesión, evidencia una mayor adaptación familiar de forma general. Por otro lado, la dinámica de estos factores (cohesión y expresividad) funciona como un elemento protector ya que permite una mayor expresión y aceptación de redes de apoyo, lo que tiene un rol importante en la adaptación de los padres ante la hospitalización de sus hijos en la UCIN (González et al., 1999).

En la dimensión Desarrollo, se encontró que esta muestra le otorga una adecuada importancia a promover la independencia entre los integrantes, a realizar actividades sociales recreativas, así como a realizar actividades orientadas al logro, contrario a lo que describe Martins et al. (2013) quienes señalan que los procesos sociales y de desarrollo personal son uno de los principales componentes que se ven afectados durante la hospitalización de un miembro de la familia.

Por otro lado, el interés en los aspectos morales y religiosos fue el área donde los padres se encontraron más satisfechos, tal como lo señalan Cárdenas, Montes, Lozano y Uparela (2016), el promover la expresión de creencias religiosas así como contar con este servicio es una necesidad importante para los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIN y de acuerdo con Walsh (2004) contar con un sistema de creencias facilita la aceptación de situaciones adversas.

Sin embargo también dentro de la dimensión desarrollo, el interés de estos padres hacia los aspectos intelectuales y culturales tuvieron un menor nivel de satisfacción, lo que resalta la importancia de ver a los neonatos hospitalizados como parte de un sistema familiar, ya que como menciona Isaza y Henao (2012) dicha área promueve que los hijos tengan un adecuado desempeño de habilidades sociales y que adquieran un mayor desarrollo de repertorios y conductas para enfrentar adversidades.

En la dimensión de estabilidad, se encontró que la mayor parte de la muestra está satisfecha con la estructura, formación y el control que se ejerce dentro de su núcleo familiar, este resultado coincide con lo referido por Mestre, Samper y Pérez (2001) remarcando que dichos aspectos son importantes para la estabilidad familiar aunado a que cuando la vida familiar se rige por reglas y límites aumenta la probabilidad de comportamientos sociales más adaptados por parte de los hijos.

Conclusiones

El conocer y describir el clima familiar en esta muestra permitió detectar un panorama general del ambiente familiar que perciben estos padres durante la hospitalización de su hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Dicho panorama subraya no solo la importancia del trabajo diario con el neonato hospitalizado sino también con su familia, lo que representa un campo de intervención importante para la psicología hospitalaria, en este caso, la psicología perinatal.

Los padres de neonatos de alto riesgo evaluados perciben su clima social familiar en un nivel adecuado de satisfacción, por lo que se acepta la hipótesis nula. La cohesión familiar y los intereses hacia aspectos morales y religiosos son las áreas que perciben más satisfechas, mientras que la expresión libre del enojo y el interés por aspectos intelectuales y culturales fueron las áreas con el menor nivel de satisfacción.

La adecuada satisfacción del clima familiar que presentan los padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados en la UCIN se puede explicar por la funcionalidad de la familia antes de la crisis así como a la atención interdisciplinaria que reciben, en donde el equipo de profesionales de salud a cargo, reconoce la importancia de la participación de los padres en los cuidados de su hijo hospitalizado, lo que permite que el proceso de adaptación comience desde el ambiente hospitalario. Además, la atención psicológica que se les brinda durante el momento de crisis, es fundamental para tener un afrontamiento

favorable y a que generen expectativas más adecuadas con respecto a la salud de su hijo y su desarrollo.

Por otra parte, a pesar de que la mayoría de los participantes presentó adecuados niveles de satisfacción en su clima familiar, es importante tomar en cuenta que tras el alta hospitalaria habrá un nuevo ajuste en la familia en donde la situación de riesgo en la que estuvo el neonato podría desencadenar en los padres secuelas emocionales, que dificultarían el adecuado desarrollo del niño promoviendo que no aprovechen su capacidad real, por lo que resulta necesario remarcar la importancia del trabajo interdisciplinario realizado en la UCIN así como en el programa de seguimiento pediátrico cuyo objetivo no solo es la detección temprana de algún trastorno del desarrollo, con la finalidad de iniciar una atención temprana, sino también de los cuidados hacia la familia, ya que juega un papel esencial en la calidad del desarrollo del niño.

De esta manera, considerar los elementos del clima social familiar, permite conocer las áreas de la familia que pueden funcionar como fortalezas o bien, detectar factores de riesgo, lo que colabora en la orientación, prevención e intervención con estas familias.

Se sugiere que para futuras investigaciones se realice un estudio posterior a la etapa de crisis así, lo que permitirá puntualizar si existen diferencias en el clima familiar de padres de neonatos de alto riesgo hospitalizados por el nivel de atención dada en el Instituto Nacional de Perinatología.

Además sería oportuno complementar el estudio del clima social familiar con el estilo de afrontamiento y el manejo del estrés debido a que son variables psicológicas que podrían sumar a la elaboración de estrategias de intervención con el objetivo de brindar a los padres de neonatos con nacimiento de alto riesgo hospitalizadas herramientas emocionales y cognitivas.

Referencias

- Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121(2).
- Acosta, M., & Bravo, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *Revista UNIMAR*, 34(1).
- Acosta, M., Cabrera, N., Basante, Y. & Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Universidad y Salud*, 19(1), 17-25. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.65>
- Almanza (2018) Clima social familiar y afrontamiento de nacimiento de hijos con malformaciones congénitas en el Hospital de Emergencias Pediátrica (Tesis de posgrado). Lima, Perú.
- Alvarez, M. (1997). Familia e inserción social. *Papers: revista de sociologia*, (52), 101-113. Recuperado de <file:///C:/Users/bb/Downloads/25467-25391-1-PB.pdf>
- Amezcuca J., Pichardo, M. & Fernández E. (2002) Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(4), 575-590. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=294345>
- Anderson, S. & Sabatelli, R. (2011) *Family Interaction: A Multigenerational Developmental Perspective*. Connecticut: Pearson.
- Andolfi, M.(1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Bellani, P., & Sarasqueta, P. (2005). Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(3), 218-224. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2005/arch05_3/A3.218-223.pdf
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. España: Médica Panamericana.

- Bertalanffy, L. (1989) Teoría General de los Sistemas; Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blasco, M., Cruz, M., Cogle, Y. & Navarro, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan*, 22(7), 578-599. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192018000700578&script=sci_arttext&tlng=pt
- Broderick (1993) Understanding Family Process: Basics of family systems theory. Estados Unidos: SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes.
- Bueno, M., Quiroga, A., Rodríguez, S., & Sola, A. (2016). Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar. In *Anales de Pediatría*. Elsevier Doyma. 85, 95-101.
- Calle, C. (2016) Niveles del clima social familiar en padres de niños con necesidades especiales Auditivas del CEBEP nuestra señora de la paz. (Tesis de pregrado) Piura, Perú.
- 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/Meaning assigned by the parent to the hospitalization of extreme preterm newborn child in the neonatal intensive care unit. Tesis Doctoral: Universidad Nacional de Colombia.
- Cárdenas, C., Montes, D., Lozano, S., Uparela, Y., Contreras, A. & Alviz, C. (2016). Necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Tesis de grado: Universidad de Sucre. Recuperado de <http://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/539>
- Cardona, Á., Valencia, E., Duque, J., Londoño, D. (2015). Construcción de los planes de vida de los jóvenes: una experiencia de investigación en la vereda La Doctora, Sabaneta (Antioquia). *Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 7(2): 90-113. Recuperado de <http://aletheia.cinde.org.co/index.php/ALETHEIA/article/view/257/209>

- Caruso, A., & Mikulic, I. (2010). Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): construcción de un inventario para evaluar el Potencial Resiliente Familiar (IPRF). *Anuario de investigaciones*, 17, 159-168.
- Cassullo, G.L.; Alvarez L. V. & Pasman, P. (1998) Adaptación de las escalas de clima social escolar y familiar, VI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: 186-198.
- Chuquimajo (2014) Personalidad y Clima social familiar en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental. (Tesis de posgrado) Lima, Perú.
- Confederación Nacional de Pediatría de México. (2014) Manual neurodesarrollo y estimulación temprana en pediatría. Recuperado de https://www.conapemecongresos.org/docs/Manual_Neurodesarrollo.pdf
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2012). 4 de Marzo, Día de la familia. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/CONAPO/Marzo_Un_Dato
- Conde, M., Jiménez, R. & Gutiérrez M. (2015) Impacto Emocional y Familiar del Nacimiento de un hijo de Alto Riesgo: Memorias del tercer coloquio: "Resiliencia familiar", 20-25.
- Cooper, J., Holman, J., & Braithwaite, V. (1983). Self-esteem and family cohesion: The child's perspective and adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 153-159.
- Cuesta, M., Espinosa, A., & Gómez, S. (2012). Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*, 98, 36-40.
- Demaray M. & Malecki C.(2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305-316.
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*, 12(05). Recuperado de [10.5867/medwave.2012.05.5429](http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5429)
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia*. México: Pax México.
- Eisenberg, N. & Mussen, P. (1978). Empathy and Moral Development in Adolescence. *Developmental Psychology*, 14, 185-186
- Esteinou, R. (2004). *El surgimiento de la familia nuclear en México*. México: Ciesas.

- Estévez, E., & Murgui, S., Musitu, G., & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 119-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=243016300009>
- Gallegos, J., Reyes, J., & Silvan, C. (2010). La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatol Reprod Hum*, 24(2), 98-108. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/ip102b.pdf>
- Gómez, M. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*, 21(2), 111-121.
- Gómez, A., Baiges, M., Batiste, M., Marca, M., Nieto, A., & Closa, R. (1998). Kangaroo method in delivery room for full-term babies. *Anales españoles de pediatría*, 48(6), 631-633.
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(2).
- Grandi, C., Sarasqueta, P. (1996) .Control prenatal: Evaluación de los requisitos básicos para disminuir el daño perinatal. *Arch.argent.pediatr.*; 94(4):232-37.
- Grau, C., & Fernández, M. (2010). Family and chronic paediatric illness. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008&lng=es&tlng=en
- Gutierrez, R., Díaz, K. & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA ergo-sum*, 23(3), 219-228.
- Harillo D., Rico, I & López, Á. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(48), 577-589.
- Henry, C., Sager, D. & Plunkett, S. (1996). Adolescents' perceptions of family system characteristics, parent-adolescent dyadic behaviors, adolescent qualities, and dimensions of adolescent empathy. *Family Relations*, 45, 283-292
- Hernández, M. (2016) Determinación del riesgo obstétrico para la referencia oportuna de la paciente con embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención (Tesis de posgrado. Ciudad de México.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. (4ª Ed.) McGraw Hill.

INEGI (2013a). Estadísticas a propósito del 14 de febrero, Matrimonio y divorcio en México. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/matrimonios0.pdf>

Isaza, L., & Henao, C. (2012). Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, p. 19-30. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=294345>

Jiménez, F., Loscertales, M., Martínez, A., Barbancho, M., Lanzarote, M., Macías, C., & Nieto, C. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Vox Paediatrica*, 11(2), 27-33.

Jiménez, M. (1999) Familias monoparentales y clima familiar. *Revista de estudios e investigación. Instituto Teológico de Murcia O.F.M.* 127-138. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=227157>

Jimenez, R., Conde, M. & Gutierrez, M. (2015) Hallazgos en el desarrollo de niños con nacimiento de alto riesgo encontrados en el Seguimiento Pediátrico del INPer. *Memorias del tercer coloquio: "Resiliencia familiar"*, 26-33.

Lambert, S. & Cashwell, C. (2003). Preteens talking to parents: perceived communication and schoolbased aggression. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11, 1-7.

Laza, C., Pulido, G. & Castiblanco, R. (2012). La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería global*, 11(28), 295-305.

Leyva, B, Trejo, J., Ducoing, D., Vázquez, L. & Tomé, P. (2003). Guía clínica para la atención prenatal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(s1), 59-69.

Lila, M & Buelga, S. (2003). Familia y adolescencia: el diseño de un programa para la prevención de conductas de riesgo. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 72-78.

López, S. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14, 159-166.

- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&tlng=en
- Manturano, G. & Miranda, K. (2014) Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los padres de pacientes pediátricos posoperado con cardiopatía congénita. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. Recuperado de: <https://doi.org/10.17162/rccs.v7i2.223>
- Martínez, H. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. *Revista Médica Electrónica*, 37(5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es&tlng=es.
- Martins, F., Johanson, L., Ferreira, R., Moreira & Conceição, E. (2015). El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 31-34.
- Martins, A., Gonzaga, M., Bronzato J, Trevizani, C., & Leite, S. (2013). Experience of family members as a result of children's hospitalization at the Intensive Care Unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 191-200. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200004&lng=en&tlng=en.
- Mendizabal, J. & Anzures, B. (1999) La familia y el adolescente. *Rev. Méd. Hosp. Gen. Méx.* 62(3)191-7.
- Mendoza M., Amaya, P., García, G., Nava, A., Sánchez, S., Hurtado, R. & Sánchez, A. (2010). Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatología y reproducción humana*, 24(4), 236-241.
- Mestre, V., Samper, P. & Pérez, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 243-259. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/805/80533301/>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona: Gedisa.
- Mitchell, R., Billings, A., & Moos, R. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3(2), 77-98.

- Montiel, C., Montiel, I. & Peña, A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología conductual*, 13(2), 297-310
Recuperado de http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_H9wFZ9h2YftQL84peS4H_0.pdf
- Moos, R.M., Moos B.S. y Trickett, E.J. (1984). FES, WES y CES Escalas de Clima Social. Madrid: TEA Ediciones.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). Family environment scale manual. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R., Trickett, E. (1974). Manual de la Escala de clima social Familiar. Madrid: TEA.
- Moreno, D., Estevez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 9(1), 123-136.
- Musitu G & García F (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16, 288-293
- Nardone, G., Gianotti, E. & Rocchi R. (2003). Modelos de Familia. España: Herder.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034- SSA2-2002 *Para la prevención y control de los defectos al nacimiento*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. *Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Recuperado de http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf
- Oliva, E. & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10 (1), 11-20.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). FACES III. Family Social Science, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Centro de prensa. Mortalidad materna,. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- Osorio, A., Ferrari, A., Alonso, R., & Cardozo, N. (1978). Hospitalización conjunta del hijo con su madre--Programa de madre participante. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17443/v84n3p240.pdf?sequence=1>
- Patterson, J. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-360. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>
- Pérez, A., & Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 15 (52) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379009>> ISSN 1316-4910
- Placeres, J., Olver, D., Rosero, G., Urgilés, R. & Abdala-Jalil, S. (2017). La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. *Revista Médica Electrónica*, 39(2), 361-369. Recuperado, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200022&lng=es&tlng=pt
- Poo, P; Campistol, J & Iriondo M. (2000) Recién nacido de riesgo neurológico en el año 2000. Recomendaciones para el seguimiento, incorporación de nuevos instrumentos. *Rev Neurol*; 31: 645-652. Recuperado de <https://doi.org/10.33588/rn.3107.2000321>
- Quiroga, H., Echeverría, L., Mata, A., & Ayala, H. (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. *La Psicología Social en México*, 111, 225-230.
- Ramos, I. & Marquez, A. (2000). Recién nacido de riesgo neurológico. *Vox Paediatrica*, 5-10. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/rn_de_riesgo_neurologico.pdf
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (2014). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez, E. (2010). Los matrimonios homosexuales en el Distrito Federal: Algunas consideraciones en torno a la reforma a los códigos Civil y de Procedimientos Civiles. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 43(128), 943-955. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332010000200012&lng=es&tlng=es
- Rodríguez, A., & Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de psicología*, 78, 7-19. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-1.pdf>

- Ruiz S., & Martín, M. (2012). Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. Mas familias monomarentales. Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 33 (1) Recuperado de http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_H9wFZ9h2YftQL84peS4H_0.pdf
- Saavedra, G., Planells, P., & Ruiz, Á. (2004). Patología orofacial en niños nacidos en condiciones de alto riesgo: Estudio piloto. *RCOE*, 9(2), 151-158.
- Schwarcz, A. & Sarasqueta P. (1995) Impacto sobre la prevención del nacimiento de bajo peso de un programa de atención primaria de la embarazada de bajo nivel socioeconómico. *Arch.argent.pediatr* 93(4), 227-373.
- Segura, S., & González, C. (2014). Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *PediatríaIntegral*, 344.
- Silva, M. & Nacimiento, R. (2010). Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal.
- Soni, C., Gutiérrez, A., Santa Rosa, F. & Reyes, A. (2015). Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(02), 96-103.
- Stewart, S.(2005). Boundary ambiguity in stepfamilies. *Journal of family issues*, 26(7), 1002-1029.
- Taborda, A. (2013). Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *Revista Cuidarte*, 4(1), 540-543.
- Torres, M., Gómez, E., Medina, M. & Pallás, C. (2008) Programas de Seguimiento para neonatos de alto riesgo. *Neonatología*. 278-284
- Tracey, N. (2000). *Parents of premature infants. Their emotional world*. London: Whurr Publishers.
- Trickett, E. & Buchanan, R. (2001). The role of personal relationships in transitions: Contributions of an ecological perspective. *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*, 141-157.
- Ugwu, F., Ugwu, C., Njemanze, V., Nwosu, V. (2019) Family cohesion and family size moderating burnout and recovery connection, *Occupational Medicine*, 69 (1), 28–34. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy155>

- Valle, M., García, P., Palacios, I., García, R., & Moro, M. (2014). Atención temprana al recién nacido de riesgo. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(3), 119-123.
- Van Aken M. , Van Lieshout C., Scholte R. & Branje S. (1999). Relational support and person characteristics in adolescence. *Journal of Adolescence*, 22 (6), 819-833. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1006/jado.1999.0273>
- Vega, C. (2013) Clima social familiar de los niños diagnosticados con autismo. (Tesis de pregrado) Chimbote.
- Villanueva, L., Contreras, A., Pichardo, M. & Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex*, 76(9), 542-8.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu Editores.
- Zimmer-Gembeck M. y Locke E. (2007). The socialization of adolescent coping: Relationships at home and school. *Journal of Adolescence*, 30(1), 1-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.03.001>

Anexos

Escala de clima social familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que respecto a su familia, la frase es **VERDADERA** o casi siempre **VERDADERA** marcará con una **(X)** en el espacio correspondiente a la **V (verdadero)**.

Si usted cree que respecto a su familia, la frase es **FALSA** o casi siempre **FALSA** marcará con una **(X)** en el espacio correspondiente a la **F (falso)**.

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría. Siga el orden de numeración y recuerde que se pretende conocer lo que usted piensa sobre su familia no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

Reactivos	F	V
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3. En nuestra familia peleamos mucho.		
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.		
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.		
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.		
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.		

9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
11. Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos “pasando el rato”.		
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.		
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.		
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.		
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales.		
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.		
18. En mi casa no rezamos en familia.		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.		
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21. Todos nos esforzamos mucho en los que hacemos en casa.		
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.		
23. En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo.		
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.		
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.		
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.		
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.		
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la navidad o semana santa		
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.		
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.		
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente.		
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.		
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.		
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y que gane el mejor.		
36. Nos interesan poco las actividades culturales.		
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.		
38. No creemos en el cielo o en el infierno.		
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.		
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.		
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		

46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.		
47. En mi casa todos tenemos una o dos aficiones.		
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.		
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.		
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.		
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.		
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.		
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.		
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.		
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.		
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.		
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.		
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.		
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos.		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.		
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o interés.		
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.		
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		
70. En mi familia cada uno tiene la libertad para lo que quiera.		
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que decimos.		
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.		
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.		
75. "Primero es el trabajo, luego es la diversión" es una norma en mi familia.		
76. En mi casa ver la televisión es más importante que leer.		
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.		

78. En mi casa, leer la biblia es algo importante.		
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.		
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo.		
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que piensa.		
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.		
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.		
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá un castigo		
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.		
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.		