



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS
PARENTAL EN PADRES CON HIJOS INTERNADOS EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LAURA GUADALUPE ROMERO ORTÍZ

DIRECTORA: MTRA. KARLA SUAREZ RODRIGUEZ

REVISOR: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

SINODALES:

DRA. MARIA SANTOS BECERRIL.

MTRA. MARIA DE LA PAZ CONDE REYES

MTRA. ROSALIA JIMENEZ QUIROZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2021.



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.

Agradecimientos

Agradezco a Jehová el haberme permitido la vida y las energías para continuar mis sueños.

A mis padres por apoyarme durante este trayecto y brindarme las herramientas para lograr esta meta.

A mi hijo Leo, quien cada día ilumina mis días y me da las fuerzas para no detenerme, que pacientemente ha estado a mi lado.

Agradezco a la UNAM por la oportunidad que me brinda de ser su alumna y brindarme las oportunidades de crecer académicamente, profesionalmente y personalmente.

Agradezco a cada docente que se encuentra detrás de cada paso que contribuyó de manera enorme a que este propósito se cumpliera, aquellos que dejan huellas que no se borran y te inspiran a aprender más, entre ellas Mary Paz y Rosalía quienes van formando mejores profesionistas e imprimen un pedacito de ellas en cada alumno para que logre relucir lo mejor de sí.

A todas esas personitas que creyeron y me motivaron en algún momento con sus palabras.

GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen	5
I. Nacimiento de alto riesgo y hospitalización en UCIN y UCIREN	6
Aspectos generales del nacimiento	6
Nacimiento de alto riesgo	6
Clasificación de nacimiento de alto riesgo	7
Hospitalización en la UCIN y la UCIREN	11
II. Estrés Parental	14
Concepto de estrés	14
Tipos de estrés	15
Tipos de estímulos estresantes	15
Investigaciones sobre estrés parental	19
III. Afrontamiento al estrés	22
Concepto de afrontamiento	22
Estrategias de Afrontamiento	24
IV. Método	30
Participantes	30
Variables	31

Procedimiento	34
Análisis de datos.	35
V. Resultados	36
VI. Discusión y Conclusiones	46
Referencias:	56
ANEXOS	64
Anexo 1	64
Anexo 2	72

Resumen

El objetivo del presente estudio fue identificar las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés parental de los padres con hijos internados en la UCIN. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, transversal durante el periodo comprendido entre marzo del 2017 a marzo del 2018, para lo cual se utilizó un muestreo no probabilístico intencional conformado por n=66 padres (48 mujeres y 18 hombres) con un rango de edad de 18 a 45 años, con una M=29.8 y DE= 7.22, con hijos internados con una M=48.11 y una D.E=35.31. Se utilizó la Escala de estrés parental en UCIN de Miles (1987), y para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Estrategias de afrontamiento al estrés [CAE] de Sandín y Chorot, (2003).

Los datos encontrados indican que los padres utilizaron con mayor frecuencia estrategias asociadas a la dimensión de afrontamiento centrado en el problema y en menor frecuencia las estrategias asociadas a la dimensión de afrontamiento centrado en la emoción, respecto a los resultados encontrados sobre estrés se puede observar que el factor que genera estrés elevado es la apariencia del neonato mientras que el factor comunicación con el personal fue el que menos causó estrés a los padres, se encontró además que existe una buena comunicación entre los padres y el personal del hospital, además, el apoyo psicológico que se les brinda semanalmente a través de la terapia de grupo puede ser un factor que en conjunto con el apoyo hospitalario que se les brinda a través de una acertada y clara comunicación les apoye a lograr afrontar de manera activa y positiva y de esa manera reducir el nivel de estrés en estos padres.

Palabras clave: Nacimiento de alto riesgo, estrés parental, estrategias de afrontamiento.

I. Nacimiento de alto riesgo y hospitalización en UCIN y UCIREN

Aspectos generales del nacimiento

Existen tres etapas del desarrollo prenatal, la primera etapa es la germinal que dura dos semanas, la segunda etapa es la embrionaria y consta de dos a ocho semanas y por último la tercera etapa es la fetal que va de las ocho semanas hasta el nacimiento (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Por otra parte, no en todos los embarazos el proceso se da de la forma descrita, ya que existen muchos factores que llegan a interferir en este proceso y son factores llamados teratógenos (del término griego “teratos” que significa monstruo). Estos factores pueden ser ambientales, agentes infecciosos, químicos, de radiación, hormonas, carencias nutricionales, factores genéticos; entre otros (Baños, 2012). La dosis o cantidad del agente, tiempo de exposición y la susceptibilidad genética influyen en la severidad del daño y en el tipo de efectos que producen estos agentes teratógenos (Santrock, 2006).

Nacimiento de alto riesgo

El nacimiento prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud [OMS], como aquel nacimiento que sucede antes de las 37 semanas de gestación: éste tiene una prevalencia del 9% a nivel mundial, constituyéndose en la principal causa de ingreso a la UCIN, y en una de las principales razones de mortalidad infantil, por lo cual se considera un problema de salud pública, que se compone de factores biológicos, ambientales y sociales (Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF], 2011).

En el año 2015 se calcularon alrededor de 255 nacimientos por minuto a nivel mundial, es decir, aproximadamente 4,3 nacimientos cada segundo, además se estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de

gestación) en todo el mundo, esta cifra está aumentando y más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto (OMS, 2015). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística [INEGI] 2015, durante ese año nacieron un total de 3,590 bebés de menos de 35 semanas de gestación.

Clasificación de nacimiento de alto riesgo

Cortés (2004); menciona que el rango de gestación a término normal, fluctúa entre 38 y 42 semanas de gestación, sin manifestación clínica alguna y un peso superior del neonato de 2,500 gramos. Los niños pequeños para la edad gestacional, pueden ser prematuros o no, el peso al nacer y la duración de la gestación son dos de los predictores más importantes de la supervivencia y la salud de un neonato (Craig y Baucum, 2009).

La prematuridad se clasifica según la edad gestacional y el peso al nacer, esto se hace con el objetivo de diferenciar situaciones clínicas con pronósticos y evaluación distintas (Galimberti, 2013). En cuanto a la variable de edad gestacional, se puede hablar de neonato prematuro o pretérmino cuando ha nacido entre las 33 y 37 semanas de gestación, de muy prematuro si ha nacido con 32 semanas o menos y de extrema prematuridad cuando ha nacido por debajo de las 28 semanas (González Serrano, 2009).

Tomando la referencia del peso al nacer, se habla de neonato de peso normal cuando pesa entre 2500 y 3999 gramos, se considera prematuridad cuando existe un peso entre 1500 y 2499 gramos y una edad gestacional mayor de 32 semanas; gran prematuridad con un peso natal entre 1000 y 1499 y una edad gestacional mayor a 29 semanas y se habla de prematuridad extrema cuando hay un peso natal menor a 1000 gramos y una edad gestacional menor a 29 semanas (González Serrano, 2009).

Factores de riesgo en el embarazo

Papalia et al., (2012), afirma que el ambiente prenatal es el cuerpo de la madre, debido a ello todo lo que afecte a la madre afecta al feto, tal como lo es su peso, alimentación, edad y antecedentes de salud; a continuación, se describirán los principales factores de riesgo antes mencionados que son asociados a la madre y al medio externo.

Nutrición y peso de la madre. Si una mujer no gana peso suficiente es probable que su hijo sufra retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), que nazca prematuramente, que experimente sufrimiento durante el parto o muera cerca del nacimiento. La obesidad también aumenta el riesgo de otras complicaciones durante el embarazo, como lo es el aborto espontáneo, la dificultad para inducir el parto y mayor probabilidad de cesárea (Amaya, 2005).

Edad de la madre. La posibilidad de un aborto o de parir un mortinato aumentan junto con la edad de la madre, existe un riesgo de 90% en mujeres de 45 años en adelante (Hefner, 2004). Las mujeres de 30 a 35 años tienen mayor complicación de sufrir complicaciones por la diabetes, hipertensión y hemorragia intensa; así como un mayor riesgo de nacimiento prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino, defectos congénitos, anomalías cromosómicas, así como Síndrome de Down. En el caso de madres adolescentes, el riesgo de tener hijos prematuros o con bajo peso al nacer también es alto; quizá porque su organismo aún está en crecimiento y muchas veces consumen nutrientes vitales que necesita el feto (Craig y Baucum, 2009).

Medicamentos y drogas. El tabaquismo es el factor mayormente asociado al bajo peso al nacer del neonato, además fumar incrementa el riesgo de aborto, RCIU, muerte del feto, microcefalia, muerte del lactante, trastorno por hipercinesia, problemas respiratorios, neurológicos, cognitivos y conductuales a largo plazo (Amaya et al., 2005).

El consumo de cocaína durante el embarazo está relacionado con aborto espontáneo, crecimiento demorado, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, microcefalia, defectos congénitos, y deterioro del desarrollo neurológico; así como síndrome agudo de abstinencia y trastornos del sueño (Gilbert y Harmon, 2003).

Síndrome de inmunodeficiencia humana. Este virus debilita el funcionamiento del sistema inmune, y la transmisión puede ser mediante la vía perinatal ya que el virus puede cruzar el torrente sanguíneo del feto por la placenta durante el embarazo, trabajo de parto o alumbramiento o después de nacer por la leche materna; se han reportado deterioros cognitivos en niños infectados con VIH (Santrock, 21010)

Diabetes. Papalia (2012), menciona que “los hijos de madres con diabetes tienen de tres a cuatro veces más probabilidad de sufrir defectos congénitos”, ya que existen alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono durante la gestación de la madre diabética; además esto lleva a un aumento en los mortinatos, muerte neonatal, así como lactantes anormalmente grandes (Baños, 2012).

Ansiedad y estrés maternal. El estrés crónico puede tener como consecuencia un parto prematuro, se ha descrito también que el estrés intenso entre las semanas veinticuatro a veintiocho ha sido implicado en el autismo por la deformación del cerebro en desarrollo (Papalia et al., 2013). Otro agente que puede dañar la salud del feto es una actividad física y trabajo extenuante en la madre, ya que estas variables están asociadas a un nacimiento prematuro (Baños, 2012).

Incompatibilidades entre los distintos tipos de sangre. Algunas variaciones en la estructura superficial de los glóbulos rojos diferencian los tipos de sangre, un tipo de marcador que reside en la superficie de los glóbulos rojos identifica el grupo sanguíneo de una persona A, B, O, o

AB, el segundo tipo es llamado factor Rh, se dice que es positivo cuando está presente y negativo cuando se encuentra ausente. Si una mujer embarazada es Rh negativo y el padre es Rh positivo, el feto podría ser Rh positivo, cuando la sangre de la madre es Rh positivo y la sangre del feto es Rh negativo el sistema inmunitario de la madre produce anticuerpos que pueden atacar al feto; dando lugar a numerosos problemas como aborto, mortinato, anemia, ictericia, trastornos cardíacos, daño cerebral o muerte después del nacimiento (Amaya et al., 2005).

Embarazo múltiple. Estos ocurren de dos maneras; la más común es cuando la madre libera dos óvulos en breve tiempo y en ocasiones este se llega a dividir en dos los cuales son fertilizados, estos llegan a ser gemelos dicigotos. La segunda manera es cuando un óvulo que es fertilizado se divide en dos; en este caso los gemelos son monocigóticos o idénticos (Rencoret, 2014).

El embarazo gemelar se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y fetales. Las mujeres embarazadas con gemelos presentan con mayor frecuencia de abortos, las complicaciones fetales más frecuentes son las asociadas al parto prematuro, muerte fetal y restricciones del crecimiento fetal (Rencoret, 2014).

Defectos congénitos. Otro de las causas de nacimientos de alto riesgo, son los defectos congénitos graves, que hacen que los neonatos corran grandes riesgos de muerte al poco tiempo de nacer; estos afectan a un 3% de los nacimientos vivos; entre estos defectos se encuentra el labio leporino, síndrome de Down, u otras malformaciones graves relacionadas con ojos, rostro, boca, sistema circulatorio, músculo esquelético, o el aparato digestivo (Waknie, 2006).

El nacimiento prematuro está implicado en casi la mitad de los defectos neurológicos de nacimiento como la parálisis cerebral, y en más de la tercera parte de las muertes en la infancia; debido a que el sistema inmune no está completamente desarrollado, son más vulnerables a

infecciones que se han relacionado con la lentitud del crecimiento y retraso en el desarrollo, y dado que su sistema nervioso es demasiado inmaduro esto le impide cumplir con algunas funciones básicas para su supervivencia como lo es la succión; por lo cual es necesaria la alimentación vía intravenosa (Waknie, 2006).

Hospitalización en la UCIN y la UCIREN

Ante los riesgos de nacimiento descritos; es necesaria la hospitalización de estos recién nacidos en una unidad de asistencia en donde se le puedan brindar los cuidados necesarios, ya que una atención prenatal pronta y de calidad que incluya servicios educativos, sociales y nutricionales puede prevenir la muerte materna e infantil y otras complicaciones en el parto.

La UCIREN es la estancia en cuidados intermedios neonatales en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en neonatología y sus áreas específicas, se realiza la atención del recién nacido de edad gestacional superior a treinta y dos semanas o peso superior a 1.500 gramos con patología leve que necesita técnicas especiales de cuidados. Por otra parte, la UCIN es la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en neonatología y sus áreas específicas, se realiza la atención del neonato con patología médico-quirúrgica, con compromiso vital, que precisa de medios y cuidados especiales de forma continua (González, Ballesteros y Serrano, 2012).

El neonato de bajo peso o prematuro se coloca en una incubadora, esta es una cuna antiséptica con temperatura controlada y es alimentado por tubos; este dispositivo tecnológico es necesario para la vida del recién nacido (González, Ballesteros y Serrano, 2012).

Otro tratamiento que suelen recibir estos neonatos prematuros es el surfactante, esta es una sustancia esencial que cubre los pulmones e impide que los alvéolos se colapsen; ya que estos

padecen síndrome de insuficiencia respiratoria lo cual provoca que respiren de manera irregular o dejen de respirar (Amaya et al., 2005).

Aunado a estos cuidados especializados Vega (2006), habla del gran valor que tiene el ingreso de padres y madres en la UCIN para la recuperación de los neonatos que se encuentran hospitalizados, así también de cómo las madres son incluso más detallistas y cuidadosas que los médicos, en el cuidado de las manos al ingresar al servicio.

Aunque son frágiles y deben manipularse con cuidado, los neonatos de bajo peso al nacer que son acariciados y abrazados aumentan de peso y son dados de alta del hospital con mayor rapidez, para ello existen técnicas como la del cuidado canguro en donde hay un contacto piel a piel, colocando al neonato boca abajo entre los pechos de la madre durante una hora y media; ayudando así al prematuro a ajustarse a los estímulos sensoriales del exterior (Amaya et al., 2005).

Actualmente, distintos centros especializados tanto públicos como privados incluyen un equipo de psicólogos que facilitan el diálogo institución-familia-bebé; el rol principal del psicólogo en el servicio de neonatología es ser un facilitador del desarrollo de las personas que atraviesan una situación como la planteada (Vega, 2006).

Es de gran ayuda el papel del psicólogo para estas familias ya que el impacto que estas tienen en el nacimiento de recién nacidos de muy bajo peso es muy prolongado. El psicólogo atenderá a los padres y madres, les brindará información, los ayudará a tolerar la incertidumbre, ubicándolos en el lugar de experto, desculpabilizándolos, respetando sus hipótesis y sus rituales sus construcciones y sus atribuciones, facilitando su participación guiada, además incluirá y tendrá en consideración a los abuelos y hermanos ya que forman parte de la red social que sostiene la recuperación del recién nacido (Vega, 2006). Además, estos permite detectar mejor la

psicopatología materna, promover el ajuste psicológico de los padres y mejorar la interacción entre los padres y el equipo sanitario (Cuellar y Valle, 2017).

Los padres necesitan una comunicación abierta y honesta que les permita anticipar la muerte y es aquí donde el psicólogo tiene un lugar significativo; ya que a diferencia del neonatólogo él comprende la salud mental de los padres mientras su hijo vive, bien o con alguna discapacidad o muere. El momento más relevante y que será recordado por los padres a lo largo de toda la estadía en la UCIN es la comunicación del diagnóstico; sobre todo si se trata del diagnóstico de alguna enfermedad terminal; ya que luego de la comunicación del diálogo los padres pueden vivir la enfermedad o la prematurez como una agresión hacia ellos, pueden sentir culpa, o buscar culpables, y se sienten heridos (Vega, 2006).

Finalmente, los padres aceptan el diagnóstico y el tratamiento donde muchas veces sus recursos llegan a ser menos de los esperados; cabe destacar, que no es la situación en sí la que produce estrés, sino la evaluación de los recursos disponibles frente a la amenaza percibida, misma que favorece el desarrollo de la experiencia del estrés (Vega, 2006). Lo más grave que les pudiera suceder a este tipo de familias es silenciarse, no poder comunicar sus sentimientos, aislarse; por ello, el terapeuta debe favorecer una alianza de la familia con el bebé enfermo y no contra él; cuando reconocen sus propios sentimientos se facilitará la fluidez en su comunicación (Vega, 2006).

II. Estrés Parental

Concepto de estrés

La definición de estrés ha ido apareciendo a lo largo del tiempo, el término “estrés” fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lazarus & Folkman, 1986). A finales del siglo XVIII Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque fue sistematizada hasta comienzos del siglo XIX y posteriormente fue utilizada en medicina para designar a antecedentes de la pérdida de salud. Walter Cannon en 1932, considera al estrés como una perturbación del homeostasis ante situaciones tales como la falta de oxígeno, el frío, o el descenso de la glucemia (citado en Lazarus & Folkman, 1986).

Hans Selye (1935), describe al término como un síndrome en el que hay desgaste del organismo como resultado de una situación estresante, a partir de la cual se genera una respuesta ante una exigencia física o emocional; es decir el organismo activa una reacción de alarma utilizada en el organismo como un mecanismo de defensa; en 1936, Selye lo utiliza para designar a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción a la cual llamó Síndrome General de Adaptación. Una definición más la hace Miller (1953), quien dice que el estrés, es cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que representa una amenaza y causa algún cambio significativo en la conducta.

Lazarus y Folkman (1986), definen estrés como un acontecimiento resultante de la interacción del sujeto y el entorno el cuál puede ser una amenaza, una pérdida o un daño, que pone en peligro el bienestar de este, el estrés, no es en sí mismo el evento, sino las huellas de este. Camargo en 2004, menciona que el estrés es parte de la vida, es una respuesta natural del cuerpo que tiene la función de prepararse para actuar o escapar ante posibles amenazas.

Valdés (2016), define al estrés como una reacción de alarma que activa al sistema simpático-adrenal; un estado biológico complejo, que resulta de la interacción del sujeto y su entorno cambiante (Goldstein & Kopin, 2007 citado en Valdés, 2016).

Tipos de estrés

Según estableció Hans Selye en 1936 (citado en Camargo, 2004) existen dos tipos de estrés; el primero: estrés se considera como el buen estrés, el cual es necesario, en la cantidad óptima, no es dañino y es esencial para la vida, el crecimiento y la sobrevivencia. Este tipo de estrés, permite enfrentarnos a los retos, incentiva para tratar de obtener buenos resultados y adaptarse a los cambios. Existe una cantidad de estrés óptima la cual ayuda a lograr un rendimiento adecuado en las actividades. Por otra parte, se encuentra el distrés: el cual es considerado un mal estrés pues es dañino, patológico, destruye al organismo, es acumulable, mata neuronas del hipocampo, contribuye a producir patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etcétera. Los efectos del distrés se notan aún en etapas prenatales de la vida, en las cuales se puede inhibir la androgenización del feto.

Tipos de estímulos estresantes

En 1986, Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizado para entender un amplio grupo de fenómenos de importancia en la adaptación humana y animal; es en 1977 cuando Lazarus y Cohen hablan de diferentes tipos de acontecimientos estresantes; uno es el de cambios mayores los cuales son estresantes de forma universal y situados fuera de todo tipo de control, como lo son los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre, la guerra y el encarcelamiento, hechos que pueden ser prolongados o bien pueden ocurrir de manera rápida (Lazarus y Folkman, 1986).

También están los cambios mayores que afectan a una o pocas personas; como lo son la muerte de un ser querido, la amenaza de la vida propia o alguna enfermedad incapacitante; o el perder el puesto en el trabajo, puede ocurrir que los acontecimientos estén influidos por el individuo como lo es el divorcio, dar a luz o el someterse a un examen, es decir, que cualquier cambio sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante.

Tarquino (2014), menciona cuatro tipos de estresantes, un tipo son los estresantes agudos, los cuales son limitados en el tiempo; como pueden ser una cirugía; el saltar en un paracaídas; otro tipo son las secuencias estresantes, las cuales son series o acontecimientos que ocurren de manera prolongada como resultado de un acontecimiento inicial como son la pérdida de empleo, divorcio, el fallecimiento de un familiar.

Uno más de estos estresantes son los crónicos intermitentes, que pueden ocurrir una vez por día, semana o mes; los cuales son por ejemplo la visita a algún familiar conflictivo, un problema sexual etcétera; y cómo últimos estresores están los crónicos, como son incapacidades permanentes, riñas con los padres o el estrés laboral crónico, al estar en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío, es preciso actuar sobre la situación, en donde se lleva a cabo una actividad evaluativa en donde los resultados dependen de lo que se haga y de lo que está en juego, es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas; para entender las respuestas, ante las diversas situaciones hay que tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como aquellos factores que afectan la naturaleza de tal mediación; la evaluación cognitiva es el reflejo del individuo y sus características, como sus valores, compromisos, estilos de percepción y de pensamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Camargo en 2004, menciona que los estímulos estresantes que provocan una respuesta corporal fisiológica pueden ser físicos o psicológicos; los estímulos físicos que producen estrés pueden ser por ejemplo una cirugía, algún traumatismo, alergias, falta de sueño, entre otras; mientras que, en los estímulos psicológicos más fuertes, se encuentran emociones intensas, algún cambio en las relaciones amorosas, problemas familiares, etcétera. Sin embargo, estos estímulos estresantes se dan tanto en situaciones malas como en situaciones placenteras.

Schapira y Aspers en 2004, mencionan de una clasificación de estresores por intensidad: Estresores múltiples: son aquellos cambios significativos, de trascendencia vital, fuera de control del individuo y de diversos orígenes. Estresores biogénicos: que son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta del estrés sin mediación de los procesos psicológicos ni la valoración cognitiva. Y por último, se encuentran los estresores cotidianos: que remiten a problemas prácticos, fortuitos o sociales; se plasman en alteraciones de condiciones biológicas del organismo por efecto de drogas, responsabilidades domésticas, aspectos relacionados a la economía, trabajo, mantenimiento del hogar, salud, la vida familiar, personal y social.

Respecto a las definiciones de estrés que se dieron, es entendible el que los padres que se encuentran bajo la situación de tener un hijo prematuro hospitalizado, presenten estrés, debido a distintos factores como los horarios restringidos de visitas, la imposibilidad de desarrollar su rol como padres, el no poder tener a sus hijos en casa; entre otros (Agrawal y Ajay, 2017), además pueden presentar depresión posparto, estrés postraumático y otros síntomas de distrés psicológicos (Cuellar y Valle, 2017).

El nacimiento que ocurre antes del tiempo esperado, es estresante ya que en la familia hay una sensación de fracaso, hay temor a la muerte del niño/a, temor con respecto a su cuidado, y la resignación a que otras personas cuiden de su hijo/a (Caruso, 2011).

Al ser incierto el pronóstico de los neonatos, se incrementa el nivel de estrés percibido por los padres. Oiberman (2005), considera que es todo el proceso de la maternidad, el que representa una crisis vital para toda la familia; pero en la madre en quien surge una doble crisis ocasionada por la internación de su hijo/a.

Caplan 1960 (citado en Lazarus y Folkman, 1986), menciona 4 situaciones que la madre debe afrontar cuando nace su hijo prematuro: la probabilidad de que este muera; la sensación de frustración por no haberlo podido gestar el tiempo necesario; la renovación el vínculo con su hijo/a luego de varios días de incertidumbre y, por último, la adaptación de las características específicas del recién nacido prematuro.

El manejo de una situación estresante depende de la capacidad de adaptación del organismo, de su preparación, necesidades, expectativas y autoestima. Cuando un neonato requiere cuidados especiales a causa de su prematurez se presentan acontecimientos y consecuencias inesperadas y abrumadoras para la familia (Rubiños, 2012).

Algunos autores (Caruso, 2013) han encontrado que el nivel de estrés y síntomas depresivos, constituyen los factores con mayor poder explicativo y predictivo respecto de cómo la familia afrontará la internación.

Parra, Falcón, Moncada, Oviedo, Soto y Marquina (2009), encontraron que existen varias manifestaciones emocionales en las madres que se encuentran separadas de sus hijos entre ellas la inestabilidad emocional con predisposición al llanto, cambios de hábitos, como el descuido de la apariencia personal, pérdida de la atención a la visita de sus hijos.

Se ha encontrado que la pérdida de varias funciones que conforman el esperado rol parental, se constituye el mayor estresor para los padres. Así mismo, se ha descrito que programas de intervención para los padres en esta situación logran reducir el nivel de estrés (Agrawal y Ajay, 2017).

Investigaciones sobre estrés parental

Algunos autores (Young-Mee, 2007) han encontrado que el nivel de estrés y síntomas depresivos constituyen factores con mayor poder explicativo y predictivo respecto de cómo afronta la familia la situación de tener un hijo/a internado en la UCIN.

Desde hace años ha surgido el gran interés por evaluar el nivel de estrés de los padres al afrontar este suceso; una escala utilizada de manera mundial es la escala de Estrés Parental de Miles y Funk, (1998) que tiene consistencia interna total de .94, y un coeficiente α aceptable $<.70$ para todas las subescalas. La internación de un hijo/a prematuro es una situación para la cual los padres no están preparados, el proceso de maternidad representa una crisis en la cual la madre atraviesa por la crisis circunstancial dada por la internación del neonato (Caruso, 2011).

Nikodem (2009), habla acerca de la importancia de generar intervenciones que permitan a las familias contar con estrategias para hacer frente a esta situación difícil.

Aguñaga, Reinaga y Beltrán (2016), en un protocolo de atención plena para los familiares del neonato en estado crítico hospitalizado, identificaron el nivel de estrés parental mediante la Escala de Estrés Parental de Miles et al., (1989), que fue aplicada a 45 padres de neonatos en estado crítico, en el estado de Guanajuato. En el caso de la escala *de aspecto y sonidos* de la unidad esta fue percibida por los padres como poco estresante, con respecto a la escala *de apariencia y conducta del niño* resultó también poco estresante, *la separación del recién nacido* es referido como una experiencia moderadamente estresante. La subescala con valores

promedios de estrés más altos fue la de *comunicación con el personal*, ya que la base de una buena comunicación precisa una adecuada interrelación personal por parte de los profesionales de la salud que considere las necesidades emocionales y de información de los padres y familiares. Este estudio agrega además como un estresor adicional el horario estricto de visita y a la necesidad de mayor información.

Agrawal y Gaur en 2017 aplicaron el Cuestionario de Estrés Parental de Miles et al., (1989), a 400 padres cuyos hijos habían nacido de manera prematura durante un periodo de un año, el objetivo de este estudio fue medir el nivel de estrés y así mismo comparar el que presentaban las madres y los padres. Los resultados de la escala que presentaron un nivel de estrés mayor fue en la de *rol parental* y la relación con sus hijos/as; siguiendo la *apariencia y conducta de sus hijos*. Las madres presentaron un nivel de estrés significativamente mayor en cada una de las subescala de la prueba comparadas con los padres.

Los autores comentan que para reducir el estrés en esta población de padres, se debería incluir visitas regulares a otros miembros de la familia, además de incluir a las madres desde el comienzo en los cuidados del recién nacido, con el objetivo de lograr una relación óptima entre los padres y su hijo/a, así como un óptimo desarrollo posterior.

Ashwani, Aruna y Suresh (2017), utilizaron la Escala de Estrés parental de Miles et al., (1989), y la aplicaron en 100 padres cuyos hijos/as se encontraban internados en la UCIN, mencionan que hay una gran importancia en desarrollar estos estudios ya que el identificar factores asociados a el incremento de estrés parental ayuda a desarrollar intervenciones efectivas para promover una mejor salud mental en los padres. Entre las variables asociadas a un mayor nivel de estrés se encontraron, la edad gestacional, el género de los padres y la educación recibida. El estrés fue mayor en los padres que en las madres en el área de *lucos y sonidos*; estos

autores proponen un incremento en la privacidad como habitaciones individuales que harán más comfortable para las madres el estar con sus hijos/as, reduciendo el estrés.

González, Ballesteros y Serrano (2012), encontraron en 145 madres, utilizando la escala de estrés parental de Miles et al. (1989) que la hospitalización de los neonatos fue 89% estresante. La presencia de monitores y aparatos cerca del neonato y sus respectivas alarmas, así como la realización de procedimientos invasivos, la afectación del rol materno son los factores considerados por las madres como los más estresantes. Los padres de los neonatos pre término se sienten privados de la satisfacción de sus expectativas en la experiencia del parto y elaboración del duelo por la pérdida de estas expectativas. El gran número de personas trabajando en esta unidad fue considerado un factor de mayor atención al recién nacido reconociendo que son personas calificadas que pueden cuidar de sus hijos/as y confiar en ellos.

De acuerdo a la investigación de Cuellar y Valle, (2017) la mayoría de los padres y madres presentan un nivel de distrés emocional moderado con temor a la pérdida y a la discapacidad, dolor psicológico ante la separación y sentimientos de culpa, se señala la importancia de cumplir con una función materna-paterna que suponga contener y acompañar y potenciar los recursos de esas madres y padres que han visto truncados los deseos y expectativas sobre el nacimiento de su hijo/a.

III. Afrontamiento al estrés

Lazarus y Folkman (1991), realizaron una revisión y descripción histórica sobre el concepto de afrontamiento, donde mencionan que el concepto de afrontamiento durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y la evaluación clínica; así mismo este concepto es encontrado en dos clases de literatura, la empírica y teórica.

El modelo animal o empírico, define afrontamiento como aquellos actos que controlan las situaciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica. El segundo modelo; el teórico, es el psicoanalítico de la psicología del ego, en donde se define afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por lo tanto, reducen el estrés; considerando de mayor importancia al factor cognitivo, en donde tienen relevancia los procesos maduros del ego, lo que se refiere a las formas neuróticas de adaptación (Lazarus y Folkman, 1991).

Concepto de afrontamiento

Lazarus y Launier (citados en Macías et al., 2013) definieron el afrontamiento como los esfuerzos intrapsíquicos orientados a la acción con el fin de dar manejo a las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales.

Miller (citado en Lazarus y Folkman, 1991) menciona que el afrontamiento es un conjunto de respuestas conductuales aprendidas, las cuales resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva.

Para Ursin (1980), el afrontamiento es el logro de la disminución gradual de la respuesta tanto a los experimentos con animales, como con seres humanos. Estos conceptos se centran principalmente en la conducta y la evitación.

Fleishman (1984, citado en Mikulic & Crespi, 2008) define al afrontamiento como las respuestas cognitivas o comportamentales que se implementan para reducir o eliminar, el estrés psicológico o las condiciones estresantes.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1991) definen afrontamiento como:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Este proceso de afrontamiento regula, minimiza, o reduce las consecuencias del estrés” (Folkman, S. y Lazarus, R, 1991,p.201).

Esta perspectiva contempla al afrontamiento como un proceso en constante cambio, además hace referencia a las condiciones del contexto sociocultural que determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno (Macías et al., 2013). El afrontamiento es extraer recursos de la falta de recursos, sacar fuerzas de la flaqueza. Los procesos de afrontamiento no son rígidamente adaptativos ni desadaptativos en sus consecuencias, sino que sus costos y beneficios dependen de la persona, momento y circunstancia en que se produce el fenómeno estresante (Rodríguez, Pastor y López, 1993)

Constantemente se atraviesa por momentos estresantes tanto a nivel individual y familiar lo que hace que estos actúen en conjunto para tratar de resolver la situación. El concepto de afrontamiento familiar es definido como aquella capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúan sobre las exigencias que demandan cambios, con el fin de mantener y ó recuperar el equilibrio y garantizar el bienestar de sus miembros. A nivel familiar, el afrontamiento es un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este (McCubbin y McCubbin, citado por Macías, M., Madariaga et al., 2013).

Sandín en (1995, citado en Sandín & Chorot, 2003) define el afrontamiento del estrés como aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés.

Baker y Chapman, (1962) hablan acerca de tres etapas del proceso del afrontamiento, la primera es la de aviso o anticipatoria, en la cual no ha ocurrido el daño, en esta etapa las personas esperan de manera anticipada, se preguntan si pueden prevenir el daño, como pueden prepararse; etc.

La segunda etapa es la de impacto, en el cual se presenta el evento nocivo y la persona comprueba si es igual o peor de lo que anticipaba, aunque en algunas ocasiones la persona tarda en darse cuenta sobre la situación.

Y la tercera etapa es la de post impacto o post confrontación; en la cual los daños ya han ocurrido y es necesario regular las emociones.

Shontz en 1975, describió la primera etapa del afrontamiento como el shock, que aparece cuando la crisis ocurre sin previo aviso, en la cual hay sentimientos de distanciamiento, lucidez y eficacia del pensamiento. A esta etapa le sigue la de encuentro, en el cual el individuo experimenta pánico, desesperanza y desorganización, seguida de la tercera fase que es la retirada, que parece corresponder a la fase de negación.

Estrategias de Afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son disposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones; representan formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil; etcétera, cada individuo cuenta con estilos y estrategias de afrontamiento propios.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento, son procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Halstead, Bennett, Cunningham, citado en Solís y Vidal, 2006).

Menninger (1963), menciona que se utilizan cinco órdenes o recursos reguladores, el de mayor nivel son las estrategias necesarias para reducir las tensiones llamadas recursos de afrontamiento, como el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentar, jactarse, discutir, pensar y liberar energía de una u otra manera; sin embargo, si tales estrategias son utilizadas de manera inadecuada se convierten en síntomas que indican descontrol o desequilibrio. Los recursos de segundo orden incluyen el abandono por disociación, el abandono a impulsos hostiles, y la situación del yo como un objeto de agresión desplazada. Los recursos de tercer nivel son conductas explosivas episódicas, o bien energía agresiva, como agresiones violentas, convulsiones o crisis de pánico. Los recursos de cuarto nivel son el aumento de la desorganización y el de quinto nivel son la desintegración del ego. Cualquier signo que indique descontrol o desequilibrio por definición no es un recurso de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser focalizadas en el problema o en la emoción; en el primero se intenta modificar la situación problemática para hacerla menos estresante, se da principalmente cuando las condiciones que se le presentan al individuo le resultan evaluadas como susceptibles al cambio; estas estrategias buscan la solución al problema y consideran diferentes opciones en costo y beneficio.

Mientras que el afrontamiento focalizado en la emoción ayuda a reducir la tensión mediante una activación fisiológica y una reacción emocional, este se realiza partiendo de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes de

su entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

McCubbin, Olson y Larsen (citado en Macías et al., 2013), proponen los siguientes tipos de estrategias en la resolución de problemas utilizadas en las familias en situaciones de crisis:

- *Reestructuración*: Es la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.
- *Evaluación pasiva*: Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
- *Atención apoyo social*: Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
- *Búsqueda de apoyo espiritual*: Habilidad familiar para tener apoyo espiritual.
- *Movilización familiar*: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar la ayuda de otros.

Sandín y Chorot (2003), mencionan las siguientes estrategias de afrontamiento:

1. *Focalizado en la solución del problema*: Analizar las causas del problema para intentar solucionarlo.
2. *Auto focalización negativa*: Sentimientos de indefensión y auto culpa respecto al problema.
3. *Reevaluación positiva*: Pensar que las cosas podrían ser peores e intentar obtener algo positivo de las situaciones.
4. *Expresión emocional abierta*: Abierta descarga emocional dirigida de forma agresiva a las personas que le rodean.
5. *Evitación*: Intentar olvidarse del problema e intentar refugiarse en otras actividades.

6. *Búsqueda de apoyo social*: Esfuerzos para buscar apoyo informativo; búsqueda de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.

7. *Religión*: Solicitar ayuda espiritual y confiar en que alguna deidad solucione el problema.

Investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en padres con hijos hospitalizados en la UCIN o la UCIREN.

Caruso (2011), reporta que la mayoría de los padres muestran estrategias de afrontamiento por aproximación tanto cognitiva como conductual, siendo la *revaloración positiva* y la *resolución de problemas* las estrategias de afrontamiento más utilizadas, es decir los padres evalúan todas las soluciones posibles para resolver los problemas.

En un estudio reciente, se encontraron respuestas adaptativas, como *recursivo enfocado*, *conocimiento relacionando* y *procesos de alerta*, procurando restablecer la organización de la nueva condición de vida y demandas que la hospitalización del neonato exigía; los padres evocaron y acudieron a sus expectativas pasadas con las que, evaluaron e incluso llegaron a estar dispuestos a transformar su vida para salir de la crisis (Tobo, Betancour y De la Cruz, 2017).

En México se realizó un estudio en donde se evaluaron las estrategias de afrontamiento y el estrés de padres con hijos que estaban internados en la UCIN, se encontró que los padres que utilizaron estrategias inadecuadas en cuanto a *pensamientos desiderativos* y en cuanto a la *autocrítica*, mostraron altos niveles de estrés. En lo que se refería a estrategias adecuadas, los padres recurrieron a la *solución del problema* confrontándolo, además, *hablaron acerca de sus sentimientos* y se encontró que a mejores estrategias de afrontamiento menores niveles de estrés (Rubiños, 2012).

Es oportuno estudiar este fenómeno ya que en México la mortalidad neonatal sugiere a la prematurez como la principal causa de muerte, lo que representa el 28.8% de los casos registrados por el INEGI (2012). Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación) en todo el mundo, esta cifra está aumentando y más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto (OMSS, 2015).

Existe un porcentaje alto de padres a los cuales se les debe dar apoyo emocional en este proceso tan difícil en el que se encuentran. Dorina y Feldberg (2006), destacan la importancia de generar estudios sobre el impacto del estrés como fenómeno psicosocial; ya que es un proceso psicodinámico en el que ocurre un evento particular entre el individuo y el entorno al que pertenece.

Los padres de niños hospitalizados en UCIN, experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como ansiedad, depresión y culpa; debido a que las circunstancias a las que están siendo sometidos son intensas y prolongadas, lo cual pudiera generar otros trastornos (Guldenpfenning 1997 citado en Jiménez et al., 2003).

El panorama que se tiene sobre este tema es limitado en cuanto a los estudios realizados por psicólogos sobre la implicación del papel de los padres y del impacto que les genera esta situación, siendo la mayor parte de las investigaciones elaboradas por otros profesionales de la salud.

Las escasas investigaciones desde la psicología hacen difícil para los especialistas de la salud mental tener mejores y eficaces intervenciones con los padres, ya que al no contar con información al respecto, se limitan las estrategias de intervención psicológica, por lo que es necesario identificar los factores asociados al incremento de estrés parental para desarrollar

intervenciones que promuevan el bienestar psicológico en los padres de los neonatos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Ashwani, Aruna & Suresh, 2017) y de esta manera tener mayor conocimiento del fenómeno desde una perspectiva individual y social enfatizando la investigación desde la perspectiva psicológica.

Por lo tanto, se propuso un estudio que abordará estas dos variables con el fin de obtener información en esta población, en donde se analice el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres con hijos hospitalizados en el Instituto Nacional de Perinatología.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés parental utilizados en padres con hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

Objetivo general:

Identificar las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés parental de los padres con hijos/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.

Objetivos específicos:

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres con hijos/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.

Identificar el nivel de estrés en los padres con hijos/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología.

IV. Método

Participantes

Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística y de forma propositiva.

Participaron 66 padres y madres con hijos/as internados en la UCIN y la UCIRen (48 mujeres y 18 hombres), la media de edad era de 29.8 años (**D.E.**= 7.2) y la media de días de hospitalización fue de 48.11 (**D.E.**= 35.31); 32.8% (n=21) cursaron el bachillerato y el 57.6% (n=38) tenían como ocupación el hogar, como se muestra en la (Tabla 1).

Tabla 1. *Características Sociodemográficas de los participantes.*

Variables		Media y Mediana (Desviación Estándar)
Edad		29.88 Md= (D.E. =7.2)
Días de hospitalización		48.11Md= (D.E. =35.31)
Sexo	Mujer	48 (72.7%)
	Hombre	18 (27.3%)
Escolaridad	Primaria	3 (4.5%)
	Secundaria	18 (27.3%)
	Bachillerato	21 (31.8%)
	Técnico	4 (6.1%)
	Licenciatura	16 (24.2%)
	Posgrado	3 (4.5%)
Ocupación	Hogar	38 (57.6%)
	Comerciante	6 (9.1%)
	Oficio	6 (9.1%)
	Profesionista	4 (6.1%)
	Administrativo	9 (13.6%)
	Estudiante	1 (1.5%)
	No se sabe	2 (3%)
Tipo de embarazo	Único	54 (81.8%)
	Gemelar	12 (18.2%)
Rango de de días de hospitalización	0-30 días	21 (31.8%)
	31-60 días	25 (37.9%)
	61-90 días	13 (19.7%)
	91-120 días	1 (1.5%)
	121-150 días	2 (3%)
	151-180 días	2 (3%)

Diseño de investigación

Se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo, debido a que no se manipularon deliberadamente las variables (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Variables

Definición Conceptual

1. **Estrés** se define como un acontecimiento resultante de la interacción del sujeto y el entorno el cual puede ser una amenaza, una pérdida, un daño, poniendo en peligro el bienestar de este. El estrés, no es en sí mismo el evento, sino las huellas de este (Lazarus & Folkman, 1991 pp.46).

2. **Afrontamiento** es definido como aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, así como con el malestar que suele acompañar al estrés. (Sandín 1995, citado en Sandín & Chorot, 2003).

Definición operacional:

1. Los resultados obtenidos por la Escala de Estrés Parental en UCIN [PSS NUCI] de Miles (1987) (Miles et al., 1993), que evalúa cuatro factores que miden el estrés frente a:
 - *Aspectos y sonidos en la UCIN*
 - *Apariencia y conducta del niño*
 - *Rol parental*
 - *Comunicación con el personal*
2. Los resultados obtenidos por la escala Estrategias de Afrontamiento al Estrés [CAE] de Sandín y Chorot, (2003) versión estandarizada por González y Landero, (2007). Que evalúa:
 - *Búsqueda de Apoyo Social (BAS)*

- *Focalizado en la Solución del Problema (FSP)*
- *Reevaluación Positiva (REP)*
- *Expresión Emocional Abierta (EEA)*
- *Religión (RLG)*
- *Evitación (EVT)*
- *Autofocalización negativa (AFN)*

INSTRUMENTOS

El estrés se midió con las respuestas obtenidas de la escala: Escala de Estrés Parental en UCIN de Miles (1987) (PSS NUCI) la cual consta de 46 reactivos, con una consistencia interna total de .94, y un coeficiente α aceptable $<.70$ para todas las subescalas y con un patrón de respuesta de 6 puntos escala Likert (NA no aplica a 5 extremadamente estresante). Está compuesta de cuatro subescalas que miden el nivel de estrés de los padres frente a:

- *Ambiente de la UCIN (Aspectos Visuales y Sonoros de la Unidad)* esta subescala conformada por seis ítems, analiza el nivel de estrés percibido por los padres con relación al ambiente en UCIN incluyendo aspectos tales como los ruidos repentinos de las alarmas del monitor, los otros recién nacidos con problemas en la habitación; etc.
- *Aspecto del recién nacido*, esta subescala, conformada por 17 ítems, se refiere al estado en que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que el mismo requiere.
- *Rol de la madre*: esta subescala conformada por 11 ítems, abarca diversos aspectos referidos a la alteración de los vínculos entre madre/padre y su hijo, debido a su condición de internación.

- *Comunicación con el personal*, analiza las relaciones con los diferentes integrantes del equipo de cuidado del niño.

Las estrategias de afrontamiento fueron medidas con el cuestionario Estrategias de Afrontamiento al Estrés [CAE] de Sandín y Chorot, (2003) versión estandarizada por González y Landero, (2007). Consta de 42 Ítems y presenta una consistencia interna de $\alpha= 0.79$; con un rango de respuesta de 5 puntos escala Likert (de 0 nunca a 4 casi siempre). Mide dos grandes dimensiones de estrategias de Afrontamiento: *La Estrategia de Afrontamiento Positivo* (EAP) o centrado en el problema y la *Estrategia de Afrontamiento Negativo* (EAN) o centrado en la emoción.

La primera dimensión *Estrategia de Afrontamiento Positivo* o centrado en el problema evalúa tres factores, que son:

- *Búsqueda de Apoyo Social* (BAS) ($\alpha=0,91$): el cual describe los esfuerzos para buscar apoyo informativo; búsqueda de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección (ítems 6, 13, 20, 27, 34 y 41).
- *Focalizado en la Solución del Problema* (FSP) ($\alpha=0,83$): hace referencia a analizar las causas del problema para intentar solucionarlo (ítems 1, 8, 15, 22, 29 y 36)
- *Reevaluación Positiva* (REP) ($\alpha=0,67$): es pensar que las cosas podrían ser peores e intentar obtener algo positivo de las situaciones (ítems 3, 10, 17, 24, 31 y 38).

La segunda dimensión, *Estrategia de Afrontamiento Negativo* centrado en la emoción evalúa cuatro factores, que son:

- *Expresión Emocional Abierta* (EEA) ($\alpha=0,79$): se refiere a la descarga emocional abierta dirigida de forma agresiva a las personas que le rodean (ítems 4, 11, 18, 25, 32 y 39).
- *Religión* (RLG) ($\alpha=0,87$): es solicitar ayuda espiritual y confiar en que alguna deidad solucione el problema (ítems 7, 14, 21, 28, 35 y 42).
- *Evitación* (EVT) ($\alpha=0,68$): es intentar olvidarse del problema e intentar refugiarse en otras actividades (ítems 5, 12, 19, 26, 33 y 40).
- *Autofocalización negativa* (AFN) ($\alpha=0,66$): se refiere a los sentimientos de indefensión y auto culpa respecto al problema (ítems 2, 9, 16, 23, 30 y 37).

Procedimiento

Se realizó el estudio durante un periodo comprendido entre marzo del 2017 a marzo del 2018, mediante la aplicación del instrumento Escala de Estrés Parental en UCIN de Miles (1987) y el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento al Estrés [CAE] de Sandín y Chorot, (2003) versión estandarizada por González y Landero (2007), que fueron contestados de manera individual por los padres referidos por otros especialistas para apoyo psicológico y por aquellos que de manera voluntaria acudían a terapia grupal semanal en la sala de juntas de la subdirección médica de neonatología del INPer, explicando a los padres que este cuestionario serviría para realizar investigación y conocer la experiencia de tener un hijo prematuro hospitalizado, además de leerles el consentimiento informado; en el cual se les hizo mención de que los datos recabados serían confidenciales, los datos sociodemográficos que tenían que llenar, las instrucciones de los cuestionarios, haciendo hincapié en que podían abandonar el estudio en el momento que ellos desearan, se respondieron las dudas que surgieron a los participantes antes durante y después de la

aplicación del cuestionario. Al finalizar de contestar los cuestionarios, se revisaron para evitar que faltaran datos en el cuestionario y se preguntó si había alguna duda, agradeciendo su participación.

Análisis de datos.

Se procedió al análisis de resultados con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25 en español. Los datos sociodemográficos se corroboraron a través del expediente clínico del INPer. Los datos se obtuvieron a través de medidas de tendencia central y estadística descriptiva.

V. Resultados

Se realizaron análisis descriptivos con el objetivo de encontrar la distribución de las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres y sus niveles de estrés. La primera variable a describir son las estrategias de afrontamiento.

Tabla 2.

Estrategias de afrontamiento utilizadas en los padres con hijos internados en la UCIN

Estrategias de afrontamiento	Nivel de estrés (MS)±SD
Focalizado en la solución del problema	2.28±.866
Autofocaización negativa	1.43±.781
Reevaluación positiva	2.21±.767
Expresión emocional abierta	1.44±.761
Evitación	1.31±.629
Búsqueda de apoyo social	1.64±1.37
Religión	1.91±1.31

El empleo de las estrategias de afrontamiento se describe en la Tabla 2, siendo la focalización en la solución del problema la estrategia más empleada con una media de 2.28 y un SD de .866, siguiendo la reevaluación positiva con una media de 2.21 y una SD de .767, la estrategia religión se utilizó con una media de 1.91 y una SD de 1.31, a continuación la estrategia búsqueda de apoyo social con una media de 1.64 y una SD de 1.37, la estrategia de expresión emocional abierta se empleó con una media de 1.44 y una SD de .761, la autofocalización negativa con una media de 1.43 y un DS de .781 y como menos utilizada la estrategia de evitación con una media de 1.31 y una SD de .629.

A continuación se describe lo observado en los factores de la escala de estrés parental.

Tabla 3.

Nivel de estrés parental general y en las subescalas de la PSS: NUCI.

Subescala	Nivel de estrés (MS)±SD
Vistas y sonidos	2.31±1.78
Apariencia del bebé	2.35±1.38
Rol parental	2.47±1.87
Comunicación con el equipo	1.52±1.26
Estrés total	3.39±1.52

La Tabla 3 describe el nivel de estrés que presentaron los padres en las distintas subescalas de PSS:NUCI. El aspecto reportado como más estresante fue el de rol parental con una media de 2.47 y una SD de 1.87, siguiendo el aspecto apariencia del bebé con una media de 2.35 y una SD de 1.38, vistas y sonidos con una media de 2.31 y una SD de 1.178, comunicación con el personal con una media de 1.52 y una SD de 1.26. Asimismo se reportó un promedio de estrés general con una media de 3.39 y una SD de 1.52.

Se realizaron correlaciones bivariadas para buscar posibles asociaciones entre el nivel de estrés y los días de hospitalización del bebé en la UCIN (Tabla 4).

Tabla 4.

Tabla de coeficiente de correlación rho de Spearman entre el los días de hospitalización y el nivel de estrés parental.

	Días de hospitalización
Nivel de estrés parental	.303* .015

*Correlación significativa en el nivel 0,05

Se encontró que existe una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre el estrés y los días de hospitalización ($r=.303$, $p=.015$), lo cual indica que a mayor días de hospitalización mayor estrés, (Sampieri, Fernández y Baptista; 2014).

A continuación se procedió a realizar correlaciones entre los factores del estrés parental y las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres.

Tabla 5.

Correlaciones rho de Spearman entre el nivel de estrés parental y estrategias de afrontamiento.

	Vistas y sonidos	Apariencia del bebé	Rol parental	Comunicación con el personal	Estrés total
Focalizada en la solución del problema	.110 .381	.149 .232	.040 .750	.024 .850	.053 .671
Autofocalización negativa	.141 .260	.203 .102	.461** .000	.168 .178	.225 .069
Reevaluación positiva	.137 .272	.184 .138	.133 .286	.181 .146	.005 .971
Expresión emocional abierta	.104 .408	.192 .122	.219 .078	.193 .120	.095 .447
Evitación	.152 .222	.118 .347	.109 .384	-.079 .528	-.033 .791
Búsqueda de apoyo social	.024 .847	.070 .579	.129 .304	-.251* .442	.177 .156
Religión	.141 .258	.276* .026	.189 .128	.175 .160	.315* .010

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).*

Dentro de las correlaciones que se obtuvieron en la Tabla 5 se puede observar primeramente el factor focalizado en la solución del problema, en donde se observan correlaciones positivas nulas en los factores rol parental, comunicación con el personal y estrés total y correlaciones positivas bajas en los factores vistas y sonidos y apariencia del bebé.

En la estrategia autofocalización negativa se observan correlaciones positivas bajas en los factores de estrés de vistas y sonidos y comunicación con el personal y en el caso de los factores apariencia del bebé, y estrés total se encontraron correlaciones medio-bajas, mientras que en el factor rol parental se encontró una correlación positiva media.

De la estrategia reevaluación positiva se observan correlaciones positivas bajas en los cuatro factores de estrés parental, existiendo una correlación positiva nula con el estrés total.

Relacionado a la expresión emocional abierta se pueden observar correlaciones positivas bajas en el factor vistas y sonidos, apariencia del bebé y comunicación con el personal, se encontró además una correlación positiva media baja con el rol parental y positiva nula relacionada con el estrés total.

Con relación a la estrategia evitación se encontraron correlaciones positivas bajas en los factores vistas y sonidos, apariencia del bebé y rol parental, mientras que en los factores comunicación con el personal y nivel de estrés total se encontraron correlaciones negativas nulas.

Para la estrategia búsqueda de apoyo social se obtuvieron correlaciones positivas nulas en los factores vistas y sonidos y apariencia del bebé, mientras que en los factores rol parental y estrés total se encontraron correlaciones positivas bajas y en el factor comunicación con el personal se observa una correlación negativa baja.

De la última estrategia que es la de religión, se obtuvieron correlaciones positivas bajas en los factores vistas y sonidos, rol parental y comunicación con el personal, mientras que en el factor apariencia del bebé y estrés total se obtuvieron correlaciones positivas medio-bajas.

A continuación se muestra la Tabla 6, en donde se correlacionaron las variables factores de estrés parental y días de hospitalización.

Tabla 6.

Correlación rho de Spearman entre estrés y días de hospitalización.

	Hospitalización en la UCIN	Hospitalización en la UCIRen	Días de Hospitalización total
Factor vistas y sonidos	.207	.310	.377
	.095	.011	.002
Apariencia del bebé	.488	.286	.587
	.000	.020	.000
Rol parental	.109	.402	.386
	.385	.001	.001
Comunicación con el personal	.087	.375	.338
	.489	.002	.006
Estrés total percibido	.357	.023	.319
	.003	.853	.009

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).--

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).*

En el factor vistas y sonidos se encontró una correlación medio-baja con los días de hospitalización; aunque esta correlación aumenta al estar hospitalizado en la UCIRen.

El factor apariencia del bebé tuvo una correlación positiva baja con los días de hospitalización en UCIRen, la cual es media cuando el neonato está hospitalizado en la UCIN y al correlacionarse con el total de días de hospitalización en general esta correlación es positiva media.

Se encontró también una correlación positiva baja entre las variables días de hospitalización y rol parental cuando está hospitalizado en la UCIN, siendo mayor este estrés cuando el neonato se encuentra hospitalizado en la UCIRen, aquí se observa una correlación positiva media-baja.

Del factor comunicación con el personal se observa una correlación positiva nula al estar hospitalizados en la UCIN, sin embargo este nivel de estrés es mayor al estar en la UCIR en donde se observó una correlación positiva media-baja.

Se encontró además una correlación positiva media-baja entre el nivel de estrés y el total de días hospitalizados.

Por último, se analizaron las respuestas de la última pregunta abierta de la escala de estrés parental, la cual pide a los padres describir si identificaron otros factores estresantes, además de los reportados en la escala para ellos durante la estancia hospitalaria de sus hijos, se obtuvieron las siguientes categorías a través de las respuestas, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7.

Factores estresantes adicionales reportados por los padres

Categoría	Cita textual de los padres	Fundamento teórico
Desplazamiento ante el temor de la no recuperación del niño.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, cuando a una enfermera le dijeron que mi bebé estaba saturando y no lo atendió. Mi hijo tuvo un evento muy grande y la verdad me iba muy preocupada a casa. Medio terror saber que la iba a perder por negligencia de ella. 2. Que algunas enfermeras eran un poco descuidadas y no se daban cuenta cuando mi bebé se descontaba el CPAP (refiriéndose al. 3. El descuido de algunas enfermeras para con él bebe y la falta de conocimiento. 4. Que envíen enfermeras que no son parte de esa unidad, no saben bien cómo son los procedimientos. 5. Que nos llamaron un domingo por la tarde para venir 	<p>En esta categoría se observa que al afrontar la situación de tener un hijo hospitalizado, los padres pueden utilizar el recurso del desplazamiento, al transferir en una determinada persona o situación, la carga emocional que le produce tener un hijo hospitalizado (Moya, 2010), es decir, los padres desplazan los malos resultados que llegan a existir sobre la salud de sus hijos hacia terceras personas.</p> <p>La enfermera es el referente más cercano a los padres y es en ella en quien regularmente depositan sus preocupaciones y quejas, frecuentemente se les responsabiliza por no</p>

**Agradecimiento
ante la
superación de
crisis vivida y
tener a su hijo**

al hospital, sin saber que pasaba ya que sabíamos que estaba cada vez más enfermo. Pensamos lo peor todo el camino. Que en vacaciones de semana santa trajeran a personal no capacitado a atender a mi bebe “Un enfermero de cirugía que me dijo que él no estaba capacitado y si tenía dudas preguntara a otras enfermeras a partir de su atención a mi bebe tuvo una segunda caída de enterocolitis.

6. El personal de enfermería, unos dicen cómo hacer las cosas y otros dicen otra forma diferente y se contradicen entre ellos mismos y uno no sabe qué hacer, las enfermeras dicen que hay que lavarse las manos cuando cambiamos de bebé y ellos no lo hacen

1. El trato de las enfermeras, es muy bueno, en especial el de flor y Susana.

2. Les doy las gracias por haberme dado lo más hermosos que pudo darme la vida, les agradezco el poder ayudar a mi esposa a darme la nena.

permitirles mayor tiempo con sus hijos o no darles mayor información. Como los padres se encuentran vulnerables desplazan el sentimiento de impotencia hacia el personal de salud y enfermería, lo cual dificulta que comprendan la situación y lleguen a sentir enojo e inconformidad frecuente con este equipo y hasta lo culpen por malos resultados en la salud de su hijo o por su lenta recuperación. (Shaw et al., 2013; Muro, 2017).

En esta categoría los padres perciben tener buena información y apoyo por parte del personal médico que les brinda sostén y genera sentimientos de agradecimiento en ellos. Como lo refiere la literatura, entre los factores descritos que contribuyen a la satisfacción parental ante el nacimiento de un hijo de alto riesgo, son la comunicación e información consistente, una educación y ambiente de buenos cuidados, tener un soporte físico, espiritual y emocional, además de la adecuada consejería con la intervención del personal de salud, lo cual reduce significativamente los niveles de estrés, al explicarles a los padres los antecedentes de la

Incertidumbre y temor al pronóstico de salud

1. Sí, cuando llega al hospital me angustia mucho porque no sé cómo lo voy a encontrar, no sé qué noticias me van a dar, no sé si a la enfermera la voy a encontrar de buen humor.

2. Fue muy estresante el día de su operación y que lleva mucho tiempo en el hospital.

3. La recuperación lenta de mi bebe.

4. Que nos llamaron un domingo por la tarde para venir al hospital, sin saber que pasaba ya que sabíamos que estaba cada vez más enfermo. Pensamos lo peor todo el camino. Que en vacaciones de semana santa trajeran a personal no capacitado a atender a mi bebe “Un enfermero de cirugía que me dijo que él no estaba capacitado y si tenía dudas preguntara a otras enfermeras a partir de su atención a mi bebe tuvo una segunda caída de enterocolitis.

5. La diferente información, ejercicios para poder lactar me llega a confundir, no se a veces cuál seguir por miedo a que no

enfermedad, el estado clínico del niño y la necesidad de procedimientos de diagnóstico y tratamiento (Corner y Nelson 1999, como se citó en en Ashwani, Aruna y Suresh, 2017, Giraldo; et al., 2012).

La atención e información que brinda el personal a los padres afecta desde la admisión hasta el alta hospitalaria (García, et al., 2017), como también se observa en esta muestra.

Esta categoría describe la incertidumbre y temor que produce el tener un niño considerado de alto riesgo con un pronóstico de salud incierto, que hace que las dudas y miedos de los padres se multipliquen, lo cual les produce ansiedad, preocupación, miedo, tristeza, enojo, frustración y temor ante el estado de salud del niño, interfiriendo en la relación padre-hijo, ya que los procedimientos invasivos como lo son la asistencia tecnológica, tubos, agujas, las alarmas de los equipos, los malos olores, así como la gran cantidad de personas a su alrededor, hace que los padres perciban al niño como un ser indefenso y débil, además este es un escenario desconocido para los padres, ya que no saben cuándo establecer una relación con el niño, no saben cómo ayudar a sus pequeños y se sienten preocupados acerca del daño que pueden causarle, lo cual

Culpa y estrés ante lo que vive su hijo

sea la correcta

6. Un procedimiento, cuando le pusieron un catéter percutáneo y al parecer no les quedaron bien, fue muy estresante

7. Cuando mi bebé fue operado, de ahí en adelante el trato que le dan ha sido muy bueno pero uno como padre ya se lo quisiera llevar a casa

1. No poder lactar a mi bebé. El ya no poder producir más leche, El ver subir y bajar a mi bebé de peso El que no pueda succionar de forma adecuada.

2. Para mí lo más estresante fue no poder sentir el dolor que sentía mi hijo no poder estar junto a él en los días más difíciles.

puede ser una limitante el entendimiento de la condición de su hijo

(Muro, 2017; Caruso, 2013; Jiménez et al. 2003; & Rubiños, 2012).

En esta categoría se describen niveles altos de estrés ante la separación que hay entre padre-hijo, debido a la pérdida del rol parental y la impotencia e incapacidad de no poder proteger del dolor a su hijo, no poder alimentarlo y no poder compartirlo con la familia debido a factores como las horas reducidas de visitas, el retraso de estas, o no poder permanecer con su hijo (Muro, 2017).

Además como refiere Giraldo (2012), el cuidado de estos recién nacidos se delega al equipo clínico, lo que genera sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento del cuidado de un hijo enfermo, y la aparente incapacidad de resolver la situación, como lo reportan los padres de esta muestra.

Algunas madres no han tenido el primer contacto con sus hijos hasta uno o dos días después del nacimiento, lo que crea una separación física que impide el desarrollo de un vínculo parental, estos sentimientos de incertidumbre ante no saber

Experiencia no estresante

1. No hubo tanto estrés (dibujo de la UCIREN 2, en donde dice que es tranquila).

Falta de empatía del personal ante el estrés

1. El doctor “Y” es algo parco pero explica bien, de pronto pudieran ser más empáticos con el estrés de los padres. Nos gustaría conocer los resultados de los exámenes y poderlo compartir con consultores externos (pediatría).

2. Que una enfermera me dijera que si mi bebe toma formula ya a hacer burro y si él tomara leche de uno fuera más inteligente y me dijo más cosas que no me gustaron para nada y que empezaba a ignorar a uno sin importar que estuviéramos uno hay que pedirle cosas para mi bebé y no hacer caso ignorarnos

3. Que no todas las enfermeras tengan la calma sobre la succión de los bebés y eso me estresaba.

4. Que me dijeran en constantes ocasiones que mi bebé tenía alto riesgo de fallecer, cuando creo que con una o ninguna es suficiente, porque entiendo que el estado de gravedad incluye esa posibilidad.

las posibilidades de supervivencia produce que los padres se nieguen a tocar o ver a sus hijos (Giraldo et al. 2012).

En esta categoría se describe que al usar adecuadas estrategias de afrontamiento, los padres presentan menores niveles de estrés (Rubiños, 2012).

En esta categoría se describe que la forma en que reciban la comunicación los padres va a repercutir en su nivel de satisfacción con la atención recibida. El que los profesionales de salud proporcionen información congruente brinda mayor soporte a los padres, sintiéndose respetados y tratados con dignidad (Ramírez, 2017). La percepción que los padres llegan a tener sobre el personal médico se relaciona con la información que les brinda y el cuidado que perciben los padres que se les proporciona a su hijo, y con la posibilidad de que ellos interactúen con el recién nacido, esto promoverá que se sientan parte del cuidado del neonato, promoviendo que aminore la angustia y desesperanza de los padres al mantenerlos involucrados en la salud de su hijo (Aguñaga et al. 2016).

Algunos estudios muestran que desde la perspectiva de los padres, el equipo de enfermería no orienta sobre el cómo hacer frente a los

sentimientos de angustia, no explican el estado del paciente y no hay un tono cálido, ni hay contacto para tranquilizar a los padres, como una de las necesidades más importantes de la familia es obtener información y seguridad, el que enfermería realice bien esta acción ayuda a reducir el nivel de estrés de la familia (García et al. 2017), como lo reportan las experiencias vividas por los padres.

VI. Discusión y Conclusiones

El objetivo de la investigación consistió en evaluar las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés de los padres que tienen hijos hospitalizados en la UCIN del INPer.

La primera variable que se analizó fue la de estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986), mencionan que hay dos dimensiones de orden superior del afrontamiento: La primera dimensión es la centrada en la solución del problema que incluye las estrategias *Búsqueda de Apoyo Social, Focalizado en la Solución del Problema, Reevaluación Positiva* y la segunda dimensión es la centrada en las emociones, que engloba las *estrategias Religión, Evitación, Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa*; en este estudio se muestra que los padres de niños con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la UCIN, emplean con más frecuencia la dimensión de afrontamiento centrado en la solución del problema y en menor frecuencia de afrontamiento centrado en la emoción.

Crespo y Pesantes (2019), mencionaron que la dimensión de afrontamiento centrado en la solución del problema es cuando el individuo se enfoca en la modificación o manipulación de

este, con esfuerzos dirigidos a eliminar y modificar el origen del estrés, buscando una solución satisfactoria para el sujeto. En esta muestra, se observó que los padres tienden a afrontar de manera positiva la situación, comprenden cognitivamente lo que está sucediendo, buscan soluciones y alternativas para reducir el estrés, como también lo confirmó Caruso (2013).

En cuanto a la estrategia *focalizada en la solución del problema*, los resultados indican que esta es la estrategia utilizada como primera opción por los padres con una media= 2.28, lo cual indica que estos establecieron planes de actuación y análisis llevándolos a cabo y tomando en cuenta la opinión de personas implicadas tal como lo refiere Sandín y Chorot (2003), se pudo observar entonces a padres activos, que se preocupan por el bienestar de sus hijos y que se centran en soluciones para esta situación complicada en la que están viviendo, se confirma como una estrategia de afrontamiento adecuada ya que como se reporta en la literatura el utilizar esta estrategia se relaciona con niveles bajos de estrés (Tobo et al., 2017; Caruso, 2011; Rubiños, 2012).

En este factor se observaron correlaciones positivas nulas en los factores rol parental, comunicación con el personal y estrés total; así mismo; se encontraron correlaciones positivas bajas en los factores vistas y sonidos y apariencia del bebé.

Sandín y Chorot (2003), mencionan que la *reevaluación positiva* incluye pensar que las cosas pudieron ser peores e intentar obtener algo positivo de la situación; en esta muestra se encontró que los padres utilizaron esta estrategia con una media=2.22, lo cual indica que la mayor parte de ellos intentaron darle un significado positivo a la estancia hospitalaria de sus hijos. En esta estrategia observaron además correlaciones positivas bajas en los cuatro factores de estrés parental, existiendo una correlación positiva nula con el estrés total, es decir a medida que los

padres tratan de ver la situación de manera positiva; por ejemplo se tienen pensamientos como que el estado de salud de su pequeño va a mejorar, el grado de estrés disminuye.

Rubiños (2012), explica además que la estrategia de *religión* se relaciona con aspectos o situaciones como el asistir a la iglesia o pedir ayuda espiritual, rezar y tener fe en que Dios remediara la situación, al analizarla se observó que es utilizada en una media=1.91 de los padres; por lo que se puede concluir que la espiritualidad es una estrategia que ayuda a los padres a construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida brindándoles un significado, el saber que hay alguien que puede orientarlos y ayudarlos material o espiritualmente contribuye a su bienestar, como lo explica González (2004). Las correlaciones obtenidas de esta estrategia y el estrés fueron positivas bajas a positivas media-bajas quizá el hecho de tener apoyo espiritual les da esperanzas, así como el hecho de creer en un ser supremo que los cuida, los cual les hace afrontar de mejor manera la hospitalización de sus hijos. Rubiños (2012) mencionó que es de gran importancia la *búsqueda de apoyo social* ya sea en amigos o familiares, sobre todo en esta situación crucial, en donde los padres pueden hablar acerca de sus sentimientos, pedir consejos a estas redes de apoyo, encontrando tranquilidad al hacerlo y sobre todo al tener un desahogo emocional de sus sentimientos, como se encontró en esta muestra que una media=1.65 de los padres utilizó esta estrategia.

Se puede también observar una correlación negativa baja entre la búsqueda de apoyo social y la comunicación con el personal, lo cual confirma el poco estrés reportado por los padres en esta área, ya que el tener una comunicación e información de parte del personal sobre el estado de salud de sus hijos/as, así como de los procedimientos que necesitan; reduce sus dudas, malos pensamientos y a su vez el grado de estrés; lo cual pudiera explicar que no usen la búsqueda de

apoyo social como estrategia de afrontamiento ya que actualmente ya cuentan con este apoyo al menos por parte del personal.

En cuanto a la dimensión de *estrategias de afrontamiento centradas en la emoción* Lazarus y Folkman (1989), las definen como los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales que están en relación y son consecuencia de las situaciones estresantes, no suelen ser funcionales ya que el sujeto no logra modificar la situación. En este estudio los padres de niños/as con nacimiento de alto riesgo hospitalizados en la UCIN, reportaron utilizarlas con menor frecuencia que la dimensión *estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas*.

La estrategia de *expresión emocional abierta* se relaciona con conductas como descargar el mal humor con los demás, insultar, irritarse o agredir a otros y comportarse de manera hostil (Sandín & Chorot, 2003) en esta muestra una media=1.45 de los padres la empleó; en los estudios revisados no se reportó que se utilizara de manera frecuente tal estrategia, como se muestra y confirma en este estudio (Tobo et al., 2017; Caruso, 2011; Rubiños, 2012).

Rubiños (2012) encontró que el emplear estrategias inadecuadas *como auto focalización negativa* aumenta el nivel de estrés de los padres, esto incluye los pensamientos desiderativos y darle un sentido negativo a la situación; es decir tener *pensamientos negativos* como que “hiciesen lo que hiciesen las cosas les saldrán mal, o “a pesar de que algo saliera mal ellos buscan soluciones” y “no se resignan a aceptar la situación”, en esta estrategia de afrontamiento se observó que una media=1.44 de los padres emplea esta estrategia.

Se observó una correlación positiva media entre la autofocalización negativa y el rol parental lo cual pudiera explicar que este rol no se lleve a cabo de la mejor manera, quizá porque hay pensamientos disfuncionales relacionados con la autoeficacia de la crianza “son malos padres”,

no son aptos para ser padres, o que podrían lastimar a sus hijos al cargarlos o alimentarlos y es por eso que no llevan a cabo estas tareas de cuidado (Vega, 2006).

Al analizar la estrategia *evitación* se observa que solo una media=1.13 de los padres la utilizó; por lo que se concluye fue la menos utilizada por los padres, esto podría ser explicado porque los padres no podrían hacer frente al problema si evitaran la situación, pensarán o realizarán otras cosas en lugar de hacer frente a la hospitalización de sus hijos/as. ya que al intentar olvidarse de la situación no actuarían y dejarían de lado los cuidados y la atención que deben brindarle a su hijo/a (Caruso, 2013).

La segunda variable que se analizó fue el nivel de *estrés* que presentan los padres. En la escala utilizada se midieron cuatro factores asociados a la presencia de estrés en estos padres, el factor reportado como más estresante fue el de el *rol parental*, reportado como estresante por una media=2.48 de los padres, las respuestas de los padres indican que entre los factores que más les causan dolor son el no poder llevarse a sus hijos/as con ellos a casa, en el caso de las madres el no poder cargar a su bebé y alimentarlos ellas mismas, el no ver a su hijo/a inmediatamente después de su nacimiento, así como el temor a tocar o acariciarlo/a con la preocupación de hacerle daño y que su estado de salud se agrave, estos temores provocan que la relación se vea afectada lo que genera que la incubadora y la hospitalización sean barreras físicas entre el bebé y la madre, limitando el vínculo madre-hijo. Estos resultados coinciden con otros estudios en donde la separación con el bebé y la imposibilidad de llevar a cabo los cuidados parentales deseados constituye la variable que provoca mayor estrés en los padres (Caruso, 2013; Ashwani et al., 2017; Agrawal & Gaur, 2017). De este factor se obtuvo una correlación positiva baja entre las variables días de hospitalización y rol parental cuando se está en la UCIN, siendo mayor este

estrés cuando el nonato se encuentra hospitalizado en la UCIRen, aquí se observa una correlación positiva media-baja

Siguiendo la *apariencia del bebé*, empleada en una media =2.32 de los padres, este factor es asociado a la primera imagen de sus hijos/as, que presentan una talla pequeña, verlos conectados a máquinas y tubos que son desconocidos e invasivos, lo cual les causa angustia e incertidumbre, dolor, culpa y estrés ya que no es lo que esperaban; en este estudio se encontró al igual que en diferentes publicaciones que la *apariencia del bebé* ha sido descrita como la variable que provoca un gran estrés en los padres en esta situación de estancia hospitalaria de sus hijos (Busse et al., 2017., Gonzales et al., 2012). Este factor apariencia del bebé tuvo una correlación positiva media- baja con los días de hospitalización en la UCIRen, misma que es mayor cuando el neonato está hospitalizado en la UCIN y al correlacionarse con el total de días de hospitalización en general esta correlación es positiva media, es decir a más días de hospitalización mayor el estrés que sienten en este factor.

Los padres han descrito que el escuchar los ruidos constantes o repentinos de los monitores de la habitación y el observar como las luces de los equipos se encienden, es un factor que les causa estrés, tanto por el monitor de su hijo/a o el de otro bebé. Este factor de *vistas y sonidos* es reportado por los padres como muy estresante en una media=2.36 de los padres, en este sentido este estudio muestra diferencias con otras investigaciones en las que se ha reportado que las características hospitalarias como las *luces y sonidos* dentro de la UCIN son el factor que provoca mayor estrés en los padres (Gonzales et al., 2012; Busse et al., 2017); este factor se encontró una correlación positiva baja cuando se está hospitalizado en la UCIN; aunque esta correlación aumenta al estar hospitalizado en la UCIRen.

Finalmente el factor reportado como menos estresante fue el de *comunicación con el personal* en una media=1.52 de los padres, el tener una comunicación clara con el equipo médico en relación a los cuidados de su hijo/a, genera en los padres una mejor comprensión reduciendo sus niveles de estrés, como también lo explica Aguiñaga et al. (2016). También se puede observar en esta investigación que el hecho de que el equipo multidisciplinario apoye a estos padres a través de una comunicación clara y acertada sobre el estado de sus hijos/as y que les brinde herramientas para poder emplear adecuadas estrategias de afrontamiento es algo que ayuda a disminuir el nivel de estrés, esto concuerda con lo reportado en la literatura científica en donde el gran número de personas en la unidad es considerado como un factor protector y un signo de atención al bebé, reconociendo que son personas calificadas para cuidar de su hijos/as y por ello confían en ellos (Agrawal & Ajay, 2017). La correlación encontrada en este factor fue positiva nula al estar hospitalizados en la UCIN, sin embargo este nivel de estrés es mayor al estar en la UCIREn en donde se observó una correlación positiva media- baja.

Así mismo en este estudio se encontró una correlación positiva media-baja entre el grado de estrés parental y los días de hospitalización, ya que a mayor días de hospitalización el nivel de estrés reportado es mayor, esto concuerda con el estudio realizado por Tobo et al. (2017).

En relación a la pregunta final abierta del cuestionario de estrés parental en donde los padres mencionaron cuáles fueron otros factores estresantes para ellos durante la hospitalización de su hijo en la UCIN, se obtuvieron seis categorías de factores estresantes, la primera es *el desplazamiento ante la no recuperación del niño*, en esta categoría los padres reportaron que en condiciones estresantes como lo es tener un hijo/a hospitalizado llegan a atribuir al personal médico que la recuperación sea lenta, que tengan recaídas o que su estado de salud no mejore; este factor reafirma lo que se ha descrito también en diferentes investigaciones en las que señalan

que estos pensamientos y sentimientos pueden hacer que se dificulte para los padres el poder comprender las indicaciones o información que se les da sobre el estado de salud, destacando que es la enfermera parte del personal del equipo de salud a quien suelen culpar más debido a que es la que está más cercana a el cuidado de sus hijos (Mora, 2010; Shaw et al., 2013; Muro, 2017).

El segundo factor fue nombrado *agradecimiento ante la superación de crisis vivida y tener a su hijo*, en el que los padres expresaron gratitud por haber logrado convertirse en padres, así como haber superado la crisis y haber vencido la enfermedad de sus hijos, generando sentimientos de agradecimiento principalmente ante el personal que los atendió y estuvo con ellos durante esta etapa dolorosa; en este factor se pudo observar que al igual que en otros estudios la buena comunicación y que el equipo proporcione información acertada y clara sobre el estado de salud de sus hijos/as así como de los procedimientos médicos y los tratamientos que se llevan a cabo, hace que los padres puedan reducir su nivel de estrés (Ashwani et al., 2017; Giraldo, et al., 2012).

Como tercer factor se reportó la *incertidumbre y temor al pronóstico de salud*, para los padres es de vital importancia estar informados sobre el estado de salud de sus hijos/as, sobre todo en esta situación en donde hay una separación cotidiana entre ellos, ya que al irse a casa y dejarlo en el hospital produce una preocupación constante, aspecto que se ha reportado en estudios similares en los cuales el recibir llamadas inesperadas en el domicilio hace que el estrés, miedo y dolor se disparen provocando los peores pensamientos e ideas en estos padres (Muro, 2017; Caruso, 2013; Jiménez et al., 2003; Rubiños, 2012).

Otro factor encontrado fue el de *culpa y estrés ante lo que vive su hijo*, en este, los padres reportaron que algo que les provoca estrés es sentir que no pueden hacer nada para mejorar su salud o quitarle el dolor, al igual que en este estudio se ha encontrado en otras investigaciones

que los padres sienten culpa y estrés al no poder ser ellos mismos quienes los cuiden, carguen o amamenten. Por lo que de acuerdo a la literatura internacional es importante que el equipo médico involucre en la medida posible a los padres en el cuidado de su hijo (Giraldo et al., 2012; Rubiños, 2012; Caruso, 2013).

Cabe señalar que en el análisis cualitativo de estos resultados es casi nula la respuesta al factor denominado *experiencia no estresante*, aspecto no reportado en los estudios revisados, resultado que probablemente se explica en esta muestra por el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento que generan niveles de estrés reducidos, lo cual se ve favorecido por el apoyo de especialistas que les ayudan a que optimicen estas, tal y como lo señala Rubiños (2012).

En último lugar se describió el factor *falta de empatía del personal ante el estrés*, en donde los padres de este estudio reportaron sentirse vulnerables y atacados por comentarios del personal, en este sentido tal y como la literatura reporta, bajo la situación de hospitalización y enfermedad de un hijo/a los resultados enfatizan la necesidad de una adecuada y clara comunicación por parte del equipo médico así como la inclusión de los padres en el cuidado de sus hijos, reduciendo así la vulnerabilidad emocional de estos (Mora, 2010; Jiménez et al. 2013; Ashwani et al., 2017).

La relevancia de este estudio fue resaltar la necesidad tanto de la evaluación e intervención psicológica oportuna a esta población para promover una adecuada salud mental que aporte estrategias de afrontamiento ante el estrés que viven los padres durante la hospitalización de sus hijos. Al ser un programa preventivo, brinda herramientas y estrategias para afrontar el estrés durante la difícil etapa del nacimiento y posteriormente llevar a cabo una crianza con menores secuelas emocionales que interfieran en el neurodesarrollo de los niños.

A partir de los resultados y la importancia del apoyo psicológico se sugiere implementar esta detección de manera permanente a todos los padres de niños con nacimiento de alto riesgo hospitalizados como parte sistematizada de la atención multidisciplinaria durante la hospitalización y posterior al alta hospitalaria; así como sugerir una intervención psicológica dirigida al manejo del estrés y a adquirir habilidades de afrontamiento.

Se recomienda que en futuras investigaciones se considere una muestra más grande en donde se favorezca la fuerza de la correlación estadística, así como controlar la homogeneidad de los participantes, para que de esta manera se puedan realizar comparaciones entre el nivel de estrés y estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres.

Además se sugiere realizar comparaciones respecto a los diferentes tipos de embarazos, para así poder indagar sobre las diferencias entre un embarazo único a un embarazo gemelar, retomar variables como son el número de pérdidas en las madres, número de embarazos y la morbilidad de los niños/as, así como correlacionar éstas con el estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas.

Se sugiere continuar con estudios en esta línea de investigación psicológica para poder profundizar en este fenómeno y a su vez seguir brindando intervenciones oportunas a los padres que atraviesan por esta situación de hospitalización de un hijo/a recién nacido.

Referencias:

- Agrawal, R., Ajay, G. (2017). Parent stress in neonatal intensive care unit: an unattended aspect in medical care. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. January-February 2017, Vol. 4 Issue Page 148.
- Aguiñaga, M., Reynaga, L., y Beltran, A. (2016) Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. León Guanajuato, México. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016:24(1):27-35.
- Amaya de G., Inés C., Suárez de B., Villamizar, B. (2005) *Cuidado de enfermería al neonato crítico*. *Guías ACOFAEN*. Biblioteca Lascasas. 1. Recuperado de: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0023.php> el 23 de julio de 2018.
- Ashwani, N., Aruna, N., Suresh, K. (2017) Parental Stress Experiences with NICU Admission in a Tertiary Care Centre. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences* Vol. 7(1), 27-31. DOI: 10.5923/j.ijpbs.20170701.05.
- Baños, D. (2012). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Revista cubana de salud pública*. Pp.238-245.
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., Thomas, K. (2017). Parent's Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. Vol. 33(4), 52-59. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2013715>.

Camargo, B. (2004). Estrés Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma.

Revista Medico Científica (2)17. Recuperada de:

<http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>

Caruso, A. (2011) El afrontamiento ante la internación de un hijo prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. ACTA ACADEMICA; TECNICAS Y PROCESOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA* PP. 26-29.

Caruso, A. (2013). Nacimiento prematuro e internación en la UCIN: afrontamiento y estrés en padres. *Acta Académica*. Recuperado de: [http://www. Aacademica.org/000-054/898](http://www.Aacademica.org/000-054/898).

Cortés, J. (2004) *Obstetricia general*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Cuéllar, I. y Valle, M. (2017) Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Revista Clínica Contemporánea* 2017), Vol.8(28): 1-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/cc2017a18>.

Craig, G y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Crespo, L. y Pesantes, A. (2019). *Asesoramientos psicologicos a padres de niños prematuros de la fundación de Pablo Jaramillo*. (Tesis de Licenciatura, Universidad del Azuay) Cuenca-Ecuador.

Dorina, S. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22, (2), 267-272

Faican, K., Carvajal, E. (2017). *Impacto psicológico en las madres de niños hospitalizados en la unidad de neonatología*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca) Cuenca-Ecuador.

Franck, L., Cox, S., Allen, A., Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Rev. Methodological Issues in Nursing Research*. Vol.49(6): 608-615.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Roca.

Galimberti, M. Recién nacido prematuro internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Estrés maternal y modelos de intervención.

García, E., Herrera, D., Paredes, Y., Rebaza, E., (2017). Estilos de afrontamiento en padres con hijos internados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. (Tesis para obtener la segunda especialidad en enfermería, Universidad Nacional Peruana)

González, D., Ballesteros, N., Serrano, M. (2012) Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pre término hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev. Ciencia y Cuidado*. Vol. 1: 43-53. ISSN: 1794-9831.

González, M., Landero, R. (2007) Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 11(2): 189-198 ISSN 1136-5420/07.

González Serrano, (2009). El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Tesis. Universidad del País Vasco.

Gómez, M. (2016). El sentido de vida de las madres de niños prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Interdisciplinaria*. Vol. 33(1): 5-19.

Jiménez, E., Loscertales, M., Martínez, A., Barbancho, M., Lanzarote, D., Macías, C., Nieto, C. (2003) Padres de recién nacidos ingresados en la UCIN, impacto emocional y familiar. *VOX PAEDIATRICA*. Vol. 11, 2: 27-33.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico *Psicología desde el Caribe. Revista Redalyc*, 30(1), 123-145. Recuperado de:
<https://datos.gob.mx/busca/dataset/indicadores-ods-de-salud/resource/750b1ba2-f231-4b17-9f48-302bf855e6fc> el 10 de diciembre de 2017.

Mikulic, I., Crespi, M. (2008) Adaptación y Validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moss (CRI-A) para Adultos. *Anuario de Investigaciones*. Vol. 15: 305-312.

Miles, M., Funk, S., Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research* Vol 42(3): 148-152.

Miles, M., Holditch-Davis, D. (1997) Parenting the Prematurely Born Child: Pathways of Influence. *Seminars in Perinatology*. Vol. 21(3): 254-266

Muro, I. (2017). *Determinantes estresores y estilos de afrontamiento-Adaptación en madres de neonatos prematuros, hospital regional Lambayeque* (Tesis de segunda especialidad en cuidado intensivo-neonatología, Universidad nacional de Trujillo) Perú.

Nikodem, M (2009). Niño de alto riesgo: Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil: Buenos Aires: Paidós.

Obedat, H., Bond, E., Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having and Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*. Vol 18(3): 23-29

Ramires, J. (2017) *Estudio de satisfacción de los padres en una unidad de neonatología* (Tesis doctoral, Universidad de Cantabria)

Rencoret, G. (2014) *Embarazo Gemelar*. *Revista Médica Clínica de las Condes*. 25(6): 964-971.

Rodríguez, J., Pastor, M., López, S. (1993) Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rubiños, A. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*. Vol. 1,15-34.

Ruíz, A., Ceriani, J., Cravedi, V., Rodríguez, D. (2005) Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch.argent, pediátrico*. 103(1): 36-45.

Sánchez Castellanos, M. (2004) *Nivel de estrés de las madres con hijos en la Unidad de cuidados intensivos neonatales* (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León) Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/1597/1/1020149423.PDF>

Sandín, B., Chorot, P. (2003) Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 8(1): 39-54. ISSN 1136-5420/03.

Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición, México: Editorial Mc Graw Hill.

Shaw, R., Bernard, R., Storfer, A., Rhine, W., Horwitz, S. (2013). Parental Coping in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Psychol Med Settings*. Vol. 20(2):135-142. Doi: 10.1007/s10880-012-9328-x.

Solís, S. & Vidal, A. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39.

Tobo, N., Betancur, P., De la Cruz, C. (2107) Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatal. *Investig Enferm Imagen Desarr*. Vol.19 (2): 161-175. Doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.eaap>

Valdés, M. (2016) *El estrés desde la biología hasta la clínica*. España: Ed. Siglantina.

Vega, E. (2006) *El psicoterapeuta en neonatología: Rol y estilo personal*. Argentina: Editorial.

Williams, K., Patel, K., Stausmire, J., Bridges, C., Mathis, M., Barkin, L (2018). The Neonatal Intensive Care Unit: Enviromental Stressors and Supports. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. Vol. 151-13. Doi:10.3390/ijerph15010060

Young-Mee, A. (2007) Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *Astan Nursing Research*. Vol.1(3): 199-210.

ANEXOS

Anexo 1



Instituto Nacional
de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé está en la UCIN. Nos gustaría que usted indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, **circule NA** para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la UCIN. **Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.**

En el cuestionario, circule el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted.

* Los siguientes números indican los niveles de estrés:

1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.

2= Un poco estresante.

3= Moderadamente estresante.

4= Muy estresante.

5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, circule NA “No Aplicable”.

Vamos a tomar esta situación como ejemplo: Las luces fuertes en la UCIN

Si, por ejemplo, usted cree que las luces de la unidad neonatal de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe circular el número 5:

NA 1 2 3 4 5

Si usted cree que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe circular el número 1:

NA 1 2 3 4 5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe circular NA, indicando así “no aplicable”:

NA 1 2 3 4 5

Empecemos Ahora

A continuación, hay una lista de varias **VISTAS Y SONIDOS** comunes en una UCIN. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas **VISTAS Y SONIDOS** para usted. Circule el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, circule NA para indicar “no aplicable”.

- | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. La presencia de los monitores y los aparatos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los otros bebés enfermos en la habitación | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. El gran número de personas trabajando en la unidad	NA	1	2	3	4	5
---	----	---	---	---	---	---

A continuación, hay una lista de situaciones que podrían describir **EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ** cuando usted lo visita la UCIN y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Circule NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Si, por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted circulando el número apropiado.

1. Tubos o aparatos puestos o cerca a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
---	----	---	---	---	---	---

2. Moretones, cortadas, o incisiones en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
---	----	---	---	---	---	---

3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo)	NA	1	2	3	4	5
---	----	---	---	---	---	---

4. Una forma de respirar anormal o poco usual en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
--	----	---	---	---	---	---

5. Ver un cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul)	NA	1	2	3	4	5
---	----	---	---	---	---	---

6. Ver a mi bebé dejar de respirar	NA	1	2	3	4	5
------------------------------------	----	---	---	---	---	---

7. El pequeño tamaño de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
---------------------------------	----	---	---	---	---	---

8. El aspecto arrugado de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
-----------------------------------	----	---	---	---	---	---

9. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé	NA	1	2	3	4	5
10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	NA	1	2	3	4	5
11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso	NA	1	2	3	4	5
12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor	NA	1	2	3	4	5
13. Mi bebé llorando por largo tiempo	NA	1	2	3	4	5
14. Cuando mi bebé parecía asustado	NA	1	2	3	4	5
15. Cuando mi bebé parecía triste	NA	1	2	3	4	5
16. La apariencia débil de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
17. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés	NA	1	2	3	4	5
19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho	NA	1	2	3	4	5

Las últimas preguntas que queremos hacerle son acerca de cómo se siente usted respecto a su propia **RELACIÓN** con su bebé y su **PAPEL DE MADRE o PADRE**. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado/a ha estado marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

1. Estar separado de su bebé	NA	1	2	3	4	5
2. No alimentar yo mismo/a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo mismo/a (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo)	NA	1	2	3	4	5
4. No ser capaz de coger en brazos a mi bebé cuando quiera	NA	1	2	3	4	5
5. A veces, olvidar cómo es mi bebé	NA	1	2	3	4	5
6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia	NA	1	2	3	4	5
7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos	NA	1	2	3	4	5
8. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos	NA	1	2	3	4	5
9. Sentir que el personal está más cerca	NA	1	2	3	4	5

de mi bebé de lo que yo lo estoy

10. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

También estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el **COMPORTAMIENTO y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL**. De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA (“no aplicable”). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

1. El personal explicando las cosas muy rápidas

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

2. El personal usando palabras que no entiendo

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

4. Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

5. Que no hablen conmigo lo suficiente

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

6. Muchas y distintas personas

NA	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---

(doctores, enfermeras, otros) hablándome

- | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|---|---|
| 7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la NICU.

NA 1 2 3 4 5

Muchas gracias por su ayuda. ¿Hubo algo más que fuera estresante para usted durante la estancia de su bebé en la unidad neonatal de cuidados intensivos? Por favor, describa abajo.

Anexo 2.
CAE (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés) Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

Instrucciones: A continuación, se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Marque con una X la casilla del número que mejor represente el grado en que emplea cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

Nombre _____ Edad _____

	Nunca	Pocas Veces	A veces	Frecuentem ente	Casi Siempre
	0	1	2	3	4
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos como me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de acción y procure llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso (a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas diferentes del problema, eran para mi más importantes					
25. Agredí algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					

	Nunca	Pocas Veces	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar					