



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

***“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE ESTRÉS DE
MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS
HOSPITALIZADOS EN LA UCIN”.***

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA
BEATRIZ ELIZABETH LÓPEZ MAYORGA**

**DIRECTORA DE TESIS
MTRA. BEATRIZ CARMONA MEJIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CD. MÉXICO

AGOSTO 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en adolescentes se considera problema de salud pública por los efectos adversos que pueden tener la madre y el niño durante todo el embarazo, parto y puerperio; complicaciones que se le atribuyen a la edad de la adolescente, implicaciones psicológica y factores biológicos. Entre los principales problemas para el niño se destaca la prematurez, retraso en el crecimiento uterino y síndrome de dificultad respiratoria lo que condiciona que los recién nacidos sean separados de las madres para ser atendidos en una terapia neonatal. Por lo tanto, la adolescente tiene que realizar una nueva toma de decisiones para asumir el nuevo rol, a esto se le conoce como afrontamiento (COPING), corresponde a la acción de afrontar, un agente o acontecimiento estresante; con el fin de reducirla o eliminarlas.

Objetivo: Analizar los estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo transversal, observacional, prolectivo y descriptivo; Muestra: 80 adolescentes seleccionadas a conveniencia en un hospital de 2º nivel; técnica de obtención de datos: cuestionario de autoinforme en escala tipo Likert integrado por datos sociodemográficos, Escala de Afrontamiento en Adolescentes (Frydenberg y Lewis 1996) y Escala de Estrés Parental (Miles MS, Funk SG, Carlson J. 1993) ambos instrumentos adaptados por López y Carmona 2016, Alfa Cronbach .803 y .944 respectivamente. Tipo de análisis: Paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 23, se utilizó herramientas de estadística descriptiva como análisis de frecuencia, estadística inferencial t Student, ANOVA y prueba de asociación de Pearson.

Resultados: Respecto a los estilos de afrontamiento se encontró que las adolescentes se dirigen al estilo **improductivo**, la estrategia *autoinculparse* fue la más representativa; posteriormente en la dimensión **dirigido a la relación con los demás**, la estrategia que destaca es *buscar apoyo espiritual*, asimismo el estilo **dirigido a la resolución del problema** se encontró como la menos utilizada siendo la estrategia que sobre sale de esta subescala *fijarse en lo positivo*. En relación al análisis del estrés percibido, se encontró como fuente de estrés en niveles altos la subescala correspondiente a **la relación con el niño y el rol materno** posteriormente en estrés medio la subdimensión **aspectos y sonidos de la unidad y la apariencia y conducta del niño**.

Discusión y Conclusiones: Los hallazgos de este estudio reflejan que las madres adolescentes se dirigen a un estilo de afrontamiento improductivo suelen desconfiar de sus capacidades, provocando sentimientos de inseguridad, de esta manera la

hospitalización del recién nacido en la UCIN y la relación con el niño y el rol materno para ellas es altamente estresante. Por lo tanto, se requieren de una intervención educativa y de capacitación para direccionar sus conductas hacia un afrontamiento positivo y de esta manera mejorar la actuación respecto al cuidado de su hijo en una terapia intensiva neonatal.

Palabras claves: Afrontamiento, Estrés parental, madres adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: pregnancy in adolescents is considered a public health problem due to the adverse effects that the mother and child can have throughout pregnancy, childbirth and the puerperium; complications attributed to the age of the adolescent, psychological implications and biological factors. Among the main problems for the child is prematurity, delayed uterine growth and respiratory distress syndrome, which makes it necessary for newborns to be separated from mothers to be treated in a neonatal therapy. Therefore, the adolescent has to make a new decision-making to assume the new role, this is known as coping, corresponds to the action of facing, a stressful agent or event; in order to reduce or eliminate them.

Objective: to analyze the coping styles and stress level of adolescent mothers with hospitalized children in the nicu.

Methodology: quantitative study of transversal type, observational, prolective and descriptive; sample: 80 adolescents selected for convenience in a 2nd level hospital; data collection technique: self-report questionnaire on a likert-scale scale composed of sociodemographic data, teenagers' coping scale (frydenberg and lewis 1996) and parental stress scale (miles ms, funk sg, carlson j. 1993), both instruments adapted by lópez and carmona 2016, alfa cronbach .803 and .944 respectively. Type of analysis: statistical package for the social sciences spss 23, we used descriptive statistics tools such as frequency analysis, student's inferential statistics, anova and pearson's association test.

Results: with regard to the coping styles, it was found that the adolescents are directed to the unproductive style, the self-incriminating strategy was the most representative; later in the dimension directed to the relation with the others, the strategy that stands out is to look for spiritual support, also the style directed to the resolution of the problem was found like the less used being the strategy that on leaving of this subscale fixes on the positive thing. In relation to the analysis of perceived stress, the subscale corresponding to the relationship with the child and the role of the mother were later found to be at high levels. Subsequently, in the middle stress, the sub-dimension aspects and sounds of the unit and the child's appearance and behavior.

Discussion and conclusions: the findings of this study reflect that adolescent mothers are directed to an unproductive coping style, often distrusting their capacities, causing feelings of insecurity, thus hospitalizing the newborn in the nicu and the relationship with the child and the maternal role for them is highly stressful. Therefore, an educational and training intervention is required to address their behaviors towards a positive coping and thus improve the performance regarding the care of their child in neonatal intensive care.

Key words: coping, parental stress, adolescent mother.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	
	1.1 Planteamiento del problema	2
	1.2 Importancia del estudio	4
	1.3 Objetivos	5
	1.3.1 Objetivo general	5
	1.3.2 Objetivos específicos	5
II.	MARCO TEÓRICO	
	2.1 Adolescencia	6
	2.2 Embarazo en adolescentes	8
	2.3 Afrontamiento	12
	2.4 Estrés	16
	2.5 Revisión de la literatura	
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	
	3.1 Tipo de estudio	20
	3.2 Población y muestra	20
	3.2.1 Criterios de selección	20
	Criterios de Inclusión	20
	Criterios de exclusión	21
	Criterios de eliminación	21
	3.3 Variables de estudio	21
	3.4 Hipótesis	22
	3.5 Procedimientos	22
	3.5.1 Para la recolección de datos	22
	3.5.2 Para el análisis de datos	23
	3.6 Instrumento de medición	23
	3.6.1 Descripción	23
	3.6.2 Confiabilidad y validez	30
	3.7 Consideraciones éticas	31
IV.	RESULTADOS	
	4.1 Descripción	33
	4.1.1 Caracterización de la muestra	33
	4.2 Análisis estadístico	37
V.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
	5.1 Discusión	50
	5.2 Conclusiones	43
VI.	REFERENCIAS	44
	ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Siendo este una situación muy especial, tratándose de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres.

México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con la tasa más alta de madres adolescentes, entre 15 y 19 años de edad. Este hecho ha sido descrito como un problema de salud pública a nivel mundial, dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. A nivel biológico, el riesgo de morbilidad es más elevado cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel social, la joven verá limitada las posibilidades para el futuro por la posible interrupción de su educación formal, las repercusiones económicas que esto trae para la joven, constituyen lo que se ha denominado “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza” y a nivel psicológico las jóvenes no se encuentran preparadas para asumir la responsabilidad de este nuevo rol y se verán más afectadas ante la separación de su recién nacido cuando este nace enfermo.

Por lo tanto ellas necesitarán hacer uso de los recursos del afrontamiento ya sea positivos o improductivos de tal manera que puedan sobrellevar el estrés que representan las unidades de cuidados intensivos neonatales, así como la situación de crisis que en ese momento les representa al tener hospitalizado a su recién nacido.

Por lo anterior se realiza el siguiente estudio presentando el marco teórico dónde abordaron conceptos de diferentes autores referentes a la adolescencia, afrontamiento y estrés; así como aspectos generales de estadísticas sobre la

incidencia de embarazo en adolescentes a nivel mundial como nacional y local, se creo la metodología del estudio describiendo la población y muestra, los criterios de inclusión, exclusión, eliminación, tipo de variables, así mismo el procedimiento para la recolección de datos, descripción del instrumento de medición y, los aspectos éticos y legales.

En el capítulo de resultados se describen las características sociodemográficas de las personas estudiadas, del neonato y su relación con las variables afrontamiento y estrés; de esta manera se identificaron los estilos de afrontamiento y las fuentes de estrés identificadas por las madres adolescentes y algunas variables sociodemográficas que intervinieron como variabilidad del nivel de estrés.

Por lo anterior se considera necesario que el profesional de enfermería participe activamente en el proceso de atención oportuna de las madres adolescentes con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), de tal manera que por medio de una atención integral sistematizada y jerarquizada se propicie al afrontamiento positivo y se minimice el nivel de estrés de las adolescentes.

1.1 Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de la vida en la que ocurren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, estos vinculados al desarrollo que requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectiva, este periodo va acompañado de características peculiares propias de la adolescencia que se ven afectadas con el embarazo, siendo este uno de los problemas obstétricos más preocupantes en el mundo como en nuestro país, considerándose un problema de salud pública debido a los efectos adversos que puede tener la madre y el niño durante todo el embarazo, parto y puerperio.¹⁻⁵

En relación al embarazo precoz, la Organización Mundial de la Salud, estima que 16 millones de mujeres de este grupo etario dan a luz cada año y el 95% de esos nacimientos se produce principalmente en países bajos y de medianos ingresos, representando el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Así mismo, América Latina y el Caribe continúan colocándose con la segunda tasa más alta después de África Subsahariana. De acuerdo con la información proporcionada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2014 México, reportó por cada 1000 mujeres adolescentes 77 nacimientos, en este contexto el estado de Chiapas registro 93 nacimientos ocupando uno de los primeros cinco lugares a nivel nacional. A su vez, el Hospital de la Mujer “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” durante el año 2015 se registró 11,859 partos, de los cuales 2865 corresponden a mujeres menores de 19 años, ingresando a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) 930 recién nacidos producto de adolescentes.⁶⁻¹⁰

La hospitalización de un bebé en la UCIN constituye un suceso vital estresante algunas investigaciones lo han caracterizado como un hecho traumático para los padres debido a que el pronóstico de salud del recién nacido puede ser incierto; se acrecientan los miedos, culpas, desilusión, enojo, sufrimiento, entre otros sentimientos; al mismo tiempo que la adolescente se encuentra inmersa ante esta situación necesitará asumir responsabilidades en momentos inadecuados para hacer frente a la maternidad, siendo este un proceso difícil dónde para enfrentar el

problema deberá hacer uso de sus recursos llamados estilos de afrontamiento que le permitirán dar respuesta a las situaciones que le generen estrés.¹¹⁻¹⁴

Algunos estudios referentes a los estilos de afrontamiento ante el estrés mencionan que las estrategias utilizadas fueron las dirigidas a la resolución del problema, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional por lo tanto el estrés se presentó a niveles bajos.¹⁵⁻¹⁹

Por otro lado, estudios realizados en padres con hijos hospitalizados en la UCIN reportaron que los factores que condicionan al estrés fueron: la sensación de pérdida de control de la situación, la falta de apoyo de la pareja durante la hospitalización del recién nacido, por lo que a menudo utilizan estilos de afrontamiento para evitar verse abrumada por las amenazas percibidas sobre la pérdida de sus hijos.²⁰⁻²⁴

En la actualidad existen pocos estudios relacionados con el estilo de afrontamiento y la relación con el estrés en madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN; sin embargo, conocer como la madre afronta la hospitalización de su recién nacido permitirá al profesional de enfermería conocer como la adolescente afronta la hospitalización de su hijo; en este sentido nos permitirá crear estrategias de intervención creando planes integrales tomando en cuenta las dimensiones emocionales que contribuyen a un afrontamiento positivo y al fortalecimiento de su rol materno. Por lo tanto, estas investigaciones se presentan con la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de los estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN del hospital de la mujer Tuxtla?

1.2 Importancia del Estudio

El embarazo en adolescentes ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la

familia parental. Siendo este una situación muy especial, tratándose de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres.

Este hecho ha sido descrito como un problema de salud pública en Latinoamérica dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. A nivel biológico, el riesgo de morbilidad es más elevado cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel psicológico las jóvenes no se encuentran preparadas para asumir la responsabilidad de este nuevo rol. A nivel social, la joven verá limitada las posibilidades para el futuro por la posible interrupción de su educación formal.

Las repercusiones económicas que esto trae para la joven, constituyen lo que se ha denominado “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”

En Chiapas nuestra población adolescente pertenece a diferentes grupos étnicos, donde los factores sociales y culturales son determinantes para que el embarazo y la maternidad precoz continúen siendo un problema de salud pública. Cuando llegan a la unidad de cuidados intensivos neonatales se enfrentan a situaciones desconocidas, ya que ninguna madre y sobre todo la adolescente está preparada para tener un hijo hospitalizado en una situación crítica, en este sentido les resulta estresante ya que todo es desconocido o muy invasivo.

No existen programas para asegurar el bienestar y el buen desempeño en el rol materno de las madres. Se hace necesario que el profesional de enfermería encargada del cuidado del neonato aborde los diferentes factores estresantes presentes en la madre y los estilos de afrontamiento que utiliza, con el fin de poder encaminar acciones para corregir y disminuir la problemática, además de contribuir a la generación de conocimientos más amplios permitiendo brindar una atención de calidad donde el profesional de enfermería sea líder en la atención integral que corresponda a las necesidades y características de la madre adolescente.

1.3 Objetivo general

Analizar los estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN, del hospital de la mujer Tuxtla.

1.4 Objetivos específicos

- Identificar los estilos de afrontamiento que utiliza la madre adolescente para enfrentar la crisis.
- Determinar las fuentes de estrés identificadas por la madre adolescente ante la hospitalización de su hijo en la UCIN.
- Explorar las características sociodemográficas que se comportan como fuentes de variación del nivel de estrés.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia

Durante la mayor parte de la historia humana, el periodo adolescente ha sido ignorado o minimizado. Es hasta el siglo XVIII que J.J Rousseau introduce en la cultura científica de su época, *la noción de adolescencia*. Es considerado el

descubridor de esta etapa del ser humano, al ser un precursor señalando el conflicto que se establece en el niño al trascender hacía la vida adulta. Este mencionó las características del cambio que se establece en la responsabilidad del individuo al incorporarse a la sociedad de forma activa y comprometida. En este sentido, Rousseau menciona que durante la adolescencia se crea una relación más consciente con el mundo y con las personas que lo rodea, se implementa una serie de conductas novedosas creando la necesidad de ser independiente dentro de la sociedad a la que pertenece, las relaciones con sus contemporáneos son más estrechas donde sus padres y otros miembros de su familia no están incluidos.^{25,27}

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín “adolescere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, esto no solo significa el crecimiento físico sino también mental.²⁵

Definir a la adolescencia es problemática por varias razones: *Primero*, se sabe que, de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida tomando en cuenta que la pubertad suele iniciar en momentos sumamente distintos entre las niñas y los niños. El *segundo* factor que complica la definición de la adolescencia son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho de la propiedad y consumir bebidas alcohólicas, así como el concepto de la “mayoría de edad”, es decir, la edad a la cual el país reconoce como adulto a un individuo y espera que cumpla todas las responsabilidades propias de esa condición. La tercera dificultad que plantea la definición de la adolescencia, es que independientemente de lo que las leyes digan a cerca del punto que separa la infancia y la adolescencia de la edad adulta, innumerables adolescentes están casados, atienden a familiares enfermos o participan en conflictos armados, todas ellas actividades que corresponden a los adultos.²⁶

Es así que la adolescencia se contempla en tratados más antiguos y puede variar en las diferentes sociedades y épocas, sin embargo, debe ser entendida como un

proceso universal de cambios biológicos, psíquicos y de comportamiento social, en ese recorrido el adolescente se ve obligado a renunciar a su identidad de niño para buscar una identidad adulta.²⁷

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa etárea comprendida entre los 10 y 19 años de edad, considerándose en dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad y la adolescencia tardía 15 a 19 años.²⁸⁻²⁹

En la *adolescencia temprana* comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empieza con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyo cuerpo están sufriendo transformación.¹⁷ En esta etapa, los cambios psicosociales significan rupturas más o menos considerables, que, aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas presentan sentimiento de sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.²⁸

Por lo que se refiere, a la *adolescencia tardía* usualmente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. En este periodo profundizan las relaciones sentimentales, amorosas y el inicio de las relaciones sexuales; predomina cada vez más los conflictos con la familia, provocan discusiones con los padres en búsqueda de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.^{26,28}

Todo este proceso de cambios y conflictos le exigirá al adolescente una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectan al cuerpo, la mente y las relaciones. En este sentido, necesitará el acompañamiento de la familia y de la sociedad, si estas dos partes

acogen y consideran los cambios el/la adolescente hace su recorrido con mayor equidad y aceptación incluso con orgullo y seguridad.^{28,30-34}

De modo que, en este ciclo de vida donde se presentan grandes oportunidades también hay grandes riesgos, una apertura a las posibilidades sexuales ya que existe la capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay una responsabilidad para entenderla dentro del contexto de una relación responsable. Los jóvenes encontraran en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de la pareja, resultando de esta relación embarazos que en mayoría de los casos no son planificados y con ello una serie de complicaciones que pueden ocurrir por varios motivos que se superponen.

2.2 Embarazo en adolescentes

Los embarazos en adolescentes ocurren con una frecuencia muy variada entre distintas regiones y países, inclusive en un mismo país entre distintos grupos etarios y de ingresos económicos. Lo que todas las regiones tienen en común, es que las niñas que son pobres, viven en zonas rurales y que son analfabetas o tienen poca educación son más propensas de quedar embarazadas en comparación con las niñas con ingreso económico y un nivel educativo más alto.^{35,36}

En este sentido, algunos factores que condicionan el embarazo en adolescentes son las características del hogar como el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también, hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos, igualmente, el embarazo y la maternidad adolescente se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, violencia, matrimonios forzados de las niñas, la sexualidad y fracasos de los sistemas e instituciones para proteger sus derechos.^{35,37-38}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 16 millones de mujeres adolescentes dan a luz principalmente en países bajos y medianos ingresos, lo que

equivale al 11% de nacimientos en el mundo. En el 2013 África Subsahariana se colocó en primer lugar con 111 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes de 15 a 19 años, de edad de esa región Níger reportó 204 nacimientos por cada 1000 jóvenes.³⁷⁻⁴¹

En segunda instancia, América Latina y el caribe reporta la mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África Occidental, casi todos los países de la región se encuentran entre los primeros 50 a nivel mundial, el número de nacimientos por cada mil adolescentes sobresale Nicaragua con 104, Guatemala 102 y república dominicana 103 nacimientos. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el periodo 2020 y 2100.³⁸

De acuerdo al Consejo Nacional de la Población (CONAPO) en el 2014, México tuvo la tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes lo que corresponde el 20% de nacimientos vivos, los datos de egreso hospitalarios en este grupo de edad fueron, 83.9% se debió a causas de tipo obstétrico en las que se encuentra, embarazo, aborto, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, y otras afecciones.^{42,43}

En ese mismo año Chiapas ocupó el quinto lugar a nivel nacional la tasa de fue de 93 por cada 1000 adolescentes, después de Coahuila, Nayarit, Zacatecas y Oaxaca.⁵⁸ Las estadísticas del hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” reportó durante el año 2015, 11,859 partos de los cuales 2865 correspondieron a mujeres menores de 19 años de edad, del total de los partos 930 neonatos fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de los cuales 58 tuvieron alta por defunción.⁴²⁻⁴⁴

Actualmente, la CONAPO estima que en México casi una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes, Chiapas ocupa el primer lugar con jóvenes en esta edad lo que corresponde al 21.8%. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido que 1) las mujeres de 10 y 19 años de edad constituyen el grupo

de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y 2) la disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad, debido a la falta de uso de anticonceptivos.⁴⁵

Además, la mayoría de las niñas que se embarazan viven en zonas rurales, las tasas de natalidad son más altas donde prevalece el matrimonio infantil, y los matrimonios infantiles suelen ser más frecuentes donde hay pobreza extrema, las adolescentes que pertenecen a una etnia o a un grupo marginado son más vulnerables a quedar embarazadas, no tienen opción y tampoco oportunidades en la vida, o tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva.^{35,40}

Referente a los grupos étnicos podemos mencionar que en el país existe alrededor de 1.4 millones de adolescentes que hablan alguna lengua indígena; Chiapas ocupa el primer lugar con el 29% de esta población con diferentes grupos étnicos. Las estadísticas indican que la tasa de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 96.7%, de las no indígenas, de 68 por 1000 respectivamente.⁴⁵

Por otra parte, el embarazo en esta edad no solo representa un problema de salud para la madre y su producto, sino tiene una repercusión económica ya que implica menores oportunidades educativas o abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género.^{2,33} De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y el 30.7% de las menores de 15 que se embarazaron dejaron de ir a la escuela. Más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo no asisten a la escuela, comparado con el 24% en el grupo de edad que no los ha tenido.^{38,45}

A su vez, la mayor parte de madres adolescentes no tienen empleo y tampoco ingreso independiente al momento de tener a su hijo. De las que tuvieron un hijo en el 2011, 8.3% tenían una actividad laboral remunerada; en cuanto las de edad de 10 a 14 años 7% reportaron una actividad remunerada aun cuando su contratación es contra la ley. Sin embargo, cuatro de cada cinco partos de adolescentes se da dentro una unión establecida ya sea que estén casadas o en unión libre. Este tipo

de uniones suele tener mayor estabilidad ya que tienen cuatro veces mayor riesgo de disolverse en pocos años.^{38,45}

Otras causas del embarazo en adolescentes poco documentadas en México, pero observadas en otros países, incluye el uso de alcohol y drogas, que pueden reducir la probabilidad que los adolescentes tomen medidas de protección adecuadas. En Estados Unidos se ha reportado que hasta tres cuartas partes de los embarazos en adolescentes ocurren en un contexto de consumo de alcohol.⁴⁵

Todo lo anterior parece confirmar, que los determinantes del embarazo adolescente tienen que ver ante todo factores sociales, económicos y culturales que van más allá del ámbito de la salud. En algunos sectores sociales la maternidad se constituye simbólicamente en el paso hacia la adultez y mejoramiento de estatus dentro de la comunidad.^{35,38}

De manera que, el embarazo en esta etapa es considerado de alto riesgo para la madre y el niño, las complicaciones impactan en el desarrollo gestacional y las adolescentes tienen más probabilidades de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto. Entre los principales problemas se destaca el parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento uterino, mal formaciones congénitas, entre otras enfermedades.^{32,38,40,46}

Ante ciertas complicaciones condicionan que el recién nacidos sea separado de la madre para recibir atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La atención crítica en las UCIN es altamente estresante para los padres, especialmente para las madres incluyendo síntomas de ansiedad, depresión, miedo, enojo y alteración del sueño; por lo que a menudo, utilizan estilos de afrontamiento para evitar verse abrumado por las amenazas percibidas sobre la pérdida de sus hijos.⁴⁷⁻⁵¹

2.3 Afrontamiento

El afrontamiento sería entonces, un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo proceso ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso.^{52,53}

Lazarus y Folkman, señalan que aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de la respuesta es muy grande, lo que es estresante para unos en un momento dado, no lo es para otros. Así pues, consideraron que no es posible definir al estrés en función únicamente de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales, señalando que el afrontamiento, *“son aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos”*.⁵³⁻⁵⁵

Estos autores propusieron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional).⁵⁵

A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos como el de Frydenberg y Lewis creadores de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), afrontamiento lo definen como: *“un grupo de acciones, cogniciones y respuestas afectivas que surgen como reacción a un nuevo evento particular. Estas respuestas representan un intento por restaurar el equilibrio o resolver una perturbación del individuo. Esto puede lograrse a través de la solución del problema (esto es, modificar el estímulo) o acomodarse a las circunstancias sin tratar de lograr una solución”*⁵⁶

Las estrategias consideradas tienen un denominador común, evaluar los dos estilos propuestos por Folkman y Lazarus y un tercero *el improductivo*.^{55,56}

Propusieron una clasificación del afrontamiento en adolescentes que consiste en 18 estrategias de afrontamiento obtenidas empíricamente y que se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema (dirigido al problema, trabajar para resolver el problema), afrontamiento emocional en relación con los demás (en referencia a los otros, por ejemplo, buscar apoyo social) y afrontamiento improductivo (culpa y preocupación).

Las dieciocho estrategias de afrontamiento en qué consiste su modelo:

Búsqueda de apoyo social; indica la inclinación a compartir el problema con otros y conseguir apoyo para arreglarlo.

Centrado en la resolución del problema; se refiere a buscar de forma sistemática la solución para los problemas considerando diferentes puntos de vista en la elección de opciones de solución.

Trabajar rigurosamente en el logro; describe una actitud de compromiso, ambición y trabajo para alcanzar los propios objetivos.

Preocupación; indica intranquilidad acerca del futuro en general y más específicamente por no lograr felicidad en el futuro.

Inversión en las relaciones íntimas con los amigos; es un compromiso intenso con las relaciones amistosas.

Búsqueda de pertenencia; indica el cuidado y atención para que la relación de uno mismo con los otros funcione, tratando de ser empático.

Buenos deseos; se caracteriza por esperar y anticipar resultados positivos.

Acción social; es buscar apoyo de organizaciones a través de peticiones escritas u actividades organizadas tales como convocar a mítines.

Reducción de la tensión; es intentar hacer algo para que uno mismo se sienta mejor a través de la liberación de la tensión.

No afrontar; refleja la incapacidad del individuo para dirigirse al problema y/o desarrollar síntomas psicósomáticos.

Ignorar el problema; se refiere a un bloqueo consciente del problema, resignación y aceptación de que no se puede hacer mucho para resolver el problema.

Culpa; es cuando el individuo se responsabiliza a sí mismo por los problemas y se siente preocupado por ello.

Guardar para sí mismo; refleja el aislamiento de los otros y ocultar las propias preocupaciones a las otras personas.

Búsqueda de apoyo espiritual; consiste en orar y/o tener creencias de que un líder espiritual puede ayudar al adolescente a sentirse mejor.

Centrado en lo positivo; es enfocarse en las cosas buenas de la situación y tener una visión optimista.

Búsqueda de apoyo profesional; denota el que el adolescente se apoye en profesionales tales como los consejeros, maestros, etc. para ayudarlo a solucionar problemas.

Búsqueda de diversiones y relajamiento; se refiere a elegir actividades de descanso como leer, pintar, escuchar música, ver televisión etc. para sentirse libre de tensión.

Recreación física; se refiere a actividades deportivas para liberar la tensión.

Este modelo intenta ser integral ya que considera los factores individuales y situacionales, la interpretación de la persona de las circunstancias y sus recursos para enfrentarse a éstas, todos estos elementos determinan el estilo de afrontamiento que emplea la persona; piensan que la habilidades de afrontamiento pueden ser enseñadas, a través de compartir experiencias con otros y a partir de hablar y comunicarse con los demás, por lo que parte de los objetivos en el

entrenamiento es desarrollar las habilidades sociales en la vida cotidiana y en distintos contextos, la familia, la escuela, etc.⁵⁷

El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica. Esta función moderadora debe ser de especial importancia en la adolescencia.⁵⁵⁻⁵⁷ Durante esta etapa se experimentan importantes cambios. La pubertad y la maduración física son quizás los más evidentes, pero también se producen otros cambios a nivel cognitivo y social no menos relevantes. A la tensión derivada de todos ellos habría que sumarle la producida por la presencia de otros estresores como la maternidad y la hospitalización de su recién nacido, siendo este un proceso de gran impacto en la que necesitará asumir responsabilidades en momentos inadecuados, así como actitudes propias de la adolescencia, estando expuesta psicológicamente porque aún no se encuentra preparada para realizar toma de decisiones y adoptar un nuevo rol.³⁵

2.4 Estrés

El término estrés parece tener sus raíces en 1956, cuando Hans Selye empleó dicha palabra para caracterizar la respuesta corporal inespecífica que se produce en el organismo ante cualquier demanda externa que supusiera un recurso para su equilibrio.⁵⁸

Es posible encontrar en las definiciones más generales y desde diversas perspectivas (incluyendo la psicológica) el uso de conceptos tales como tensión, esfuerzo, acentuación, que finalmente hacen representación de una sobrecarga impuesta al individuo, para la cual no cuenta con los suficientes recursos adecuados, creándose un estado de tensión exagerada. También al estrés se le concibe como un estímulo o una condición; sin embargo, son diversas las

definiciones donde se le considera como un proceso que puede adquirir diversas formas de expresión, que básicamente están en función de la persona y su ambiente.⁵⁸

De acuerdo con Seiffge-Krenke mencionaron que los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica. Es así como en la adolescencia, etapa del desarrollo en la cual se deben confrontar un gran número de cambios, los jóvenes pueden encontrarse bajo circunstancias personales, sociales, políticas y económicas que les generen situaciones estresantes.⁵⁹ Posteriormente este autor con colaboradores concluyeron que el experimentar ciertos niveles de estrés tiene una función importante en el desarrollo adolescente dado que los jóvenes deben realizar un esfuerzo continuo por adaptarse a los problemas que se les presentan en su vida cotidiana.

Lazarus y Folkman señalan que “el estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.²⁶ Identificaron a los sucesos de vida en la adolescencia en términos de eventos mayores, desencadenantes de estrés, asociados con la presencia de problemas emocionales y de salud (como la muerte de un familiar, embarazarse o casarse) y en términos de eventos cotidianos (como discusiones frecuentes entre los padres, hermanos) que pueden convertirse en mayores o críticos, y en este sentido, ser estresores crónicos dada su frecuencia, intensidad o duración, generando ansiedad, e incrementando sus niveles al grado de provocar problemas en la salud integral del adolescente.⁵⁵

Sin embargo, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no solo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales, sino que también puede afectar la salud física, ya sea directamente o través en su influencia de conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social.⁶¹

En este sentido, las madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales presentan estrés derivado de la imposibilidad de ejercer su rol de padres, ya que la hospitalización forzosa de un niño o niña y los horarios restringidos de las UCI de neonatología son una situación de crisis que provoca reacciones emocionales como: desilusión, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima.^{62,63}

Miles y colaboradores explican que muchos aspectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) son estresantes para los padres, incluyendo las hospitalizaciones prolongadas, exposición a un ambiente implementado con máquinas, y la apariencia de su pequeño y frágil recién nacido. Por eso quiso identificar los factores estresantes para los padres de una UCIN, los niveles de estrés que estos producen y su relación con la ansiedad. Utilizando la Escala de Estrés Parental y una escala para evaluar niveles de ansiedad, concluye que la alteración en el rol parental causada por la enfermedad del RN, es la situación que genera más estrés. La segunda área más importante que genera estrés está relacionada con la apariencia y comportamiento del RN.⁶⁴

Por otro lado, la misma autora definió a los factores ambientales de la UCIN como elementos típicos que se dan hacia el interior de la unidad, tanto físicos como psicosociales; se pueden reconocer como factores extra e interpersonales, y son fuentes potenciales de estrés. Cuando producen estrés se llaman estresores. Los *Factores extra personales*: Son los factores del ambiente físico de la UCIN, son fuentes potenciales de estrés, tales como los sonidos y aspectos de la unidad, la apariencia y conducta del neonato. Lo que respecta a los *Factores interpersonales*: lo define como, estresores del ambiente psicosociales de la UCIN, en cuanto a experiencias de los padres en las relaciones con el personal y con su hijo.⁶²

Es así que desde varios años ha surgido el interés de evaluar el nivel de estrés percibido por los padres que afrontan la hospitalización de su hijo, para lo cual se ha utilizado, a nivel mundial, la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive

Care Unit (EEP: UCIN). Ha demostrado poseer buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en diversos países.

2.5 Revisión de la literatura

Estudios que ocuparon la escala de estrés parental: UCIN, donde el objetivo fue identificar el nivel de estrés que las madres experimentan en relación con la hospitalización de su hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos evidenciaron: el nivel de estrés que las madres experimentaron en *relación con la hospitalización de su hijo* (estar separada con el bebé), *la presencia de monitores y aparatos cerca del bebé* (ruido de las alarmas y sistemas) *y los procedimientos invasivos* fueron muy o extremadamente estresante. ^{50,51,65-67}

Algunos estudios reportaron como poco estresantes los aspectos y sonidos de la unidad y apariencia y conducta del niño. ^{51,67}

Por otro lado, otros estudios evidenciaron que hubo disminución de estrés cuando se recurrió al apoyo de amigos y familiares o algunos apoyos de las familias que habían tenido una experiencia similar en la UCIN. ^{50,66-67}

Una investigación realizada en padres con niños operados de cardiopatías congénitas, evidenció que los factores de estrés parental se agruparon en factores derivados del paciente, de los padres, del ambiente y del equipo clínico. La pérdida del rol parental, la apariencia física y el comportamiento del hijo fueron identificados como los más estresantes. ⁶⁸

En una revisión de literatura que se realizó se encontró un meta estudio donde la búsqueda se realizó en: Medline, CINAHL, PsycINFO y Dissertation Abstracts y se incluyeron investigaciones durante los años 2011-2013 publicadas en inglés, portugués y español. El objetivo fue describir la adquisición del rol materno con un recién nacido prematuro hospitalizado; reportó que los autores coincidieron en que las madres, experimentan durante la hospitalización de sus hijos, sentimientos de negación, inferioridad, hostilidad, depresión, frustración, ira o culpa. ⁶⁹

Por lo que, se refiere al afrontamiento un estudio que tuvo el objetivo de medir los niveles de estrés y ansiedad de padres con hijos hospitalizados en la UCIN y UTIN evidenció que las estrategias más utilizadas ante el estrés son fueron estrategias adecuadas como resolución de problema, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional por lo tanto el estrés se presentó en niveles bajos.⁵³

Otro estudio comparativo con un grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas reporto que las diferencias significativas entre las estrategias utilizadas entre un grupo y otro son: Buscar apoyo Social, Invertir en amigos íntimos y fijarse en lo positivo a favor del grupo de adolescentes no embarazadas. Este grupo manifiesta un estilo de afrontamiento positivo o centrado al problema.

Mientras que en las sub-escalas a favor del grupo de embarazadas son: Hacerse ilusiones, Falta de afrontamiento, Auto inculparse y Buscar apoyo profesional lo que significa que el estilo de afrontamiento de este grupo es centrado en la emoción, por lo que se podría suponer que continuará con el mismo estilo una vez que el bebé nacido el bebé.^{70,71}

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, de tipo transversal, observacional prolectivo y descriptivo.

3.2 Población y muestra

La población de estudio fueron mujeres con hijos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital de la mujer Tuxtla del Estado de Chiapas.

La muestra fue integrada por 63 adolescentes, calculada por medio de la fórmula de proporciones para poblaciones finitas considerando que la institución dónde se realizó el estudio no existe registro de ingresos hospitalario de mujeres adolescentes.

3.2.1 Criterios de selección

3.2.1.1 Criterios de Inclusión

Adolescentes de 12 a 19 años de edad con hijos hospitalizados en una estancia mayor a las 24 horas, que lleguen o no a la visita cada tres horas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que sepan leer, escribir y que no tengan alteraciones mentales.

3.2.1.2 Criterios de exclusión

Los que no cumplan con las características anteriores, madres cuyos hijos sean reingresados a la terapia intensiva neonatal después de haber regresado a sala general y madres que no deseen participar.

3.2.1.3 Criterios de eliminación

Cuestionarios de madres adolescentes que no contestaron completo.

3.3 Variables

Variables principales

Definición conceptual

Afrontamiento: se adoptó la definición conceptual de Frydenberg y Lewis (1997) quienes lo definen como modo con el que la persona encara cualquier situación (general) y afronta una problemática particular.

Definición operacional

El afrontamiento se medirá con la escala Adolescent Coping Scale (ACS). Los autores señalan 18 estrategias agrupadas en tres estilos básicos: dirigido a la resolución del problema, en relación con los demás e improductivo.

Definición conceptual

Estrés: Experiencia que ha causado un sentimiento de ansiedad, molestia o tensión (Miles MS, Funk y Carlison J, 1993).

Definición operacional

El estrés se medirá con la escala de Estrés parental PSS: NICU. El instrumento consta de 26 ítems agrupadas en 3 dimensiones: aspectos y sonidos de la unidad, apariencia y comportamiento del bebé, alteración del rol parental.

variables intervinientes

Las variables consideradas para el estudio son:

Datos de la madre: Edad, estado civil, con quién vive, escolaridad, ocupación, religión, procedencia, ingreso económico y número de hijos.

Datos del neonato: Días de hospitalización, diagnóstico médico, edad gestacional, apoyo ventilatorio.

3.4 Hipótesis

Hi. Con base en la revisión de la literatura se espera que los estilos de afrontamiento se relacionen con el estrés parental de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN y con algunas variables sociodemográficas.

3.5 Procedimiento

3. 5.1 Recolección de datos

Prevía autorización por el comité de enseñanza e investigación de la institución seleccionada para el estudio y en coordinación con el departamento de trabajo social se abordaron a las madres adolescentes durante los horarios de pase de lista, con el fin de lograr un ambiente de privacidad y comodidad se aplicaron los instrumentos durante los días sábados y domingos en las oficinas de trabajo social, se les explicó el objetivo de la investigación así mismo, les fue solicitada la participación voluntaria posteriormente se procedió a firmar el consentimiento informado para formalizar su participación. Las madres adolescentes que no se presentaron a la visita en ningún horario establecido por la institución se localizaron por medio de trabajo social. (anexo 3)

Fue responsabilidad nuestra verificar el llenado correcto del instrumento y aclarar de manera clara y precisa las dudas que se presentaron de la persona entrevistada.

La recolección de datos sociodemográficos del recién nacido se obtuvo de los expedientes correspondientes en la UCIN.

3.5.2 Procedimiento para el análisis de datos

El análisis de datos obtenidos se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 23 en español.

Las variables de estudio de tipo cualitativo y cuantitativo se utilizaron pruebas de estadística descriptiva como frecuencia, porcentajes y análisis inferencial como T Student y ANOVA, para la asociación de variables principales se utilizó la prueba de asociación de Pearson.

3.6 Instrumento de medición

El cuestionario estuvo integrado por tres apartados, el primero incluye las variables sociodemográficas de la madre y neonato, el segundo por el cuestionario para evaluar el afrontamiento (ACS, Adolescent Coping Scale) y el tercer apartado la escala de estrés parental (PSS: NICU Neonatal Intensive Care Unit) adaptados por López y Carmona 2016 . (Anexo 1)

Cuestionario para variables sociodemográficas de las madres: se utilizó para recopilar antecedentes sociodemográficos en el caso de la madre: Edad, estado civil, con quién vive, escolaridad, ocupación, religión, procedencia, ingreso económico y número de hijos, respecto al neonato: Días de hospitalización, diagnóstico médico, edad gestacional, apoyo ventilatorio.

Escala de afrontamiento en adolescentes ACS (Adolescent Coping Scale), diseñado por Frydenberg y Lewis, (1996). Este instrumento ha sido ocupado en diversos estudios relacionados con el afrontamiento de adolescentes reportando un alfa global de Cronbach para la población mexicana entre .85 y .95 y aceptable coeficiente de fiabilidad de test-retest .68^{56,72}

El ACS evalúa 18 estrategias que corresponden a tres estilos (Afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en relación con los demás y el improductivo), compuesto por 80 elementos; 79 de tipo cerrado, que se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos que abarca desde "No se me ocurre nunca o no lo hago" (puntuación 1), hasta "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia"

(puntuación 5). El último elemento es una pregunta abierta acerca de otras estrategias que utiliza el adolescente para enfrentarse a sus problemas.

Los estilos y estrategias de afrontamiento son:

Estilo dirigido a la resolución del problema	Ítem
Buscar diversiones relajantes (Dr.)	17 Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. 35 Salir y divertirme para olvidar mis dificultades. 53 Buscar tiempo para actividad de ocio.
Distracción física (FI)	18 Hacer deporte 36 mantenerme en forma y buena salud. 54 ir al gimnasio hacer ejercicio
Fijarse en lo positivo (Po)	15 Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no aparezcan tan graves. 33 fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar que las cosas buenas. 51 tratar de tener una visión alegre de la vida. 69 Estar contenta de cómo van las cosas
Concentrarse en resolver el problema (Rpm)	2 Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. 20 Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. 38 Considerar otros puntos de vistas y tenerlos en cuenta. 56 Pensar en lo que estoy haciendo y porqué. 72 Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
Esforzarse y tener éxito (Es)	3 Seguir con mis tareas como es debido. 21 Asistir a clases con regularidad. 39 Trabajar intensamente. 57 Triunfar en lo que estoy haciendo. 73 Dedicarme a mis tareas en vez de salir.

Estilo dirigido a la relación con los demás	Ítem
Buscar apoyo espiritual (Ae)	14 Dejar que dios se ocupe de mis problemas. 32 Pedir ayuda o consejo para que todo se resuelva. 50 Leer un libro sagrado o de religión. 68 Pedir a Dios que cuide de mí.
Buscar ayuda profesional (Ap)	16 Pedir consejo a una persona competente. 34 Conseguir ayuda o consejo de un profesional. 52 Pedir ayuda a un profesional. 70 Hablar del tema con personas competentes.
Invertir en amigos íntimos (Ai)	5 Reunirme con amigos. 23 Llamar a una amiga (o) íntima (o). 41 Empezar una relación personal estable. 59 Tratar de hacerme amiga íntima de un chico (a). 75 Pasar más tiempo con el chico o chica con el que suelo salir.
Buscar pertenencia (Pe)	6 Producir una buena impresión en las personas que me importan. 24 Preocuparme por mis relaciones con los demás. 42 Tratar de adaptarme a mis amigos. 60 Mejorar mi relación personal con los demás. 76 Hacer lo que quieren mis amigos
Buscar apoyo Social (As)	1 Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuvieran el mismo problema. 19 Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. 37 Buscar ánimos en otros. 55 Hablar con otros de mi problema para que me ayuden a salir de él. 71 Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
Acción social (So)	10 Organizar una acción o petición en relación con mi problema.

	28 Organizar un grupo que se ocupe del problema. 46 Ir a reuniones donde se estudié el problema. 64 Unirme a gente que tiene el mismo problema.
Estilo improductivo	Ítem
Hacerse ilusiones (Hi)	7 Esperar a que ocurra lo mejor. 25 Desear que suceda un milagro. 43 Esperar que el problema se resuelva por sí solo. 61 Soñar despierta a que las cosas irán mejorando. 77 Imagino que las cosas irán mejorando.
Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na)	8 No puedo hacer nada para resolver el problema 26 Simplemente me doy por vencida. 44 Me pongo mal. 62 No afrontar la situación. 78 Sufro dolores de cabeza o estómago.
Reducción de la tensión (Rt)	9 Llorar o gritar. 27 Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos) 45 Trasladar mis frustraciones a otros. 63 Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo. 79 Encontrar una forma para aliviar la tensión: por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
Ignorar el problema (Ip)	11 Ignorar el problema. 29 Ignorar conscientemente el problema. 47 Borrar el problema de mi mente. 65 Aislarme del problema para poder evitarlo.
Autoinculparse (Cu)	12 Criticarme a mí mismo. 30 Darme cuenta que yo mismo me hago difíciles las cosas. 48 Sentirme culpable.

	66 Considerarme culpable.
Reservarlo para Si (Re)	13 Guardar mis sentimientos para mi sola. 31 Evitar estar con la gente. 49 Evitar que otros se centren en lo que me preocupa. 67 No dejar que otros sepan cómo me estoy sintiendo.
Preocuparse (pr)	4 Preocuparme por mi futuro. 22 Preocuparme por mi felicidad. 40 Preocuparme en lo que está pasando. 58 Inquietarme por lo que me pueda ocurrir. 74 inquietarme por el futuro del mundo.

Para este estudio fue necesario eliminar la estrategia invertir en amigos íntimos con sus respectivos ítems (5,23,41,59,75) por no constituir un factor en la escala debido a que la población estudiada no reportó utilizar esta estrategia durante la hospitalización de su recién nacido.

Por otro lado del instrumento original y por sugerencia de expertos en psicología se eliminaron los siguientes ítems por considerarse repetitivos : 51, 2, 56, 21,73, 32, 52, 6, 76, 37,55, 28, 7,43, 62, 78, 27, 79, 47, 48, 13, 4, 74. Por lo tanto, la escala final estuvo compuesta por 17 estrategias y 51 ítems.

Escala de estrés Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) fue originalmente adaptado a partir de una escala (PSS:PICU) utilizada para evaluar el estrés en los padres ante la internación de su hijo en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. El objetivo del nuevo instrumento, fue medir y evaluar el estrés de los padres relacionado con la hospitalización de un hijo, esta vez, neonatal. Inicialmente el instrumento incluía cuatro sub escalas: Aspectos visuales y sonoros de la unidad, apariencia y comportamiento del bebé, alteraciones del rol parental y comunicación con el equipo profesional.^{62,73}

En una segunda versión de la prueba se descartó la escala comunicación con el

equipo profesional por no constituir un factor en la escala total.⁶² La versión actual de la prueba consta 26 ítems en tres sub escalas y una pregunta abierta al final. Se presenta en una escala de medición tipo Likert del 1 al 5, donde 1 significa cuando lo descrito en el ítem no es tan estresante y 5 es extremadamente estresante. Para fines de este estudio se ocupará la versión actual.

- **aspectos y sonido de la unidad**, analiza el nivel de estrés percibido por los padres en relación al ambiente de la UCIN conformada por 5 ítem (1al 5).

Sub escala	Ítems
Aspectos y sonidos de la unidad	1. La presencia de monitores y equipo 2. Los ruidos constantes de los monitores equipo 3. Los sonidos repentinos de los monitores 4. Los otros bebés enfermos en la unidad 5. La cantidad de gente trabajando en la unidad

- **Apariencia y comportamiento del bebé**: se refiere al aspecto en la que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que el mismo requiere esta sub escala consta de 14 ítems (6 al 19).

Apariencia y comportamiento del bebé	06. Tubos y equipo cerca o en mi bebé 07. Heridas, cortes o incisiones en mi bebé 08. El extraño color en mi bebe (ejemplo: pálido o amarillo) 09. Respiración extraña o anormal en mi bebé 10 .El tamaño pequeño en mi bebé 11. La apariencia arrugada en mi bebé 12. mi bebé conectado a una maquina 13. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé 14. Mi bebe siendo alimentado por la vena o un tubo 15. Cuando mi bebé aparenta sentir dolor 16. Cuando mi bebé se ve triste 17. La apariencia débil einmovil de mi bebé 18. Movimientos repentinos y sin descanso de mi bebé 19. Mi bebé no llora como los otros bebés.
--------------------------------------	--

- **alteración del rol parental**: abarca diversos aspectos referidos a la alteración de los vínculos entre madre/ padre y su bebé, debido a su condición de internación esta sub escala formada por 7 ítems (20 al 26).

Alteración del rol parental	20. Estar separado de mi bebé. 21. No alimentar a mi bebé personalmente 22. No cuidar a mi bebé personalmente (por ejemplo: cambio de pañales, baño) 23. No poder abrazar a mi bebé cuando yo quiera. 24. Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de los procesos dolorosos 25. Sentirme inútil sobre cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo 26. No tener tiempo a solas con mi bebé
-----------------------------	---

ESTRÉS TOTAL		
RANGO	NIVEL ESTRES	Criterios de decisión
3.6 – 5.00	ALTO	Ante una situación estresante el individuo desarrolla una serie de reacciones fisiológicas y emocionales inadecuadas (tensión física y emocional, ansiedad, fatiga,). No será capaz de tomar decisiones adecuadas para su hijo y posiblemente sea incapaz de llevar a cabo actividades de cuidado desde la hospitalización e incluso en el alta de su hijo.
1.8 – 3.5	Moderado	La madre dispone de conductas adecuadas, pero no es capaz de emitir las en el momento preciso, bien por no saber discriminar en qué momento hay que realizarlas, bien porque determinadas situaciones le generan respuestas emocionales (miedo, ansiedad) de tal magnitud que le impiden la emisión de una respuesta. Puede que exista algún tipo de obstáculo que imposibilite la ejecución de esas conductas y que el individuo no pueda superar. Es medianamente capaz de tomar decisiones adecuadas para su hijo y posiblemente sea capaz de llevar a cabo actividades de cuidado desde la hospitalización e incluso en el alta de su hijo.
0 – 1.7	BAJO	La madre dispone de conductas adecuadas y es capaz de emitir las en el momento preciso, ante algún tipo de

		obstáculo será capaz de buscar asesoría oportuna para tratar de superar el problema. Es capaz de tomar decisiones adecuadas para su hijo y será capaz de llevar a cabo actividades de cuidado desde la hospitalización e incluso en el alta de su hijo.
--	--	---

3.6.2 Confiabilidad y validez

Tanto la escala de afrontamiento en adolescentes ACS (Adolescent Coping Scale) como la Escala de estrés Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU), han sido utilizadas en diversos estudios en diferentes países a nivel mundial dónde han determinado la confiabilidad de las mismas en sus versiones en inglés, español y portugués.

Sin embargo, debido a que nuestra población es diferente fue necesario para ambos instrumentos someterlos a traducción, adaptación cultural y validación de contenido, para ello se consideró el criterio de expertos en el tema para integrar la versión para la prueba piloto, alcanzando un alfa global de Cronbach para Escala de Afrontamiento en Adolescentes (ACS) de .803 y para la Escala de Estrés Parental EEP: UCIN de .944. (anexo 2)

3.7 Consideraciones éticas

Se tendrá apego a los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia respetando la confidencialidad de los datos de los participantes en este caso exclusivamente para fines de esta investigación.

Nos basaremos en el reglamento de la ley general de salud para la materia de investigación, título 2º capítulo I: en la cual un apartado menciona “que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación”.⁷⁴

Capítulo 1 art. 13 cita “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar”.

Artículo. 16 “en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolos solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

Título segundo, capítulo 1, art. 14 fracción V indica “contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.”

Artículo 20, Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21, para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y objetivos de la investigación;
- VI. la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad

Esta investigación se encuentra respaldada en el artículo 17 fracción I, trata sobre la investigación sin riesgo, donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

IV RESULTADOS

4.1 Descripción

4.1.1 Caracterización de la muestra

La población de estudio fue de 63 madres adolescentes con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la edad que predominó fue la correspondiente a la adolescencia tardía con el 92 % siendo la edad media de los sujetos estudiados de 17.5 ± 1.6 años; respecto al lugar de procedencia se encontró que el 50.8% radica en la zona urbana y el resto en la zona rural, asimismo respecto al tipo de embarazo predominó el planeado con el 49.2%.

Por otro lado, 7 de cada 10 adolescentes indicaron que profesan la religión católica; mientras 6 de cada 10 mujeres refirieron que el niño hospitalizado era el primero y el 30% de ellas fue el segundo hijo.

En cuanto al estado civil se encontró que el 84.1% están casadas el resto son madres solteras, de ellas el 46% viven en un espacio independiente a sus familiares; siendo el grado de estudios que predominó el nivel básico con el 61.9 %; de igual forma se observó que el 79.4% se dedican a ser amas de casa y 4 de cada 10 adolescentes tienen un ingreso mensual familiar entre 2125 a 3249 (lo que corresponde que las adolescentes del estudio se encuentran en la clasificación de pobreza extrema). (Cuadro 1)

Respecto a las características estudiadas del neonato se encontró que 3 de cada 10 recién nacidos se encontraban dentro de los primeros días de hospitalización, asimismo se observó que 7 de cada 10 neonatos tuvieron el diagnóstico de ingreso de Recién Nacido Pre término (RNPT) en sus diferentes etapas mientras que el diagnóstico menos frecuente fue Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).

En relación a la oxigenoterapia los resultados indicaron que el 42.9% estaban recibiendo apoyo en fase 3 lo que corresponde estar instalado a un ventilador mecánico convencional o de alta frecuencia, mientras que el resto se encontraba en Fase 2 (CPAP), Fase 1 (Casco cefálico), y el 23.8% se encontró con esfuerzo ventilatorio espontáneo. (Cuadro 2)

Se analizaron los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por los sujetos de estudio.

Se observó las siguientes estrategias como las más representativas del grupo (se citan en orden decreciente de acuerdo a la frecuencia de uso): 1) fijarse en lo positivo, 2) buscar apoyo espiritual, 3) auto inculparse, 4) ignorar el problema y reservarlo para sí, y 5) falta de afrontamiento y reducción de la tensión. Por otro lado, el estilo de afrontamiento que distinguen a las adolescentes para enfrentar la hospitalización de su recién nacido es el improductivo como puede observarse 5 de 7 estrategias correspondiente a este estilo son utilizadas en seguida el dirigido a la relación con los demás y el menos ocupado fue el dirigido a la resolución del problema. (Cuadro 3)

En relación al estrés percibido se observó en primer término, que las madres adolescentes perciben la internación de sus hijos en la UCIN como un suceso moderadamente estresante ($M= 3.19$, $DE=.899$). En segundo lugar se efectuó el análisis sobre cada subescala obteniendo la media superior en la escala que evalúa es estrés percibido y la alteración del rol materno ($M=3.7$, $DE=1.09$), destacando todas las variables de esta dimensión lo que indica que este suceso es el que las madres vivencian con un nivel alto de estrés; sobre las otras dos subescalas arrojaron resultados similares encontrándose en un nivel moderado de estrés, de la apariencia y comportamiento del bebé ($M= 3.1$, $DE=1.03$) destacaron los sucesos cuando parece que mi bebé tiene dolor, ver agujas y tubos puestos en mi bebé y cuando mi bebe se ve triste; de la dimensión aspectos y sonidos de la Unidad ($M=2.54$, $DE= 1.03$) destacaron los ruidos constantes de aparatos y equipo y los sonidos repentinos de los aparatos. (Cuadro 4)

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la madre

Variable	Fo	%
----------	----	---

Edad		
Media	17.5±1.6*	
10-14 años	5	7.9
15-19 años	58	92.1
Lugar de procedencia		
Rural	31	49.2
Urbana	32	50.8
Religión		
Católica	47	74.6
Cristiana	10	15.9
Ninguno	6	9.5
Número de hijos		
1 hijo	37	58.7
2 hijos	20	31.7
3 hijos	5	7.9
4 hijos	1	1.6
Tipo de embarazo		
Planeado	31	49.2
No planeado	30	47.6
Forzado	2	3.2
Estado civil		
Soltera	10	15.9
Casada-Unión libre	53	84.1
Con quién vive		
Padres	21	33.3
Suegros	13	20.6
Independiente	29	46.0
Escolaridad		
Educación básica	39	61.9
Educación media superior	24	38.1
Ocupación		
Estudiante	5	7.9
Empleada	8	12.7
Ama de casa	50	79.4
Ingreso económico		
1000-2124	9	14.3
2125-3249	25	39.7
3250-4374	6	9.5
4375-5499	9	14.3
más de 5500	14	22.2

*Media ± DE

Cuadro 2. características socio demográficas del neonato

Variable	Fo	%
Días de hospitalización		
Media	25±2*	
1-10	19	30.2
11-20	18	28.6
21-29	10	15.9
> 30 días	16	25.4
Edad gestacional		
>32 SDG (RNPE)	22	34.9
32-34 SDG (RNPM)	17	27.0
35-36 SDG (RNPT)	8	12.7
37-41 SDG (RNDT)	16	25.4
Diagnóstico de ingreso		
RNPT	45	71.4
Malformaciones	5	7.9
congénitas	3	4.8
SDR	10	15.9
Otros		
Fases de oxigenoterapia		
Fase 3	27	42.9
Fase 2	12	19.0
Fase 1	9	14.3
Esfuerzo ventilatorio	15	23.8
espontaneo		

*Media ± DE

Cuadro 3. Estilos y estrategias de afrontamiento de madres adolescentes.

	M	DE
Estilo dirigido a la resolución del Problema	2.53	.51
Buscar diversiones relajantes	2.0	.82
Distracción física	2.1	.67
Fijarse en lo positivo	3.9	.79
Concentrarme en resolver el problema	3.1	.91
Esforzarse en tener éxito	2.2	.81
Estilo dirigido a la relación con los demás	3.10	.47
Buscar apoyo espiritual	3.7	.73
Buscar ayuda profesional	2.9	.99
Buscar pertenencia	3.2	.59
Buscar apoyo social	2.9	.95
Acción social	2.7	.82
Estilo improductivo	3.16	.57
Hacerse ilusiones	2.5	.95
Falta de afrontamiento	3.3	.90
Reducción de la tensión	3.3	.90
Ignorar el problema	3.4	1.37
Autoinculparse	3.6	1.05
Reservarlo para si	3.4	1.06
Preocuparse	2.7	.87

n=63 Puntaje mínimo 1, máximo 3; "puntaje mayor de 3 indica estilo con mayor frecuencia utilizada".

Cuadro 4. Promedio de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN.

	M	DE
Aspectos y sonidos de la unidad	2.54	1.00
La presencia de aparatos y equipos	2.5	1.29
Los ruidos constantes de aparatos y equipos	2.8	1.32
Los sonidos repentinos de los aparatos	2.6	1.28
Los otros bebés enfermos en el lugar	2.5	1.35
La cantidad de gente trabajando en el lugar	2.2	1.77
Apariencia y comportamiento del bebé	3.1	1.03
Tubos y quipos cerca de mi bebé	3.2	1.51
Heridas, cortes o incisiones en mi bebé	3.2	1.58
El color extraño de mi bebé	2.8	1.51
Respiración extraña o anormal en mi bebé	3.3	1.47
El tamaño pequeño de mi bebé	2.7	1.38
La apariencia arrugada de mi bebé	2.0	1.18
Mi bebe conectado en una máquina	3.2	1.62
Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	3.6	1.37
Mi bebé siendo alimentado por la vena o un tubo	3.3	1.51
Cuando parece que mi bebé tiene dolor	3.7	1.31
Cuando mi bebé se ve triste	3.6	1.34
La apariencia débil de mi bebé	3.4	1.67
Movimientos repentinos y sin descanso de mi bebé	2.8	1.57
Mi bebé no llora como los otros bebés	2.8	1.54
Alteración del rol materno	3.7	1.09
Estar separada de mi bebé	3.8	1.48
No alimentar a mi bebé personalmente	3.8	1.34
No cuidar a mi bebé personalmente	3.4	1.48
No poder abrazar a mi bebé cuando yo quiera	3.8	1.39
Sentirme incapaz de proteger a mi bebé del dolor	3.9	1.42
Sentirme incapaz de proteger a mi bebé durante este tiempo	3.9	1.33
No tener tiempo a solas con mi bebé	3.7	1.44

n=63 Puntaje mínimo de 1, máximo 5 "mayor puntuación indica las fuentes de estrés identificadas por las madres adolescentes".

4.2 Análisis estadístico

Para analizar las respuestas de afrontamiento y estrés en relación a las características sociodemográficas de las adolescentes y del neonato se realizó la prueba paramétrica t de Student y ANOVA respectivamente. Para afrontamiento la puntuación máxima es de 5 y mínimo de 1 (puntuación mayor a 3 indica la estrategia más utilizada) y para estrés nivel bajo, moderado y alto.

4.2.1 Estilos de afrontamiento y nivel de estrés relacionado a las características sociodemográficas de la madre adolescente.

Se analizaron las características sociodemográficas de la madre según el lugar de procedencia, escolaridad, religión, estado civil y tipo de embarazo.

Respecto a los estilos de afrontamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p>0.05$, sin embargo se realizó un análisis de comparación de medias para determinar el estilo al que se dirigen las adolescentes, los resultados nos indicaron que *el estilo improductivo* es el más utilizado, en relación al tipo de embarazo forzado obtuvo la media más alta (3.8) resultados similares en las madres solteras y las que no profesan ninguna religión (3.0); de la subescala *dirigido a la relación con los demás* destaca el estado civil, soltera (3.1) en seguida la religión cristiana y las que radican en zona rural (3.0) respectivamente, por último el menos ocupado por los sujetos estudiados fue el estilo *dirigido a la resolución del problema*. (Cuadro 5)

Así mismo la percepción sobre las fuentes de estrés de las adolescentes no se encontró diferencias estadísticamente significativas $p>0.05$, en la comparación de medias de los grupos se observó que subescala correspondiente a *la alteración del rol parental* es altamente estresante entre las mujeres que tienen la educación media superior (3.3) así como para las que planearon el embarazo (3.6) y las que no lo planearon (3.9), respecto a la religión se encontró similitudes entre las categorías cristiana y la que no profesan ninguna religión (4.2) de igual manera para las mujeres que profesan la religión católica (3.6), asimismo el resto de las

características estudiadas respecto esta dimensión se encontraron en nivel moderado de estrés.

Con relación a la subescala *apariencia y comportamiento del bebé* las madres adolescentes que obtuvieron un embarazo forzado se ubicaron con la media más alta (3.7), en resultados similares las mujeres con escolaridad media superior y las solteras (3.4) lo que las condiciona encontrarse en un alto nivel de estrés, el resto de las características estudiadas reportaron un nivel de estrés moderado respecto a esta dimensión. Por último, en *la subescala de aspectos y sonidos de la unidad* el estrés alto lo obtuvo la muestra representativa con embarazo forzado (3.3), mientras que el lugar de procedencia, religión y estado civil se reportaron nivel moderado al estrés. (Cuadro 6)

4.2.2 Estilos de afrontamiento y nivel de estrés relacionado a las características sociodemográficas del neonato.

Las características sociodemográficas del neonato los grupos estudiados fueron: días transcurridos de hospitalización, edad gestacional, diagnóstico de ingreso y fases de oxigenoterapia.

Lo que respecta al afrontamiento, las variables de edad gestacional y fases de oxigenoterapia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p > 0.05$; sin embargo, en la comparación de medias de los grupos se observó que las madres adolescentes de todos los grupos de acuerdo a la edad gestacional utilizan en un nivel bajo el recurso del afrontamiento con excepción del grupo con hijos de 31 SDG, de igual modo para las madres que tenían hijos hospitalizados con apoyo ventilatorio en fase 1 y las que los bebés se encontraban con esfuerzo ventilatorio espontaneo.

Respecto al diagnóstico de ingreso, se observa diferencia estadísticamente significativa ($F = 5.231$; $g/l = 3,59$; $p = .003$) siendo el grupo que da la diferencia el de SDR como puede observarse en el cuadro la media es inferior (2.5) en comparación

con el grupo de otros diagnosticos (3.1), al obtener la menor puntuación nos indica la incapacidad de afrontar la situación de hospitalización del recién nacido (ANOVA, prueba post hoc Bonferroni). Por otro lado, con el propósito de comprobar si las madres adolescentes presentaban estrés relacionado a las características sociodemográficas del bebé se realizó la prueba ANOVA de igual forma no se encontraron diferencias significativas a excepción de la edad gestacional como puede observarse la diferencia perteneciente a los niños de 35-36 SDG ($F= 5.231$; $gI= 3,59$; $p= .002$), lo que significa que las madres con hijos en hospitalizados dentro de este grupo presentan mayor nivel de estrés. (Cuadro 7)

Asi mismo para correlacionar los días de hospitalización, el afrontamiento y el nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN se corrió la prueba de asociación de Pearson.

Respecto al afrontamiento se encontró que existe una asociación lineal baja directamente proporcional y estadísticamente significativa entre ambas variables ($rp= .362$ $p= .004$), esto indica que entre más días de hospitalización mayor afrontamiento. (Diagrama 1)

De igual forma al realizar la prueba entre el nivel de estrés y días de hospitalización no se encontró asociación y diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($rp= .022$ $p>0.05$), lo que significa que el nivel de estrés de las adolescentes no se relaciona con los días de hospitalización de su recién nacido.

En lo que respecta a la hipótesis planteada se sometió a prueba el afrontamiento y el nivel de estrés no encontrando relación y significancia estadística entre las variables ($rp= .033$ $p>0.05$), por lo tanto, el afrontamiento es independiente al nivel de estrés que presentan las adolescentes al tener a su hijo hospitalizado.

Cuadro 5. Estilos de afrontamiento y promedios en función a las características sociodemográficas de madres adolescentes.

Variables	PROCEDENCIA		ESCOLARIDAD		RELIGIÓN			ESTADO CIVIL		EMBARAZO		
	Rural	Urbana	Básica	Media superior	Católica	Cristiana	Ninguno	Soltera	Casada	Planeado	No planeado	Forzado
Estilos de afrontamiento												
Dirigido a la resolución del Problema	2.6	2.5	2.5	2.6	2.6	2.4	2.4	2.5	2.5	2.6	2.4	2.4
Dirigido a la relación con los demás	3.0	2.8	2.9	2.9	2.8	3.00	2.9	3.1	2.8	2.9	2.8	2.8
Improductivo	2.9	2.8	2.9	2.7	2.8	2.6	3.0	3.0	2.8	2.8	2.8	3.8

T de Student $p > 0.05$ $n=63$, Puntaje mínimo de 1, máximo de 5 “ Puntuación mayor a 3 indica la estrategia mayor utilizada” .

Cuadro 6. Nivel de estrés y características sociodemográficas de la madre adolescente.

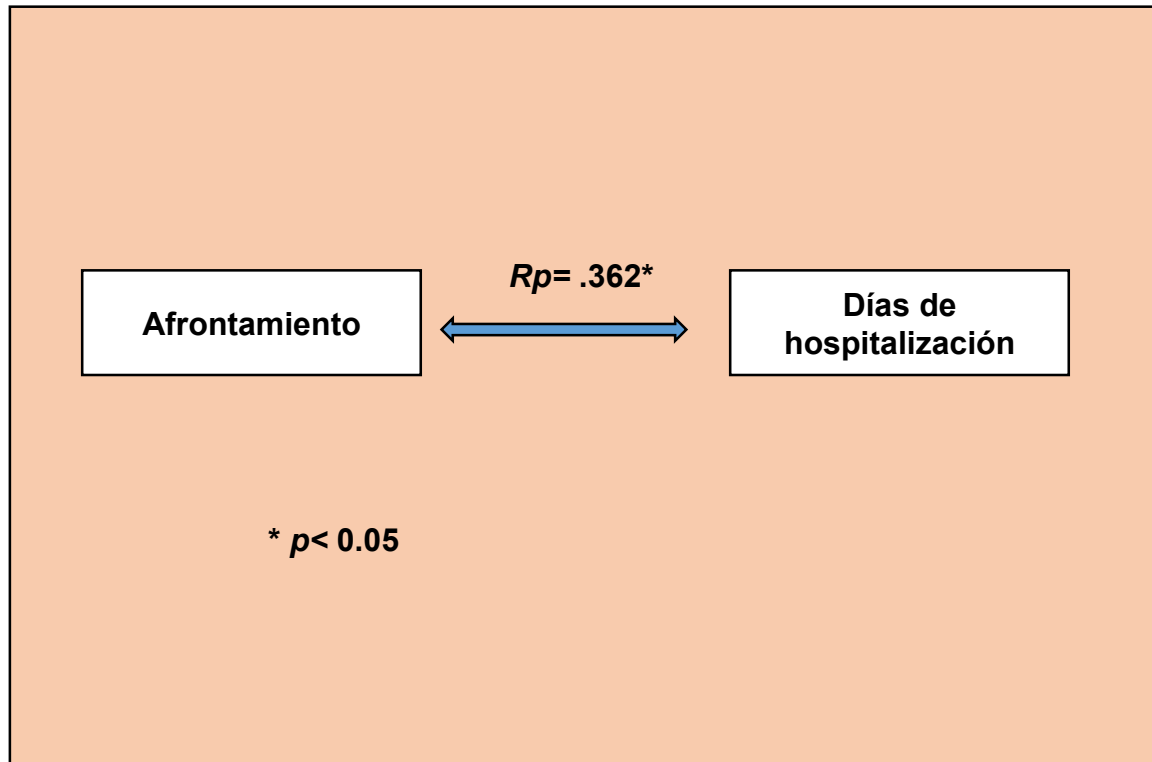
Variables	PROCEDENCIA		ESCOLARIDAD		RELIGIÓN			ESTADO CIVIL		EMBARAZO		
	Rural	Urbana	Básica	Media Superior	Católica	Cristiana	Ninguno	Soltera	Casada	Planeado	No planeado	Forzado
Aspectos y sonidos de la unidad	2.5	2.6	2.5	2.6	2.7	2.0	2.2	3.0	2.5	2.6	2.4	3.3
Apariencia y comportamiento del bebé	3.2	3.0	3.0	3.4	3.1	2.9	3.1	3.4	3.0	3.0	3.2	3.7
Relación con el niño y el papel de la madre	3.2	3.2	3.0	3.3	3.6	4.2	4.2	4.0	3.7	3.6	3.9	3.2

t de Student $p > 0.05$ $n=63$ Puntaje mínimo de 1, máximo 5 " mayor puntuación indica las fuentes de estrés identificadas por las madres adolescentes".

Cuadro 7. Afrontamiento y estrés en función a las características sociodemográficas del neonato.

Variable	Afrontamiento		Estrés	
	M	±DE	M	±DE
Edad gestacional				
>31 SDG (RNPE)	3.1	0.3	3.4	0.6
32-34 SDG (RNPM)	2.9	0.2	2.8	0.9
35-36 SDG (RNPT)	2.9	0.3	4.0*	0.6
37-41 SDG (RNPT)	2.9	0.3	2.9	0.9
Diagnóstico de ingreso				
RNPT	3.0	0.3	3.2	0.9
Malformaciones congénitas	2.8	0.2	3.5	0.7
SDR	2.5*	0.5	2.9	0.4
Otros	3.1	0.2	2.9	0.9
Fases de oxigenoterapia				
Fase 3	3.0	0.2	3.3	0.8
Fase 2	3.0	0.2	3.1	1.0
Fase 1	2.8	0.4	2.8	0.8
Esfuerzo ventilatorio espontaneo	2.9	0.3	3.2	0.9
Afrontamiento * $F= 5.231$; $gl= 3,59$; $p= .003$ SDR VS RNPT $p= 0.011$ Estrés * $F= 5.448$; $gl=3,59$; $p= .002$ 35-36 SDG VS 32-34 SDG, $p= .005$ 35-36 SDG VS 37-41 SDG, $p= .019$				

Diagrama 1. Relación entre los puntajes de afrontamiento y días de hospitalización.



V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

La adolescencia es una etapa de desarrollo caracterizada por cambios continuos, que a su vez pueden llegar a generar estrés; por ello se considera que todo adolescente se ve frente a situaciones que lo pueden llevar a sentir angustia, preocupación, ansiedad entre otros; con relación a lo anterior los estilos y estrategias de afrontamiento presentan contribuciones significativas, ya que son mecanismos que los individuos utilizan para minimizar los efectos del estrés, en este sentido algunos autores mencionan que los sujetos adolescentes de menor edad, con mayor frecuencia utilizan el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores, el focalizado en el problema.^{15, 70}

Este estudio se realizó con el fin de analizar los estilos de afrontamiento y el nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN y su relación con algunas variables sociodemográficas.

En relación con la edad el estudio reportó que la edad media de las adolescentes de la muestra es de 17.5 ± 1.6 años, en cuanto el estado civil la muestra estuvo representada por casadas-unión libre seguido de solteras mismas que refirieron haber planeado la gestación estos resultados son similares con los reportados en otros estudios dónde se evidenció que la edad de las adolescentes fue de 17 a 19 años y se encontraban casadas o vivían en unión libre al momento de realizar la investigación siendo estos resultados el promedio más alto de la muestra.^{17,77-79}

En cuanto a la escolaridad la mayoría de ellas se encontró en el nivel básico refirieron dejar la escuela en el momento que se enteraron del embarazo para dedicarse a las actividades del hogar, así mismo de acuerdo al ingreso económico los resultados reportaron que se encuentran en la condición de pobreza extrema este hallazgo concuerda con los expuestos por otros autores dónde mencionan que los sujetos estudiados abandonaron la escuela para atender las tareas maternas

como consecuencia la tendencia es quedarse como amas de casa de esta forma los mismos autores reportan que las adolescentes del estudio tienen un ingreso familiar entre uno a tres salarios mínimos que comparten con su pareja y en muchas ocasiones con el resto de la familia con la que comparten la casa dónde viven.^{77,79,81}

Respecto al lugar de procedencia el estudio reportó que las mujeres adolescentes están teniendo hijos independientemente del lugar dónde viven ya sea rural o urbana datos que coinciden con otros autores dónde se estudió el embarazo y el rezago educativo y algunas variables del estudio fueron las características y antecedentes del embarazo de la adolescente de 12 a 19 años de edad.⁸⁰

Los hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de nacer enfermos comparados con otros grupos de mujeres adultas en relación a lo anterior este estudio evidenció que 7 de cada 10 recién nacidos fueron hospitalizados por prematurez en las diferentes etapas mismos que corresponden al peso gestacional de acuerdo a la clasificación realizada por la UNICEF estos resultados coinciden con otra investigación dónde se evidenció una mayor proporción de prematuros hospitalizados productos de este grupo etareo.⁷⁷

Es importante resaltar que los resultados reportados en esta investigación sobresalen las estrategias utilizadas con mayor frecuencia por las adolescentes mencionamos de mayor a menor frecuencia autoinculparse, ignorar el problema, reservarlo para sí, reducción de la tensión y falta de afrontamiento (estilo improductivo) siendo este resultado similar con otros estudios dónde el objetivo fue estudiar la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas, describen que las estrategias de afrontamiento más frecuente que utilizan las mujeres adolescentes ante estresores son: hacerse ilusiones, culparse así mismo, reducción de la tensión y falta de afrontamiento (estilo improductivo).^{15,17,31,71-71}

En relación con lo anterior se observó con relación al afrontamiento y las características sociodemográfica que las adolescentes se dirigen al estilo

improductivo destacando en esta sub escala las mujeres que tuvieron un embarazo forzado, las madres solteras y las que no profesan ninguna religión. Estos resultados son similares con los estudiados por algunos autores dónde el abuso sexual infantil estuvo relacionado positivamente con el manejo desadaptativo, lo cual es consistente con las investigaciones anteriores que demuestran que las víctimas de abuso sexual participan en un mayor mal manejo de adaptación por lo que se dirigen a este estilo de afrontamiento.^{75,76}

Así mismo la percepción del estrés el estudio ha demostrado que la internación en la UCIN resulta ser un hecho moderadamente estresante para las madres, siendo la alteración del rol materno la dimensión ubicada en un nivel altamente estresante para las participantes. Estos resultados coinciden con otros estudios que dan cuenta que la separación con el bebé y la imposibilidad de llevar adelante los cuidados parentales esperados, se constituyen en la situación más estresante para los mismos. El ambiente de la UCIN preocupa algo más que el comportamiento y apariencia del bebé, y este último preocupa más a las madres que a los padres.^{9,16,22,33,62,64}

Así mismo cabe mencionar que existe escasez de investigaciones que aborden los estilos de afrontamiento y el nivel de estrés, así como la relación con las características sociodemográficas de la madre adolescente y del neonato hospitalizado, por lo tanto respecto al afrontamiento fue necesario confrontar nuestros resultados con estudios realizados en mujeres adolescentes embarazadas y respecto al estrés con otros grupos étnicos con hijos hospitalizados en la UCIN de tal manera que este dato indica la necesidad de más investigaciones que enfoquen este tema para dar mayor fundamento a la asistencia dentro de las instituciones de salud.

5.2 Conclusiones

El internamiento de un hijo en la UCIN es reconocida como una crisis vital y estresante para la madre de tal manera que cuando esto sucede ellas pueden sentirse incapaz de abordar circunstancias nuevas, en este sentido las adolescentes con hijos hospitalizados deben realizar un gran esfuerzo para poder afrontar positivamente la situación tomando en cuenta las condiciones propias de la etapa como inestabilidad emocional, a su vez la maternidad genera una serie de privaciones que refuerzan la situación de pobreza y restringen el proyecto de vida de este grupo vulnerable.

El objetivo de este estudio fue comprobar la hipótesis de trabajo dónde estableció que los estilos de afrontamiento se relacionen con el nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN y con algunas variables sociodemográficas.

Los resultados ponen de manifiesto que las adolescentes estudiadas se dirigen a las estrategias correspondientes al estilo improductivo. Es probable que a partir del embarazo hayan desarrollado conductas que indiquen culpabilidad o responsabilidad frente a la situación. El hecho de autoinculparse las sumiría probablemente en una posición pasiva, limitando las capacidades para afrontar en el momento de tener a su recién nacido y más aún cuando se encuentran expuestos a la hospitalización.

Las fuentes extremadamente estresante en la unidad de cuidados intensivos neonatales identificadas por las adolescentes correspondieron a la alteración del rol materno así como el nivel educativo básico, no profesar ninguna religión, ser madre soltera y tener un embarazo forzado son algunas variables sociodemográficas que se relacionaron con un nivel alto de estrés .

Por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, los estilos de afrontamiento no se relacionan con el nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN sin embargo se ven influenciadas por algunas variables sociodemográficas.

En este sentido el estudio permitió reconocer la importancia de la evaluación emocional de las madres, especialmente cuando desempeñan su rol de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de esta manera podemos visualizar que tienen escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestas por lo tanto, nos hace reflexionar sobre la necesidad de elaborar programas de intervención relacionadas a una atención multidisciplinaria con la finalidad de ayudarlas a direccionar sus conductas y a fortalecer de manera positiva los estilos y estrategias de afrontamiento.

Finalmente consideramos que este trabajo aporta herramientas para la elaboración de dichos programas, pero también es necesario realizar más investigaciones al respecto ya que actualmente nos encontramos limitados ante la falta de evidencia para poder relacionar las variables de afrontamiento y estrés de la adolescente ante la hospitalización su recién nacido.

5.3 Limitaciones y propuestas

En la presente investigación se encontró con ciertas limitaciones que se consideran necesarias abordar con la finalidad de mejorar las futuras investigaciones.

En primer instancia se considera que la Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS diseñado por Frydenberg y Lewis no se considera apta independientemente que se realizó la adaptación cultural y la validación por jueceo de expertos a la población estudiada se dificultó la interpretación por las adolescentes, se observó que las mujeres con nivel académico de bachillerato y universidad el tiempo de repuesta fue de 20 a 30 minutos mientras que las de educación básica fue de una hora, se sugiere elaborar un instrumento con respuestas dicotómicas para facilitar y favorecer la colaboración.

Otra de las limitaciones que se observó durante el desarrollo de esta investigación fue captar la muestra en el turno matutino, las madres no colaboran por las diversas actividades que necesitan hacer (solicitudes de estudios, comprar medicamentos,

información sobre el estado de salud de sus bebés, entre otros) por lo tanto se recurrió a trabajar con ellas los días sábados en los horarios de 10:00 y 17:00 hrs y los días domingos a las 10:00 hrs. parte importante para esta actividad fue la colaboración del departamento de trabajo social.

Por último, es necesario mencionar que dentro de las limitaciones fue necesario trabajar con los familiares incluyendo a los esposos debido a que las mujeres adolescentes no deciden su participación, la estrategia fue hacer grupos de 5 parejas y llevarles un refrigerio en horarios previamente acordados por ambas partes, así como solicitar los permisos al servicio de neonatología para proporcionar la información y de esta manera favorecer la participación al estudio.

5.4 Aportaciones

El presente estudio aporta evidencias sobre los estilos de afrontamiento como un recurso para ser frente a situaciones estresantes como resultado de los estímulos del entorno así como la capacidad que tiene el ser humano para enfrentarlas, en este sentido podemos conocer las necesidades de las adolescentes cuando enfrentan una situación de crisis como es el internamiento de su hijo. Resalta la necesidad de realizar desde la profesión de la enfermería un trabajo de sostén que permita conocer los estilos y estrategias de afrontamiento que las madres adolescentes utilizan, de tal manera que por medio del conocimiento en el tema se direcciona la atención a este grupo vulnerable siendo necesario para que ellas dispongan de herramientas de afrontamiento positivos a través de las cuales puedan lograr respuestas ajustadas a las situaciones de estrés que viven ante la hospitalización de su recién nacido.

Desde la gestión, los resultados se presentarán a las autoridades correspondientes, así como las propuestas siguientes:

- Elaborar un programa de capacitación continua que favorezca al desarrollo de habilidades y destrezas de los profesionales de salud en dónde el

profesional de enfermería es imprescindible ya que forma parte del primer contacto con los familiares.

- Gestionar un equipo multidisciplinario para la atención a las madres adolescentes o no adolescentes, pero que provenientes de un grupo minoritario deban contar con especial comunicación, contacto y acompañamiento por parte del personal de enfermería o personal de salud en general.
- Diseño e implementación de un programa de intervención con acciones específicas dirigida a las madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de tal manera que se incluyan los recursos humanos, materiales y financieros actuando de manera eficaz y eficiente con la finalidad de dar un servicio integral a la población que se atiende.
- Gestionar a las autoridades correspondientes el espacio para dar consultoría de enfermería a las madres con hijos hospitalizados en la UCIN.

Se considera necesario valorar clínicamente la capacidad de afrontamiento y las fuentes de estrés detectadas por las madres adolescentes en este sentido proporcionar cuidados centrados en los estilos y estrategias de afrontamiento utilizados, así como prepararlas para enfrentar la situación de crisis y de esta manera minimizar el estrés.

VI REFERENCIAS

1. Arenas LP. Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México: programa de maestría y doctorado en Psicología; 2012.
2. Hernández JC. Factores relacionados con la morbilidad y mortalidad del Recién Nacido de Madre Adolescente en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer [Tesis posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México: facultad de Medicina; 2014.
3. Maldonado CR. Resultado adversos del embarazo en adolescentes [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Medicina; 2013.
4. Viñas PF, González CM, García MY, Malo CS, Casas AF. Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*. Enero 2015; 31(1):226-233.
5. Organización Mundial de La Salud. Salud de la madre, recién nacido, del niño y del adolescente.
6. UNFPA [Internet]. Día mundial de la población 2013 se centra en el embarazo adolescente. 2015[acceso 30 de mayo 2016]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/noticias/washington-post-maternidad-en-la-adolescencia-en-mexico>
7. UNICEF [Internet]. Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el caribe. [acceso 30 de mayo del 2016] disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
8. UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio de seis países de la región. Informe de un grupo de investigadores de la UNICEF. Panamá: Plan y UNICEF;2014. Informe final.
9. Grupo Interinstitucional para la prevención del embarazo en adolescentes.
10. 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. [Internet]. Nueva York: Chaib F; 2012 [Acceso 14 de Octubre del 2016] disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/

11. UNFPA [Internet]. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. [Acceso 03 de Junio del 2016] disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>.
12. UNICEF [Internet]. La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011. [Acceso 25 de noviembre del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- 13.. Lazarus, R . The Person-Environment Relationship, Motivation, and Coping: In R Lazarus, Emotion and Adaptation. 1ª ed. New York: Oxford University Press.1991 p. 112-126.
14. Seiffge-Krenke, I, Aunola, K & Nurmi, J. Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. 2009; 80(1): 259-279.
15. Verdugo LJ, Ponce LP, Guardado LR, Meda LR, Uribe AJ, Guzmán MJ. Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. 2013; 11(1): 79-91
16. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. Parental Coping in the Neonatal Intensive Care Unit. J Clin Psychol Med Settings. 2013 Jun; 20(2): 135–142.
17. Zambrano PG, Silva VF, Flórez OL. Relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes embarazadas. Rev Ciencia y cuidado.2012;9(2)9-16.
18. Gonzalez BR, Montoya CI, Casullo MM, Bernabéu VJ. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Psicothema. 2002; 14(2):363-368.
19. Rubiños MA. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en unidad de cuidados intensivos. Revista de ciencias sociales y humanidades apoyadas por tecnologías. 2012;1(1):15-33
20. Solano RY. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal, Hospital Engativá [Tesis].

Universidad Nacional Autónoma de Colombia: Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería; 2012.

21. Vieira FN, Batoca SE. Parents experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem* mar. 2015;4 (4): 107-115.

22. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz AM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Sttings*.2013;20(2):135-142

23. Grosik C, Snyder D, Cleary G, Breckenridge D, Tidwell B. Identification internal and external stressor in parents of newborns in intensive care. *The perm j*. 2013 ;17(3):36-46.

24. Lia RA, Ceriani CJ, Cravedi V, Rodriguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. Arg.pediatr*. 2012;103(1):36-45.

25 Guemez JO. Identidad y autonomía en el adolescente: Una perspectiva histórica [Tesis]. Universidad Nacional autónoma de México: Facultad de psicología;2012.

26. UNICEF. Estado mundial de la infancia [Internet]. Nueva York: Fondo de las naciones unidas para la infancia; 2011, [Acceso 20 de enero del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

27. Souto KS. Juventud, Teoría e historia: las foraciones de un sujeto social y de un objeto de análisis. HAOL. 2007;1 (13): 171-192

28. Buil RC, Lete LI, Ros RR, Pablo Lj. Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos. España 2001; 1:28-31.

29. Dirección corporativa de Administración subdirección se servicios de salud. www.pemex.com/servicios/salud/tusalud/adolescencia

30. Arenas LP. Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México: programa de maestría y doctorado en Psicología; 2012.

31.. Madrigal MI. Estilos de Afrontamiento en adolescentes embarazadas [Tesis] para obtener el diploma de medicina familiar]. Tepic, Nayarit. Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Medicina familiar; 2010.

32. Maldonado CR. Resultado adversos del embarazo en adolescentes [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Medicina; 2013.
33. Trombini SK, Helena SA, Veronez M, Harumi HL, Silva MS. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepcao dos países. ESc Anna Nery 2012; 16 (1): 73-8.
34. Carrasco AF. Grado de estres en la adolescente con embarazo no planeado [Tesis]. Universidad Nacional autonoma de México: División de estudios de Posgrado e investigación; 2007.
35. UNFPA [Internet]. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. [Acceso 03 de Junio del 2016] disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>.
36. UNFPA México [Internet]. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes 2016. [Acceso 25 de noviembre del 2016]. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
37. UNICEF [Internet]. Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el caribe. [acceso 30 de mayo del 2016] disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
38. UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio de seis países de la región. Informe de un grupo de investigadores de la UNICEF. Panamá: Plan y UNICEF;2014. Informe final.
39. UNFPA [Internet]. Día mundial de la población 2013 se centra en el embarazo adolescente. 2015[acceso 30 de mayo 2016]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/noticias/washington-post-maternidad-en-la-adolescencia-en-méxico>
40. Población reference bureau [Internet]. Los jóvenes en el mundo cuadro de datos 2013. [Acceso 03 Junio 2016] disponible en: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf.
41. OMS. [Internet]. El embarazo en la adolescencia. [acceso. 30 de mayo del 2016] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

42. CONAPO. [Internet]. Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 2009 y 2014. [Acceso 25 de noviembre del 2016]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014
43. CONAPO [Internet]. Salud reproductiva 2010- [acceso 08 de enero 2016] Disponible en: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Chiapas_Salud_Reproductiva
44. Hospital de la Mujer Tuxtla. Estadísticas ingreso hospitalario. Tuxtla Gutiérrez: SSA; [Actualizada en Enero del 2016] Disponible en: <http://salud.chiapas.gob.mx>
45. Grupo Interinstitucional [internet].Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo [Acceso 15 de Junio del 2016] Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98138/ENAPEA_Marzo.pdf
46. Organización Mundial de La Salud [Internet] Ginebra: OMS, nota descriptiva No. 364 [actualización Septiembre 2014]. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
47. Solano RY. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal, Hospital Engativá [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de Colombia: Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería; 2012.
48. Vieira FN, Batoca SE. Parents experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Revista de Enfermagem* mar. 2015;4 (4): 107-115.
49. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz AM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Sttings*.2013;20(2):135-142.
50. Grosik C, Snyder D, Cleary G, Breckenridge D, Tidwell B. Identification internal and external stressor in parents of newborns in intensive care. *The perm j*. 2013 ;17(3):36-46.
51. Lia RA, Ceriani CJ, Cravedi V, Rodriguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. Arg.pediatr*. 2012;103(1):36-45.
52. Zambrano PG, Silva VF, Flórez OL. Relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento utilizadas en adolescentes embarazadas. *Rev Ciencia y cuidado*.2012;9(2)9-16.

53. Rubiños MA. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en unidad de cuidados intensivos. *Revista de ciencias sociales y humanidades apoyadas por tecnologías*. 2012;1(1):15-33
54. Folkman S, Lazarus R, Gruen R, DeLongis A. Appraisal. Coping, Health Status, And Psychological Symptoms. *Journal of personality and social psychology* .1986. 50(3) 571-579
55. Lazarus, R. The Person-Environment Relationship, Motivation, and Coping: In R Lazarus, *Emotion and Adaptation*. 1ª ed. New York: Oxford University Press. 1991 p. 112-126.
56. González BR, Montoya CI, Casullo MM, Bernabéu VJ. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14(2):363-368.
57. Frydenberg E, Lewis R. Things don't better just because you're older: a case for facilitatiting reflection. *Bristidh journal of education psychology*. 1999; 69:81-94
58. Barcelata B. Trabajo sistémico con familias: un enfoque estructural. En M. García. *Estrategias de evaluación e intervención en Psicología*. México 2007.
59. Seiffge-Krenke, I. *Adolescents Health. A developmental perspective*. EE.UU.: Lawrence Erlbaum. 1998.
60. Seiffge-Krenke, I, Aunola, K & Nurmi, J. Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. 2009; 80(1): 259-279.
61. Barra AE, Cerna CR, Kramm MD, Véliz VV. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*. 2006; 24(1):55-61.
62. Caruso a, Mikulic, Isabel M. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de cuidados intensivos neonatales: Traducción y adaptación de la escala Paental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Anu Investig*. 2012;19(2).
63. González ED, Ballesteros CN, Serrano RM. Determinantes estresores presentes en las madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. *Ciencia y cuidado*. 2012,9(1):43-53.
64. Miles MS, Mathes M. Preparation of parents for the ICU experience: what are we missing? *Child Health Care* 1991;20(3):132-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15326888chc2003_1

65. Boullosa FN. condicionantes y caracterización del estrés, madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Hospital base Valdivia [Tesis]. Universidad Austral de Chile : facultad de Medicina; 2004.
66. Leonetti CL, Martins LM. Ansiedad materna en le periodo prenatal y pos natal: revisión de literatura. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(4) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf
67. Leonetti CL, Martins LM. Ansiedad materna en le periodo prenatal y pos natal: revisión de literatura. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(4) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf
68. Ramirez LM, Pino AP, Springmuller PD, Claveria RC. Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. Arch Argent Pediatr .2014;112(3):263-267.
69. Villamizar CB, Vargas PC, Ruedas NE. Descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. Rev Cuid. 2014; 5(2):782-791.
70. Della MM. Estrategias de afrontamiento (Coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. Rev iber Educ. disponible en: <http://rieoei.org/index.php>.
71. Zambrano PG, VeraLS, Flóres OL. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazada. Ciencia y cuidado. 2012;9(2):9-16.
72. Masolloer R, aparicio M. El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. Psicoperspectivas;10(1):209-220 recuperado 16 mayo 2016 desde: <http://www.psicoperspectivas,http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Fecha de consulta: Mayo 2016.
73. León MB, Poudereux MM, Giménez RC, Belaústegui CA. sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: Intervención psicologica en padres de niños prematuros. Mapfre medicina. 2005; 16(2):130-139.
74. Reglamento de la ley federal de salud en materia de la investigación para la salud [base de datos internet] 2015 [acceso 16 de mayo del 2016] disponible en: <http://www.liconsa.gob.mx/wp-content/uploads/2015/11reglamento-de-laley-general-de-salud-en-materia-de-la-investigaci%C3%B3n-para-la-salud.pdf>.
75. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, Emotion Regulation, and Self-Blame as Mediators of Sexual Abuse and Psychological Symptoms in Adult Sexual Assault. *Journal of child sexual abuse*.

2014;23(1):10.1080/10538712.2014.864747.
doi:10.1080/10538712.2014.864747

76. Pinto CC. Resiliencia Picológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. SUMMA PSICOLÓGICA UST. 2014;11(2):19-33 doi: 10.18774/summa vol11.num2-129
77. Mendoza LT, Arias GM, Mendoza TL. Hijo de madre adolescentes: riesgos, mortalidad y mortalidad neonatal. Rev chil obstet ginecol. 2012; 77 (5): 375-382
78. Beretta MIR, Clápis CV, Oliveira Neto LA, Freitas MA, Dupas G, Ruggiero SEM et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):90-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8128>.
79. Caminha NO, Freitas LV, Herculano MMS, Damasceno AKC. Pregnancy in adolescence: from planning to the desire to become pregnant – descriptive study.. Online braz j nurs [Internet]. 2010 July [acceso 02 de Junio del 2017]; 9 (1): . Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2872>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102872>
80. Villalobos HA, Campero DL, Suarez LL, Atienzo MA, Estrada F, Vara-Salazar E. Embarazo en adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Publica Mex 2015; 57:135-143.
81. Varela Petito C, Fostik A, Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?. Revista Latinoamericana de Población 20115115-140. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304006>. [acceso 12 de Junio de 2017].

Anexos

Anexo 1 Cuestionario final



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



“Estilo de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN”

Se le solicita contestar el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas e incorrectas. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Datos personales de la madre		Fecha:	Folio:
Edad: _____ años	Lugar de procedencia: _____		Religión: _____
Cuántos hijos tiene: _____	Embarazo: a) Planeado b) No planeado c) Forzado		
Estado civil	a) Soltera b) casada-Unión libre c) Divorciada-separada		
con quién vive	a) Padres b) suegros c) Independiente d) otros. _____		
Escolaridad	a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Carrera técnica e) Universidad		
Ocupación	a) Estudiante b) Empleada c) Ama de casa d) otros _____		
Ingresos económicos diario _____			
Datos del recién nacido			
Días de hospitalización _____		Edad gestacional: _____	Peso del recién nacido: _____
Patologías presentes del RN: _____			
Sexo	a) Femenino	c) masculino	Apoyo ventilatorio: _____

A continuación se presenta una serie de reacciones posibles ante el estrés, deberá indicar marcando la casilla correspondiente con una X, la letra A, B, C, D o E según crea que es su manera de reaccionar o actuar. No dedique mucho tiempo en cada frase, simplemente responda lo que crea que más se ajusta a su forma de actuar.

A No lo hago B Lo hago raras veces C Lo hago algunas veces D Lo hago a menudo E Lo hago con mucha frecuencia.	
1. Platicar con otras personas para saber que harían si tuvieran el mismo problema	A B C D E
2. Seguir igual con mis tareas	A B C D E
3. Si no se puede hacer nada, ahí lo dejo mejor	A B C D E
4. Llorar o gritar	A B C D E
5. Hacer algo o pedir ayuda para resolver mi problema	A B C D E
6. No pensar en mi problema	A B C D E
7. Criticarme a mí mismo	A B C D E
8. lo dejo en las manos de Dios	A B C D E
9. alguien tiene problemas peores, los míos no son tan malos.	A B C D E
10. Pido consejo a una persona que sí sabe	A B C D E
11. Encuentro una forma de calmarme escuchando música, leer una revista, tocar un instrumento musical salir a la calle.	A B C D E
12. Jugar en el celular	A B C D E
13. Buscar ayuda con otras mamás que tengan el mismo problema para apoyarnos entre nosotras	A B C D E

14. Soy capaz de resolver mi problema poniendo todo mi empeño	A B C D E
15. Preocuparme por mí	A B C D E
16. Preocuparme por estar bien con mis amistades	A B C D E
17. Desear a que pase un milagro	A B C D E
18. Solamente pienso que así es el destino	A B C D E
19. No hacer caso del problema	A B C D E
20. Me doy cuenta que me estoy haciendo difíciles las cosas	A B C D E
21. Prefiero estar sola	A B C D E
22. Pensar en que las cosas no son tan malas y pienso en las cosas buenas	A B C D E
23. Buscar ayuda de una persona profesional	A B C D E
24. Salir y distraerme para olvidar un poco el problema	A B C D E
25. Cuidarme para no enfermarme	A B C D E
26. Tomar en cuenta otros puntos de vista y escuchar consejos de otras personas	A B C D E
27. Trabajar mucho	A B C D E
28. Preocuparme en lo que está pasando	A B C D E
29. Tratar de ser igual a mis amigos	A B C D E
30. Me siento triste	A B C D E
31. Desquitarme con otros	A B C D E
32. Ir a reuniones donde se hable del problema	A B C D E
33. No dejar que otras personas me ayuden	A B C D E
34. Leer un libro sagrado o de religión	A B C D E
35. Buscar tiempo para descansar	A B C D E
36. Ir al gimnasio hacer ejercicio	A B C D E
37. Triunfar en lo que estoy haciendo	A B C D E
38. Preocuparme por lo que pueda pasar	A B C D E
39. Mejorar mi relación personal con los demás	A B C D E
40. Ilusionarme a que mejoraran las cosas	A B C D E
41. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo	A B C D E
42. Juntarme con gente que tienen el mismo problema	A B C D E
43. Alejarme del problema para olvidarlo	A B C D E
44. Pensar que tengo la culpa	A B C D E
45. No demostrar como me siento	A B C D E
46. Pedir a Dios que me cuide	A B C D E
47. Estar feliz porque las cosas van bien	A B C D E
48. Platicar del tema con gente que me puede ayudar y que sepa	A B C D E
49. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos	A B C D E
50. Pensar en otras soluciones	A B C D E
51. Me imagino que las cosas irán mejorando	A B C D E
52. Añote cualquier otra cosa que suela hacer para resolver sus problemas:	

El presente cuestionario en lista varias experiencias que otros padres han reportado como estresante cuando sus bebés se encontraron en la UCIN. Nos gustaría saber que tan estresante ha sido para usted. **Por estresante, nos referimos a la experiencia que ha causado un sentimiento de ansiedad, molestia o tensión.** En el cuestionario, marque con **X** el número que expresa que tan estresante ha sido para usted cada experiencia.

1 Nada estresante, la experiencia no causó molestia, tensión o ansiedad. 2 Un poco estresante 3 Moderadamente estresante 4 Muy estresante 5 Extremadamente estresante En caso que usted no haya experimentado alguno de los datos, marque NA "No aplicable"	
ASPECTO Y SONIDO DE LA UNIDAD	
01. La presencia de aparatos y equipo	NA 1 2 3 4 5
02. Los ruidos constantes de aparatos y equipo	NA 1 2 3 4 5
03. Los sonidos repentinos de los aparatos	NA 1 2 3 4 5
04. Los otros bebés enfermos en el lugar	NA 1 2 3 4 5
05. La cantidad de gente trabajando en el lugar	NA 1 2 3 4 5
APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO	
06. Tubos y equipo cerca o en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
07. Heridas, cortes o incisiones en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
08. El color raro de mi bebé (ejemplo: pálido o amarillo)	NA 1 2 3 4 5
09. Respiración extraña o anormal en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
10. El tamaño pequeño en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
11. La apariencia arrugada en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
12. Mi bebé conectado a un aparato	NA 1 2 3 4 5
13. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
14. Mi bebé siendo alimentado por la vena o un tubo	NA 1 2 3 4 5
15. Cuando parece que mi bebé tiene dolor	NA 1 2 3 4 5
16. Cuando mi bebé se ve triste	NA 1 2 3 4 5
17. La apariencia débil o mi bebé no se mueve	NA 1 2 3 4 5
18. Movimientos repentinos y sin descanso de mi bebé	NA 1 2 3 4 5
19. Mi bebé no llora como los otros bebés	NA 1 2 3 4 5
RELACIÓN CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE LA MADRE	
20. Estar separada de mi bebé.	NA 1 2 3 4 5
21. No alimentar a mi bebé personalmente	NA 1 2 3 4 5
22. No cuidar a mi bebé personalmente (por ejemplo: cambio de pañales, baño)	NA 1 2 3 4 5
23. No poder abrazar a mi bebé cuando yo quiera.	NA 1 2 3 4 5
24. Sentirme incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de los procesos dolorosos	NA 1 2 3 4 5
25. Sentirme incapaz sobre como ayudar a mi bebé durante este tiempo	NA 1 2 3 4 5
27. Si hay alguna otra cosa que haya sido estresante para usted, durante el tiempo que su bebé ha estado hospitalizado siéntase libre de escribirlo:	

Anexo 2 Adaptación cultural



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAestrÍA EN ENFERMERÍA



“Estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN”

Se le solicita contestar el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas e incorrectas. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Datos personales de la madre		Folio:
Edad: _____ años	Lugar de procedencia: _____	Religión: _____
Estado civil	a)Soltera b)casada-Unión libre c)Divorciada-separada	
con quién vive	a)Padres b) suegros c) Independiente d) otros. _____	
Escolaridad	a)Primaria b) Secundaria c)Bachillerato d) Carrera técnica	
Ocupación	a)Estudiante b)Empleada c)Ama de casa d) otros	
Ingresos económicos diario	_____	
Consumo de Drogas	¿Tipo de droga? _____ cuantas veces al día? _____	
Datos del recién nacido		
Días de hospitalización	Edad gestacional: _____	Peso del recién nacido: _____
Patologías presentes del RN: _____		
Sexo	a) Masculino b) Femenino	
Apoyo ventilatorio: _____		

Observaciones generales del evaluador de variables sociodemográficas

A continuación, se presenta una serie de reacciones posibles ante el estrés, deberá indicar marcando la casilla correspondiente en la hoja de respuesta; la letra A, B, C, D o E según crea que es su manera de reaccionar o actuar. No dedique mucho tiempo en cada frase, simplemente responda lo que crea que más se ajusta a su forma de actuar.

- A No me ocurre nunca o no lo hago
- B Me ocurre o lo hago raras veces
- C Me ocurre o lo hago algunas veces
- D Me ocurre o lo hago a menudo
- E Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuvieran el mismo problema.	A B C D E	
2. Dedicarse a resolver lo que está provocando el problema.	A B C D E	
3. Seguir con mis tareas como es debido.	A B C D E	
4. Preocuparme por mi futuro	A B C D E	
5. Reunirme con amigos.	A B C D E	
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.	A B C D E	
7. Esperar a que ocurra lo mejor.	A B C D E	
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.	A B S D E	
9. Llorar o gritar.	A B C D E	
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema.	A B u D E	
11. Ignorar el problema.	A B j D E	
12. Criticarme a mí mismo.	A B e D E	
13. Guardar mis sentimientos para mi sola.	A B t D E	
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.	A B o D E	
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.	A B i D E	
16. Pedir consejo a una persona competente.	A B n D E	
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.	A B v D E	
18. Hacer deporte.	A B e D E	
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.	A B s D E	
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.	A B t D E	
21. Asistir a clases con regularidad.	A B i D E	
22. Preocuparme por mi felicidad	A B g D E	
23. Llamar a un amigo íntimo.	A B a D E	
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.	A B d D E	
25. Desear que suceda un milagro.	A B o D E	
26. Simplemente, me doy por vencida.	A B C D E	
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).	A B C D E	
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.	A B C D E	
29. Ignorar conscientemente el problema	A B C D E	
30. Darme cuenta que yo mismo me hago difíciles las cosas.	A B C D E	
31. Evitar estar con la gente.	A B C D E	
32. Pedir ayuda o consejo para que todo se resuelva.	A B C D E	
33. Forjarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.	A B C D E	
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.	A B C D E	
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.	A B C D E	

36. Mantenerme en forma y buena salud.	A B C D E	
37. Buscar ánimos en otros.	A B C D E	
38. Considerar otros puntos de vistas y tenerlos en cuenta.	A B C D E	
39. Trabajar intensamente.	A B C D E	
40. Preocuparme en lo que está pasando.	A B C D E	
41. Empezar una relación personal estable.	A B C D E	
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.	A B C D E	
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.	A B C D E	
44. Me pongo mal.	A B C D E	
45. Trasladar mis frustraciones a otros.	A B C D E	
46. Ir a reuniones donde se estudie el problema.	A B C D E	
47. Borrar el problema de mi mente.	A B C D E	
48. Sentirme culpable.	A B C D E	
49. Evitar que otros se centren en lo que me preocupa.	A B C D E	
50. Leer un libro sagrado o de religión.	A B C D E	
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.	A B C D E	
52. Pedir ayuda a un profesional.	A B C D E	
53. Buscar tiempo para actividad de ocio.	A B C D E	
54. Ir al gimnasio hacer ejercicio.	A B C D E	
55. Hablar con otros de mi problema para que me ayuden a salir de él.	A B C D E	
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.	A B C D E	
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.	A B C D E	
58. Inquietarme en lo que me pueda ocurrir	A B C D E	
59. Tratar de hacerme amiga íntima de un chico.	A B C D E	
60. Mejorar mi relación personal con los demás.	A B C D E	
61. Soñar despierta que las cosas irán mejorando.	A B C D E	
62. No afrontar la situación.	A B C D E	
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.	A B C D E	
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.	A B C D E	
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.	A B C D E	
66. Considerarme culpable.	A B C D E	
67. No dejar que otros sepan cómo me estoy sintiendo.	A B C D E	
68. Pedir a Dios que cuide de mí.	A B C D E	
69. Estar contenta de cómo van las cosas.	A B C D E	
70. Hablar del tema con personas competentes.	A B C D E	
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.	A B C D E	
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.	A B C D E	
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.	A B C D E	

74. Inquietarme por el futuro del mundo. 75. Pasar más tiempo con el chico o chica con el que suelo salir. 76. Hacer lo que quieren mis amigos. 77. Imagina que las cosas irán mejorando. 78. Sufro dolores de cabeza o de estómago. 79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas. 80. <i>Anota en la hoja de respuesta cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas.</i> 	A B C D E A B C D E A B C D E A B C D E A B C D E A B C D E	
---	---	--

El presente cuestionario en lista varias experiencias que otros padres han reportado como estresante cuando sus bebés se encontraron en la UCIN. Nos gustaría saber que tan estresante ha sido para usted. Por estresante, nos referimos a la experiencia que ha causado un sentimiento de ansiedad, molestia o tensión. En el cuestionario, encierra el número que expresa que tan estresante ha sido para usted cada experiencia. Los números indican los siguientes niveles.

- 1 = Nada estresante, la experiencia no causó molestia, tensión o ansiedad.
- 2 = Un poco estresante
- 3 = Moderadamente estresante
- 4 = Muy estresante
- 5 = Extremadamente estresante

En caso que usted no haya experimentado algún artículo, encierre NA "No aplicable"

Ahora contestaremos un ejemplo: **Las iluminación en la UCIN.**

Si por ejemplo, sientes que la iluminación en la unidad de cuidado intensivo neonatal era extremadamente estresante, encierra el número 5:

NA 1 2 3 4 **5**

Si sientes que la iluminación no es estresante, encierra el número 1

NA **1** 2 3 4 5

ASPECTO Y SONIDO DE LA UNIDAD

01. La presencia de máquina y equipo	NA 1 2 3 4 5
02. Los ruidos constantes de máquinas y equipo	NA 1 2 3 4 5
03. Los sonidos repentinos de las máquinas	NA 1 2 3 4 5
04. Los otros bebés enfermos en el lugar	NA 1 2 3 4 5
05. La cantidad de gente trabajando en el lugar	NA 1 2 3 4 5

APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO

06. Tubos y equipo cerca o en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
07. Heridas, cortes o incisiones en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
08. El extraño color en mi bebé (ejemplo: pálido o amarillo)	NA 1 2 3 4 5
09. Respiración extraña o anormal en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
10. El tamaño pequeño en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
11. La apariencia arrugada en mi bebé	NA 1 2 3 4 5
12. mi bebé conectado a una máquina	NA 1 2 3 4 5

13.Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	NA 1 2 3 4 5	
14.Mi bebe siendo alimentado por la vena o un tubo	NA 1 2 3 4 5	
15.Cuando mi bebé aparenta sentir dolor	NA 1 2 3 4 5	
16.Cuando mi bebé se ve triste	NA 1 2 3 4 5	
17. La apariencia débil e inmóvil de mi bebé	NA 1 2 3 4 5	
18.Movimientos repentinos y sin descanso de mi bebé	NA 1 2 3 4 5	
19.Mi bebé no llora como los otros bebes	NA 1 2 3 4 5	

RELACIÓN CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE MADRE

20. Estar separada de mi bebé.	NA 1 2 3 4 5	
21. No alimentar a mi bebé personalmente	NA 1 2 3 4 5	
22. No cuidar a mi bebé personalmente (por ejemplo: cambio de pañales, baño)	NA 1 2 3 4 5	
23. No poder abrazar a mí bebe cuando yo quiera.	NA 1 2 3 4 5	
24.Sentirme incapaz de proteger a mí bebé del dolor y de los procesos dolorosos	NA 1 2 3 4 5	
25. Sentirme incapaz sobre cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo	NA 1 2 3 4 5	
26. No tener tiempo a solas con mi bebé	NA 1 2 3 4 5	

27. Si hay alguna cosa más que haya sido estresante para usted, durante el tiempo que su bebé ha estado hospitalizado siéntase libre de escribirlo.

Gracias por su ayuda.

Anexo 3 validación de contenido



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

“Estilo de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN”

Se le solicita contestar el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas e incorrectas. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Datos personales de la madre		Folio:
Edad: _____ años	Lugar de procedencia:	Religión:
Estado civil	a) Soltera b) casada-Unión libre c) Divorciada-separada	
con quién vive	a) Padres b) suegros c) Independiente d) otros. _____	
Escolaridad	a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Carrera técnica	
Ocupación	a) Estudiante b) Empleada c) Ama de casa d) otros	
Ingresos económicos diario		
Consumo de Drogas	Tipo de droga? _____ cuantas veces al día?	
Datos del recién nacido		
Días de hospitalización	Embarazo gestacional:	Peso del recién nacido:
Patologías presentes del RN:		
Sexo	a) Femenino b) masculino	
Apoyo ventilatorio:		

Observaciones generales del evaluador de variables sociodemográficas

ESCALA DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES (CSA)

A continuación se presenta una serie de reacciones posibles ante el estrés, deberá indicar marcando la casilla correspondiente; la letra A, B, C, D o E según crea que es su manera de reaccionar o actuar. No dedique mucho tiempo en cada frase, simplemente responda lo que crea que más se ajusta a su forma de actuar.

Opciones de respuesta

APARTADO PARA EL VALUADOR

De cada apartado señale con X la casilla de su elección

A No me ocurre nunca o no lo hago B Me ocurre o lo hago raras veces C Me ocurre o lo hago algunas veces D Me ocurre o lo hago a menudo E Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia.		Opciones de respuesta					Claridad					Pertinencia					Comentarios dudas y sugerencias
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	Nula	Poca	Regular	Pertinente	Muy pertinente	
1. Platicar con otras personas para saber que harían si tuvieran el mismo problema	A B C D E																
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema	A B C D E																
3. Seguir igual con mis tareas	A B C D E																
4. Pensar en lo que va a pasar	A B C D E																
5. Reunirme con amigas	A B C D E																
6. Quedar bien con las personas que me importan	A B C D E																
7. Esperar que pase algo mejor	A B C D E																

8. Si no se puede hacer nada, ahí lo dejo mejor	A B C D E																
9. Llorar o gritar	A B C D E																
10. Hacer algo o pedir ayuda para resolver mi problema	A B C D E																
11. No pesar en mi problema	A B C D E																
12. Criticarme a mí mismo	A B C D E																
13. No le digo a nadie mi problema	A B C D E																
14. lo dejo en las manos de Dios	A B C D E																
15. alguien tiene problemas peores, los míos no son tan malos.	A B C D E																
16. Pido consejo a una persona que sí sabe	A B C D E																
17. Encuentro una forma de calmarme escuchando música, leer una revista, tocar un instrumento musical o salir a la calle.	A B C D E																
18. Jugar en el celular	A B C D E																
19. Buscar ayuda con otras mamás que tengan el mismo problema para apoyarnos entre nosotras	A B C D E																
20. Soy capaz de resolver mi problema poniendo todo mi empeño	A B C D E																
21. Ir a la escuela	A B C D E																
22. Preocuparme por mí	A B C D E																

23.Llamar a mi mejor amiga	A B C D E																
24.Preocuparme por estar bien con mis amistades	A B C D E																
25.Desear a que pase un milagro	A B C D E																
26.Solamente pienso que así es el destino	A B C D E																
27. Tratar de sentirme mejor agarrando un vicio	A B C D E																
28. Hacer un grupo de personas que resuelva el problema	A B C D E																
29. No hacer caso del problema	A B C D E																
30. Me doy cuenta que me estoy haciendo difíciles las cosas	A B C D E																
31. Prefiero estar sola	A B C D E																
32. Pido ayuda o consejo para que todo se resuelva	A B C D E																
33. Pensar en que las cosas no son tan malas y pienso en las cosa buenas	A B C D E																
34. Buscar ayuda de una persona profesional	A B C D E																
35. Salir y distraerme para olvidar un poco el problema	A B C D E																
36. Cuidarme para no enfermarme	A B C D E																
37. Buscar ánimos con otras personas	A B C D E																
38. Tomar en cuenta otros puntos de vista y escuchar consejos de otras personas	A B C D E																
39. Trabajar mucho	A B C D E																

40. Preocuparme en lo que está pasando	A B C D E																
41. Empezar una relación personal estable	A B C D E																
42. Tratar de ser igual a mis amigos	A B C D E																
43. Esperar a que pase el problema	A B C D E																
44. Me siento triste	A B C D E																
45. Desquitarme con otros	A B C D E																
46. Ir a reuniones donde se hable del problema	A B C D E																
47. Olvidar el problema de mi mente	A B C D E																
48. Yo tengo la culpa	A B C D E																
49. No dejar que otras personas me ayuden	A B C D E																
50. Leer un libro sagrado o de religión	A B C D E																
51. Ver lo bonito de la vida	A B C D E																
52. Pedir ayuda a alguien que sabe	A B C D E																
53. Buscar tiempo para descansar	A B C D E																
54. Ir al gimnasio hacer ejercicio	A B C D E																
55. Platicar con otros mi problema para que me ayuden a salir de él	A B C D E																
56. Pensar que es lo que estoy haciendo.	A B C D E																

57. Triunfar en lo que estoy haciendo	A B C D E																
58. Procuparme por lo que pueda pasar	A B C D E																
59. Tratar de hacerme amiga íntima de otra chica	A B C D E																
60. Mejorar mi relación personal con los demás	A B C D E																
61. Ilusionarme a que mejoraran las cosas	A B C D E																
62. No aceptar la situación	A B C D E																
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo	A B C D E																
64. Juntarme con gente que tienen el mismo problema	A B C D E																
65. Alejarme del problema para olvidarlo	A B C D E																
66. Pensar que tengo la culpa	A B C D E																
67. No demostrar como me siento	A B C D E																
68. Pedir a Dios que me cuide	A B C D E																
69. Estar feliz porque las cosas van bien	A B C D E																
70. Platicar del tema con gente que me puede ayudar y que sepa	A B C D E																
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos	A B C D E																
72. Pesar en otras soluciones	A B C D E																

73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir	A B C D E																
74. Preocuparme por lo que pasara en el mundo	A B C D E																
75. Pasar más tiempo con el chico con el que suelo salir	A B C D E																
76. Hacer lo que mis amigos quieren	A B C D E																
77. Me imagino que las cosas irán mejorando	A B C D E																
78. Me duele la cabeza y el estómago	A B C D E																
79. Encontrar una forma de aliviar mis nervios; llorar, gritar, beber o tomar drogas.	A B C D E																

ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL SPS:NICU

El presente cuestionario en lista varias experiencias que otros padres han reportado como estresante cuando sus bebés se encontraron en la UCIN. Nos gustaría saber que tan estresante ha sido para usted. Por estresante, nos referimos a la experiencia que ha causado un sentimiento de ansiedad, molestia o tensión. En el cuestionario, encierra el número que expresa que tan estresante ha sido para usted cada experiencia. Los números indican los siguientes niveles:

Opciones de respuesta

APARTADO PARA EL VALUADOR

De cada apartado señale con X la casilla de su elección

1= Nada estresante, la experiencia no causó molestia, tensión o ansiedad. 2= Un poco estresante 3= Moderadamente estresante 4= Muy estresante 5= Extremadamente estresante En caso que usted no haya experimentado alguno de los datos, encierre NA "No aplicable"		Opciones de respuesta					Claridad					Pertinencia					Comentarios, dudas y sugerencias
		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Nula	Poca	Regular	Buena	Muy buena	Nula	Poca	Regular	Pertinente	Muy pertinente	
ASPECTO Y SONIDO DE LA UNIDAD																	
01. La presencia de aparatos y equipo	NA 1 2 3 4 5																
02. Los ruidos constantes de aparatos y equipo	NA 1 2 3 4 5																
03. Los sonidos repentinos de los aparatos	NA 1 2 3 4 5																
04. Los otros bebés enfermos en el lugar	NA 1 2 3 4 5																

05. La cantidad de gente trabajando en el lugar	NA 1 2 3 4 5																
---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO																	
06.Tubos y equipo cerca o en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
07.Heridas, cortes o incisiones en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
08. El color raro de mi bebé (ejemplo: palido o amarillo)	NA 1 2 3 4 5																
09. Respiración extraña o anormal en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
10 .El tamaño pequeño en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
11.La apariencia arrugada en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
12.mi bebé conectado a un aparato	NA 1 2 3 4 5																
13.Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	NA 1 2 3 4 5																
14.Mi bebe siendo alimentado por la vena o un tubo	NA 1 2 3 4 5																
15.Cuando parece que mi bebé tiene dolor	NA 1 2 3 4 5																
16.Cuando mi bebé se ve triste	NA 1 2 3 4 5																
17. La apariencia débil o mi bebé no se mueve	NA 1 2 3 4 5																
18.Movimientos repentinos y sin descanso de mi bebé	NA 1 2 3 4 5																

19. Mi bebé no llora como los otros bebés	NA 1 2 3 4 5																	
---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RELACIÓN CON EL NIÑO Y EL PAPEL DE LA MADRE																		
20. Estar separada de mi bebé.	NA 1 2 3 4 5																	
21. No alimentar a mi bebé personalmente	NA 1 2 3 4 5																	
22. No cuidar a mi bebé personalmente (por ejemplo: cambio de pañales, baño)	NA 1 2 3 4 5																	
23. No poder abrazar a mí bebe cuando yo quiera.	NA 1 2 3 4 5																	
24. Sentirme incapaz de proteger a mí bebé del dolor y de los procesos dolorosos	NA 1 2 3 4 5																	
25. Sentirme incapaz sobre como ayudar a mi bebé durante este tiempo	NA 1 2 3 4 5																	
26. No tener tiempo a solas con mi bebé	NA 1 2 3 4 5																	
27. Si hay alguna otra cosa más que haya sido estresante para usted, durante el tiempo que su bebé ha estado hospitalizado siéntase libre de escribirlo.																		

Gracias por su ayuda.

Anexo 4 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la UCIN del hospital de la mujer Tuxtla del estado de Chiapas.**

Nombre del investigador principal: EEN. Beatriz E. López Mayorga

Teléfono: 961 115 23 50

Correo electrónico: betimayorga@gmail.com

El nacimiento de un hijo es un evento estresante para los padres y cuando el recién nacido es hospitalizado los padres presentan diversas emociones como ansiedad, miedo, enojo, frustración entre otros factores que pueden influir en la atención de su bebé.

Identificar los principales factores de riesgo asociado al estrés resulta útil para el personal que labora en la unidad de cuidados intensivos neonatales ya que nos permitirá visualizar el problema y nos ayudará a realizar intervenciones tempranas dirigidas a la madre del niño hospitalizado.

Por lo tanto, se le invita a participar en un estudio de investigación para conocer el estilo de afrontamiento que utiliza ante el estrés que le ocasiona el tener a su hijo hospitalizado comprometiéndonos a darle información clara y precisa respecto a cualquier pregunta que usted tenga durante la investigación; su participación es voluntaria, en el momento que usted decida puede retirar su consentimiento para continuar en el estudio esto no afectará la atención que está recibiendo su bebé y usted.

Toda información que usted proporcione será confidencial, su nombre no será registrado, los cuestionarios se manejarán con un número de folio esto permitirá que si los resultados son publicados usted no será identificada.

El cuestionario que usted contestará, ha sido diseñado con preguntas sencillas, el llenado será dentro de la institución y durará aproximadamente 30 minutos.

Consentimiento informado

“Estilo de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados den la UCIN”

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando el estilo de afrontamiento y nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Al participar en este estudio estoy de acuerdo en que se dispongan los datos del expediente de mi hijo (a), así como contestar los cuestionarios relativos a aspectos sociales y psicológicos.

Yo entiendo:

1. Que no se me aplicarán a mí, ni a mi hijo ningún procedimiento e intervención que ocasione riesgo para la salud.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y/o colaboradores del proyecto.
3. Los resultados del estudio pueden ser publicados; mi nombre, identidad y datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
4. Si rechazo participar en el proyecto, no existirán cambios en la atención brindada a mí hijo (a) y a mí.
5. Este consentimiento está siendo aceptado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Lugar y fecha	Firma
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Lugar y Fecha	Firma

Relación con el participante: _____

Dirección del testigo:

EEN. Beatriz E. López Mayorga
Investigador
Matrícula 406115658