



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO A PADRES DE NIÑOS PREMATUROS DE LA

FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO

TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:

PSICÓLOGAS CLÍNICAS

AUTORAS:

LORENA ISABEL CRESPO VERDUGO

ANA BELÉN PESANTEZ GALARZA

DIRECTORA:

Mst. MARÍA FERNANDA COELLO NIETO

CUENCA- ECUADOR

2019

## **DEDICATORIA**

A mis padres, quienes han estado conmigo a lo largo de mi vida, apoyándome en cada momento, dándome palabras de aliento para no desistir, velando por mi bienestar y educación, quienes han sido un pilar fundamental y un ejemplo a seguir ya que con su lucha, sabiduría, consejos y su motivación constante pero sobre todo por su amor han sabido ir guiándome para ser una persona de bien.

A Dios por haberme permitido llegar a este punto de mi vida, por haberme llenado de fortaleza y sabiduría para lograr mis objetivos propuestos.

A mis abuelos, hermanas y mi sobrino quienes han estado conmigo a lo largo de este camino, siendo mí apoyo en todo momento.

Lorena Crespo

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo investigativo a mis padres, quienes me han ayudado y guiado para seguir adelante, a no darme por vencida y poder cumplir una de mis metas planteadas. Ellos quienes con sus palabras me han motivado a luchar por lo que quiero y siempre seguir adelante, quienes han sido un ejemplo a seguir por sus ganas de lucha, su perseverancia y fortaleza. A mis abuelos quienes han estado presente en esta etapa tan importante de mi vida, al igual que mis tíos y mi hermano, siempre alentándome a no darme por vencida, nunca dejándome sola.

A Dios, que me ha guiado y me ha brindado la fortaleza, pero sobre todo la sabiduría para llegar a esta etapa de mi carrera universitaria.

Belén Pesantez

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a nuestros padres, quienes nos han brindado un apoyo fundamental a lo largo de nuestras vidas, velando por nuestro bienestar y educación, quienes han sido nuestro motor para seguir adelante e ir cumpliendo cada uno de los objetivos propuestos, ya que con sus palabras de apoyo y motivación no nos han permitido caer y desistir y así continuar hacia adelante con paciencia y perseverancia enseñándonos que en el camino de la vida se nos van a presentar obstáculos que tenemos que superar pero que no estamos solos y siempre contaremos con su apoyo.

A nuestra tutora de tesis Mst. Fernanda Coello Nieto, quien con su apoyo y guía nos permitió culminar con nuestra tesis de grado de manera exitosa.

A la Clínica Humanitaria, “Fundación Pablo Jaramillo”, por habernos brindado el espacio necesario para realizar nuestra investigación en el área de Cuidados Intensivos de Neonatología.

## **RESUMEN**

En este estudio se examinó a treinta padres de bebés prematuros, internados en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales, con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento, nivel de estrés y grado de control. Se utilizó el “Inventario de Respuesta de Afrontamiento para Adultos” (CRIA). Las estrategias más empleadas, fue la Búsqueda de Guía y apoyo, al igual que la descarga emocional. Las mujeres presentaron niveles de estrés más elevados y el grado de control fue similar en ambos sexos. Posterior a ello se elaboró un plan de asesoramiento grupal en base resultados obtenidos, no se llevó a cabo por razones personales de los padres. Muchos de ellos no consideran una situación estresante la condición de su bebé.

## ABSTRACT

This study examined thirty parents of premature babies hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit to determine coping strategies, stress level and degree of control. The "Coping Response Inventory for Adults" (CRIA) was used. The emotional discharge and the Guide and Support Search strategies were mainly used. Women showed higher stress levels. The degree of control was similar in both sexes. A group counseling plan was elaborated based on the obtained results. This plan was not carried out due to some parents' personal reasons. Many of them did not consider the condition of their baby as a stressful situation.



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P' and 'A' followed by a horizontal line, is located in the bottom right corner.

Translated by  
Ing. Paúl Arpi

## Índice

DEDICATORIA .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
CAPITULO I .....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
1. NIÑOS PREMATUROS .....	2
1.1. Niños prematuros: condiciones y riesgos .....	2
1.2. Subcategorías en función de la edad gestacional .....	3
1.3. Condiciones y Riesgos .....	3
1.4. Secuelas de nacimiento prematuro .....	7
1.5. Secuelas a los dos primeros años de vida .....	7
1.6. Secuelas Tardías .....	8
2. TEORÍA DEL APEGO O BONDING .....	10
2.1. Antecedentes Históricos .....	10
2.2. Teoría del Apego según el modelo de Bowlby (1958).....	11
2.3. Fases del apego según Bowlby y Ainsworth (1960) .....	13
2.4. Tipos de apego según Mary Ainsworth (1960).....	14
3. PAPEL DE LOS PADRES CON HIJOS PREMATUROS .....	18
4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO .....	24
4.1. Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984) ..	27
5. ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PADRES DE HIJOS PREMATUROS .....	29
6. TERAPIA GRUPAL/ASESORAMIENTO.....	34
CAPITULO II .....	40
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
2.1. Tipo de Estudio.....	40
2.2. Área de Estudio .....	40
2.3. Participantes.....	40
2.4 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	41
2.4.1. Criterios de Inclusión.....	41
2.4.2. Criterios de Exclusión .....	41
2.5. Variables.....	41
2.5.1. Variable Independiente.....	41

2.5.2. Variable Dependiente .....	41
2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES .....	41
2.6. Métodos o Instrumentos para la recolección de información.....	43
2.7. Procedimientos, Autorización y aspectos éticos.....	43
2.8. Metodología y aplicación del programa.....	43
CAPITULO III .....	46
ANALISIS DE RESULTADOS.....	46
3.1. Participantes: .....	46
3.2. Análisis estadístico. ....	46
3.4. Resultados:.....	47
3.4.1. Identificación del problema. ....	47
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES .....	58
RECOMENDACIONES .....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS .....	64

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Convertirse en padres es una de las expectativas más significativas y esperadas de la mayoría de personas. Durante el proceso de la paternidad es posible que surjan una serie de dudas o preocupaciones acerca de tener un hijo, ya que se desconoce cómo desenvolverse hasta que la persona se convierte en padre o madre. Esto produce una serie de fantasías, deseos, ilusiones, esperanzas en los futuros padres, en especial si es la primera vez. (Sananes, 2014). La llegada de un bebé a la familia es un acontecimiento normal aunque esto puede provocar estrés o inseguridad, ya que existen múltiples cambios y una reorganización en la adaptación, porque integrar a un nuevo miembro en la familia requiere compromiso y la nueva construcción de identidades como padre y madre. Sin embargo, el nacimiento de un bebé no siempre trae consigo sentimientos de alegría y felicidad a la pareja, ya que se puede ver influenciado por sentimientos negativos al producirse un embarazo no deseado o que la mujer tenga que cumplir el rol de padre y madre para su hijo no es una situación fácil pero tampoco imposible. (Vargas Porras , Villamizar Carvajal , & Ardilla Suarez, 2016)

El hecho de que un bebé haya nacido prematuro, esto puede generar gran preocupación entre los progenitores y familiares, ya sea por la poca información que es brindada al inicio por parte de los médicos o también por las ideas erróneas que puedan tener los padres acerca de un nacimiento pre término. En esta investigación se tratarán temas relacionados al estrés que se puede generar en los padres, las reacciones que puedan tener y la ayuda psicológica que se puede brindar.

## MARCO TEÓRICO

### 1. NIÑOS PREMATUROS

Para un embarazo se espera que el recién nacido llegue al mundo a las 40 semanas de gestación. Este número es importante ya que las últimas semanas son cruciales para el desarrollo y supervivencia del bebé, puesto que sus órganos no están lo suficientemente maduros antes de este tiempo. Se considera a un bebé prematuro cuando nace antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), se estima que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros (antes de las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando cada año. Se ha realizado un análisis acerca de este tema en más de 184 países y el resultado fue que la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Aunque Ecuador se encuentre como el segundo país con menos partos prematuros y sus cifras no sean tan altas como India, China, Estados Unidos de América o Brasil, las cifras analizadas igual son de gran preocupación.

#### 1.1. Niños prematuros: condiciones y riesgos

Según la estadística presentada por las Naciones Unidas, se dice que el 5.1% de los bebés vienen al mundo antes de tiempo en Ecuador. Según una encuesta realizada en el año 2016, el director de la Maternidad Isidro Ayora comenta que atienden alrededor de 30 a 40 partos en promedio y de los cuales 5 de ellos son prematuros. Esta cifra es considerablemente alta ya que estamos hablando solo de un hospital como tal, imaginemos la cifra que resultaría al analizar todos los hospitales del país.

Las complicaciones y los riesgos de salud que presentan esta población de recién nacidos son más graves que los neonatos que logran cumplir el tiempo óptimo de gestación. Este tema se describirá con mayor detalle a continuación.

## **1.2. Subcategorías en función de la edad gestacional**

Existen tres grupos para clasificar a los niños prematuros:

- Prematuros Extremos: (menos de 28 semanas)
- Muy Prematuros (28 a 32 semanas)
- Prematuros Moderados a Tardíos (32 a 37 semanas)

Los riesgos que presentan estos tres grupos son distintos entre sí ya que es de gran importancia en la semana que ha nacido el bebé. Para los prematuros extremos la tasa de mortalidad es más alta, que para los otros dos grupos puesto que su condición de salud es más delicada y sumamente grave de tratar ya sea por las complicaciones que presenta o por el poco desarrollo que ha logrado durante el tiempo de gestación.

“El peso del prematuro moderado, extremo y muy extremo suele ser inferior a 2500, 1500 y 1000g respectivamente. Alrededor del 8% de los recién nacidos vivos son pre-  
términos.” (Narberhaus & Segarra, 2004)

## **1.3. Condiciones y Riesgos**

Las condiciones en las que nacen los recién nacidos prematuros son distintas a los neonatos que cumplen el tiempo adecuado de gestación. Uno de los escenarios comunes en los prematuros es el bajo peso. Se considera “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr.” (Rellan Rodriguez, Garcia de Ribera, & Aragon Garcia , 2008). Este peso puede variar según el caso y las circunstancias en la que se encuentre el recién nacido.

El peso al nacer es una de las causas más importantes para la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos. El bajo peso en el nacimiento puede llevar ya sea a problemas que

se presentan en la niñez o incluso puede prolongarse hasta la vida adulta. Estos problemas pueden "experimentar retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral, pérdida de la vista y la audición; pueden sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a tener, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías; pueden también tener dificultades en su adaptación al medio o diferentes impedimentos físicos y mentales que atentan contra un adecuado desenvolvimiento social y que se hacen innegables al llegar a la edad escolar." (Baños, 2012)

Otro de los problemas más graves que pueden presentar los bebés prematuros son los trastornos neurológicos y del neurodesarrollo. Debido a sus características morfológicas y funcionales, causadas por su inmadurez se puede esperar que presente una serie de complicaciones precoces o tardías, entre las más comunes se evidencia la enfermedad de la membrana hialina que produce asfixia perinatal. En cuanto al neurodesarrollo las complicaciones y las marcas que deja en los niños este problema son varias. "Los prematuros sin complicaciones presentan en la etapa neonatal, una reducción de la sustancia gris cortical, un aumento de los ventrículos laterales y una afectación de la sustancia blanca que se hace más evidente en edades más avanzadas. A los 3-8 años principalmente se observa déficit en el coeficiente de inteligencia, y a los 14-15 se suma la lectura y el cálculo. Por otro lado, el prematuro con complicaciones presenta dilatación ventricular, leucomalacia periventricular y atrofia de algunas estructuras subcorticales. En la infancia y a los 13 años se observan dificultades en el rendimiento cognitivo general y en algunas habilidades específicas como la memoria." (Narberhaus & Segarra, 2004)

En cuanto a las manifestaciones clínicas que presenta esta población de recién nacidos se puede evidenciar que el niño prematuro presenta un crecimiento global retardado. Puede

ser sorprendente el gran tamaño de su cabeza y el escaso desarrollo del cuerpo y de las extremidades ya que estas son delgadas con poca musculatura y cubiertas de una piel fina y arrugada. Los huesos del cráneo son blandos por tal razón se debe tener un cuidado extremo. La piel al principio está enrojecida, y son frecuentes la cianosis distal, edemas y hemorragias cutáneas. Habitualmente los testículos no han descendido al escroto en los varones, y en las niñas los labios mayores no cubren los menores. En éstas es corriente encontrar hernias inguinales.

La gravedad de las complicaciones médicas que puedan presentar estos niños depende de varios factores pero el más común está relacionado con el tiempo de gestación, es decir los prematuros extremos tienen una alta tasa de mortalidad a comparación de los muy prematuros o los prematuros tardíos, pero esto no quiere decir que estos dos grupos mencionados no presenten complicaciones médicas que le puedan llevar a este terrible desenlace. Es de gran importancia el tiempo de gestación que el recién nacido presente ya que mientras más semanas de gestación tenga, mayor desarrollo y mejor pronóstico de vida tendrá.

Para poder resumir se ha realizado una tabla proporcionada por Pilar Álvarez Migorance (2009) descrita en su tesis doctoral con el título de “MORBILIDAD Y SECUELAS DE LOS NIÑOS PREMATUROS EN EDAD ESCOLAR”. Aquí nos explica con mayor detalle y más específicamente cuales son algunas patologías que puede presentar un prematuro al momento de su nacimiento.

<u>Sistema</u>	<u>Alteraciones</u>
Respiratorio	Distrés respiratorio (Enfermedad Membrana Hialina)

	Apnea del prematuro Displasia broncopulmonar
Cardiovascular	Ductus arterioso persistente Hipotensión arterial.
Infeccioso	Sepsis precoz y/o tardía
Cerebral	Hemorragia intracraneal Hidrocefalia posthemorrágica Leucomalacia periventricular
Metabólico	Hipo/hiperglucemia Acidosis metabólica Ictericia del prematuro
Digestivo	Dificultad para la nutrición Nutrición parenteral Enterocolitis necrotizante
Hematológico	Anemia del prematuro
Oftalmológico	Retinopatía del prematuro
Desarrollo	Restricción del crecimiento postnatal

**Tabla 1:** Patologías más frecuentes en los prematuros tras el nacimiento (Alvarez Mingorance, Pilar , 2009)

Los riesgos y las complicaciones que los bebés prematuros presentan al momento de nacer pueden traer consigo ya sean secuelas que se evidencian unos años posteriores al parto o que se encuentren presentes durante toda su vida. Este tema se tratará a continuación.

#### **1.4.Secuelas de nacimiento prematuro**

“El conocimiento que tenemos sobre la evolución de los niños muy prematuros se basa en estudios que se han realizado en tres etapas de la vida. A los 2 años de edad corregida, cuando las secuelas motoras y sensoriales graves ya están bien definidas y experimentan pocos cambios con posterioridad. En la edad preescolar y escolar, momento en el que es importante la detección de problemas en el aprendizaje ya que con una adecuada intervención estos pueden ser evitados o mejorados, y por último la adolescencia o la edad adulta precoz, que empiezan a conocerse ahora cuando los primeros grandes prematuros alcanzan estas edades.” (Alvarez Mingorance, Pilar , 2009)

#### **1.5.Secuelas a los dos primeros años de vida**

Durante estos primeros años de vida de los bebés prematuros, pueden presentar distintas afecciones que sea probable que desarrollen debido a su inmadurez. Estas secuelas son difíciles de diagnosticar en su nacimiento. Existe una división para clasificar a estos tipos de secuelas:

- **Secuelas Graves:** Parálisis cerebral, retraso del desarrollo medio o profundo, o ceguera bilateral.
- **Secuelas Medias:** “Figura la parálisis cerebral (probabilidad de adquisición de la marcha), sordera central (que precisa audífonos).” (Galimberti, 2009)
- **Secuelas Ligeras:** “ Parálisis cerebral (con adquisición de la marcha), retraso del desarrollo ligero (ID 70-84), deficiencia visual, epilepsia (Ibáñez et al., 2006), secuelas respiratorias como displasia broncopulmonar, disminución de los

cocientes de desarrollo y posteriormente de inteligencia; alteraciones del aprendizaje, del lenguaje y psicomotricidad; trastornos del comportamiento con inestabilidad e hiperactividad” (Serrano F. G., 2009)

Puede existir el caso que a los dos años de edad corregida, los niños prematuros presenten un desarrollo psicomotor y cognitivo dentro de los parámetros normales, pero los valores en el índice mental del desarrollo son más bajos en esta población de bebés que en neonatos en una edad gestacional adecuada, también pueden presentar trastornos psicofuncionales (tales como retraso de alimento) y de comportamiento externalizado (cóleras, oposicionismo, agresividad, etc.)

### **1.6.Secuelas Tardías**

Las secuelas tardías pueden aparecer entre los seis o siete años. Al transcurrir de los años, aparentemente puede parecer que el niño ha tenido una evolución neurológica y pediátrica dentro de los parámetros normales. Estas secuelas se refieren a trastornos instrumentales tales como grafo perceptivos, atención, lenguaje, memoria; dificultad en el aprendizaje escolar y trastornos del comportamiento como hiperactividad e inestabilidad. Se puede mostrar algunos trastornos o alteraciones hasta la adolescencia como por ejemplo “afección del coeficiente intelectual asociado con el perímetro cefálico y otros aspectos, mayor prevalencia de alteraciones oftálmicas condicionadas por alteración en la percepción visual, y en los defectos motores y cognoscitivos, problemas agresivos o de comportamiento delincuencia, o de déficit de atención, independientemente de los países evaluados, fallas en la función motora, viso espacial y sensorio motora, causales de bajo aprovechamiento escolar y de sobreprotección paternas, y un notorio incremento de niños con parálisis cerebral.” (Gutierrez, 2008)

“ En los escasos estudios efectuados en adultos jóvenes, se ha encontrado mayor número de trastornos neurológicos que se manifiestan con funciones neuropsicológicas reducidas, afección de la calidad de vida, y psicopatología, lo que afecta la vida independiente de un buen número de casos, la que se logra compensar con adecuados incentivos económicos para la prevención secundaria de las discapacidades asociadas con el nacimiento pre término.” (Gutierrez, 2008)

Sobre el tema de las secuelas que puedan experimentar estos bebés se le da gran relevancia la edad gestacional en el que el prematuro haya nacido, puesto que mientras menos semanas gestacionales cumpla, mayor será el riesgo de mortalidad y que padezca secuelas graves en el niño. En un estudio publicado en la revista de Nueva Inglaterra, se realizó un seguimiento a bebés pre términos y se encontró que “ desde las edades de 19 hasta los 35 años, casi uno de cada nueve personas que nacieron entre las 23 a las 27 semanas de gestación recibieron una pensión por discapacidad, comparado con 1 de 12 en los nacidos de 28 a 30 semanas, 1 de 24 entre las 31 y 33 semanas, 1 de 42 entre las 34 a 36, y 1 de 59 en los nacidos a término. En el grupo de menor edad gestacional (23 a 27) hubo un incremento significativo de parálisis cerebral.” (Gutierrez, 2008)

Sobre el tema de la mortalidad y su relación con la edad gestacional, también se evidencia estudios que colaboran a la idea que el índice de muerte es más alta en bebés muy prematuros, “aquellos que han nacido con anterioridad a las 32 semanas de gestación, y especialmente a los infantes nacidos antes de la semana 28, considerados extremadamente prematuros.” (Tucker & Mcguirre, 2004)

En muchos de los casos no se puede prevenir o pronosticar que un bebé pueda nacer antes de tiempo puesto que a pesar de que la madre tenga el cuidado indicado durante su embarazo son muchos los casos que la gestación termina antes de lo previsto. Esto es una

sorpreza para los padres ya que no entienden tanto los riesgos como las condiciones de su bebé prematuro. Es importante informar a los padres sobre estos temas, al igual que prepararlos para lo que pueda venir.

## **2. TEORÍA DEL APEGO O BONDING**

### **2.1. Antecedentes Históricos**

La teoría del apego es una de las construcciones más sólidas a partir de los años cincuenta dentro de la psicología del desarrollo, ha estado sometida a varias modificaciones recogiendo críticas y aportaciones de varios autores que en lugar de debilitar han fortalecido y han dotado de una solidez comfortable a la teoría. (Oliva Delgado, 2004). El surgimiento de la teoría del apego se alejó de los fundamentos psicoanalíticos, que habían considerado que el estrecho vínculo entre madre e hijo se daba por un amor interesado en base a las experiencias de alimentación con la madre lo que se considera como un impulso secundario. Sin embargo, John Bowlby (1907- 1991) supo elaborar una elegante teoría en base al modelo de la etiología, consideraba que el apego entre madre e hijo era una conducta instintiva, pero que no seguía una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose a las correcciones ambientales.

Al mencionar sobre el vínculo y el apego hay que nombrar a los pioneros de esta teoría como había referido anteriormente a John Bowlby y también a un personaje importante como Mary Ainsworth, quienes basaron su teoría en una serie de conceptos como son la psicología, el psicoanálisis, la cibernética, la psicología del desarrollo. Estos dos autores aportan a la teoría desde diferentes puntos de vista, Bowlby abre una nueva visión sobre los lazos que el niño presenta con su madre y sobre su ruptura por la separación, privación

o el duelo en cambio, Ainsworth se encarga de probar algunas de las ideas proporcionadas por John Bowlby con una metodología empírica y de esta manera expandir las ideas iniciales de la teoría. Es la responsable de incluir a la figura del apego como un ser mediante quien el niño va a tener la seguridad de explorar el mundo a través de él, el concepto de la sensibilidad materna a las señales de su hijo(a) y definir los patrones de apego. (Lares Díaz , 2013)

El vínculo del apego se genera cuando un bebé nace, se considera un ser fisiológicamente inmaduro que necesita de los cuidados maternos para sobrevivir, estos cuidados implican un sostén y calidez afectivos que son las primeras bases para formar lazos entre la madre y el bebé.

Se considera importante establecer una diferencia entre estas dos conductas conocidas como la conducta de apego y el vínculo de apego.

- La conducta de apego es un afecto que se desarrolla con las personas que tiene un significado especial en su vida. Es decir que el niño o la niña buscará acercarse a esta persona en especial en momentos que sienta inseguridad.
- El vínculo de apego es la conducta que tiene como resultado la conservación de la proximidad con el individuo que considera como una persona capacitada para enfrentarse al mundo. (Faas, 2017)

## **2.2. Teoría del Apego según el modelo de Bowlby (1958)**

El modelo propuesto por John Bowlby (1958) utilizó conceptos proporcionados por el psicoanálisis, la etiología y la teoría de sistemas para explicar el lazo que se forma entre madre e hijo. De la etiología se basó en diversos conceptos que explicaban el

comportamiento del niño con su madre, definiéndolo como apego para referirse al vínculo específico que los une. Con aportaciones del psicoanálisis, la etiología y el comportamiento animal, entiende que este vínculo afectivo tiene relación con la alimentación y la satisfacción de las necesidades básicas del niño que aseguran la supervivencia. (Faas, 2017) Además en su teoría propuso cuatro sistemas de conductas como son: el de las conductas de apego, de exploración, de miedo a los extraños y el afiliativo. (Oliva Delgado, 2004)

El modelo de conductas de apego tiene relación con todas aquellas conductas del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego, (sonrisas, lloros, caricias...etc.). Dichas conductas se activan cuando se percibe algún tipo de amenaza o se establece una distancia considerable con la figura de apego poniéndose en marcha el sistema de alerta para restablecer la proximidad. El sistema de exploración tiene relación con el modelo anterior ya que cuando se activan las conductas de apego, disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños muestra relación con los anteriores, ya que al activarse este se disminuye la exploración y se intensifica la conducta de apego. Por último el modelo afiliativo es el interés que se encuentra presente en los individuos por mantener relación e interactuar con otros sujetos del entorno, incluso con quienes no se hayan establecido vínculos afectivos. (Oliva Delgado, 2004)

Bowlby (1958) define a la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo indiferenciado o preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero en ciertas circunstancias se observa también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así

como la tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”. (Oliva Delgado, 2004)

### **2.3. Fases del apego según Bowlby y Ainsworth (1960)**

El apego se va ir formando en diferentes fases:

1. Fase de pre-apego (primeros dos meses): son las conductas que se presencian en las primeras semanas de vida del bebé que viene asociado a su bagaje genético y se activan frente a la presencia humana. La mayor parte de las señales son de carácter reflejo, sensorial y perceptivo que permiten al bebé comunicarse y conocer a las personas que le rodean. Entre estas conductas son como por ejemplo: sonreír, llorar y tratar de aferrarse a la figura de apego.

2. Fase de formación de apego (2 a 6 meses): el bebé aprende a diferenciar entre las figuras familiares y desconocidas por lo que tienden a interactuar con las figuras conocidas y poner en práctica los comportamientos de la fase anterior.

3. Fase clara de apego (seis meses a tres años): en esta fase se consolida el vínculo afectivo y el sistema de apego hacia las figuras. Además se consolida la figura de la madre como una base segura, una persona independiente y que está presente en tiempo completo.

4. Formación de una relación recíproca (tres años en adelante): Ainsworth (1960) propone un vínculo entre las teorías de Bowlby (1960) y las etapas cognitivas de Piaget y menciona que para que el niño pueda lograr una relación recíproca debe haber superado la etapa egocéntrica y ser capaz de interpretar los objetivos de la madre y de esta manera interactuar con sus propios objetivos. Para que se produzca una relación recíproca exitosa, la madre debe responder ante las señales proporcionadas por él bebe de una manera sensible ya

que eso es fundamental y por otro lado que las iniciativas de contacto proporcionadas por el bebé lleven a respuestas previsible y coherentes con sus necesidades por parte de su madre.

#### **2.4. Tipos de apego según Mary Ainsworth (1960)**

La relación del vínculo afectivo va acorde al grado de confianza que tiene el bebé con sus figuras de apego, este grado de confianza se va formando en base a la confianza, intimidad, el tiempo y los cuidados proporcionados por esta figura. Mary Ainsworth (1960) fue una de las pioneras en indagar en este tema y proporcionar las distintas variaciones.

Varias de sus experiencias personales, le permitieron a Mary conocer sobre las relaciones tempranas en distintas culturas en función de los diferentes comportamientos maternos, a raíz de esto evidencio que en todas las culturas los niños muestran un cierto tipo de apego hacia sus padres, no obstante, existen diferencias en el carácter que el niño adopta. Ainsworth junto a sus colaboradores (1960), diseñó un protocolo de observación conocido como la “situación extraña” en la que le permite ver las reacciones de los niños ante diferentes situaciones amenazantes. El eje de su protocolo fue en relación a la búsqueda de protección y la necesidad de exploración del medio, las situaciones propuestas en este protocolo son necesarias para observar e identificar la función de la calidad y solidez del vínculo con la madre.

Este protocolo consiste en varios episodios de una duración de treinta minutos aproximadamente en diferentes situaciones, en la cual el niño y su madre junto con extraño se encuentran en una sala de juguetes confortable y equipada, una vez puesto en marcha el estudio se presentan varias situaciones en las cuales la madre deja solo al niño o en compañía de un extraño y como resultado se estudiará las diferencias reacciones del niño ante la situación presentada. (García Madruga, Delval, & Sánchez , 2010)

- Apego Seguro se considera un apego seguro, cuando en el niño es fácil observar que se alegra de la proximidad de la madre y que recupera con facilidad la tranquilidad y la exploración del medio cuando regresa la madre que se encontraba ausente. En este tipo de apego se considera a la madre como una base segura y mediante la cual se le permite explorar el ambiente. Este tipo de apego es promovido por el comportamiento de una madre cariñosa, amorosa y sensible frente a las situaciones en las que su hijo pide protección o se encuentra frente a una situación amenazante.

- Apego Inseguro en este tipo de apego existe dos clasificaciones el apego evasivo y el apego resistente. El apego evasivo o evitativo, se observa que los niños no muestran ansiedad ante la ausencia, ni tienden a saludar o acercarse a su madre cuando esta regresa, se presenta una reacción similar ante la presencia de un extraño. Según expertos el niño únicamente muestra señales de enfado o ansiedad cuando se encuentra solo. De igual manera se puede observar conductas de distanciamiento hacia su madre ya que por lo general el niño tiende a centrarse en su juego, esto desencadena en que el niño se vuelva autosuficiente y no confíe en recibir apoyo. El apego resistente o ambivalente consiste cuando los niños muestran una reacción de ansiedad incluso en presencia de su madre, cuando la figura se encuentra ausente se observa una conducta acompañada de gritos y protestas y cuando regresa se evidencia enfado o disgusto por parte del niño. Estas conductas demuestran para los expertos que revela ambivalencia entre una tendencia a buscar su proximidad y otra opuesta a rechazarla. (García Madruga, Delval, & Sánchez , 2010). Por parte de la madre se observan conductas de protestas, comunicaciones inductoras de culpa y críticas reiteradas hacia su hijo lo que ocasiona dificultades en la relación madre e hijo.

- Main y Solomon en 1986 añadieron un cuarto tipo de apego que es el Apego Inseguro Desorganizado o Desorientado, este tipo de apego demuestra que los niños no tienen una reacción o comportamiento consistente frente al alejamiento y proximidad de la figura de apego. Estas situaciones se hacen evidentes ya que los niños pudieron atravesar por situaciones dolorosas, que produjeron que sus estrategias colapsen y se vuelvan caóticas. En gran parte estos niños demuestran su desorientación con una expresión de ofuscación, llanto, conductas rígidas, extrañas o estereotipadas. Ya que en estos casos el cuidador es visto como una figura amenazante y a su vez como una figura protectora. (Faas, 2017)

Bialoskurski, Cox y Hayes (1999) investigaron sobre el hecho de un nacimiento prematuro y la separación materno-infantil debido a la hospitalización del recién nacido podrían afectar la relación de apego. Para varios autores las primeras interacciones que deberían darse entre la diada madre e hijo en la mayoría de los casos se convierte en una triada o cuarteto debido que se encuentra involucrado el personal médico y las enfermeras. La relación de apego se puede ver afecta tanto por parte de la madre como del bebe ya que por parte de la madre se encuentra de por medio su estado de salud, el apoyo social, cultural y la forma en la que maneja la situación y en el caso del bebé esta su estado físico y los soportes técnicos que son necesarios para su supervivencia. De igual manera otro factor que va impedir la formación de lazos que afecta entre la madre y el hijo va ser su apariencia física y esto también se ve obstruido por el contacto del personal médico que interviene en la unidad de cuidados intensivos neonatales. (Serrano F. G., 2009)

Blackwell (2000) se refiere al programa madre canguro como la terapia de contacto para bebés frágiles más importante tanto por el beneficio que representa para los bebés

prematuros como los fines de investigación. La finalidad de este proyecto consiste en el contacto piel con piel entre el recién nacido y su cuidador. El programa se basa en que los bebés son mantenidos 24 horas diarias adheridas al cuerpo de su madre, en una posición vertical y de igual manera son alimentados de esta forma, los signos vitales del bebé se encuentran dentro del rango normal debido al calor del cuerpo materno, al sonido y ritmo de su corazón. Además, este programa promueve la salida temprana del bebé de su hospitalización y reduce el tiempo de separación entre la madre y su hijo. De igual manera el programa mantiene a los bebés prematuros bajo controles médicos necesarios hasta que alcance su peso necesario que son 2.500 gramos y hasta que su madre cuente con las estrategias necesarias para afrontar y resolver con éxito las demandas que genera el cuidado de un bebé, entre estas estrategias es necesario dotar a la madre de técnicas necesarias como el entrenamiento en la solución de problemas, manejo del estrés y pautas para la crianza del niño en casa, sin embargo una vez que el niño sea dado de alta es necesario que lleve controles médicos y psicológicos de manera continua hasta que cumpla los seis meses y después de manera paulatina hasta los cinco años. (Ortiz, Borré, Carrillo, & Guitiérrez, 2006)

Tessier y Cols (1998) mencionan que el contacto piel con piel del programa madre canguro entre la mamá y el bebé promueve y crea en el cuidador una disposición que le permite detectar y responder de una manera adecuada ante las señales que son emitidas por su bebé. (Ortiz, Borré, Carrillo, & Guitiérrez, 2006)

Después de analizar las teorías propuestas por John Bowlby y Mary Ainsworth en los años sesenta, sobre la teoría del apego es importante recalcar que el vínculo hace relación al contacto físico inmediato activando las funciones cerebrales del recién nacido, y el apego es el resultado de las interacciones a lo largo del tiempo entre el cuidador primario y el bebé, es importante mantener un apego seguro en los primeros dos años de vida.

### **3. PAPEL DE LOS PADRES CON HIJOS PREMATUROS**

Para los padres de los bebés prematuros el hecho que su recién nacido se encuentre en cuidados intensivos puede traer consigo diversos sentimientos, como por ejemplo la preocupación de que su hijo/a no se encuentre estable o pueden existir sentimientos de culpa, sobre todo por parte de la madre ya que se culpabilizan de que su bebé haya nacido antes de tiempo.

El papel de los padres de bebés pre términos es completamente distinta de aquellos padres con recién nacidos que no tienen complicaciones médicas para estar internados en el área de cuidados intensivos y de aquellos neonatos que han nacido dentro del tiempo esperado. Desde su nacimiento las diferencias entre estos dos grupos son notables, ya que aquellos padres con recién nacidos sin complicaciones, tienen su primer contacto una vez que él bebe haya nacido, la madre lo puede tener entre sus brazos mientras el padre espera con ansias la hora de visita para conocer a su hijo/a. En cambio para los padres con bebés prematuros que necesiten ser internados en el área de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal), no tienen este primer contacto ya que su hijo es retirado e inmediatamente trasladado a esta área del hospital. Muchos de los casos se dan que la madre, no pudo ver a su recién nacido debido a las exigencias médicas que él bebe pueda presentar por complicaciones de salud o por demanda del médico tratante.

El padre suele ser el primero en visitar a su hijo en la UCIN y la preocupación principal es la supervivencia de él. El papel que cumple el padre en esta parte es fundamental, ya que es quien le informará a la madre sobre el estado de salud de su hijo puesto que ella se encuentra en recuperación y por tal razón no podrá ver a su bebé inmediatamente. El padre es el precursor de las primeras informaciones a la madre y al resto de la familia.

“ Además, de que el padre se preocupa por la salud del bebé en el hospital también proporciona soporte a la madre, establece comunicación con familiares y amigos, cuida a los niños. Sin embargo, no se da siempre la atención como debe ser, porque muchos entran y salen de la UCIN sin conocer sobre el estado de salud de su hijo.” (Martins Castro, Johanson da Silva, & Ferreira Soares, 2015)

Una vez que la madre se encuentre recuperada y puede ir a visitar a su bebé, este momento es importante ya que el contacto temprano entre la madre y el bebé estimula la formación del vínculo y la expresión de sentimientos de amor y afecto para el bebé. “ Durante la hospitalización, las madres presentan dificultades del rol, pero ellas están dispuestas a aprender a cuidar a su hijo con el fin de alcanzar su independencia como cuidadoras y de esta manera fortalecer el establecimiento del vínculo afectivo entre ellas y sus bebés” (Guerrera & Ruiz, 2008). Si la madre se adapta de manera efectiva a esta situación, se sentirá preparada para este nuevo reto. Pero si no es así, ella expresará temor y miedo y no querrá hacerlo, puesto que no se sentirá preparada para asumir los cuidados adecuados para el recién nacido.

La frecuencia con que los padres visiten a su bebé es de gran valor puesto que “ es un factor que puede influir significativamente en la relación con su hijo y la calidad de su desarrollo.” (Martins Castro, Johanson da Silva, & Ferreira Soares, 2015)

Otro papel que se le debe dar relevancia, es del equipo médico que se encuentra dentro de la UCIN y también del médico tratante encargado del nacimiento y el bienestar tanto de la madre como del bebé. “ La hospitalización del bebé en la UCIN representa un momento de crisis para él y su familia, que puede tener un impacto en la formación del vínculo entre ellos. Por lo tanto, la acogida dada al bebé por el equipo debería extenderse a los padres y familia, tratando de esta manera de minimizar el sufrimiento de quienes se

someten a esta experiencia tan particular y diferente.” (Martins Castro, Johanson da Silva, & Ferreira Soares, 2015). El equipo médico de la UCIN son aquellos que les darán las primeras indicaciones de cómo se encuentra su recién nacido, y también les preparan a los padres a ver a su hijo dentro de un ambiente que quizás no están preparados, ya que su bebé se encontrará rodeados de tubos, máquinas sofisticadas que emitirían sonidos poco comunes y también a su alrededor habrán más bebés que se encuentren en el mismo estado de su hijo o quizás peor. Es importante que tanto las enfermeras como los doctores, brindan la suficiente confianza a los padres, ya que en muchos casos la madre será dada de alta pero él bebé necesitara estar internados por más días en la UCIN. Así los padres tendrán menos preocupaciones en dejar a su hijo dentro de esta área y sentirán que su bebé se encuentra en buenas manos y su preocupación no será tan grande. Por lo tanto la comunicación entre estas dos partes es fundamental ya que existen estudios que demuestran que las informaciones recibidas de salud profesional son esenciales para proporcionar alivio a los padres amedrentados que se debilitan debido a la precocidad de la condición del hijo.

Durante la internación del RNPT (recién nacido pre término) en el área de la UCIN los sentimientos negativos por parte de la madre son diversos, se encuentran presentes sentimientos tales como depresión, culpa, frustración, preocupación, angustia entre otros más. Aquí el papel del padre es importante ya que es quien le brinda apoyo y tranquilidad a la madre ya sea comunicándole sobre el estado de su hijo o simplemente con el hecho de estar presente y preocupado, la madre se sentirá acompañada y minimizará aquellos sentimientos de soledad y de preocupación.

Durante la hospitalización del bebé, existirán diversas preguntas y dudas por parte de los padres que surgirán en esa situación, como el estado de salud del bebé, qué tratamientos

le están brindando pero sobre todo la pregunta de cuándo se dará de alta a su hijo. Esta pregunta es una de las más comunes entre los padres de bebés pretérminos ya que están ansiosos por llevar al nuevo integrante de la familia a su hogar y brindarle todo el amor y el cuidado que requiera. En ciertos casos el equipo médico le podrá brindar respuesta a esta pregunta dándoles una fecha específica, pero en otros casos en donde el recién nacido se encuentre en un estado de salud riesgoso, no se podrá dar una fecha como tal, ya que es necesario observar la evolución del bebé durante los días que se encuentre internado.

Una vez que el bebé esté listo para ser dado de alta y ser llevado a su hogar, los padres tiene una mezcla de emociones tanto positivas como negativas, ya que pueden expresar felicidad que por fin su hijo se podrá ir con ellos a casa, pero también existirán sentimientos de temor y preocupación sobre el cuidado de su hijo ya que no será el mismo cuidado que se le brindará a comparación de un neonato que no ha sido hospitalizado durante un largo periodo de tiempo y no requiere un cuidado específico por su condición de salud. Por lo general cuando un bebé ya es dado de alta, significa que se encuentra estable en cuanto a su salud médica pero de igual manera el equipo que estaba a cargo del bebé les dará a los padres ciertas indicaciones acerca del cuidado del recién nacido, como por ejemplo, indicaciones sobre su alimentación, si requieren cierto medicamento o acudir a citas médicas que deberán cumplir para una revisión rutinaria. Aquellas indicaciones pueden generar temor, ansiedad y sobre todo preocupación en los padres puesto que no saben si podrán lograr un cuidado adecuado y podrán complicar con el rol materno y paterno de una manera esperada.

Una vez que el bebé es dado de alta, es llevado a casa de los padres para que pueda ser cuidado por ellos. Es un cambio tanto para el niño como para los padres, los padres se tendrán que adaptar al hecho que son ellos los encargados del cuidado de su bebé. Tanto

la madre como el padre cumplen un papel importante en esta etapa. A pesar de que tal vez el padre tenga que regresar a su trabajo, se sabe que los padres de niños prematuros son aquellos que se encuentran más involucrados en el cuidado de su hijo. Actualmente se sabe que los padres cumplen su rol paterno de una manera adecuada y que no le dejan todo el trabajo a la madre. " Tanto la maternidad como la paternidad son procesos complementarios que se desenvuelven dentro de una estructura cultural y familiar existentes. Tradicionalmente los padres –en nuestra cultura– tenían el rol de ser los proveedores del soporte material de los hijos y de la esposa. Esta concepción ha ido transformándose en los últimos 30 años: la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y una nueva visión del hombre fueron los hitos principales para esta transformación." (Oberman, 1994)

El papel de la madre se puede decir que es más laborioso que el del padre, pero esto no le desacredita a él, sobre el cuidado que pueda brindar tanto a la madre que quizás se encuentre todavía convaleciente debido al parto, y también al cuidado de su hijo.

La madre está principalmente encargada y preocupada acerca de la alimentación del bebé. Este es un tema importante ya que su hijo durante un periodo de tiempo se encontraba bajo el cuidado de extraños, por esta razón una de las emociones encontradas en estas madres es el temor de cometer algún error y que su hijo pueda salir afectado ya que son bebés con cuidados y necesidades distintas a los bebés que han nacido dentro del tiempo adecuado. El tema de la alimentación es uno de los puntos de mayor preocupación para las madres de bebés pre términos. " Algunos autores lo relacionan con la intensidad del estrés materno al afectar globalmente las interacciones madre-bebé, siendo la alimentación una de las funciones principales en que éstas se expresan. Además, en los prematuros, la alimentación puede estar influida y complicada por las experiencias

displacenteras vividas en las fases tempranas y por las técnicas utilizadas para alimentarles durante la hospitalización.” (Serrano F. G., 2010)

En muchos de los casos las madres de estos bebés, sienten que sus hijos no les pertenecen o son extraños a ellas, ya que desde su nacimiento no existió ese lazo madre-hijo que se forma durante el parto y la alimentación del recién nacido. También porque su bebé no está al cuidado de ella desde el inicio si no se encuentra bajo el cuidado de otras personas extrañas encargadas de la salud del mismo. Por estas razones dificultan aún más el reconocimiento del RNPT como su hijo. Adaptarse a esta idea tomará un tiempo a la madre.

El cuidado en general es compartido tanto por la madre como por el padre. La higiene del bebé, la alimentación, la vestimenta y todo aquello que con lleva a un buen cuidado se encargará los dos. Desde el inicio existe preocupación por parte de los padres, pero con el transcurrir del tiempo ellos se adaptan a este nuevo cambio en sus vidas, y van reconociendo al bebé como suyo. Comprende que son capaces de cumplir sus roles tanto materno como paterno y se sentirán más confiados para realizar cualquier acción relacionado con el bebé. Durante este procesos existirán una mezcla de sentimientos tanto positivos como negativos y de igual forma existirá ciertos conflictos entre la pareja pues la frustración que puedan llegar a sentir conllevará a culparse entre ellos sobre la situación que están viviendo y sentirse sobrecargos de emociones negativas que se descargarán mutuamente. Estos conflictos se resolverán con el tiempo pues es un cambio duro que se dará en la pareja pero que sabrán llevarlo de la mejor manera una vez que se adapten a los nuevos cambios que conlleva tener un bebé en casa y sobre todo cuidarlo y cumplir con todas sus necesidades.

#### **4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

Ante un mismo suceso la gente tiende a reaccionar de diferentes maneras, en base a las experiencias que han cursado a lo largo de su vida y valorando las consecuencias que han obtenido, como por ejemplo, ante la muerte de un ser querido como es de imaginarse en gran parte las personas tienden a deprimirse por la pérdida, guardan luto como una forma de respeto al fallecimiento, pero en algunos casos puede existir que algunas personas se alegren ante el suceso ya que cada uno tiene su manera propia de enfrentar el problema que se presenta. En este caso nos enfocaremos en cómo los padres enfrentan el nacimiento prematuro de su bebé que se encuentra internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). La carga emocional que tienen los padres de los niños prematuros que se encuentran hospitalizados en la UCIN, solo puede entender aquellas personas que ha vivido tal experiencia traumática. Aquellas situaciones que alimentan el estrés, la ansiedad, tristeza, preocupación, desesperanza y culpa son diversas. Puede ir desde el desconocimiento del estado de salud de su hijo, hasta el ambiente físico que se encuentra el recién nacido y lo sorprendente y abrumador que puede ser esto para los padres, también el posterior cuidado que ellos deberán tener cuando su hijo es dado de alta de la UCIN. Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos atienden a pacientes críticamente enfermos que necesitan de cuidados especializados, lo que significa un intenso estrés tanto para el niño como para su familia. Provocando la separación, acceso a un ambiente que es vivido como extraño y amenazante, la relación con personas desconocidas y procedimientos dolorosos e invasivos todo esto genera situaciones en que la mayoría de las veces los padres no saben cómo actuar y cada uno de ellos presentan diferentes estilos para afrontar el problema a resolver, por ejemplo algunos expresan abiertamente sus preocupaciones mientras que otros reprimen sus sentimientos. (García , Herrera, Paredes, & Rebaza, 2017)

Se considera que un suceso es estresante en relación a como cada individuo lo valore y le otorgue importancia, para eso se consideran diversos factores, ya que cuando un sujeto se encuentra frente a una situación amenazante va a realizar una serie de valoraciones, en primer lugar se da una valoración primaria que consiste en analizar si el hecho es positivo o negativo y las consecuencias que puede tener ya sea en ese momento o en un futuro; y en segundo lugar se realiza una valoración de las capacidades que posee la persona para hacer frente al problema. (Vázquez Valverde, Crespo López, & Ring, 2003)

Tanto los sucesos positivos como negativos son valorados por un proceso denominado afrontamiento. La perspectiva psicológica desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), sostiene que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valorización cognitiva que la persona realiza. Lazarus y Folkman (1984) refiere que los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2009)

Se entiende como afrontamiento también situaciones en las que se van a utilizar aquellas estrategias que ayudaran a reducir al mínimo las consecuencias negativas que producen los factores estresores o negativos sobre la salud y el bienestar psicológico. El afrontamiento supone cualquier esfuerzo que se utilice ya sea o no de una manera consiente o saludable con la finalidad de reducir, evitar o eliminar los factores estresores o negativos o en algunas circunstancias tolerar sus efectos de manera menos perjudicial. Sin embargo en algunos casos los esfuerzos de afrontamiento utilizados pueden ser saludables o positivos o llegar a causar más daño o problemas a la persona. (Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2009)

Lazarus y Folkman (1984) plantearon una distinción entre lo que son los estilos de afrontamiento (regular la respuesta emocional producto del problema) de las estrategias de afrontamiento (manipular o alterar el problema). Los estilos de afrontamiento están relacionados con las características personales que se utilizan para enfrentar las situaciones estresantes, que a su vez están asociados a las emociones que surgen cuando el sujeto evalúa si sus capacidades son útiles o no para solucionar el problema, en este proceso intervienen los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de un trastorno emocional. Al intervenir las emociones ya sea para evitar o generar un trastorno emocional, los sujetos necesitan que algo les motive o impulse para generar una acción y de esta manera encaminarse a una reevaluación cognitiva, que modifiquen sus estilos de vida o la forma de percibir diversas situaciones permitiendo atenuar la amenaza al ver la situación desde otra perspectiva. (Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2009). En cambio cuando hablamos de estrategias de afrontamiento, nos referimos a un conjunto de respuestas que una persona pone en práctica para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones generadas por estas. (Casullo y Fernández, 2001). Dentro de su investigación conceptual Lazarus (1984), mencionó que las estrategias de afrontamiento tienen relación con la personalidad, para hacer más exacto su estudio se refiere sobre el hecho de cómo las características de las personas, influyen al momento de poner en práctica las estrategias de afrontamiento con este estudio estaba de acuerdo Fernández Abascal (1997), mencionó que los estilos de afrontamiento se refieren a las predisposiciones personales, para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Así estas estrategias de afrontamiento se consideran como proceso que se va a poner en práctica en un contexto

específico y estas se encuentran en constante cambio dependiendo de la situación amenazante que se presente. (Castaño & León del Barco , 2010)

Sin embargo otros autores han considerado que estos dos conceptos son complementarios, explicando que los estilos de afrontamiento son formas estables o consientes de afrontar el estrés es decir llevan a la persona a pensar y actuar de forma más estable, mientras que las estrategias serían acciones y comportamientos más específicos que van actuar en función de la situación. (Castaño & León del Barco , 2010)

Existe otra distinción sobre las estrategias de afrontamiento que son estilos pasivos y activos. Los estilos activos, es cuando la personas realiza un esfuerzo para continuar con su vida y salir adelante a pesar de las adversidades o los obstáculos que se presenten a lo largo de su vida, es decir realiza una confrontación adecuada y reconoce sus propias emociones y está asociado con la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos más positivos; en el estado positivo la persona goza de una buena salud mental que van a favorecer la calidad de vida. En cambio, los estilos de afrontamiento pasivos es cuando la persona tiende a perder el control sobre la situación, y por esta razón depende de otras personas que le ayuden hacer frente la situación y tiene relación con el aumento en la severidad del dolor, depresión y un deterioro funcional. (Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2009)

#### **4.1. Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984)**

Entre ellas tenemos:

- **Reevaluación Cognitiva:** se basa en el análisis, la búsqueda de alternativas y la anticipación de consecuencias. Este estilo adopta una planificación de las diferentes alternativas que se podría utilizar para hacer frente

a un problema. Es cuando una persona analiza todas las alternativas que posee y las consecuencias que trae consigo cada una de ellas, esto lleva a la persona a pensar y analizar detenidamente la situación.

- Estrategia de afrontamiento en base a las emociones tiene como objetivo reducir o disminuir la descarga de emociones en base a la situación, intervienen diferentes estrategias como son el apoyo social o emocional, búsqueda de apoyo en los demás y comprensión de la situación emocional en la que se encuentra envuelto. Este tipo de estrategias nos ayudan a enfocar y regular la expresión de las emociones además se caracteriza por canalizar la expresión de las mismas hacia los demás originadas por el problema.

- Aceptación o resignación aceptar la responsabilidad que tuvo la persona en el surgimiento o mantenimiento del problema.

- Restauración positiva percibir los diferentes aspectos positivos que estén presente o se haya presentado durante una situación estresante.

- Búsqueda de apoyo social consiste en acudir a otras personas para que le proporcionen ayuda, comprensión e información de acuerdo a lo que necesite la persona.

- Escape o evitación es cuando la persona evita o realiza otros tipos de acciones para evitar o escapar de la situación amenazante como es recurrir a la comida, alcohol, drogas o medicamentos para dormir.

- Autocritica negativa tiene relación cuando una persona se enfoca únicamente en sus aspectos negativos, en vez de focalizar su energía y centrarse en aquello que pudiera realizar para solucionar el problema.

- Centrado en el problema: en la solución de problemas por lo general, la mayoría de los seres humanos nos mostramos activos frente algún

problema, analizando las causas que generaron el problema, asumiendo la responsabilidad y por consiguiente identificando las situaciones o alternativas que podrían reducir o incrementar el problema, en este caso también interviene la valoración de las propias capacidades para hacer frente a la situación estresante. La persona considera el cambio como una oportunidad y no como un problema.

Según Lazarus y otros autores consideran que los estilos de afrontamiento son modos de actuar frente a diversas situaciones, las personas van a considerar un hecho como estresante o amenazante dependiendo del valor que le otorguen a cada situación. Es importante considerar que cada persona tiene una manera propia de reaccionar frente a cada situación en base a experiencias pasadas.

## **5. ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PADRES DE HIJOS PREMATUROS**

El traer un hijo al mundo puede generar cierta incertidumbre y preocupación para los padres, puesto que existirán pensamientos como “podre ser un buen padre o madre”, “estare listo para cuidar de un bebé” entre otros pensamientos relacionados al tema. La ansiedad que sienten los padres pueda incrementar cuando el día del parto se acerque. Pero esta ansiedad y este estrés se encuentran en nivel más altos en padres con hijos pre términos sobre todo si son internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El internamiento del recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal provoca en los padres un duelo por la pérdida de un de niño sano y normal y les obliga a afrontar nuevos y desconocidos problemas.

Los padres del bebé al conocer que su hijo nacerá de manera prematura, ya comienzan a sentir aquellos síntomas de estrés, pues piensan todas las situaciones negativas o lo peor que le pueda ocurrir a su recién nacido. Tienen miedo que su hijo no pueda ir a casa con ellos cuando la madre es dada de alta, también temen por la salud médica de su recién

nacido pues unos de los temas que más eleva la ansiedad, estrés y todos los sentimientos negativos relacionados al tema, es el temor de que su hijo pueda morir por su condición delicada de salud.

“ La estructura y organización de la UCIN es fuente de factores estresantes que afectan emocionalmente a los padres. Entre estos factores encontramos: (Cuesta, Espinosa, & Gomez Prats, 2012)

- ❖ Factores auditivos y visuales.
- ❖ Aspecto y comportamiento de recién nacido.
- ❖ Tratamientos médicos.
- ❖ Pérdida del rol parental.
- ❖ Comportamiento del personal sanitario.
- ❖ La separación que comporta la hospitalización.
- ❖ Probabilidad de supervivencia del recién nacido con secuelas.
- ❖ Riesgo de fallecimiento del niño.”

“El concepto de estrés psicológico es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos, y pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1986). Por lo tanto, en este caso el internamiento del recién nacido a la UCIN se considera como un estresor para los padres. En esta parte es importante mencionar los tipos de afrontamiento que puedan presentar tanto la madre como el padre ante esta situación. Algunos padres por la sorpresa de que su hijo ha nacido pretérmino, pueden sentirse abrumados por el caso y suelen pensar lo peor como la muerte de su recién nacido. Otros padres tratan de tomar la condición de su hijo sin tanta preocupación pues saben que si se exaltan o pierden los estribos la situación puede empeorar. Habrá padres que no

pierden la esperanza y tratan de mantenerse positivos ante esta situación tan difícil de afrontar. En una investigación realizada para disminuir los niveles de estrés entre los padres con hijos internados en la UCIN, se pudo evidenciar en los resultados obtenidos, que los padres presentan diferentes tipos de respuestas ante el suceso. “Entre las manifestaciones emocionales se destacó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto; en la dimensión conductual, los cambios de hábitos con descuido de la apariencia personal; y por último, en relación a las manifestaciones cognitivas, los padres destacaron la pérdida de la atención en la visita a sus hijos, provocada por los ruidos de las alarmas y equipos.” (Carturo Agustina, Isabel Maria Mikulic, 2012).

En algunos casos el internamiento del recién nacido a la UCIN puede ser realizado de una manera rápida, y en otros casos críticos no se les informa a los padres de manera inmediata el estado de su bebé, lo que puede traer consigo distintas emociones entre los progenitores. Las emociones más comunes que se puede encontrar en los padres de estos recién nacidos es la culpa, preocupación, miedo, angustia, desesperanza, muchas veces presentan cuadros de inhibición intelectual debido a la angustia que están pasando y esto se traduce en una dificultad para entender la información que se les ha dado. Todos estos sentimientos contribuyen al estrés que sienten los padres y esto puede dificultar la relación parental.

En algunos estudios revelan que existe una diferencia percibida del suceso entre la madre y el padre. Investigaciones revelan que la madre demuestra niveles más altos de estrés que el padre. Esto puede deberse al hecho que son ellas quienes pasan más tiempo dentro de la UCIN. También se debe a los roles diferenciales, biológicos y sociales, entre ambos.

Otra situación que pueda elevar aún más los niveles de estrés en los padres puede ser el hecho que desconoce el estado de salud de su hijo. En ciertos casos el equipo médico no

puede informar la condición del recién nacido por diversas razones. Esto hace que los padres del bebé piensen lo peor y su angustia y desesperación aumenten incluso más.

Cuando los progenitores visitan a su hijo al verlo por primera vez, esta situación puede ser sorpresiva para los padres pues en algunos casos sus hijos no se observan físicamente como ellos esperaban, también el ambiente en donde se encuentra su recién nacido puede ser abrumador para ellos, puesto que el bebé puede estar rodeado de equipos médicos muy sofisticados. Esto puede hacer que al inicio la pareja entre en “shock” ya que no esperaban ver a su recién nacido de tal manera. Pero este sentimiento de shock va disminuyendo al transcurrir de los días y mientras más tiempo se encuentren con su hijo será mejor la aceptación que tengan. Las etapas para esta situación pueden ser tres: primero se observa asombro o un estado de shock en los padres, posterior a eso empieza la etapa de la aceptación y por último se puede ver la adaptación de los padres para este suceso.

Pueden existir ciertos eventos que harán que el estrés y la ansiedad que sienten los padres en estas situaciones puedan ir disminuyendo. Por ejemplo, uno de ellos es la buena relación y comunicación que puedan tener los progenitores con el equipo médico encargado del cuidado de su recién nacido, ya sea con las enfermeras como con el médico de cabecera. Esto hará que los padres se sientan confiados y reduzca el temor de que a su hijo le pueda pasar algo terrible. Se sentirán que su bebé está en buenas manos y tendrá un buen pronóstico para que de esta manera sea dado de alta lo más pronto posible.

El apoyo social y familiar también hará que los padres sientan que no están solos en esta situación difícil. Conocer de otros casos o familias que ha tenido un bebé pre término que actualmente se encuentra estables de salud y no ha presentado secuelas posteriores, será

alentador para estos padres, pues les dará esperanza que su hijo pueda salir con un buen estado de salud de la UCIN y pueda ser llevado a su hogar lo más pronto posible.

Una vez que se les da la noticia a los progenitores que su recién nacido será dado de alta y podrán llevarle a su hogar, es un momento de felicidad tanto para la madre como para el padre. Pues es lo que esperaban durante todo este largo proceso en el cual su hijo estaba internado. Pero también es un momento de incertidumbre para los progenitores pues saben que son ellos ahora los que estarán encargados del cuidado del bebé. Esta también puede ser una situación que cause ansiedad en los padres puesto que siempre el cuidado de un recién nacido tendrá que ser realizado con el mayor cuidado posible y aún más si es un bebé pre término.

No sólo el cuidado del bebé puede ser un tema de preocupación en los padres, ya que también se plantean otras situaciones sociales que le puedan causar ansiedad en ellos. Como por ejemplo, el hecho de que tendrán que invertir gran parte del tiempo en el cuidado de su hijo, y esto puede causar el descuido en ciertas áreas de su vida como el área laboral. En la mayoría de los casos el padre es quien retorna primero al trabajo, dejando a la madre sola con el cuidado del niño hasta que el padre regrese de sus horas laborales. Luego es tiempo que la madre regrese al trabajo, esto puede ser difícil para ella pues durante un tiempo estaba completamente centrada en el cuidado de su hijo pero ahora tendrá que dejar el cuidado y la confianza con otra persona. En algunos casos el cuidado del recién nacido será dado a una persona cercana de los padres como puede ser a los abuelos del recién nacido o hermanos/as de los progenitores. Esto puede hacer que la ansiedad y la preocupación de la madre sean menor ya que está deja a su bebé con una persona de confianza y sabe que lo cuidarán de la mejor manera. Pero algunos casos no es así puesto que los familiares de los padres trabajen o tengan ciertas actividades que

impidan el cuidado del recién nacido. En estos casos la decisión de dejar al bebé puede ser difícil para los padres pues temen que con la persona que esté al cuidado de su hijo, no sea apta o no lo cuiden como ellos lo hicieran. Esta situación puede causar gran estrés y preocupación en los padres, sobre todo en la madre. La separación nuevamente del bebé entre los padres puede causar ansiedad en ellos, quizás no de la misma magnitud que al inicio tenían cuando él bebé estaba internado en la área de cuidados intensivos.

Otro tema de preocupación para estos padres pueda ser la parte económica. Tener un bebé pre término también significa que puedan que tengan mayores gastos dependiendo del caso del recién nacido y de sus necesidades. En muchos casos los padres no están listos para estos gastos pues no se esperaban que su bebé nazca pre término.

## **6. TERAPIA GRUPAL/ASESORAMIENTO**

Según la RAE (Real Academia de la Lengua), define la palabra asesoramiento como una acción o efecto de asesorarse y asesorar como el acto de dar un consejo o dictamen. (Diccionario de la Lengua Española, 2001)

En psicología se conoce como asesoramiento psicológico o counselling, cuando un psicólogo experto brinda un espacio al consultante asegurando total confidencialidad, cuyo objetivo es enfocarse en la atención y prevención de los diversos problemas de la vida cotidiana, vida academia, selección de estudios o profesión, conflictos de pareja, adaptación del entorno y la toma de decisiones en base a diferentes aspectos ya sea laboral, académico, familiar y estilo de crianza de los hijos. (Asesoramiento Psicológico, 2010)

El asesoramiento psicológico se diferencia de la psicoterapia individual, en que el primero se enfoca en una escucha activa, en la cual se dota al consultante de diferentes técnicas o

estrategias en relación al problema presentado a diferencia de la psicoterapia no es necesario que se encuentre presente un síntoma o trastorno. (Asesoramiento Psicológico, 2010)

El asesoramiento se puede brindar apoyo ya sea de manera individual, grupal, familiar, parejas, instituciones, de formación y a padres.

El papel del psicólogo como asesor consiste no solamente en aconsejar si no también se realiza un acompañamiento durante el proceso. Ya que cada persona tiene su propia forma de pensar y actuar, cuando el psicólogo interviene lo hace para encaminar al consultante hacia una mejor solución, de esta manera le ayuda a tomar consciencia y aclarar sus emociones y así se dé cuenta cómo están se alteran con las diferentes situaciones. (Arroyo, 2014)

El asesoramiento tiene como objetivo aumentar la autonomía de la persona para que puede desenvolverse con mayor seguridad en los diferentes ámbitos de su vida. Brindando estrategias que puede se puedan trabajar en el presente, permitiéndole un adecuado afrontamiento en situaciones difíciles, en la cual se realice un análisis correcto de la situación teniendo en cuenta cuáles son sus necesidades y recursos que podría utilizar. (Arroyo, 2014)

Evelyn Cano (2017) menciona que los padres de bebés prematuros, “todos los padres y madres en esta situación se sienten desbordados, perdidos, incapaces incluso de asimilar la información que les dan los neonatólogos”.

Al ser padre de un bebé prematuro causa en ellos sentimientos de desconcierto al no saber o conocer sobre las condiciones en las que se encuentra su pequeño, al estar internado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología conocida como la “NEO”, genera

incertidumbre también el hecho de no entender el lenguaje de los doctores y enfermeras ya que es algo nuevo para ellos pero entre toda esta situación lo único que llegan a comprender es que su bebé es prematuro. Otro acontecimiento duro de enfrentar para los nuevos padres es llegar a casa con las manos vacías, estas situaciones generan una serie de preguntas o sentimientos de culpabilidad, ya que no comprenden que sucedió o que hicieron para que el parto se adelantara, porque su bebé es tan pequeño, se sienten confundidos al no saber cómo se encuentra su hijo conectado a los aparatos de la neo, cómo actuar o relacionarse con su bebé o ayudarlo a adaptarse a un nuevo ambiente fuera de esta área. (Evelyn Cano, 2017)

Por esta razón es importante llevar un asesoramiento y acompañamiento a estos padres que se encuentra desconcertados frente a una situación en la que no conocen cómo actuar, la impotencia de querer ayudar a su bebé, el desconocimiento de su estado de salud y el temor a encariñarse y no saber si este sobrevivirá, otro punto también es mejorar la relación entre el personal médico y los padres. Realizar un asesoramiento en grupos puede proporcionar importantes beneficios para la familia, como por ejemplo facilita el intercambio de experiencias, es decir, poner en palabras los sentimientos que los identifican entre familias que están atravesando por la misma situación y con ello la formación de una red de apoyo familiar informal, esto a su vez generando el respeto ante las diversas formas de pensar. Además que el asesoramiento puede brindar la información necesaria aclarando las dudas de los padres, ya que al recibir la información y comprender lo que está sucediendo ayuda a calmar un poco su angustia y el impacto de dejar a su bebé internado en la neo. (Larguía, Shapira , & Aspres, 2008) Al realizar el asesoramiento los padres llegan a comprender la problemática del nacimiento prematuro, familiarizarse con las técnicas y el protocolo de la unidad de cuidados intensivos y entender el lenguaje que

utiliza el personal médico y de esta manera colaborar en el cuidado y atención del bebé. (Cuevas Cancina J., Moreno Perez N.E., 2017).

Uno de los objetivos de la terapia en grupo es lograr que los padres recuperen la confianza en sí mismo, cuando se presente el momento de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología puedan asumir un papel activo en el cuidado de sus hijos y ayudarlos a encontrar la manera de expresar cariño y el bebé se sienta aceptado. Para el desarrollo adecuado del bebé es importante que el padre realice acciones como por ejemplo hablarle para que el niño escuche la voz de sus padres, acariciarlo, realizar contacto piel a piel y alimentarlo. Los padres de un bebé prematuro ya se encuentran bastantes angustiados al saber que el parto se presentó de manera prematura, los sentimientos y las emociones se intensifican, se encuentran sensibles ante cualquier comentario o crítica que reciban de su hijo, por eso es mejor evitar algunos comentarios en base al peso o tamaño del bebé, ya que ellos son conscientes de la situación y frases como “que pequeñito es”, solamente acrecientan el dolor, se debe respetar el duelo de los padres, a pesar de que el niño haya sido dado de alta, los sentimientos de angustia, estrés y ansiedad se encuentran presentes en ellos, y se encuentran al pendiente de evitar una recaída en la salud de su hijo, estos sentimientos van disminuyendo conforme pase el tiempo y vean un desarrollo adecuado en sus hijos, por esta razón es importante que se eviten frases como lo estas protegiendo demasiado, estas cosas no deberías hacer. Lo que los padres necesitan es que le brinden apoyo y que sean escuchados de una manera empática sin juicios ni reservas. (Mancorra, 2010)

Se conoce a la terapia grupal como una forma de tratamiento en que las personas son colocadas dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta para lograr cambios a través de la interacción social. El grupo representa una réplica más exacta de la sociedad que la

relación diádica; por ello, ofrece mayores oportunidades de aprendizaje correctivo y de enseñanza. (Kaplan y Sadock, 1996)

La terapia grupal está conformada por un grupo pequeño de unas 7 a 12 personas que compartan algunas características en común:

- Problemática en común
- Tener un CI aceptable
- Tener buena predisposición para ser parte del grupo
- Un nivel cultural promedio

El éxito de un asesoramiento grupal depende de una adecuada selección, organización y planificación para de esta manera crear un grupo consolidado, con expectativas claras y así disminuir la ansiedad anticipatoria, las tasas de inasistencia y deserción, adaptar los pacientes al grupo y obtener mejores resultados. En la creación de un grupo también va intervenir los factores de inclusión y exclusión en este caso los factores de inclusión serían padres de bebés prematuros y de exclusión padres de bebés a término. En los grupos existen dos modalidades que son los grupos homogéneos y heterogéneos. Los parámetros en estos grupos son la raza, edad, sexo, clase social y religión. (Mancorra, 2010)

El lugar donde se desarrolle la terapia grupal, debe ser un entorno tranquilo para impedir interrupciones y de esta manera permitir la confidencialidad. En cuanto al tiempo existen grupos de corta y larga duración. Los de corta duración son grupos cerrados es decir con miembros fijos. Los grupos de larga duración no tienen un final prefijado y existe una rotación de pacientes. Se da generalmente una o dos veces por semana con duración aproximada de una a dos horas. (Vázquez Valverde, Crespo López, & Ring, 2003)

Según Gerald Corey (1995) la terapia grupal se atraviesa por diferentes fases y según esto se va estructurando el número de sesiones necesarias. Seligman, Schulman y Tyron

(2007), diseñaron una intervención preventiva para los síntomas ansiosos y depresivos, dicha intervención se conformó de 8 sesiones de dos horas de duración.

La terapia grupal brinda un sin número de beneficios para sus participantes ya que de esta manera le ayuda a la persona a compartir sus experiencias, a tomar los consejos de otras personas que atraviesan situaciones similares, a no sentirse solos con su problema, a incrementar la autoestima, mejorar la capacidad de dar y recibir apoyo, seguridad y sobre todo una confianza en sí mismos. (Corey, 1995)

Es importante conocer las consecuencias que tienen los padres de bebés prematuros, ya que en muchos casos suelen tener ideas erróneas o exageradas por la falta de información brindada al inicio del internamiento de su recién nacido. Por esta razón los niveles de estrés o ansiedad se encuentran elevados. Es recomendable que se realicen acompañamientos psicológicos a los padres para lograr un afrontamiento adecuado de la situación.

## **CAPITULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

El presente estudio tiene como finalidad identificar las estrategias de afrontamiento cuando se produce factores de estrés y ansiedad en los padres de los bebés prematuros, que se encuentran internados en la Unidad de Neonatología de Cuidados Intensivos de la Fundación Pablo Jaramillo. Se realizará una evaluación a los progenitores de los recién nacidos internados en esta área, para esto se utilizará el inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRÍA). Posteriormente se realizará un análisis de los datos obtenidos para realizar un plan de asesoramiento en función de los resultados obtenidos según los niveles de estrés y ansiedad que padecen los progenitores con el objetivo de brindar un acompañamiento psicológico a los mismos.

#### **2.1. Tipo de Estudio**

El siguiente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que pretende obtener datos en una población específica, seleccionados en base al cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión.

#### **2.2. Área de Estudio**

El estudio se realizó en la Clínica Humanitaria, “Fundación Pablo Jaramillo”, en el área de Neonatología con los padres de niños prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **2.3. Participantes**

El estudio estuvo formado por un grupo de treinta padres de familia de la Fundación, quienes accedieron de manera voluntaria a formar parte del grupo de investigación,

durante los meses de septiembre y octubre, este grupo fue seleccionado bajo criterios de inclusión y exclusión.

## **2.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

El grupo de estudio estuvo conformado por treinta padres de Familia entre ellos hombres y mujeres de la Fundación Pablo Jaramillo entre los meses de septiembre y octubre.

### **2.4.1. Criterios de Inclusión**

- Padre de niño prematuro internado en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Pablo Jaramillo.

### **2.4.2. Criterios de Exclusión**

- Padre de bebé nacido a término normal.

## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Variable Independiente**

Variables sociodemográficas en el estudio son la edad, sexo y tipo de problema a presentarse y los estilos de afrontamiento.

### **2.5.2. Variable Dependiente**

Identificar el nivel de estrés, grado de control y el estilo de afrontamiento más utilizado.

### **2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta	Temporal	Años cumplidos informados por el entrevistado	Adulthood temprana (18-39) Adulthood madura (40-60)

	el momento del estudio			
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos	Física	Respuesta del entrevistado	Hombre Mujer
Tipo de problema	Asuntos que implican algún tipo de inconveniente o dificultad que exigen una solución	Problema presentado	CRIA Inventario de Respuesta de Afrontamiento para Adultos	Primera Sección <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de problema percibido durante los últimos doce meses</li> </ul>
Estilos de afrontamiento	Comportamientos conscientes llevados a cabo para afrontar o solucionar una situación percibida como amenazante.	Estrategia utilizada	CRIA Inventario de Respuesta de Afrontamiento para Adultos	Segunda Sección Estrategias de afrontamiento <ol style="list-style-type: none"> <li>Análisis lógico</li> <li>Reevaluación positiva</li> <li>Búsqueda de guía y soporte</li> <li>Solución de problemas</li> </ol>

				5.Evitación cognitiva 6.Aceptación o resignación 7.Búsqueda de recompensas alternativas 8. Descarga emocional
--	--	--	--	---

## **2.6. Métodos o Instrumentos para la recolección de información**

El grupo de padres de niños prematuros se realizó mediante la aplicación del CRIA Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos. Mediante el cual nos permite obtener información sobre el problema más importante percibido durante los últimos doce meses y las estrategias de afrontamiento a utilizarse.

## **2.7. Procedimientos, Autorización y aspectos éticos.**

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Fundación Pablo Jaramillo, el grupo conformado por treinta padres de familia accedieron de forma voluntaria a participar, en el cual se dio a conocer los objetivos planteados, en qué consistía el Inventario de Respuestas de afrontamiento para Adultos, los beneficios a obtenerse en el asesoramiento y la finalidad del proyecto.

## **2.8. Metodología y aplicación del programa**

Se identificó a la población requerida durante los meses de septiembre y octubre, seleccionados en consideración con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez

formado el grupo de treinta padres de niños prematuros se realizó una entrevista clínica para obtener datos relevantes sobre el paciente posterior a ello se explicó los diferentes puntos a contestarse en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para poder realizar un plan de asesoramiento en base a los resultados obtenidos.

Posterior a la entrevista y aplicación del test, se esperó realizar el asesoramiento grupal con todos los participantes. No se pudo lograr este último punto por distintas razones. Primero, muchos de los padres que participaron en este proceso no viven dentro de la ciudad de Cuenca por lo que se les dificultaba llegar al asesoramiento. Otra de las razones fue por el poco interés que mostraban los padres ya que no querían ser partícipes de esto o simplemente daban a conocer que por cuestiones de su horario de trabajo no podían asistir. Existieron 3 padres que estaban dispuestos a formar parte del grupo, por esta razón se optó a dar un asesoramiento de manera individual.

Al ver que no se pudo cumplir con el objetivo de realizar el asesoramiento grupal con los padres, se decidió repartir trípticos sobre algunos temas que se iba a tratar en la terapia.

**A continuación se presenta el plan de asesoramiento grupal:**

Sesión	Objetivo	Desarrollo
1.	Establecer el rapport entre los miembros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse tanto el equipo de trabajo como los integrantes</li> <li>• Razones por la que están ahí</li> <li>• Compartir experiencia</li> </ul>
2.	Psicoeducar sobre un bebé prematuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos y causas</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una ficha sobre su hijo</li> <li>• Taller cómo se comportan los bebés prematuros y su cuidado</li> </ul>
3.	Conocer la importancia del apego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia del apego y apoyo familiar</li> <li>• Madre Canguro</li> </ul>
4.	Conocer las propias emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y tratar emociones negativas y positivas</li> <li>• Como reducir las emociones negativas</li> <li>• Lo Bueno y lo malo de la experiencia que están viviendo</li> <li>• Autoayuda</li> </ul>
5.	Psicoeducar sobre los estilos de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de afrontamiento</li> <li>• Exposición a situaciones límites</li> </ul>
6.	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación</li> </ul>

## CAPITULO III

### ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación, se realiza el análisis de los datos obtenidos mediante el Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRIA), aplicado a un grupo de estudio conformado por treinta padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Pablo Jaramillo.

#### **3.1. Participantes:**

El estudio diagnóstico se realizó con 30 padres de niños prematuros quienes accedieron voluntariamente a participar en la investigación y cumplían con los criterios de inclusión; 13 hombres (43.3%) y 17 mujeres (56.7%) entre 18 y 50 años con una edad media de 32.23 (DE=8.4), fueron 25 padres (83.33%) en etapa de adultez temprana y 5 en adultez madura (16.66%).

#### **3.2. Análisis estadístico.**

Los resultados se presentan desde tres etapas; inicialmente con la identificación de problemas que tienen los participantes y la percepción de estrés y grado de control, para esto se utilizaron medidas de frecuencia (identificación) y medidas de tendencia central y dispersión (percepción).

En la segunda etapa se evaluó la utilización de estrategias de afrontamiento por parte de los padres lo que se expresa con medidas de tendencia central y dispersión.

Finalmente, para establecer relaciones y asociaciones existentes entre variables se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov y al resultar los datos con un comportamiento normal ( $p < 0.05$ ) se emplearon pruebas no paramétricas; U-Mann Whitney para comparación de medias entre grupos y la prueba rho de Spearman para la correlación entre variables. El procesamiento de datos se lo realizó en el programa

estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016, las decisiones se consideraron con una significancia de 0.05.

### **3.4. Resultados:**

#### **3.4.1. Identificación del problema.**

El problema más importante o la situación más difícil que los participantes habían vivido en los últimos 12 meses en 18 casos (60%) correspondía a problemas emocionales, en 7 personas (23.3%) a problemas físicos y a 5 participantes (16.7%) a problemas económicos.

La intensidad del estrés que han generado los problemas en una escala del 1 al 10 presentaron una media de 8.33 (DE=2.26) mientras que el grado de control percibido sobre este en la misma escala tuvo una puntuación media de 5.03 (DE=2.54); además se encontraron dos casos atípicos que consideraban estar poco estresados por sus problemas, detalles en la figura 1.

Figura 1. Intensidad de estrés y grado de control de problemas percibidos

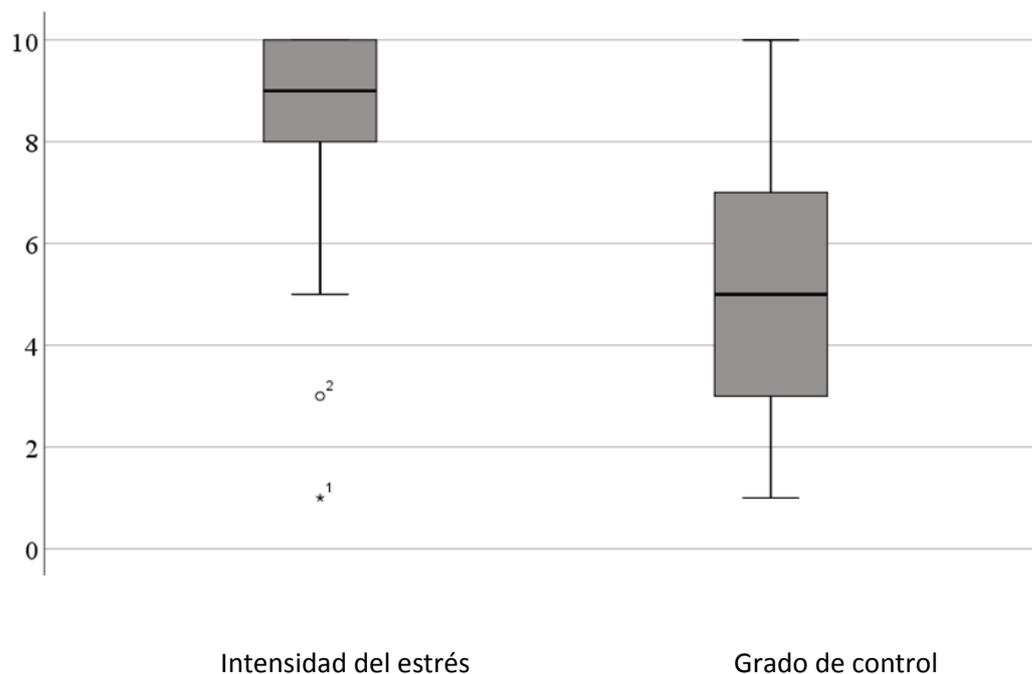


Figura 1. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de resultados; las líneas horizontales representan los valores mínimos, máximos y cuartiles, la amplitud de los gráficos muestran la dispersión de datos.

Con respecto a la percepción del problema se encontró que 16 padres lo miran como un reto; 12 como una amenaza y las 2 personas restantes como ninguna de las dos opciones anteriores; así mismo se detectaron a 4 personas con auto culpabilidad y 3 personas que alegaban a acciones de otros, las 23 personas restantes no estaban claras.

Los hombres registraron niveles de estrés oscilantes entre 5 y 10 con una media de 7.85 (DE=1.7) mientras que las mujeres los presentaron entre 1 y 10 con una media de 8.71 (DE = 2.6) presentando niveles significativamente más altos que en caso de los hombres así lo afirmó la prueba no paramétrica U-Mann Whitney ( $p=0.025$ ), en la figura 2 también se puede observar que el grado de control que tenían los participantes sobre su problema principal era similar entre sexos; con una media de 5.77 (DE=2.48) en el caso de los

hombres y con una media de 4.47 (DE=2.5) en el caso de las mujeres; la dispersión de respuestas en esta variable de análisis resultó ser muy grande.

Figura 2. Intensidad de estrés y grado de control de problemas percibidos según sexo

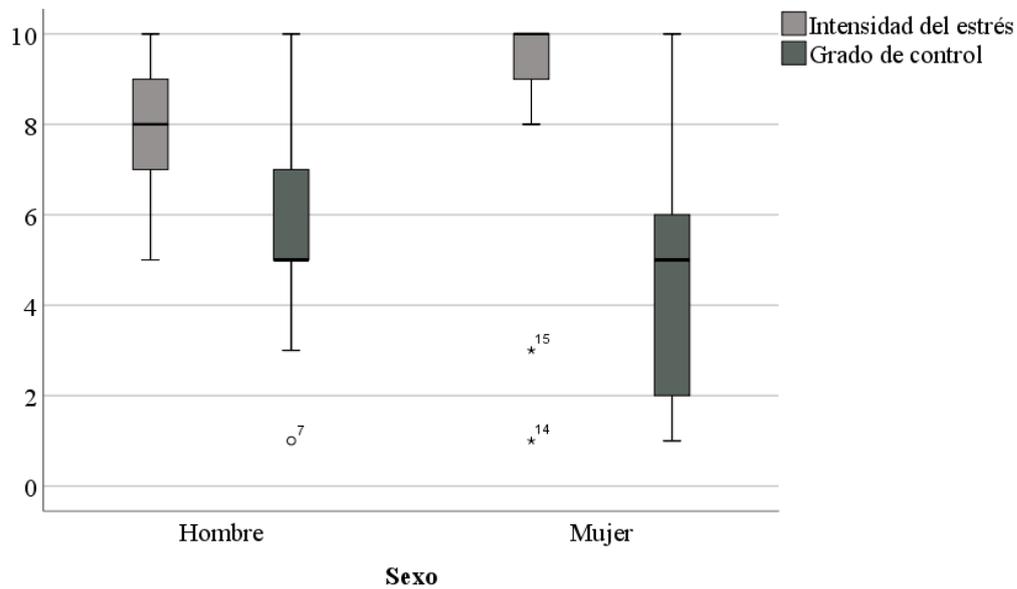


Figura 2. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de resultados; las líneas horizontales representan los valores mínimos, máximos y cuartiles, la amplitud de los gráficos muestran la dispersión de datos.

Para la comparación del tipo de problemas que tienen los participantes se crearon dos grupos: el primero con aquellos con problemas físicos y económicos y un segundo grupo con personas con problemas emocionales; en esta sección no se encontraron diferencias significativas entre la intensidad de estrés y grado de control percibido ( $p > 0.05$ ).

Figura 3. Intensidad de estrés y grado de control de problemas percibidos según tipo de problema

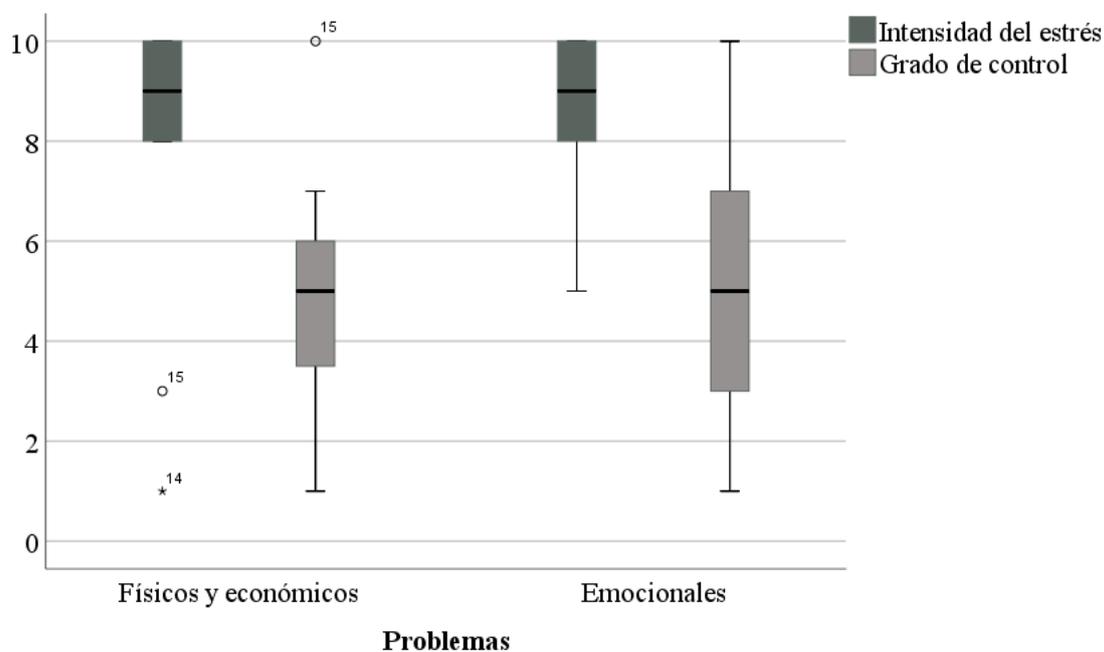


Figura 3. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de resultados; las líneas horizontales representan los valores mínimos, máximos y cuartiles, la amplitud de los gráficos muestran la dispersión de datos.

La estrategia conductual de aproximación “Búsqueda de guía y apoyo” representó la estrategia más empleada por el grupo de estudio con una media de 56.7 (DE = 9.7) seguida por la estrategia conductual de evitación “Descarga emocional” con una media de 54.8 (DE = 11.6) ambas se encontraron en un nivel promedio.

El resto de las estrategias cognitivas y conductuales se encontraron en un nivel algo por debajo del promedio. Los detalles se observan en la figura 4.

Las estrategias utilizadas por hombres y mujeres resultaron ser similares ( $p > 0.05$ ) – Ver anexo 1.

Figura 4. Uso de estrategias de afrontamiento a problemas

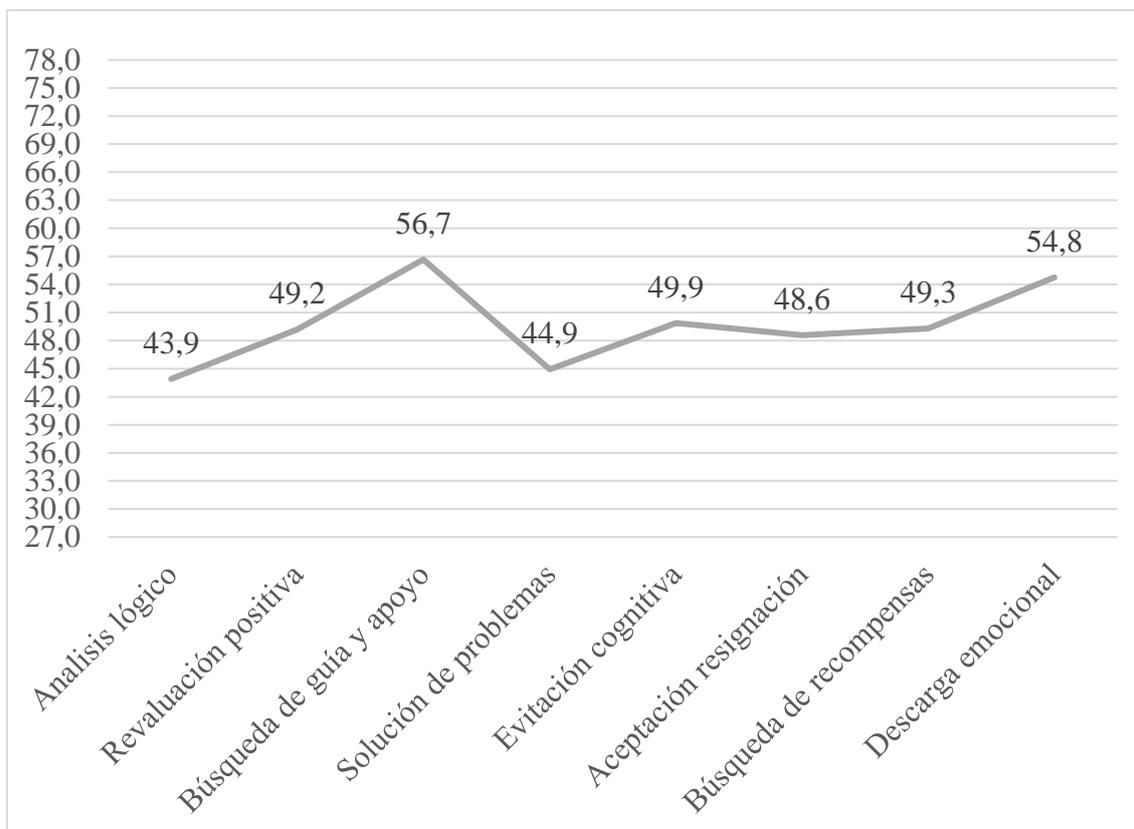


Figura 4. El gráfico de líneas muestra las puntuaciones T medias de los participantes de cada estrategia de afrontamiento.

La estrategia de aceptación y resignación resultó ser la más usada por aquellas personas con problemas emocionales con 51.6 (DE=9) que por padres con problemas físicos y económicos con una media de 44 (DE = 8.6), la tabla 1 muestra los detalles del análisis.

Tabla 1.

Comparación del problema

	Físicos y económicos		Emocionales		P
	Media	DE	Media	DE	
Análisis lógico	44,3	9,9	43,6	9,3	0,983
Revaluación positiva	51,2	8,2	47,9	10,6	0,373
Búsqueda de guía y soporte	57,8	7,8	55,9	11,0	0,628
Solución de problemas	46,4	7,1	43,9	12,4	0,124
Evitación Cognitiva	51,7	9,1	48,7	11,3	0,518
Aceptación resignación	44,0	8,6	51,6	9,0	0,028*
Búsqueda de recompensas	53,1	15,5	46,8	12,5	0,230
Descarga emocional	52,4	9,6	56,3	12,7	0,373

Nota: \* Diferencia significativa.

Los resultados revelaron una relación positiva moderada entre la edad de los participantes y la revaluación positiva; es decir a mayor edad de los participantes mayor uso de estrategias de revaluación.

La intensidad de estrés percibido por el problema más difícil vivido en los últimos 12 meses se relacionó moderadamente con la edad de los padres; a mayor edad de los padres mayor intensidad de estrés percibido. Así mismo, el grado de control del problema reveló una relación inversa moderada con la descarga emocional, a menor grado de control mayor descarga emocional. Detalles en la tabla 2.

Tabla 2.

Correlaciones entre variables

		AL	RP	BGA	SP	EC	AR	BR	DE	Edad
Edad	rs	.344	.399*	.075	.117	-.156	-.140	.053	-.109	
	p	.063	.029	.695	.540	.411	.461	.780	.566	
Intensidad de estrés	rs	.018	-.024	-.118	-.228	-.161	-.141	-.259	-.190	.417*
	p	.925	.902	.534	.225	.394	.457	.168	.314	.022
Grado de control	rs	.104	.339	.140	.552**	-.018	.026	.046	-.379*	.293
	p	.584	.067	.461	.002	.925	.890	.811	.039	.116

Nota: \* Relación significativa

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar los diferentes estilos de afrontamiento que utilizan los padres de niños prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la “Fundación Pablo Jaramillo”. Es importante mencionar que los datos aportados por el Test de CRIA, Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos, consta de dos partes, la primera determina el nivel de estrés y el grado de control y en la segunda identifica la estrategia de afrontamiento más utilizada.

El estudio se realizó con padres jóvenes, se evidenció una mayor intensidad de estrés en las mujeres, pero el grado de control es similar en ambos sexos.

Los niveles altos de estrés en las mujeres se presentan por distintas razones tanto sociales, académicas como emocionales. Existen diversos artículos científicos que colaboran con estos resultados obtenidos. Como por ejemplo de la investigación de Cronin y colaboradores que hallaron en Canadá (1995), resultados similares, estas madres de prematuros refieren mayor intensidad de estrés que los hombres ya que demuestran tener mayor dificultades económicas por que debieron ocuparse en mayor medida de su bebé, pues tuvieron que laborar menos horas o dejar su trabajo. (Cronin, Shapiro, & Casiro, 1995) Una investigación realizada por Jee RA y col. en Reino Unido en el año 2012, en su estudio sobre “Evaluación y Comparación de las necesidades de los padres, estresores y estrategias de afrontamiento en un Cuidado Intensivo Pediátrico”, obtuvo resultados estadísticamente significativos en los factores de estrés: las madres tuvieron puntuaciones de estrés más altas en cuanto a cómo su hijo se veía, no poder cuidar de ellos, presenciar procedimientos y dejar a su hijo en comparación con los otros padres. (Jee RA, 2012 ). En México (2012), un estudio realizado por Aleida Martínez, sobre Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con hijos Internados en Unidad de Cuidados Intensivos, cuyo objetivo primordial era evaluar los niveles de estrés presentes en los

padres, a pesar de que se planteó que los niveles de estrés podrían ser elevados, se encontró lo contrario, ya que concluyeron que los padres de familia en su mayoría no consideran el internamiento de sus hijos como una situación que exceda sus recursos personales ni como algo que ponga en peligro su bienestar personal. (Rubiños Martínez , 2012)

Existen resultados significativos en la presente investigación, se encontró que no hay diferencia en uso de estrategias según sexo, ya que se ubica en un nivel promedio dentro de lo normal. Pero en un artículo de Ramón G. Cabanach y col. Realizado en España (2013) se evidencia que si existe diferencia en cuanto a las estrategias empleadas tanto en hombres como en mujeres, ellos apuntan que “las mujeres tienden a recurrir en mayor medida al apoyo social para enfrentarse el estrés, mientras que los varones parecen más proclives a buscar estrategias más vinculadas a la realización de algún tipo de acción, ya sea enfocándose hacia la resolución del problema, bien ignorándolo, mediante la implicación en otras actividades alternativas” (Ramón G. Cabanach, Francisca Fariña, Carlos Freire, Patricia González y María del Mar Ferradás, 2013). Azar R en el 2001 en Canadá, en un estudio sobre “Los estilos de afrontamiento de los padres frente a la diabetes mellitus infantil”. El objetivo fue determinar las diferencias entre los estilos de afrontamiento utilizadas por las madres y padres para hacer frente al padecimiento de su hijo. El cuestionario utilizado fue Ways of Coping Questionnaire (WCQ), que fue aplicado en una entrevista realizada en casa. En los resultados se mostró que ambos padres utilizaron la resolución planificada de problemas, ejercieron reevaluación positiva y buscaron apoyo social frecuentemente, con las madres usando estrategias más planas de resolución de problemas con los padres. (Rima Azar, 2001)

También en nuestra investigación se encontró que las estrategias más utilizadas eran la búsqueda de guía y apoyo al igual que la descarga emocional, mientras que en una

investigación realizada en Colombia en el 2012, Mosquera refiere que los resultados que obtuvo, demuestran que las madres emplean estilos de afrontamiento centrados en el problema, los cuales son activos racionales y focalizados en la tarea, se caracterizan por ser un tipo saludable de reacción ante el estrés, lo cual permite una confrontación adecuada con sus propias emociones. (Mosquera, S., 2012). Pero también existen artículos que coinciden con los resultados de nuestra investigación como son los de Galué en el año 2013 en Maracaibo, Venezuela, donde las madres con hijos e hijas con Síndrome de Down utilizan estilos de afrontamiento centrados en la emoción. (Galue Gutierrez R. M, 2013)

La estrategia menos empleada, en el presente estudio, fue la de “Análisis Lógico” con una puntuación de 43.9 lo que tiene un significado aportado según el Test de CRIA, son los intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias, forma parte al método cognitivo de aproximación. En un artículo publicado por María del Carmen Espada y Claudia Grau en la Universidad de Valencia en el 2012, titulado “Estrategias de Afrontamiento en Padres de Niños con Cáncer”, se utilizaron estrategias activas centradas en el problema la cual incluye el análisis lógico y la menos utilizadas son las estrategias pasivas que tienen relación con las recidivas es decir en la reaparición de una enfermedad y la muerte. (Espada y Grau, 2012)

Por último, se puntúa que a mayor edad, mayor es su intensidad de estrés, los participantes que se encuentran dentro de la adultez madura (40-60 años) presentan mayor intensidad de estrés. En un informe se analizó estudios publicados sobre el tema entre enero de 1990 y marzo de 2009. Esto es corroborado por Amanda Griffiths (2009), psicóloga en salud laboral de la Universidad de Nottingham y directora de la investigación realizada en Inglaterra, señala que los estudios muestran que, en esa etapa, las personas sienten que tiene menos control sobre su trabajo, poco reconocimiento a su contribución

y escaso apoyo social. Dentro de esta misma investigación señala que el punto más alto en estrés laboral y emocional de una persona está entre los 50 y 55 años. (Griffiths, 2009). Según estudios realizados en Cuba, en el 2015 por Orlando Suarez y col. sobre “La vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico Joaquín Albarrán”, obtuvieron resultados que el 63,53% de los sujetos a estudio no son vulnerables al estrés. Los niveles más severos de vulnerabilidad al estrés se evidenciaron en hombres, en el rango de 74 a 80 años de edad. Los indicadores que afectaron a la vulnerabilidad de estrés fueron el estilo de vida inadecuado y la falta de apoyo social. (Suárez Torres , Rodríguez Lafuente, Pérez Díaz , Casal Sosa , & Fernández , 2015). Sin embargo, la Asociación Americana de Psicología, en una encuesta realizada en Estados Unidos, Washington, en el año 2014 demuestra que el estrés en los adolescentes es similar al de los adultos, no obstante, los niveles de estrés se intensifican en los jóvenes durante su periodo escolar alcanzando un puntaje de 5,8 en una escala de 10, lo cual no es considerado saludable. (Psicología, 2014). Zoila Hernández y Enrique Romero, realizaron un estudio comparativo entre personas mayores y estudiantes universitarios con el objetivo de analizar cuál de estas dos poblaciones presentan mayores niveles de estrés. Los resultados demostraron que los adultos mayores presentan niveles de estrés significativamente más bajos que los jóvenes cuyo promedio de edad es de veintidós años. Situación que puede deberse a los contextos en el que se desenvuelve las dos poblaciones, pues en este caso, los primero tenían el tiempo suficiente y el apoyo para realizar actividades que le gustaban a un lugar especialmente diseñado para ellos. En cambio, la situación de los jóvenes es diferente: ellos y ellas están inmersos en ambientes muy distintos de las personas mayores, además de tener más y diferentes actividades. La mayor parte de su tiempo la viven en un ambiente escolar que es posible que les haga sentirse presionados académicamente. (Hernández Zamora & Romero Pedraza , 2010)

## CONCLUSIONES

Se concluyó que los padres de estos niños, no consideran como un problema fundamental o una situación que les cause estrés el hecho de que su bebé se encuentre internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, ya que para ellos existen situaciones mucho más estresantes, como por ejemplo la situación económica por la que atraviesan, la falta de trabajo, problemas físicos como las enfermedades, problemas de pareja o lo relacionado con el ámbito académico y los estudios. De la muestra, la minoría consideró una situación estresante el internamiento de su bebé prematuro.

Uno de los objetivos de la presente investigación fue identificar los estilos de afrontamiento, los niveles de estrés y el grado de afrontamiento de los padres de los niños prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología de la “Fundación Pablo Jaramillo”. En cuanto a los resultados obtenidos en el estudio, el uso de las estrategias se encontró dentro de un nivel promedio, siendo la Búsqueda de Guía y apoyo que pertenece a un método cognitivo de aproximación y descarga emocional perteneciente al foco conductual de evitación. El Análisis Lógico corresponde a la estrategia menos utilizada por este grupo de padres de familia.

El estrés en las mujeres se presenta de manera significativamente mayor que el estrés presente en los hombres, al hacer referencia el grado de control es similar en ambos sexos. Se obtuvo como resultado también que a mayor edad mayor son los niveles de estrés.

Se elaboró un plan de asesoramiento en base a los resultados obtenidos en el cual se partía de una psicoeducación a los padres sobre los bebés prematuros, condiciones y riesgos de los mismos, posteriormente el asesoramiento continua sobre temas de estrategias de afrontamiento, el mismo que no pudo llevarse a cabo de manera grupal como era la esperado debido a diversas razones presentadas por los padres de familia y por esta razón

se optó por hacerlo de manera individual entregando afiches con información sobre los respectivos temas.

## RECOMENDACIONES

Como recomendación principal, se debe brindar apoyo psicológico a los padres de familia que atraviesan por la situación de tener a su bebé internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con la finalidad de facilitar el proceso de afrontamiento, lograr una adecuada adaptación, tanto de los padres como del bebé, además este apoyo buscaría prácticas de crianza adecuadas. Se debe profundizar el estudio en el proceso de afrontamiento que desarrollan estos padres, mediante herramientas cualitativas de investigación y así crear planes de asesoramiento en base a resultados, para que aprendan un manejo y regulación emocional de forma correcta. Sería satisfactorio llevar a cabo talleres con temas de interés como por ejemplo como lidiar con el estrés producido por situaciones consideradas amenazantes.

Es de vital importancia que la “Fundación Pablo Jaramillo”, cuente con los recursos necesarios para prestar este tipo de servicio, empezando por crear un departamento psicológico que aporte con sus conocimientos a sus pacientes.

Al personal médico se recomienda crear lazos y un ambiente de confianza, para que brinden la información necesaria sobre el estado de salud de los niños a sus padres, de igual manera se debe crear conciencia en ellos sobre los riesgos a futuro en los niños prematuros. También es importante que se lleve un seguimiento durante el embarazo, mediante el cual el médico encargado, prevenga un nacimiento prematuro, concientizando a los futuros padres sobre las condiciones de riesgo y cuidados que se debe tener para evitar un parto antes de tiempo. En el caso que se sospeche problemas en el embarazo que puedan ocasionar un parto prematuro, se aconseja que se lleve un seguimiento psicológico para eliminar culpas en los padres y se afronte el acontecimiento de una manera adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Mingorance, Pilar . (2009). Morbilidad y Secuelas De Los Niños Prematuros En Edad Escolar. *Documentary Repository* , 1-184.
- Arroyo, V. y. (2014). Asesamiento Psicológico . *Psicovitalia*.
- Asesoramiento Psicológico. (2010). *PSISE: Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo*.
- Baños, D. L. (2012). Factores de Riesgo Asociados al Bajo Peso al Nacer. *Revista Cubana de Salud Publica* , 238-345.
- Carturo Agustina, Isabel Maria Mikulic. (2012). El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit . *Anuario de investigaciones* , 19-26.
- Castaño, E. F., & León del Barco , B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de la conducta interpersonal . *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* , 245-247.
- Corey, G. (1995). *Teoria y Practica de la Terapia Grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cronin, C., Shapiro, R. C., & Casiro, O. (1995). The Impact of Very Low Birth Weight Infants on the Family Is Long Lasting. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151-158.
- Cuesta, M. J., Espinosa, A. B., & Gomez Prats, S. (2012). Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia* 98, 36-40.
- Cuevas Cancina J., Moreno Perez N.E. (2017). Psicoeducación: Intervención de Enfermería Para el Cuidado de la Familia en su Rol de Cuidador . *Enfermería Universitaria*, 207-218.
- Diccionario de la Lengua Española*. (2001). Madrid, España.
- Esguerra, G., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2009). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodialisis*. Real Acta Colombiana de Psicología .
- Faas, A. E. (2017). *Psicología del Desarrollo de la Niñez*. Editorial Brujas .
- Galimberti, M. (2009). RECIÉN NACIDO PREMATURO INTERNADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, ESTRÉS MATERNAL Y MODELOS DE INTERVENCIÓN. *Publicacion Científica* , 2-18.
- Galue Gutierrez R. M. (2013). Estilos de Afrontamiento de Madres y Padres de Niños con Síndrome de Down . *Universidad de Maracaibo*.
- García , S., Herrera, D., Paredes, I., & Rebaza, E. (2017). Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internados en la Unidad de Intensivos Pediátricos .
- García Madruga, J. A., Delval, J., & Sánchez , I. (2010). *Psicología del Desarrollo I*. UNED.
- Griffiths, A. (2009). Estudios Coinciden en que Cincuenta años es la edad con mayor nivel de estrés. *La Tercera*.

- Guerrera, j., & Ruiz, C. H. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances de Enfermería*, 80-90.
- Gutierrez, L. J. (2008). ¿ Habrá en el futuro un mayor número acumulado de individuos con secuelas neurológicas por haber nacido prematuros? *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 65.5, 327-330.
- Hernández Zamora , Z., & Romero Pedraza , E. (2010). Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana* , 56-68.
- Jee RA, S. J. (2012 ). Evaluacion y Comparacion de las necesidades de los padres, estresores y estrategias de afrontamiento en un Cuidado Intensivo Pediátrico. *Pediatr Crit Care Med* , 166-172.
- Lares Díaz , B. (2013). El Vínculo y el Apego . *Arte y Ciencia de Parir*, 28-35.
- Larguía, M., Shapira , I., & Aspres, N. (2008). *Guia para Padres de Prematuros* . Produccion Grafica .
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estres y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martinez Roca.
- Mancorra, B. d. (2010). *5 Cosas que no hacer con los padres de bebés prematuros* . Obtenido de Ser Padres : <https://www.serpadres.es/bebe/salud-bebe/articulo/5-cosas-que-no-hacer-con-los-padres-de-bebes-prematuros-741441020264>
- Martins Castro, F., Johanson da Silva, L., & Ferreira Soares, R. L. (2015). El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Index de Enfermería*, 31-34.
- Mosquera, S. (2012). *Estilos de Afrontamiento En Madres de Hijos e Hijas Con Alteraciones Congenitas*. Colombia.
- Narberhaus, A., & Segarra, D. (2004). Trastornos Neuropsicológicos y Del Neurodesarrollo En El Prematuro. *Anales de Psicología*, 317-326.
- Oiberman, A. (1994). LA RELACION PADRE-BEBE: UNA REVISION BIBLIOGRAFICA . *Psicóloga concurrente. Consultorio Docente de Atención Pediátrica Primaria*, 66-75.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoria del apego. *Revista de Psiquiatria y Psicología del Niño y del Adolescente* , 65-81.
- Ortiz, J., Borré, A., Carrillo, S., & Guitiérrez, G. (2006). Relación de Apego en Madres Adolescentes y sus Bebés Canguro . *Revista LATinoamericana de Psicología* , 71-86.
- Psicología, A. A. (2014). Encuesta de la Asociación Americana de Psicología demuestra que el estrés en los adolescentes es similar al de los adultos. *American Psychological Association* .
- Ramón G. Cabanach, Francisca Fariña, Carlos Freire, Patricia González y María del Mar Ferradás. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*, 19-32.

- Rellan Rodriguez, S., Garcia de Ribera, C., & Aragon Garcia , M. P. (2008). *El Recien Nacido Prematuro*. España: Asoaciacion de Pediatria Española.
- Rima Azar, R. S. (2001). Los estilos de Afrontamiento de los padres frente a la Diabetes Mellitus Infantil . *Journal of Pediatric Nursing*, 418-426.
- Rubiños Martínez , A. I. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamientos de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías* , 15-34.
- Sananes, I. (20 de Mayo de 2014). *Sociedad Psicoanalítica de México*. Obtenido de TuBebéTu: <http://www.tubebeytu.com/sitio/la-paternidad-y-sus-expectativas/>
- Serrano, F. G. (2009). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: la relación al apego . *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*, 61-80.
- Serrano, F. G. (2010). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 133-152.
- Suárez Torres , M. O., Rodríguez Lafuente, M. E., Pérez Díaz , R., Casal Sosa , A., & Fernández , G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores en el Pliclínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana de Medicina General Integral* , 159-168.
- Tucker, J., & Mcguirre, W. (2004). Epidemiology of preterm Barth. *BMJ*, 675-678.
- Vargas Porras , C., Villamizar Carvajal , B., & Ardilla Suarez, F. (2016). Expectativa de ciranza en madres de recién nacidos a término y pretérmino. *Revista cubana de enfermería* .
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M., & Ring, J. M. (2003). Modelo Psicológico del Estres.

## ANEXOS

### ANEXO 1

Estrategias según sexo					
Estrategia.	Hombre		Mujer		p
	Media	DE	Media	DE	
Análisis lógico	46,4	10,0	42,0	8,7	0,621
Revaluación positiva	50,8	11,4	48,0	8,3	0,447
Búsqueda de guía y soporte	56,8	13,6	56,6	5,8	0,965
Solución de problemas	46,6	12,0	43,6	9,4	0,563
Evitación cognitiva	52,7	13,0	47,7	7,8	0,245
Aceptación resignación	49,6	12,0	47,8	7,3	0,604
Búsqueda de recompensas	54,6	16,3	45,2	10,5	0,066
Descarga emocional	55,8	13,9	54,0	9,8	0,686

### ANEXO 2

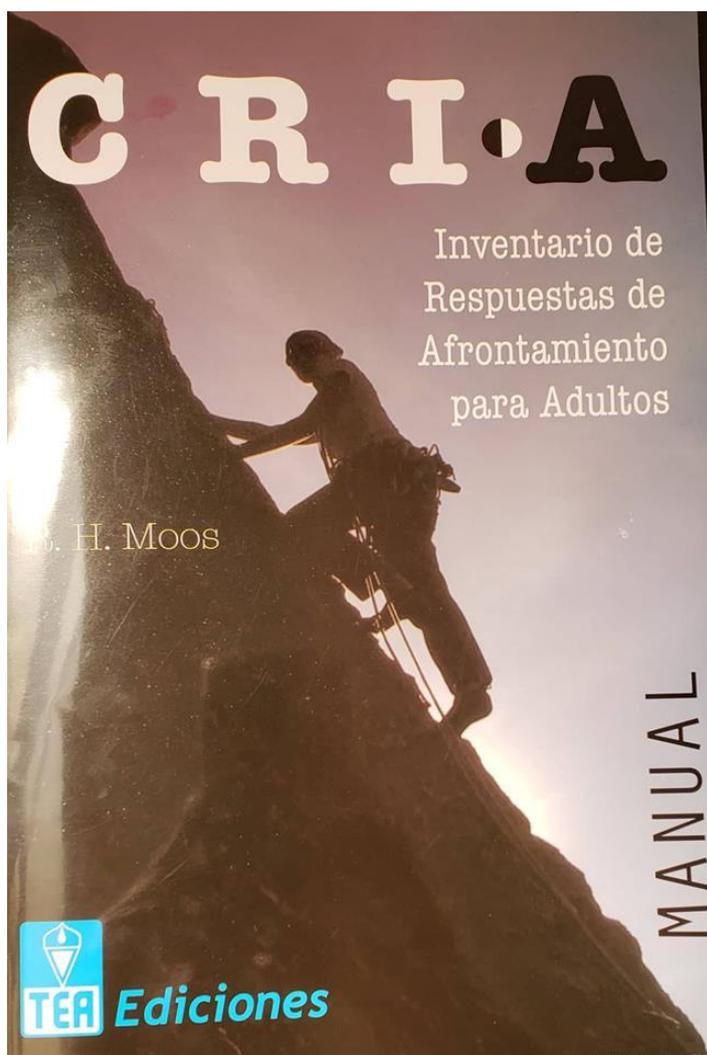
Estrategias utilizadas		
	Media	DE
Análisis lógico	43,9	9,4
Revaluación positiva	49,2	9,7
Búsqueda de guía y soporte	56,7	9,7
Solución de problemas	44,9	10,5
Evitación cognitiva	49,9	10,4
Aceptación resignación	48,6	9,5
Búsqueda de recompensas	49,3	13,9
Descarga emocional	54,8	11,6

*Tabla 2.*

*Identificación del problema*

		n	%
Grupos	Problemas físicos	7	23,3
	Problemas emocionales	18	60,0
	Problemas económicos	5	16,7
Cualitativo 1	Reto	16	53,3
	Amenaza	12	40,0
	Ninguno	2	6,7
Cualitativo 2	Por sí mismo	4	13,3
	Por otros	3	10,0
	Ninguno	23	76,7

ANEXO 3



# CRI-A

Nombre y apellido:

Edad:  Sexo:  Fecha de evaluación:

Años de escolaridad:

Trabajo actual:

### INSTRUCCIONES

Este ejemplar contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consiste de dos partes. En la PARTE 1 deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo... Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en 10 preguntas que se le formulan acerca de cómo valora este problema, siguiendo este criterio:

**SN:** Si su respuesta es **SEGURO QUE NO.**  
**GN:** Si su respuesta es **GENERALMENTE NO.**  
**GS:** Si su respuesta es **GENERALMENTE SÍ.**  
**SS:** Si su respuesta es **SEGURO QUE SÍ.**

En la PARTE 2 deberá responder a 48 preguntas expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

**N:** Si su respuesta es **NO, NUNCA.**  
**U:** Si su respuesta es **UNA O DOS VECES.**  
**B:** Si su respuesta es **BASTANTES VECES.**  
**S:** Si su respuesta es **SÍ, CASI SIEMPRE.**

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que no hay contestaciones buenas ni malas, simplemente siga su criterio personal. Si quiere corregir alguna respuesta, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta. Antes de empezar, no olvide anotar sus datos de identificación en la parte superior de esta página.

Azeri, S. H. Mayo, Copyright original © 1995 by RBC Psychological Assessment Resources, Inc. USA. Copyright de la adaptación original © 2003 by TEA Ediciones, S.A. L., Madrid, España. Edición: TEA Ediciones, S.A. L., Freix Benardot Salas, 24 - 28030 Alarcón, España. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS y presentado en 210x297 mm en un formato bilingüe. Enmendaciones profesionales y/o de espacio, NO LAUTITAS. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

## Parte 1

Por favor, piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

Que mi bebe ingrese a Neonatología.

- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado
- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) el grado en que creía controlar este problema

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

	SN	GN	GS	SS
	SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SÍ	SEGURO QUE SÍ
1. ¿Había tenido que resolver antes un problema como éste?	SN	<b>GN</b>	GS	SS
2. ¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?	SN	GN	GS	SS
3. ¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	<b>SN</b>	GN	GS	SS
4. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?	SN	<b>GN</b>	GS	SS
5. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?	SN	<b>GN</b>	GS	SS
6. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?	<b>SN</b>	GN	GS	SS
7. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	<b>SN</b>	GN	GS	SS
8. ¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	SN	GN	<b>GS</b>	SS
9. ¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	SN	GN	GS	<b>SS</b>
10. Si el problema ya se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?	SN	GN	GS	<b>SS</b>

## Parte 2

Lea atentamente cada una de las 48 preguntas que aparecen a continuación y señale con qué frecuencia actúa de la manera que la pregunta indica para afrontar el problema que ha descrito en la PARTE 1. Anote sus contestaciones en el espacio reservado para ello en la página siguiente. Observe que las respuestas están ordenadas en filas. Si no desea contestar una pregunta, redondee el número de dicha pregunta para indicar que ha decidido omitirla. Si alguna pregunta no se aplica a su caso escriba NA (No aplicable) a la derecha del número de la pregunta. Si quiere corregir alguna de sus respuestas, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

<p>1. ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?</p> <p>2. ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor?</p> <p>3. ¿Habló con su cónyuge u otro familiar acerca del problema?</p> <p>4. ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?</p> <p>5. ¿Intentó olvidarlo todo?</p> <p>6. ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que la única cosa que tenía que hacer era esperar?</p> <p>7. ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?</p> <p>8. ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado?</p>	<p>9. ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?</p> <p>10. ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podían ser mucho peores?</p> <p>11. ¿Habló con algún amigo sobre el problema?</p> <p>12. ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?</p> <p>13. ¿Intentó no pensar en el problema?</p> <p>14. ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema?</p> <p>15. ¿Empezó a hacer nuevas actividades?</p> <p>16. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?</p>
---	---

- 17. ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?
- 18. ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
- 19. ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
- 20. ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
- 21. ¿Fantaseó o imaginó mejores tiempos y situaciones que las que estaba viviendo?
- 22. ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
- 23. ¿Intentó hacer nuevos amigos?
- 24. En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
- 25. ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?
- 26. ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con el mismo problema que el suyo?
- 27. ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
- 28. ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
- 29. ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
- 30. ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
- 31. ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
- 32. ¿Gritó o chilló para desahogarse?

- 33. ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?
- 34. ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?
- 35. ¿Procuró informarse más sobre la situación?
- 36. ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
- 37. ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
- 38. ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
- 39. ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
- 40. ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
- 41. ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?
- 42. ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?
- 43. ¿Retó para quitarse o fortalecerse?
- 44. ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?
- 45. ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?
- 46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?
- 47. ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?
- 48. ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

N		U		B		S	
NO, NUNCA		UNA O DOS VECES		BASTANTES VECES		SÍ, CASI SIEMPRE	
1	2	3	4	5	6	7	8
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
9	10	11	12	13	14	15	16
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
17	18	19	20	21	22	23	24
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
25	26	27	28	29	30	31	32
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
33	34	35	36	37	38	39	40
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
41	42	43	44	45	46	47	48
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S


 Autor: R. H. Moos. Copyright original © 1993 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc. USA.  
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28039 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.  
 Si le presentari otro em tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.  
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

## ANEXO 4



## ANEXO 5

### ¿Qué es el Estrés?

Es un estado de cansancio mental provocado por la exigencia de factores externos que suele provocar afecciones tanto físicas como psicológicas



### Estilos de Afrontamiento



Conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar las demandas internas y externas que pueden ser percibidas como amenazantes. Se utilizan para reducir el estrés.

### Diferentes estilos de afrontamiento

**Análisis lógico:** intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias.

*¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?*

**Reevaluación positiva:** intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación.

*¿Intento ver el lado positivo de la situación?*

**Búsqueda de guía y soporte:** intentos conductuales para buscar información guía o soporte

*¿Hablo con su cónyuge u otro familiar acerca del problema?*

**Solución de problemas:** intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema.

*¿Dedico una forma de resolver el problema y la aplicó?*

**Evitación cognitiva:** intentos cognitivos para intentar pensar de forma realista sobre el problema.

*¿Intento no pensar en el problema?*

**Aceptación o resignación:** intentos cognitivos para aceptar el problema puesto que no se le ve la solución.

*¿Acepto el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?*

**Búsqueda de recompensas alternativas:** intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

*¿Empleo mucho tiempo actividades de recreo?*

**Descarga emocional:** intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos

*¿Lloró para manifestar sus sentimientos?*



## COMO ME PUEDES AYUDAR

- Cambiarme los pañales
- Bañarme con ayuda de las enfermeras
- Dame de comer
- Háblame

### Hospital

- Poner música tranquila
- Sostenerlo con firmeza
- Contacto piel con piel
- Evitar hiper-estimulación

### Casa

#### Estimular según su edad gestacional

- Un estímulo a la vez (tócalo, háblale, etc.)
- Mostrar figuras con rojo y negro
- Estimular la succión (chupete, mano)

### Estimular

El tema de la lactancia es muy complejo, puede variar ya sea si se le administra al bebe leche materna, y de formula dependerá de las necesidades del bebe como sus cuidados.

### Lactancia

- Fondo de ojo
- Otoemisiones acústicas
- Ecografías de cerebro y cadera
- Controles mensuales pediátricos
- Psicología Perinatal

### Controles luego del alta



**“SI NACÍ PEQUEÑO, AYUDAME A CRECER SANO Y FUERTE”**

**TU AMOR ME AYUDA A CRECER**



# **BEBÉS PREMATUROS**

**Se considera prematuro al nacer antes de las 37 semanas de gestación**

En Ecuador el 5,1% de bebés vienen al mundo antes de lo previsto, se dividen en tres categorías relacionadas con los meses de gestación que han cumplido antes de nacer:

- Leve (34 a 36 semanas)
- Moderados (31 a 33 semanas)
- Extremos (menos de 31 semanas)

Peso promedio: 2 libras



**DIFICULTADES  
PRESENTES EN EL  
BEBÉ  
PREMATURO**

**RESPIRACIÓN**  
pulmones no  
desarrollados  
adecuadamente

**ALIMENTACIÓN**  
dificultades en la  
coordinación del  
reflejo de succión

**CONSERVAR EL  
CALOR**

**INFECCIONES**  
frecuentes en bebés  
prematuros

## **RECOMENDACIONES**

Toma ácido fólico  
Comer saludable

Acudir a las visitas  
médicas

Contacto piel a piel  
Estimulación temprana

Lactancia materna  
Revisión de los ojos  
después del alta