

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**EFFECTO DE UNA INTERVENCION DE ENFERMERIA SOBRE LA CAPACIDAD
DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE MADRES CON RECIEN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADO NEONATAL**

NANCY MILENA SEPULVEDA



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CHIA, COLOMBIA
2016**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCION DE ENFERMERIA SOBRE LA CAPACIDAD
DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE MADRES CON RECIEN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADO NEONATAL**

NANCY MILENA SEPULVEDA

**Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de
Magister en Enfermería**

**Asesora
GLORIA CARVAJAL CARRASCAL**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CHIA, COLOMBIA
2016**

DEDICATORIA

A DIOS por darme la fuerza necesaria para continuar a pesar de los tropiezos, los cuales me hicieron confiar y aferrarme más a EL.

A mi familia, que tanto apoyo me brinda en este proceso de formación.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por su infinita ayuda y presencia en mi vida.

A mi hermoso hijo David Santiago, quien a pesar de su corta edad me habla con gestos de amor, por ser mi gran motivación no solo en este trabajo sino en toda mi vida. Te amo hijo.

A papá y mamá por consentirme antes, durante y después de la llegada de David Santiago, por apoyarme en cada tarea que emprendo.

A mis hermanos, Franklin y Wilmer quienes me hicieron ver y entender todo lo difícil pero hermoso lado de la investigación; a Sandra por estar siempre conmigo.

A mi amiga del alma Arelix, quien desde la distancia, siempre me apoyo y me hizo ver que Dios es muy grande.

A mi profesora Gloria Carvajal, por entenderme, apoyarme y animarme constantemente, cuando pensé que culminar este trabajo era casi imposible; por su gran calidad humana que ha logrado mantenerme incansablemente luchadora durante todo este tiempo.

A Marisela, Nury y Luz Stella por animarme siempre y no permitirme desfallecer.

A todas las madres participantes de las unidades de cuidado neonatal de la ciudad de Cúcuta, quienes a pesar de su dolor por la hospitalización de sus hijos siempre se mostraron interesadas en participar. A la empresa Dumian, HUEM y Clínica San José.

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO DE REFERENCIA	8
1.1 Descripción del área problema.....	8
1.2 Pregunta de investigación.....	14
1.3 Justificación.....	15
1.3.1. Significancia social.....	15
1.3.2. Significancia teórica.....	17
1.3.3. Significancia disciplinar.....	21
1.4 Objetivos.....	24
1.4.1 Objetivo general.....	24
1.4.2 Objetivos específicos.....	24
1.5 Conceptos.....	25
2. MARCO TEORICO	26
2.1 Modelo de Adaptación de Callista Roy.....	26
2.2 Teoría de Mediano Rango del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy.....	33
2.3 Estado del Arte.....	40

3. MARCO METODOLOGICO	51
3.1 Tipo de estudio y diseño.....	51
3.1.1 Tipo de diseño.....	51
3.1.2 Población.....	51
3.2 Muestra.....	52
3.2.1 Determinación del tamaño muestra.....	52
3.2.2 Tipo de muestreo.....	53
3.3 Criterios de Inclusión.....	53
3.4 Criterios de exclusión.....	54
3.5 Variables.....	54
3.6 Hipótesis de la investigación.....	55
3.7 Desarrollo de la Intervención de Enfermería.....	56
3.8 Instrumentación.....	73
3.9 Análisis de la información.....	73
4.0 Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual.....	74
4. RESULTADOS	75
4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra.....	75
4.1.1 Exploración de las necesidades de las madres...	77
4.2 Análisis de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres participantes.....	79
4.2.1 Grupo Control.....	79
4.2.2 Grupo Experimental.....	90
4.2.3 Comparación de los grupos: experimental y control.....	99

5. DISCUSIÓN.....	107
6. CONCLUSIONES.....	113
7. RECOMENACIONES.....	115
8. LIMITACIONES.....	116
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	117
10. ANEXOS	138
Anexo 1. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, Versión en Español (EsCAPS), versión abreviada.	139
Anexo 2. Consentimiento informado	141
Anexo 3. Guía informativa sobre la Unidad Neonatal	144

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del área problema

El Banco Mundial de Estadísticas, reportó que entre el año 2007 y el 2011 la tasa de natalidad a nivel mundial y específicamente en “España y Estados Unidos” se mantuvo entre 11 y 14 nacimientos respectivamente, por cada 1000 habitantes; en Colombia en el mismo período se reportó una tasa de natalidad de 20 nacimientos por cada 1000 habitantes. (1).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), para el departamento Norte de Santander reportó un total de 21.788 nacimientos entre los años 2007 al 2011 y en este mismo período para el caso particular de Cúcuta, ciudad en la que se desarrolló esta investigación, se reportaron 12.042 nacimientos. (2). De igual manera, el DANE informó que en el año 2009, nacieron 124.190 prematuros en Colombia, representando el 17.7% de los nacimientos; así mismo, el March of Dimes, en el año 2011 reportó que nacieron 67.820 prematuros en Colombia. (3). Aproximadamente del 10 al 15% de los niños americanos fueron admitidos en la Unidad de Cuidado Neonatal cada año (4); en Colombia no se encontró evidencia de esta cifra.

Varias características clínicas pueden causar que el recién nacido sea hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal, dentro de ellas: la prematurez en un 29.7%, afectación por infección vaginal materna en el 60.8%, parto distócico en un 43.2% y síndrome de dificultad respiratoria (S.D.R.) en un 39.9% (5); otras afectaciones que se encontraron fueron, asfixia perinatal, bradicardia fetal, desprendimiento de placenta, incompatibilidad de RH e intolerancia alimentaria. (6). En Colombia, la hospitalización de recién nacidos en la Unidad de Cuidado Neonatal se debió en su mayoría a factores de riesgo materno como: Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Corioamnionitis, Vaginitis e Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE). (7).

El nacimiento de un nuevo integrante de la familia simboliza alegría, celebración y expectativa; por esta razón, la hospitalización de un recién nacido está siempre acompañada de una gran movilización emocional para la familia y en particular para la madre (8) (9), dado que interrumpe los primeros contactos entre la madre

y el niño, los cuales son muy importantes para la construcción y fortalecimiento de la unión entre este binomio. (10) (11).

Durante la hospitalización, se ponen a prueba los mecanismos y estrategias que dispone la familia para afrontar situaciones que distan de ser lo esperado en una situación normal como el embarazo o parto, y se transforma en una experiencia dolorosa y traumática cuando el recién nacido no es llevado a casa, sumado a la interrupción del proceso de vinculación afectiva entre madre-padre y recién nacido, representando una condición que afecta los procesos familiares. (12).

El entorno altamente tecnificado de la Unidad de Cuidado Neonatal, se caracteriza por la presencia de luces brillantes, ruidos, tecnología de punta necesaria para la atención del recién nacido, así como personal de salud desconocido para los padres; todo ello, implica que los recién nacidos son física, psicológica y emocionalmente separados de sus padres (13); con estos elementos físicos y humanos deben interactuar los padres diariamente. (14) (15).

Al respecto Sikorova, Kucova, et al (2013), revelaron que los padres presentan algún grado de estrés al observar equipos respiratorios alrededor del recién nacido, alarmas de monitores y la presencia de otros pacientes; para algunos padres la incubadora es un signo de empeoramiento porque sus hijos parecen estar asfixiados bajo este dispositivo. (16).

El nacimiento de un nuevo integrante de la familia simboliza alegría, celebración y expectativa; por esta razón, la hospitalización de un recién nacido está siempre acompañada de una gran movilización emocional para la familia y en particular para la madre (8) (9), dado que interrumpe los primeros contactos entre la madre y el niño, los cuales son muy importantes para la construcción y fortalecimiento de la unión entre este binomio. (10) (11).

Durante la hospitalización, se ponen a prueba los mecanismos y estrategias que dispone la familia para afrontar situaciones que distan de ser lo esperado en una situación normal como el embarazo o parto, y se transforma en una experiencia dolorosa y traumática cuando el recién nacido no es llevado a casa, sumado a la interrupción del proceso de vinculación afectiva entre madre-padre y recién nacido, representando una condición que afecta los procesos familiares. (12).

La situación de crisis evidenciada por las madres, contribuyó a su estrés físico y psicológico (32), teniendo en cuenta la experiencia difícil y única, revelando el sufrimiento experimentado, así como las alteraciones ocurridas en la dinámica familiar. (14). Argote (2002), refería que los padres de hijos prematuros hospitalizados, transitaban por la etapa de choque inicial a la etapa de aceptación y adaptación (33); así mismo, León, Poudereux, Giménez, Belaústegui (2005), afirmaron que los padres de prematuros hospitalizados pasaban por tres etapas del síndrome de adaptación: alarma, resistencia y agotamiento, y las estrategias de afrontamiento fueron de tres tipos: activo, pasivo y evitativo. (34).

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman en su modelo de estrés transaccional, lo definen como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”, indicando así, que el ser humano tiene la capacidad de buscar en sí mismo las estrategias que le permitan reaccionar ante los estímulos y situaciones de estrés presentes en su medio o entorno. (35).

El medio ambiente hospitalario es considerado como el mundo exterior a la familia, con todas las condiciones, circunstancias e influencias que lo rodean y afectan el comportamiento familiar, este entorno cambiante estimula las respuestas de adaptación para crear nuevas respuestas a estas condiciones, y la oportunidad de crecer, desarrollar e intensificar el sentido de la vida para la familia. (36). López, Díaz, Jiménez et al (2011), consideraban importante el estudiar los procesos de afrontamiento, debido a que de la eficacia de estos depende en parte la recuperación del niño y el ajuste familiar. (37).

La investigación en esta área busca entender por qué las personas tienen diferentes respuestas al estrés y cómo difieren sus respuestas relacionadas con el bienestar. Folkman y Moskowitz (2004), destacaron que la continuidad del interés en la investigación del afrontamiento no sólo se trataba de un concepto explicativo relacionado con la forma en que las personas diferían en su respuesta al estrés, sino también tenía un gran potencial como base para las intervenciones. (38).

Estudios sobre afrontamiento revelaron que los padres de hijos en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), tenían mayor puntuación en la subescala de afrontamiento centrado en el problema, que los padres de hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal; sin embargo, en la subescala de afrontamiento centrado en la

emoción los padres de niños en la Unidad de Cuidado Neonatal tenían una puntuación superior a los padres de hijos en la UCIP. Finalmente no existió diferencia entre los dos grupos en la subescala de afrontamiento centrado en la evaluación (39); resultados similares fueron encontrados por Blanch, Karkada, Lewis, et al (2009), quienes afirmaron que el 100% de los padres de niños prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, utilizaban la reevaluación positiva en el afrontamiento centrado en la emoción y apoyo social en el afrontamiento centrado en el problema, así mismo, que los padres utilizaban más el afrontamiento centrado en la emoción en comparación con el afrontamiento centrado en el problema. (27). De otra parte, Eisengart, Singer, Fulton, Baley (2003), indicaron que el mayor uso del afrontamiento evitativo y la expresión de emociones predecían una mayor angustia para las madres. (18).

Otros autores, investigaron sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres para manejar su experiencia en la Unidad de Cuidado Neonatal: participación en el cuidado, alejarse de la Unidad, recopilación de información, participación de amigos y familiares y compromiso con otros padres de la Unidad (40); búsqueda de apoyo social (91.7%), reestructuración (85.9%), búsqueda de apoyo espiritual (68.2%), movilización familiar para obtener y aceptar ayuda (56%) (37); resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, fueron utilizadas en el 85.7% de los padres, mientras que el 14.3% de los padres, utilizaron estrategias de afrontamiento inadecuadas como, autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social. (41).

Aunque la experiencia en la Unidad de Cuidado Neonatal es aterradora e incierta para las familias, los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel importante en fomentar en la familia respuestas que le permitan afrontar y adaptarse a la situación, donde se brinde apoyo individualizado y significativo, teniendo en cuenta que cada familia se enfrenta a determinada situación de manera particular. (42).

En enfermería el afrontamiento puede describirse a través del modelo conceptual de Adaptación de Callista Roy y su posterior teoría de Mediano Rango del Proceso de Afrontamiento y Adaptación. Roy reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad (43), y define la adaptación como “el proceso y el resultado por el cual las personas con pensamientos y sentimientos, como individuos o grupos, utilizan la conciencia conciente para crear una integridad humana y ambiental”. (44).

Gutiérrez (2009), afirmó que el afrontamiento y la adaptación eran fenómenos dinámicos donde se realizaban los procesos de integración entre el individuo y el entorno, generando estilos y estrategias para afrontar una situación. El modelo de Callista Roy busca explicar cómo ocurre este proceso y por qué se produce. (45).

La literatura evidenció estudios realizados en distintas poblaciones donde se mostraba la realización de intervenciones de enfermería y sus resultados en el afrontamiento y adaptación. En mujeres mastectomizadas, Melo, Araujo, Oliveira, et al (2002), plantearon el uso de intervenciones específicas y la comprensión del proceso de adaptación (46); Mesquita, Magalhães, Carvalho (2005), revelaron que la participación de los miembros de la familia es crucial para aliviar el sufrimiento y las consecuencias psicológicas, se destaca la necesidad de los profesionales de enfermería en mantener su flexibilidad, incluyendo enfoques creativos para la promoción de familias sanas (47); Londoño (2009), mencionaba que la adaptación de estas mujeres es un proceso dinámico pues se enfrentaban a múltiples desequilibrios que afectaban las dimensiones emocional, física, mental y social (48); Leyva, Solano, Labrador, et al (2011), mencionaban que en el proceso de adaptación influyó el escenario socio cultural representado por el apoyo social que facilita u obstaculiza el proceso de afrontamiento. (49).

El estudio de Pessoa, Carneiro, Gimenez, et al (2010), identificaron diagnósticos de enfermería en niños con mielomeningocele hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, permitiendo reconocer que el recién nacido podía desencadenar respuestas positivas o negativas a través de estímulos, y que las metas e intervenciones implementadas fueron importantes en la sustitución de respuestas ineficaces por adaptativas. (50).

Así mismo, autores como Lazcano, Salazar (2007), identificaron en pacientes con DMT2 (Diabetes Mellitus Tipo 2), que el estrés influyó negativamente sobre las estrategias de afrontamiento (51); las mismas autoras en el año 2009, evidenciaron que la ocupación y el estado marital de estos pacientes, influyeron negativamente en la adaptación psicosocial ya que no percibían el apoyo necesario. (52). El estudio de Alarcón, García, Ramirez (2009), realizado en pacientes con diálisis peritoneal, observó que la imagen, la sensación corporal y la autoestima se encontraban no adaptadas, indicando que pudo influir como estímulo negativo en el modo fisiológico sobre todo en las necesidades de protección, actividad y ejercicio. (53).

Flórez, Herrera, Carpio, et al (2011), afirmaron la importancia de que los profesionales de enfermería conocieran e identificaran respuestas a fin de

promover la adaptación; así mismo, los resultados evidenciaron que el 63,2% de los participantes egresados de la UCIA (Unidad de Cuidado Intensivo Adulto), se ubicaron en una alta capacidad, el 19,9% en el mediana, y la baja capacidad de afrontamiento y adaptación se reportó en un 1,2%. (54).

Jiménez, Zapata, Díaz, (2013), afirmaron que los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIA, se encontraron en alta capacidad de afrontamiento y adaptación (85,2 %); su comportamiento se enfocó en la solución del problema y la atención dirigida a la situación, mientras que las actividades se enfocaron en modificar su conducta basados en la planificación y desarrollo de objetivos que ayudaron a la solución del problema. Así mismo se encontró baja capacidad de afrontamiento y adaptación (14,8 %), utilizando las reacciones de afrontamiento físico y enfocado, caracterizado por la identificación en la dificultad para expresar el verdadero problema cuando lo enfrentaban. Las autoras concluyeron que la teoría de Callista Roy, contribuyó al desarrollo del conocimiento disciplinar y por ende, a mejorar las intervenciones de cuidado de los individuos en sus procesos de salud-enfermedad. (55).

Al respecto, Monroy, Suarez (2010), investigaron acerca de la “Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de padres o madres con hijos en post-operatorio de cardiopatía congénita en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá”, y concluyeron que el proceso de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres, fue mayor, en comparación al padre o madre que se encontraba sólo o sola. (56).

La revisión hecha, concluyó que los padres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal refirieron sentimientos negativos, requiriendo de estrategias para mejorar la adaptación a la situación experimentada. (57). Esta situación de crisis que apareció de forma inesperada y diferente a lo que los padres habían soñado y esperado durante el embarazo (30), en el cual las madres terminaron en un proceso de afrontamiento a la nueva y estresante situación que las afectaba (19) (21) (30) (33), para finalmente obstaculizar los procesos de apego entre este binomio. (10) (22) (25).

El estudio realizado por Bohórquez (2000), en la Fundación Santafé de Bogotá, evidenció que los padres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, tenían tres momentos críticos durante los cuales se desarrollaba una gama de vivencias y sentimientos, evidenciando 3 dimensiones: 1). Ingreso del recién nacido, 2). Durante la hospitalización y 3). Antes del alta; concluyendo, que se debía proveer un ambiente de calidez, confianza y aprovechar lo más rápidamente posible el primer contacto con los padres (58); los

resultados coincidieron con el estudio de Guillaume, Michelin, Amrani, et al (2013), donde también mencionaron actividades a desarrollar en cada momento: 1) Al nacer: tranquilizar a los padres sobre la condición del niño, tranquilizar al padre acerca de la condición de la madre; 2) Primera visita: visitar a la madre en la habitación, mostrar la fotografía del niño, interactuar con los padres; 3) En la Unidad de Cuidado Neonatal: acompañar a cada padre en la primera visita, tener una actitud amable, explicar el funcionamiento de equipos, explicar la forma de ayudar al niño, ayudar a los padres a ser más autónomos progresivamente y sugerir cercanía a través del contacto piel a piel (anticipar y apoyar estos momentos). (59).

Sin embargo, algunas madres percibieron que el profesional de enfermería de la Unidad de Cuidado Neonatal, impidió su capacidad para asegurar momentos significativos, donde los profesionales de enfermería apenas pudieron mantener las necesidades básicas del recién nacido y expresaron que sus prioridades clave para su propio cuidado eran informativas y de interacción con las necesidades de convertirse en madre. (60).

Algunos padres destacaron la importancia del apoyo, la participación y el interés de los profesionales de enfermería, refiriendo estar muy satisfechos; los resultados evidenciaron tres temas principales: el reconocimiento del rol fundamental de los padres, fomento en los padres en su competencia como cuidador y la integración a las funciones del entrenador (61); otro estudio reveló que los padres y madres que percibieron mayor apoyo de los profesionales de la salud reportaron niveles más bajos de estrés sobre el comportamiento, la apariencia del niño y el medio ambiente de la Unidad de Cuidado Neonatal. (62).

Trombini, Surcinelli, Piccioni et al (2008), subrayaron la importancia de una constante colaboración del profesional de la Unidad de Cuidado Neonatal, a fin de de afrontar y aceptar la complejidad del nacimiento, no sólo a través de intervenciones físicas, sino también a través de una comprensión psicológica del trauma y el apoyo. (63).

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal?

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia social

La admisión de un recién nacido en la Unidad de Cuidado Neonatal frecuentemente se traduce en crisis para los padres y el personal de salud debe apoyar a las madres en la medida en que tratan de desarrollar una relación madre-hijo durante la hospitalización. (64).

Los efectos negativos de la hospitalización mencionados anteriormente, podían afectar los sentimientos maternales y la respuesta hacia su propio hijo. (65). Con el fin de mejorar este vínculo afectivo, el apoyo brindado a los padres a través de la educación pudo ayudar a sobrellevar posibles situaciones negativas que afectaron la relación madre- hijo. (66).

El ambiente de la Unidad de Cuidado Neonatal tuvo una importante influencia en el bienestar de las madres (61) (63), y fueron ellas las más expuestas a vivenciar situaciones estresantes. (11) (19) (21) (22) (23) (29). Las madres experimentaron mayor estrés comparado con aquellas madres de hijos no ingresados a la Unidad de Cuidado Neonatal y manifestaron el gran malestar psicológico provocado por esta situación (26) (28); esta situación les tomó tiempo para adaptarse, aumentando la necesidad de apoyo de los profesionales de enfermería para ayudarles a descubrir, comprometerse y fomentar las interacciones con su hijo (63); Perlinb, Minasi (2011), afirmaron que el aclarar dudas en las madres así como el satisfacer las necesidades físicas y emocionales, pudo hacer más significativo el momento de la visita (67); en adición a esto, se mejoró la conducta en relación con la acogida de los padres, buscando entender el momento particular de la hospitalización que contribuyó a facilitar la experiencia en esta fase. (68).

Por ello, fue crucial identificar en las madres los recursos empleados para enfrentar esta situación estresante y a partir de ello mejorar las estrategias existentes o adquirir nuevas estrategias que permitieran superar satisfactoriamente todas las dificultades y eventos traumáticos que tienen lugar en la dinámica familiar. (37).

Rossel, Carreño, Maldonado (2002), evidenciaron que no se podía permanecer indolente frente a la hospitalización de un recién nacido en la Unidad de Cuidado Neonatal, y propusieron estrategias de apoyo parental. (17). Cleveland 2009, encontró que la comunicación enfermera-madre tuvo el potencial de cualquier ayuda o dificultad para la adaptación de la madre al ambiente de la Unidad de Cuidado Neonatal (69); de igual manera, Guillaume, Michelin, Amrani, et al, (2013), observaron que los padres esperaban que estas explicaciones se transmitieran a través de un cuidado, una actitud humana y no como conocimientos técnicos, ya que la autoestima y la capacidad de interacción entre la madre y su hijo se basaban en la relación con el profesional de enfermería. (59).

La aplicación de una intervención de enfermería, se llevo a cabo teniendo en cuenta que los primeros contactos entre la madre y el niño después del nacimiento eran importantes para construir y fortalecer la unión entre este binomio. (68). Así mismo, fue primordial considerar el beneficio para las madres, minimizando secuelas emocionales y psicológicas (68), que garantizaran no sólo la satisfacción de las necesidades físicas urgentes del recién nacido sino también el brindar un cuidado holístico y de calidad a las madres. (37). El cuidado de enfermería no solo involucra la atención dirigida a solucionar las respuestas orgánicas del ser humano, sino también el brindar un cuidado basado en el conocimiento y la comprensión del subsistema cognitivo, permitiendo identificar respuestas para potencializar el proceso de adaptación. (55).

Por ello, en la medida en que se introduzcan acciones que dependan de la madre para promover su bienestar y salud de su hijo, el conocimiento acerca de los pensamientos, sentimientos y creencias maternas, ayudaron a orientar la adecuada implementación de estrategias de intervención que facilitaran el cuidado. (70). Sikorova, Kucova (2012), afirmaron que la mayoría de los padres creían que a los profesionales de enfermería no les importaba su presencia y evidenciaron que la participación de los padres en el cuidado de los niños fue indispensable así como el apoyo del profesional de enfermería. (16).

El ofrecer apoyo a las madres, en el período neonatal, revistió suma importancia, pues se constituye en un contexto favorecedor, en el cual son ofrecidos apoyo y protección a la madre, a fin de que ella pueda desarrollar mejores condiciones para enfrentar el período de hospitalización de su hijo. (70).

1.3.2 Significancia teórica

Limaña, Corbalán, Patró (2007), afirmaron que la forma en que los padres se enfrentaban a esta situación difícil podía estar mediada tanto por los recursos sociales de un entorno más próximo, como por aspectos psicológicos personales que marcaban la inmediatez de las primeras respuestas y organizaban en último término la progresiva adaptación parental y familiar determinante para el futuro bienestar de la familia. (71).

Lamy, Gomes, Carvalho (1997), referían que para llegar a una asistencia más centrada en la humanización, la ruta pasaba necesariamente por la comprensión de cómo los padres percibían a sus hijos en el hospital, para ello fue esencial el establecimiento de una relación con los padres, los profesionales de enfermería debían estar seguros de lo que necesitaban para informar y aclarar, dejando un espacio para preguntar y escuchar, y de esta manera adaptar la educación a las necesidades individuales. (72). Las necesidades de los padres, así como las conductas de los profesionales de enfermería que abordaban estas necesidades fueron una prioridad para la investigación en enfermería. (73).

Franck (2005), afirmaba que temas de la atención neonatal como el estrés de los padres en respuesta a la admisión en la Unidad de Cuidado Neonatal, fueron descritos en la literatura, pero pocos estudios fueron objeto de seguimiento con métodos de intervención (74); de igual manera, (Bracht et al., 2002), afirmó que existe un cuerpo de conocimientos sobre la respuesta a la admisión en la Unidad de Cuidado Neonatal en la población Euro-Estadounidense/ Euro - Canadiense, sin embargo, poco se sabía de otras culturas. (75).

Spittle, et al (2009), Orton et al (2009), señalaron la falta de evidencia en la evaluación de intervenciones en los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal. Los resultados mostraron efectos positivos sobre la ansiedad de la madre y síntomas depresivos, pero no se especificó que componentes contribuyeron a la disminución de estos síntomas. (76) (77).

Benzies, Magill, et.al (2013) concluyeron, que existía la necesidad de llevar a cabo investigaciones que incluyeran educación a los padres, aunque no estaba claro la manera más eficiente de entregar esta educación, y qué componentes de las intervenciones tenían el mayor efecto; así mismo, que las investigaciones futuras debían centrarse en mejorar los componentes de la intervención, sus efectos en los resultados del niño y el apoyo directo a los padres. (78).

Gontard, Schwarte, Kribs, et al, (1999) afirmaron que la mayoría de las madres se afrontaron bastante bien con el apoyo que recibieron y que la ayuda debió ser proporcionada durante las primeras etapas de la adaptación. (79). De igual manera, Hurts, (2001), afirmó la clara necesidad de implementar y desarrollar modelos de atención que reconocieran a las madres como una importante forma de aliarse e incorporarse y abordar sus necesidades como una característica esencial para práctica de enfermería, forjando modelos de atención que permitieran la interacción mutua. (80).

Eisengart, Singer, Fulton, et al (2003), afirmaron que se habían realizado pocos estudios previos de adaptación materna en niños con condiciones HR ((Hight Risk), y sólo un estudio (Thompson et al., 1993), en el que los participantes eran exclusivamente madres de neonatos con BPN (81); así mismo, Limaña, Corbalan, refirieron que investigaciones en adaptación parental y discapacidad eran escasas. (71).

El estudio de Nogueira, Souza, Valentim (2005), afirmaron la gran la necesidad de aclarar dudas diariamente a familiares a fin de reducir sus preocupaciones y angustia y que las sesiones de apoyo fueron efectivas para obtener datos e iniciar procesos de diagnóstico que proporcionaran intervenciones a las familias para mejorar sus resultados. (82).

Las intervenciones educativas han demostrado un efecto significativo en la disminución de la ansiedad en los padres y un aumento en la sensación de control. Sin embargo, existían pocos estudios de intervención diseñados para mejorar el afrontamiento, y que se necesitaban con urgencia estudios experimentales para informar la práctica y el desarrollo de protocolos basados en la evidencia. (83).

Lee, Lee, Rankin, et. al, (2005), mencionaron que los materiales para la educación de la familia se utilizaban con frecuencia y que debían ser cultural y lingüísticamente apropiados, para ayudar a los padres a entender los problemas de sus hijos y sus posibles resultados. (31).

Por tanto, la aplicación de intervenciones de enfermería, proporcionó una nueva forma de cuidar más adecuada a los pacientes y sus familias que experimentaban una situación de crisis. (84). Estudios como el realizado por, Trombini, Surcinelli, Piccioni, et. al, (2008), afirmaron que las intervenciones dirigidas a identificar y

reducir la angustia materna debían desarrollarse no sólo para promover la estabilidad familiar sino también para proporcionar beneficios a largo plazo. (63). Moretto, Fonseca, Pagliarini, et al. (2009), señalaron la necesidad de sensibilizar a los profesionales de enfermería en cuanto a la importancia de la familia en la vida del hijo, principalmente en los momentos de crisis como la hospitalización, también debía existir un cambio en el comportamiento y mejor aceptación de las familias dentro de las Unidades de Cuidado Neonatal, no como una imposición, sino como una necesidad sentida y que nuevos estudios debían ser realizados junto a la familia del recién nacido hospitalizado a fin de hacer concesiones para la reflexión y redireccionar prácticas en Unidades de Cuidado Neonatal. (14). Valizadeh, Zamanzadeh, et al (2012), señalaron que las normas prácticas debían reflejar de enfermería el compromiso en el apoyo de las relaciones abiertas donde el profesional de enfermería se comprometía con las madres en aliviar su ansiedad. (85).

Según, Perlinb, Minasi, Calcagno, (2011), referían que se debía implementar programas de información y apoyo a los padres, ya que la falta de información podía llegar a ser más impactante en la primera visita. (67). López, Díaz (2011), reconocieron que era fundamental el establecimiento de programas de seguimiento y apoyo psicosocial, a nivel intra y extra hospitalario que permitieran escuchar sentimientos, preocupaciones e inquietudes por parte de los padres, además de realizar un adecuado apoyo educativo donde se garantizará el bienestar y calidad de vida del recién nacido y su familia. (37).

Por ello, el profesional de enfermería que manejaba la educación debía ser capaz de identificar las áreas en la que los padres necesitaban más apoyo y que las intervenciones sencillas podrían reducir en el futuro la ocurrencia de factores de estrés en los padres con hijos hospitalizados; también existió la necesidad de adaptarse a la individualidad de cada familia y la aplicación de conocimientos prácticos que pudieran influir en la actitud de los padres y en los padres la satisfacción con la atención recibida del profesional de enfermería. (16). Garten, Nazary, Metze, et al (2013), afirmaron que una intervención básica programada podía ser suficiente para satisfacer las necesidades de los padres y madres en la Unidad de Cuidado Neonatal. (86).

Jiménez, Zapata, Díaz, (2013), referían que una estrategia para reforzar el bajo afrontamiento era continuar haciendo partícipe a la familia en el cuidado del paciente como una medida de apoyo para promover su adaptación y la satisfacción de sus necesidades. (55).

Finalmente, Moreno, Ospina, (2013), recomendaron que una intervención educativa o informativa, debía ser implementada en la Unidad de Cuidado Neonatal a todas las madres que tenían recién nacidos hospitalizados, ya que el entorno físico, la gravedad percibida por la madre del estado de enfermedad de su hijo, la exclusión de los cuidados, reconocimiento de su hijo y el establecimiento del vínculo, eran factores de comportamiento que afectaban a las madres e impedían la activación del proceso de convertirse en madre. Se debía continuar el desarrollo de intervenciones que permitieran individualizar el cuidado y sensibilizaran al profesional de enfermería frente al reconocimiento de las madres que cursaban la maternidad como un periodo de separación y crisis. (87).

1.3.3 Significancia Disciplinar

La inclusión de madres con recién nacidos a término y pretérmino, ayudará a conocer las conductas particulares y cómo los profesionales de enfermería podían brindar cuidado a cada madre, convirtiéndose en una oportunidad para que los profesionales de enfermería ayudaran a solucionar sus necesidades, y contribuyeran a la planificación de cuidados y programas específicos. (88). Malakouti, Jabraeeli, Valizadeh, et al, mostraron que era útil que los profesionales de enfermería participaran en el cuidado de la madre y sus hijos y que estos cuidados debían ser compatibles con la reducción de la ansiedad, por ello, cuando a la madre se le daba suficiente información, experimentaban sensación de confianza. (89).

Hurst (2001), observó que el asegurar momentos significativos para desarrollar una relación amorosa con los hijos se convirtió en una importante tarea materna que dependía del apoyo del profesional de enfermería para el éxito (80), y que el brindar un mejor apoyo a los padres en la Unidad de Cuidado Neonatal a través del apoyo individual especialmente a las madres era una opción. (85).

Lee, Lee, Rankin (2005), evidenciaron que el objetivo importante para las intervenciones de enfermería era la unidad familiar y afirmaron la importancia de que el proceso estuviera acompañando de estrategias de afrontamiento que involucraran lo personal y los recursos sociales que afectaban la respuesta parental al estrés. (62).

La transición a través del desarrollo de los cuidados requería pasar de un enfoque profesional centrado en un enfoque que implicara la toma de decisiones y la responsabilidad en el cuidado. Las nuevas intervenciones en madres debían comenzar en la admisión, continuar durante la hospitalización y posteriormente después del alta del recién nacido. (61). Las actitudes solidarias, comunicaciones periódicas y el cuidado del profesional de enfermería, adaptada a las necesidades en diferentes momentos ayudó a los padres a interactuar y crear un vínculo con su hijo. (59).

Sin embargo, la variedad de programas para los padres previamente desarrollados ilustraba que sus necesidades en la Unidad de Cuidado Neonatal eran muchas y muy complejas y dependían de la situación (90); por ello, el profesional de enfermería necesitaba disponer de estrategias y espíritu crítico que le permitiera

abrir el intelecto, con el propósito de facilitar el camino hacia la acción de cuidar que constituye en definitiva la característica fundamental de enfermería. (91).

En lo relacionado con procedimientos que involucraban dar educación e información a los padres se mencionó el trabajo de Meijssen, Wollf, Bakel, et.al (2011), donde la información era provista por profesionales de enfermería y las madres sentían alivio al hablar libremente de sus sentimientos, sugiriendo que el apoyo materno podría comenzar inmediatamente después del nacimiento y el profesional de enfermería podría desempeñar un papel importante en este aspecto. Por tanto, el apoyo inicial debía abordar los sentimientos de las madres durante los primeros contactos con el recién nacido, así como sus primeras experiencias con el hijo en el hogar. (92).

Otros autores, Brien, Bracht, Macdonell, et al (2013), destacaban que los padres durante un programa de apoyo a los padres, estos aprendieron a proporcionar cuidado a sus hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal, mientras que los profesionales de enfermería se convirtieron en educadores y entrenadores; los padres afirmaban que aunque las sesiones de educación eran útiles, el poder participar y tener claro su rol fue aún más importante. (93). Aunque los resultados presentados por Meijssen, Wollf, Bakel, et.al (2011), eran promisorios, estos dependían de las particularidades propias de la Unidad de Cuidado Neonatal, por tanto, la efectividad del mencionado método en otras Unidades de Cuidado Neonatal eran una pregunta abierta. (92).

Malakouti, Jabraeeli, Valizadeh, et al (2013), evidenciaron que el apoyo de los profesionales de enfermería fueron de gran ayuda para superar el miedo de las madres en la Unidad de Cuidado Neonatal y que este apoyo se traducía en la forma de mantener una buena relación, brindando información y colaborando con las madres en el cuidado de su hijo. (89). Garten, Nazary, Metze, et al (2013), mencionaban que los padres preferían hacer preguntas a los profesionales de enfermería en un (83,3%), el 80,2% afirmaban que los profesionales de enfermería fueron el contacto clave en la Unidad de Cuidado Neonatal y el 54,4% mencionaban la falta de iniciativa de intervenciones adicionales padre-específicas. (86).

Guillaume, Michelin, Amrani et al (2013), describía que la cercanía física y la interacción con el niño eran pasos importantes para el inicio del vínculo afectivo y necesitaban de un cuidador que los recibiera en la primera visita, percibido este momento como, muy estresante. Los padres afirmaban que en la primera semana

en la Unidad de Cuidado Neonatal, el acceso a las explicaciones habituales les ayudó a limitar sus sentimientos de impotencia y ser capaces de ver al hijo día tras día; los padres referían que para estar a gusto con sus hijos debían comprender el entorno (recibir explicaciones sobre el estado de salud del hijo, funcionalidad de equipos y alertar sobre los cambios), así mismo expresaron la necesidad de una comunicación con los cuidadores antes del nacimiento, durante el parto y en la Unidad de Cuidado Neonatal. (59).

Los cuidadores consideraban reforzar en los padres y madres su rol para promover el surgimiento de un sentimiento de utilidad, bueno e insustituible para el recién nacido (59); por ello, el profesional de enfermería debía ser sensible y perceptivo, además de tener el conocimiento y capacidad técnica para la atención, era importante el papel de promotor en la adaptación y transición de la familia a la salud y enfermedad del recién nacido a través del afrontamiento, así como el desarrollo de habilidades de comunicación y sensibilidad para captar la esencia de esta experiencia en la familia. (36).

Es importante continuar investigando en el campo del afrontamiento y la adaptación, potencializando en los familiares el uso de estrategias durante el proceso de hospitalización de un ser querido, y a partir de estas, plantear intervenciones de cuidado que aseguren la completa adaptación. (55).

Todo ello, ayudará a fortalecer la práctica, develando conceptos, haciendo que el trabajo de enfermería sea visible, lleve a la reflexión crítica y permita la generación de datos para la investigación, que une la teoría y la práctica, sin olvidar que debe estar dirigida al contexto de actividades específicas de enfermería que logren la adaptación necesaria. (36).

1.4 . OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Explorar el efecto de una intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal.

1.4.2 Objetivos específicos

Explorar la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal antes de la aplicación de una intervención de enfermería.

Explorar la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal después de la aplicación de una intervención de enfermería.

Explorar la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal que pertenecen al grupo de comparación.

Comparar la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal del grupo experimental y del grupo de comparación.

1.5 CONCEPTOS

Intervención de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidado. (94).

Para el estudio, se entendió por intervención de enfermería las actividades que la enfermera investigadora realizó a las madres con hijos recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal: Exploración de necesidades de las madres, apoyo informativo, favorecimiento del contacto madre-hijo.

Neonato hospitalizado: Es el recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Madre de recién nacido hospitalizado: Son las madres con hijos recién nacidos de cualquier edad gestacional hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal.

Capacidad de afrontamiento y proceso de adaptación: Es la capacidad de las personas, basadas en sus patrones para responder a los cambios en el medio ambiente, utilizando sus estilos de afrontamiento y estrategias para adaptarse efectivamente a los desafíos. (95).

Unidad de Cuidado Neonatal: Area especializada con tecnología necesaria para la sobrevivencia del recién nacido, que cuenta con médicos pediatras, fisioterapeutas, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, capacitados para brindar atención especializada al recién nacido. (96).

2. MARCO TEORICO

Para profundizar en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, fue necesario considerar desde la perspectiva de enfermería el Modelo de Adaptación de Callista Roy y la Teoría de Mediano Rango del Proceso de Afrontamiento y Adaptación.

2.1 Modelo de Adaptación (MAR) (97)

Para Roy el objetivo de enfermería es mejorar los procesos de la vida para promover la adaptación. Roy, define la adaptación como el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos como individuos o grupos, utilizan la conciencia conciente para crear una integración humana y ambiental. (p.28). Roy mantiene la creencia de que los individuos están unidos en un destino común y encuentran significado en las relaciones mutuas con el otro, el mundo y una figura divina.

Personas como sistemas adaptativos (p.32-35)

Roy describe a la persona como sistema adaptativo holístico. Los humanos como sistemas adaptativos tienen la capacidad de pensar y sentir, arraigados en la conciencia y el significado, para lo que ellos se ajustan efectivamente a los cambios del entorno y, a su vez, afectan el entorno. Adicionalmente, las personas y la tierra tienen patrones comunes y mutualidad de relación y significado.

El nivel de adaptación representa la condición del proceso de vida y afecta las habilidades individuales para responder positivamente a la situación. El comportamiento (salida) del individuo es una función de los estímulos de entrada y el nivel de adaptación individual o grupal. En este modelo, el principal proceso de afrontamiento está determinado por los subsistemas regulador y cognitivo que se aplican a las personas, y el subsistema estabilizador e innovador se aplica a los grupos. El cognitivo-regulador y estabilizador-innovador actúan para mantener la integridad de los procesos del individuo o grupo.

La conducta o comportamiento como una salida de los sistemas humanos toma la forma de respuestas adaptativas y respuestas inefectivas; estas respuestas

actúan como retroalimentación y pueden salir del sistema, permitiendo a la persona decidir si debe disminuir los esfuerzos para afrontar los estímulos. De acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy, el entorno es específicamente clasificado como estímulo y puede ser focal, contextual y residual. En cualquier punto en el tiempo, el nivel de adaptación es un estímulo interno significativo.

Con el propósito de desarrollar conocimiento para entender la adaptación de personas o grupos, los niveles de adaptación se describen como integrado, compensatorio y comprometido. La diversidad en los niveles de adaptación afecta significativamente la habilidad para afrontar los cambios del entorno. Basados en el entorno y los niveles de adaptación, las personas crean respuestas que son observadas como conductas y pueden ser adaptativas o ineficaces.

Estímulos: El estímulo focal es el estímulo interno o externo más inmediato en la conciencia del individuo o grupo- el objeto o el evento más presente en el conocimiento. El estímulo contextual son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuye al efecto del estímulo focal; es decir, son todos los factores presentes en el entorno para el sistema adaptativo humano de quien está dentro o fuera pero que no son el centro de atención o la energía; estos factores influirán en cómo la persona puede afrontar el estímulo focal. El estímulo residual son los factores del entorno dentro y fuera de los sistemas adaptativos, cuyos efectos no están claros en la situación actual.

Nivel de adaptación: El nivel de adaptación es el nombre dado por tres posibles condiciones de los procesos de la vida del sistema adaptativo humano: integrado, compensatorio y comprometido.

El nivel *integrado* describe las estructuras y funciones de los procesos de la vida para satisfacer las necesidades humanas. El nivel *compensatorio* indica que el subsistema regulador y cognitivo han sido activados por una amenaza al proceso integrado. El nivel *comprometido*, señala que los procesos integrado y compensatorio son inadecuados.

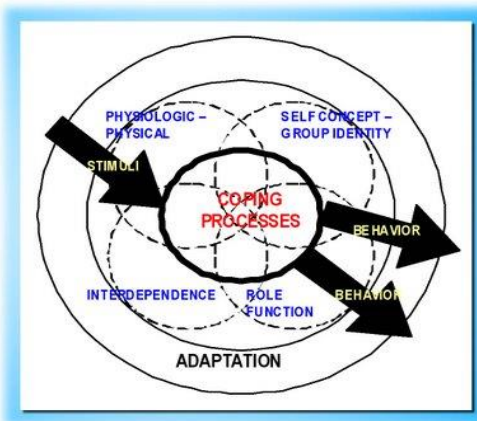
Así, las habilidades para responder positivamente dependen sobre todo de los tres tipos de estímulos y la situación actual de los procesos vitales de la persona. El estímulo focal es juzgado para tener el mayor efecto porque se determinará si los procesos de la vida son relevantes en describir el nivel de adaptación actual.

Si la habilidad para afrontar una nueva experiencia es limitada, la información y el aprendizaje acerca de la nueva situación puede ser buscada activamente. Cuando se piensa en el nivel de adaptación en términos clínicos, es importante resaltar que las enfermeras conozcan a las personas que tienen diferentes niveles de adaptación para afrontar las circunstancias cambiantes. El nivel de adaptación identifica un factor clave del estímulo interno; el estado interno actual incluye los efectos de las experiencias pasadas del individuo o grupo, incluso aquellos del cual se tiene poca o ninguna conciencia.

El nivel de adaptación, entonces, describe la condición de los procesos de la vida como un significado del estímulo focal, contextual o residual en una situación. El nivel de adaptación y todos los estímulos presentes determinan un rango de afrontamiento para el sistema humano. Muchas experiencias positivas en la vida proporcionan un amplio rango de capacidades para afrontar los cambios de la vida y una situación cambiante puede limitar ese rango. Las enfermeras pueden jugar un importante rol en ayudar en los procesos de la vida a las personas para usar los procesos cognitivo y regulador. (p.36-38).

Comportamiento: El comportamiento se define como acciones internas o externas que reaccionan bajo circunstancias específicas. Las respuestas adaptativas son las que promueven la integridad del sistema humano en términos del objetivo de adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción y transformaciones del entorno.

Las respuestas adaptativas, promueven los objetivos de la adaptación y promuevan la integridad del sistema humano. Por otra parte, las respuestas inefectivas, son aquellas que ni contribuyen a los objetivos de la adaptación ni a la integración de las personas, es decir, pueden estar en la situación inmediata o si se continúa durante largo tiempo, amenazan la supervivencia del sistema humano, crecimiento, reproducción. En adición a estas amplias directrices para determinar la adaptación y respuestas inefectivas, el conocimiento de las enfermeras del proceso de afrontamiento- regulador y cognitivo la capacidad de respuesta de la persona y estabilizador y el subsistema innovador del grupo pueden ofrecer nuevas directrices. (p. 38-40).



Fuente: https://www.google.com/search?hl=es&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw=1366&bih=667&q=Roy+Adaptation+Model&oeq=Roy+Adaptation+Model&gs_l=img.12...1704.7241.0.9031.20.6.0.14.14.0.98.519.6.6.0...0...1ac.1.29.img_13.7.521.T1nlp0aYRH8#facrc=&imgdji=&imgrc=sbBwgScxWWe55M%3A%3BZ9-119vfiR2BiM%3Bhttp%253A%252F%252Fbp3.blogger.com%252F_leMU3Ss0eG0%252FSiGieQonHG1%252FAAAAAAAAAAHM%252Fyyhk-ZNT4cg%252F400%252FPIC%252B1.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fnursingtheories.blogspot.com%252F2008%252F07%252Fsisiter-callista-roy-adaptation-theory.html%3B400%3B376

Capacidad y Proceso de Afrontamiento

Los procesos de afrontamiento se definen como maneras o formas innatas o adquiridas de interacción, es decir, maneras de responder a cambios influyentes en el ambiente. Los procesos de afrontamiento innatos son determinados por la genética, o aquellas comunes a la especie, y son generalmente vistos como procesos de tipo automático; acerca de los cuales las personas no necesitan pensar acerca de ellas. Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados a partir de estrategias como el aprendizaje. Los hechos experimentados a lo largo de la vida contribuyen a las respuestas habituales ante estímulos particulares. (p.41).

El modelo de Roy, clasifica estos procesos de afrontamiento innato y adquirido en **dos subsistemas, el regulador y el cognitivo.**

El subsistema regulador, responde a través de canales de afrontamiento de tipo neural, químico y endocrino. Estímulos de los ambientes internos y externos actúan como entradas a través de los sentidos y el sistema nervioso, y afectan los fluidos, electrolitos, el balance ácido-básico, y el sistema endocrino. La información es enrutada automáticamente de manera apropiada, y una respuesta de tipo automática, inconsciente es producida. Al mismo tiempo, las entradas al subsistema regulador juegan un papel en la formación de percepciones. Todos los aspectos del subsistema regulador son tan relacionados entre sí que no se puede aislar algún subsistema como único sistema activo en un proceso particular.

El subsistema cognitivo, responde a través de cuatro canales cognitivo-emocionales: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. El procesamiento perceptual y de la información incluye las actividades de la atención selectiva, la codificación y la memoria. El aprendizaje implica la imitación, el refuerzo y la reflexión, mientras que el proceso de juicio abarca actividades tales como la resolución de problemas y toma de decisiones. A través de las emociones de la persona, las defensas se usan para buscar alivio de la ansiedad y para realizar vínculos afectivos efectivos. Al igual que con el subsistema regulador, estímulos internos y externos, incluyendo los factores sociales, físicos y fisiológicos actúan como entradas al subsistema cognitivo. (p.41-42).

Desde sus orígenes el MAR categorizó las vías a través de las cuales los subsistemas regulador y cognitivo se manifiestan y fueron denominadas modos de adaptación fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función del rol; es decir que los comportamientos observados en los modos son manifestaciones de los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo.

Capacidad de afrontamiento: Roy desarrolló una Teoría de Rango Medio (TRM) acerca del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, e involucra pensar el afrontamiento como un constructo *multidimensional*, dado por los cuatro modos de adaptación y *jerárquicos* teniendo en cuenta los niveles de procesamiento de la información. (p.42).

Modos Adaptativos

Estos se denominan modo fisiológico-físico, auto-concepto/identidad de grupo, función de rol, e interdependencia; y es a través de estas cuatro categorías principales que las respuestas a la interacción con el medio ambiente se lleva a cabo y la adaptación puede ser observada.

Para el individuo, el modo fisiológico tiene nueve componentes; 5 necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, y protección y 4 procesos complejos que están involucrados en la adaptación fisiológica; los sentidos; líquidos, electrolitos y equilibrio ácido-base; la función neurológica; y la función endocrina.

La categoría de comportamiento relacionado con los aspectos personales de los sistemas humanos se denomina auto-concepto / identidad de grupo. La necesidad básica que subyace en el modo de auto-concepto para el individuo ha sido identificada como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber lo que uno es, lo que uno puede ser, o existir con un sentido de unidad. El concepto de auto concepto se define como la combinación de creencias y sentimientos que una persona tiene sobre él o ella misma en un momento dado. Los componentes del modo de auto-concepto son el yo físico (incluye la sensación del cuerpo, y la imagen corporal), el yo personal (incluye la auto-consistencia), el yo ideal y el yo moral, ético y espiritual.

La identidad de grupo es el término pertinente utilizado para el segundo modo de relación con los grupos. La integridad de la identidad es la necesidad subyacente a este modo adaptivo del grupo. El modo está compuesto, de las relaciones interpersonales, la autoimagen del grupo, el entorno social, la cultura, y la responsabilidad compartida del grupo.

Desde la perspectiva de la persona, el modo función rol se centra en el papel que el individuo ocupa en la sociedad. Los roles dentro de un grupo son el vehículo a través del cual los objetivos del sistema social son realmente logrados; son los componentes de acción relacionados con la infraestructura del grupo. Los roles están diseñados para contribuir a la realización de la misión del grupo, o las tareas o funciones asociadas al grupo.

Para el individuo, el modo de interdependencia se centra en las interrelaciones relacionado con el dar y recibir amor, respeto y valores. La necesidad básica del modo es definida por la integridad relacional, los sentimientos y la seguridad en el desarrollo de relaciones.

Dos relaciones específicas son el foco entre el modo de interdependencia en el individuo, la presencia de personas significativas, las más importantes para el individuo y los sistemas de apoyo, que contribuyen a reunir las necesidades de interdependencia. (P.43-46).

Ambiente

Es entendido como el mundo dentro y alrededor de los sistemas humanos adaptativos, quienes interaccionan con cambios en el ambiente y hacen sus respuestas adaptativas. El ambiente incluye todas las condiciones, circunstancias

e influencias que rodean y afectan el desarrollo de la conducta de los seres humanos como sistemas adaptativos. (p.46).

Salud

Las personas son descritas como sistemas adaptativos en crecimiento y desarrollo constante en ambientes cambiantes. La salud para el sistema adaptativo humano puede ser descrita como la reflexión de esta interacción o adaptación. Estado y proceso de ser y llegar a ser integrado y total. (p. 46-47).

Meta de Enfermería

El profesional de enfermería se enfoca en las interacciones en humanos y el ambiente que promueve el máximo desarrollo humano y bienestar. Las actividades de enfermería involucran la valoración del comportamiento y estímulos que influyen la adaptación. Los juicios de enfermería están basados en esta evaluación y se planifican las intervenciones para manejar los estímulos. El objetivo de enfermería es promover la adaptación. (p. 48-49).

El afrontamiento ha sido reconocido como una variable crucial para entender el efecto del estrés en la salud. El cuidado de la salud a menudo tiene como objetivo promover las capacidades de afrontamiento de los pacientes y sus familias (Jalowiec, Cordero, Puskar, Sereika, Corcoran, 1998; Acorn, 1995). (38). La efectividad de estos esfuerzos puede ser un factor determinante en la recuperación y el logro de la salud. Los programas de investigación sobre el afrontamiento se han multiplicado en las últimas décadas (Aldwin, 2007) (38). Sin embargo en la revisión de 35 años de investigación del afrontamiento frente a lo social y el comportamiento de las ciencias, la medicina, la salud pública y enfermería; Folkman y Moskowitz (2004), concluyeron que "solamente se ha revisado la superficie de la comprensión de las formas en las cuales el afrontamiento afectaba los resultados psicológicos, fisiológicos y del comportamiento, tanto a corto como a largo plazo". (38).

El afrontamiento es un concepto complejo. La investigación en esta área busca entender por que las personas tienen diferentes respuestas al estrés y cómo difieren las respuestas relacionadas con el bienestar. Schwarzer & Schwarzer (1996), señalaron que una conceptualización del afrontamiento sería adecuada para la medición del desarrollo de los resultados e incluiría la multidimensionalidad de la persona y la jerarquía de los procesos de afrontamiento utilizados. (38).

2.2 Teoría de Mediano Rango del Proceso de Afrontamiento y Adaptación

Bases teóricas para la conceptualización realizada del afrontamiento

El constructo del *Proceso de Afrontamiento y Adaptación* fundamenta sus bases en el Modelo de Adaptación de Roy (MAR), (Roy & McLeod, 1981) y en el Modelo de Enfermería del Procesamiento Cognitivo de la Información (Roy, 1988 y 2001). El MAR describe a la persona como un sistema adaptativo y el objetivo de los cuidados de enfermería busca mejorar los procesos de afrontamiento adaptativo centrados en promover la salud. (Roy, Corliss, 1994). (38).

El Modelo de Enfermería del Procesamiento Cognitivo de la Información (Roy, 1988 y 2001) incluye los procesos cognitivos de entrada (atención, sensación y percepción); los procesos centrales (codificación, formación de conceptos, memoria, y el idioma); y los procesos de salida (planificación y respuesta motora). Estos procesos están integrados en un campo de la conciencia y son afectados por la experiencia sensorial inmediata, también conocida como estímulos focales, la educación y la experiencia, que son considerados como estímulos contextuales y residuales. Los tres niveles de procesamiento cognitivo proporcionan una jerarquía para la visualización del afrontamiento.

Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales:

Entradas: las entradas involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia. (98).

Procesos centrales: los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente. (98).

Salidas: planeación y respuesta motora. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente, y con base en ella formulan unas

metas y unas etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación. (98).

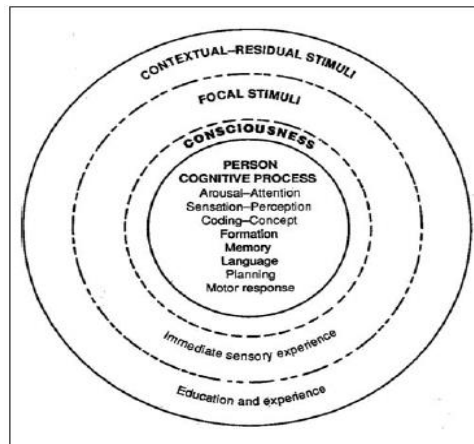


Figure 2. Middle-range theory of cognitive processing.

Fuente: The Roy Adaptation Model. 2007. (P 275)

El Proceso de Afrontamiento y Adaptación es dinámico y multidimensional. Es dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, la cual está mediada por factores personales, sociales y ambientales que se modifican en forma permanente. Se considera multidimensional porque cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar variadas situaciones. (98).

La TRM, desarrollada por Roy (2004), define el "Proceso de Afrontamiento y Adaptación", y describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales, de esta manera crea una integración humana y ambiental". (99).

Desde el punto de vista multidimensional, la TRM del Proceso de Afrontamiento y Adaptación concibe a la persona como un ser holístico y multidimensional, es decir responde como un sistema adaptativo, a través de formas que reflejan aspectos fisiológicos y psicosociales. Desde lo jerárquico y bajo la aproximación del procesamiento de la información se observa para el afrontamiento, el uso de comportamientos y estrategias jerárquicos. Desde esta concepción teórica los procesos cognitivos y emocionales están integrados para que la persona responda a los eventos cambiantes usando un rango de estrategias de procesamiento de la información.

El ambiente tiene estímulos focales, contextuales y residuales, que al entrar en contacto con la persona, desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación: el modo fisiológico, el modo de autoconcepto, el modo de función del rol y el modo de interdependencia. (14)

El proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido éste como "el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental". Este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivo-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación. (14).

Esta teoría se conceptualiza y define dos conceptos fundamentales:

Proceso de afrontamiento y adaptación: Constructo multidimensional en representación de los modos adaptativos físico y psicosocial y es jerárquico porque abarca los niveles de entrada, central y salida del procesamiento cognitivo. El proceso de afrontamiento y adaptación describe las estrategias por las cuales la persona responde a las influencias y cambios del medio ambiente para crear una integridad humana y ambiental. (38).

Capacidad de afrontamiento y proceso de adaptación: Habilidad de la persona basada en sus patrones para responder a los cambios del ambiente, en donde usa sus estilos de afrontamiento y estrategias de adaptación para adaptarse efectivamente a los desafíos.

Roy, en el año 2014 sintetiza la Teoría de Mediano Rango de Adaptación a los eventos de la vida, basada en los conceptos, estímulos o cambios, estrategias de afrontamiento y resultados de la adaptación y sintetizó las proposiciones. La (TRM) y las proposiciones proveen una comprensión de la adaptación a los eventos de la vida que son útiles para la práctica de enfermería.

La TRM se derivó de la exploración de casos específicos de un fenómeno de la experiencia, de investigación, literatura y/o práctica. La síntesis de los conceptos relacionados dentro del conocimiento se puede generalizar más allá de una

determinada situación y sirve como semilla para futuros desarrollos del conocimiento, incluyendo diseños y pruebas de intervenciones de enfermería en la práctica. Si los conceptos de la teoría miran las experiencias humanas, al igual que la adaptación de las personas, una teoría puede ser generalizada a través de especialidades clínicas porque la gran teoría propone que las necesidades para la adaptación es un fenómeno común experimentado por todos los que se encuentran en cambio.

De acuerdo al MAR, la persona o grupo es definida como un sistema adaptativo con procesos centrales de afrontamiento que conducen a la adaptación y promoción de la salud. La decisión parecía clara que los estudios se prestaban para el desarrollo de las Teorías de Rango Medio de los conceptos básicos del afrontamiento y la adaptación. Dado la convicción acerca del significado de la TRM, el equipo del proyecto creó una serie de pasos para desarrollar la Teoría de Rango Medio.

El paso clave de identificación de conceptos para la TRM del afrontamiento, puede ser útil para examinar primero lo que sabemos acerca del afrontamiento. “Para afrontar” ha sido definido como el hacer frente al éxito con un problema o situación difícil. El trabajo de enfermería con las personas en continuamente cambiante en las situaciones de la vida, incluyendo muchos de los que se enfrentan a problemas difíciles o situaciones relacionadas con su salud. El enfoque del conocimiento de las enfermeras está viendo a las personas como un todo en su cambio con el entorno, y así las enfermeras mejor preparadas pueden ayudar a las personas de acuerdo a los cambios con estas situaciones cambiantes. La TRM de afrontamiento puede ser útil para las enfermeras en todas las áreas de la práctica.

Los conceptos tienen significados específicos dentro del modelo (Roy, 2009). El estímulo focal es el interno y estímulo externo más inmediatamente y confronta a la persona y también se ha descrito como la cantidad de cambios que tienen lugar. El estímulo contextual está presente en todos los otros estímulos para la persona que contribuyen a afectar el estímulo focal. El estímulo residual esta en los factores del ambiente dentro o fuera del sistema humano que tiene claro que afecta la situación.

Roy (2011), construyó en un trabajo anterior la descripción de estrategias de afrontamiento como comportamientos mediante el cual los procesos de afrontamiento se llevan a cabo y el procesamiento de adaptación se define como las formas del patrón innato o adquirido y responde a los cambios del entorno en situaciones diarias y períodos críticos para dirigir el comportamiento hacia la

supervivencia, crecimiento, reproducción, y trascendencia. Esta visión interaccional del afrontamiento y adaptación está en consonancia con la literatura del afrontamiento.

El resultado, es notado en la definición de los procesos de afrontamiento y adaptación expresados a través de los 4 modos adaptativos. El mayor concepto de esta TRM fue identificar los estímulos del proceso de afrontamiento, y los resultados basados en el entendimiento de la gran teoría y el análisis de los estudios seleccionados.

CONCEPTOS DE LA TEORIA

Concepto 1: Estimulo: Son cambios a largo plazo que indican importantes desafíos, y exigen mayores esfuerzos del afrontamiento. Como señalaron los investigadores, se hacen esfuerzos para entender la experiencia, pero poca investigación se ha centrado en cómo lidiar con el estímulo y envejecer con éxito.

Concepto 2: Proceso de Afrontamiento: Los estudios fueron seleccionados porque encontraron en las estrategias de afrontamiento que existen algunas variaciones en la forma en que estos conceptos se nombran y se miden, que tienen sus raíces en el entendimiento propuesto por el MAR. Los investigadores dirigieron para influenciar en el sistema cognoscitivo, orientación perceptual y procesamiento de la información, aprendizaje, juicio, y emoción. Ellos propusieron que los mecanismos de rendimiento funcional y creatividad eran procesos de afrontamiento que podían conducir al éxito de nuevo.

El proceso de afrontamiento fue simplemente etiquetado como “estrategias de afrontamiento” e incluyó el afrontamiento activo no religioso y pasiva / evitación en los estudios reportados por Levesque et al (1998) y Duchane et al. (1998).

Concepto 3: Resultados: Un componente importante de cualquier TRM son los resultados. En particular la literatura mira el afrontamiento desde la perspectiva de la efectividad de los resultados.

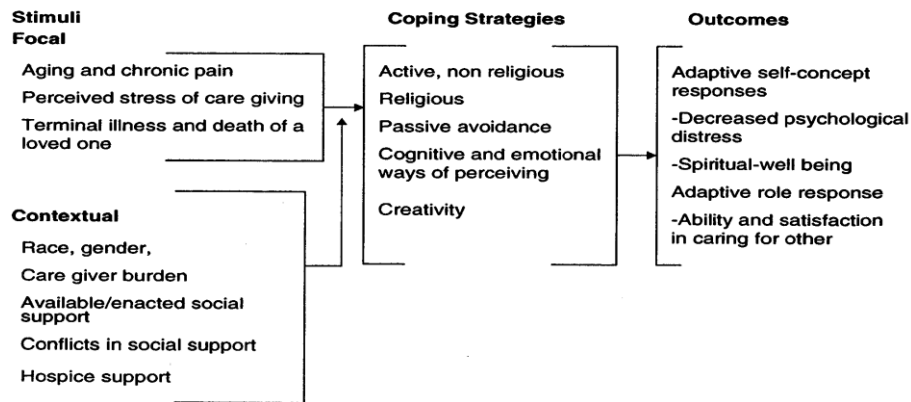


FIGURE 7.2 Schema of Middle Range Theory of Coping

Fuente: Roy C. Synthesis of a Middle Range Theory of Coping. Cap. 7: p 222

La figura muestra los tres conceptos amplios: estímulo, estrategias de afrontamiento, y resultados en la parte superior, con los conceptos entre corchetes debajo de ellos. Las categorías de los conceptos está entre corchetes y las interrelaciones entre los conceptos se muestra por las flechas.

Los conceptos específicos debajo del estímulo focal incluye de nuevo el dolor crónico, percibido en el estrés de cuidadores, enfermedad terminal y muerte o de un ser querido. Las estrategias de afrontamiento identificadas en la TRM eran activas, afrontamiento no religioso, religioso, evitación pasiva, formas cognitivas y emocionales de la percepción, afrontamiento religioso, y creativo. Los resultados incluyen respuestas del autoconcepto adaptativo; específicamente, disminución del estrés psicosocial, depresión y espiritualidad; las respuestas rol adaptativo incluyen la habilidad y satisfacción en el cuidado de otros.

Es una importante declaración porque toma en cuenta el tiempo, mostrando cómo una persona puede cambiar las estrategias cuando un enfoque no está funcionando y también cómo el afrontamiento varía con los estímulos.

La TRM del afrontamiento derivado de la selección de estudios se compone de 12 estados proposicionales acerca de estrategias de afrontamiento y sus resultados y el estímulo focal y contextual, en este sentido las estrategias de afrontamiento y sus resultados. Estos nuevos conocimientos son útiles en el tratamiento de las cuestiones más importantes en la literatura sobre cómo lidiar, acerca de cómo diseñar intervenciones efectivas. Hay un largo tiempo de debate acerca de sí el afrontamiento radica más en las personas o en el entorno, es decir, la cuestión de rasgo, una más duradera característica versus el estado, una condición más

temporal. ¿La persona que tiene rasgos personales hace que uno tienda a utilizar algunas de las estrategias de afrontamiento y otros no?, ¿O es el estado de la situación, es decir tiene más influencia en las estrategias del afrontamiento seleccionado? Las respuestas a estas preguntas son importantes en el diseño de las intervenciones de enfermería para promover el afrontamiento.

En esta etapa la TRM, incluye las proposiciones, provee entendimiento acerca del afrontamiento eso puede direccionar el conocimiento de la práctica de enfermería. La interpretación que viene de la exploración de los trabajos tiene un significado importante en las proposiciones destacando de esta el resultado de las derivadas en esta TRM.

La conclusión es que es importante la planificación de intervenciones de enfermería para entender el afrontamiento como un rasgo pero dado en los estados más agudos, el proceso de afrontamiento y adaptación puede activarse dentro de ese estado y otras estrategias usadas para mejorar el ajuste y alcanzar una adaptación exitosa. Además, la eficacia del proceso de afrontamiento y adaptación puede estar mejorada por las intervenciones de enfermería.

Una preocupación que condujo al desarrollo del enfoque para el conocimiento es la brecha entre el reconocido desarrollo del conocimiento de enfermería y el conocimiento usado en la práctica. Un importante concepto para la práctica en un nivel teórico más amplio descrito por Roy, son los resultados de intervenciones de enfermería para promover la adaptación cambiando los estímulos o fortaleciendo los procesos de afrontamiento adaptativos. Con nuevas ideas sobre estrategias de afrontamiento en el corazón de esta TRM podemos demostrar cómo este conocimiento puede estar integrado dentro de la práctica y provocar cambios en la política.

Recomendaciones para la práctica: Dentro de la TRM general del afrontamiento se provee alguna claridad a la pregunta sin resolver si el afrontamiento es más basado en la persona como un rasgo o más una situación basada en un estado. La respuesta se encuentra en el entendimiento de la persona para tener el rasgo basado en preferencias por el afrontamiento aún en cambios en situaciones que nuevos estados traen acerca de la oportunidad de cambios en las estrategias de afrontamiento. Las enfermeras pueden usar esta comprensión entre el entendimiento de la persona tanto para fortalecer las habilidades de afrontamiento personas preferidas como para ayudar con los cambios en las estrategias de afrontamiento para manejar los cambios en sus vidas, incluyendo los cambios de salud.

2.3 Estado del Arte

El afrontamiento ha sido estudiado por disciplinas como la psicología y la psiquiatría (100) (101) (102) (103) (104), quienes lo definen de diferentes maneras.

Krzemien, (2007), Contreras, et al. (2007), lo definieron como las estrategias para reducir al mínimo el impacto negativo que producían los estresores sobre el bienestar psicológico. (105) (106). Fernández, (2009), lo presentaba como un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas para contrarrestar los efectos de situaciones valoradas como amenazantes (107); Finalmente, Espada, et al (2010), afirmaban que era un “proceso que incluía intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se planteaban en su acontecer vital”. (103).

Las definiciones anteriormente descritas, se fundamentaban en el trabajo original de Lazarus y Folkman (1984), quienes habían hecho el mayor desarrollo en el estudio del afrontamiento (108) (109) (110). Lazarus (1993), postulaba dos estilos de afrontamiento: focalizado en el problema y focalizado en la emoción (111); posteriormente, Aldwin, (2007), distinguió cuatro enfoques de afrontamiento en función de factores intervinientes: a) Centrado en la persona, b) Basado en la situación; c) Interactivo y d) Transaccional. (112); Livneh (2001), refería que la persona utilizaba tres tipos de afrontamiento: 1. Comportamentales (controlan el estímulo estresor), 2. Afectivas (intentos de la persona para controlar reacciones emocionales) y 3. Cognitivas, que podían ser de dos tipos: las que buscaban minimizar las consecuencias y el impacto de la situación y las enfocadas en la situación). (113).

Guerreo, (2011), indicaba que los estilos de afrontamiento se iban formando a lo largo de la vida basados en resultados y experiencias personales. (114). Además, Díaz (2008), planteaba que los estilos de afrontamiento parecían fundarse en diferentes estructuras de la personalidad referidas a la tendencia del sujeto por usar preferentemente un tipo de afrontamiento, mientras que las estrategias de afrontamiento hacían mención a diferentes acciones que llevaba a cabo la persona dentro de su estilo y requerían creatividad y producción de nuevas conductas, que permitieran un grado de cohesión y adaptabilidad. (115). Vásquez, et al, referían que existen muchas estrategias posibles de afrontamiento y que el uso de unas u otras estaban determinadas por la naturaleza del estresor y las circunstancias en que se producían. (116).

Con respecto al proceso de afrontamiento y adaptación que vivenciaban los padres frente a la hospitalización de los hijos, la literatura refería que el proceso de adaptación de la madre a la hospitalización de su hijo parecía estar influenciada por factores sociales, culturales y familiares, de igual manera, que diferentes experiencias, reflejaban sentimientos y actitudes que variaban de persona a persona (117); por tanto, las percepciones y formas de afrontamiento de los padres podían variar ante situaciones difíciles. (117) (118).

Finalmente, Schappin, Wijnroks, Uniken, et. al., (2013), mencionaban que la experiencia del nacimiento de un hijo prematuro era diferente entre padres y madres. Los padres de niños prematuros experimentaban sólo un poco más estrés que los padres de niños a término; así mismo, las madres tenían un poco más estrés que los padres. Los estudios que informaron altos niveles de estrés en los padres de niños prematuros atribuyeron unánimemente esta diferencia a la experiencia de los padres sobre el nacimiento prematuro y la enfermedad subsiguiente del recién nacido. (119).

Los autores concluyeron, que no estaba claro si los padres de niños prematuros experimentaban más estrés que los padres de niños nacidos a término, lo que justificaría estas intervenciones y consideraba importante, investigar esta diferencia y sus posibles fuentes, que permitieran determinar de forma temprana los padres que necesitaban ayuda. (119).

Brandalize & Sanson (2006), referían que la interacción constante con un medio cambiante que afrontaban los padres de hijos hospitalizados con patología cardíaca, podía generar en ellos desequilibrio emocional y por tanto debían utilizar sus habilidades innatas o adquiridas para afrontar la situación, así mismo, la familia debía adaptarse a la nueva realidad, encontrando la manera de afrontar la transición con el menor traumatismo posible. (120).

Se pudo observar a través de la revisión bibliográfica alrededor del tema central de la presente investigación, que los padres utilizaban algunas estrategias de afrontamiento para manejar su experiencia en la Unidad de Cuidado Neonatal, como: participar en el cuidado, alejarse de la Unidad, recopilar información, participación de amigos y familiares y compromiso con otros padres de la Unidad, búsqueda de apoyo social, reestructuración, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar para obtener y aceptar ayuda, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional. Otros padres

utilizaban estrategias de afrontamiento como, la autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social. (37) (40) (41) (121).

Frente al rol que desempeñan los profesionales de enfermería en el cuidado de los padres que afrontan la experiencia de tener un hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal, la literatura evidenciaba resultados que se relacionaban con características de las intervenciones de enfermería, dentro de las cuales se mencionaba: información a los padres, comunicación con los miembros del equipo de salud, apoyo social y relación de ayuda.

Los profesionales de enfermería como cuidadores primarios en el período inmediatamente posterior al parto, se encuentran en una posición perfecta para el desarrollo de intervenciones que mejoraran las actividades de participación en la transición del rol materno. Existían intervenciones de enfermería que ayudaban a las madres a reconocer, entender, y responder a las señales del comportamiento de sus hijos, por tanto, los autores sugerían la necesidad de implementar intervenciones para que las madres aumentaran su participación y por ende favorecieran la transición del rol materno y la promoción del apego. (122).

Adicionalmente, Fernández (2004), indicaba que las intervenciones que facilitaban las interacciones positivas entre los padres y sus hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal eran: enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su hijo; estimular a los padres a interactuar con su hijo cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permitieran; ayudar a los padres a reconocer las señales de estrés en su hijo a fin de modificar la estimulación e interacción y enseñar maniobras de consuelo y técnicas de posicionamiento del recién nacido. (123).

Por ejemplo Mazurek, Feinstein, Alpert, et.al., (2006), evaluaron la eficacia del programa COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment), que constaba de 4 etapas educativa–conductuales, diseñado para mejorar las interacciones padre-hijo y los resultados en la salud mental de los padres. Los autores afirmaron que la información reforzada con actividades de comportamiento demostraban efectividad para producir cambios en los resultados de lo que hacía solo la información. Cada fase ofrecía información a los padres sobre: (1) Apariencia y características del comportamiento del recién nacido; cómo los padres podían participar en el cuidado de sus hijos; satisfacer las necesidades de sus hijos; mejorar la calidad de la interacción con su hijo y facilitar el desarrollo de su hijo (información sobre el rol parental) y (2) Actividades que ayudaran a los padres en la aplicación de la información experimental. (124).

Previamente, el estudio de Mazurek, Fischbeck, Moldenhouer, et.al (2001), mostraba que las intervenciones efectuadas a los padres de recién nacidos hospitalizados con enfermedades crónicas se dividían en 4 categorías: intervenciones educativas, intervenciones en punto de tensión, formación de habilidades en resolución de problemas e intervenciones educativas para mejorar el comportamiento del afrontamiento. (125).

Ferrer (2010), mencionaba que las intervenciones de enfermería desarrolladas en padres de recién nacidos hospitalizados debían basarse en: 1) La comunicación abierta y honesta que incluyera el proporcionar información clara de la enfermedad y su pronóstico; 2) Explorar con los padres sus sistemas de apoyo y valores; 3) Asegurar un ambiente apropiado y promover la máxima participación de la familia en el cuidado. El autor concluyó que la valoración familiar era de vital importancia para establecer intervenciones adecuadas a las necesidades particulares, y que el proporcionar información permanente sobre la evolución del recién nacido lograba establecer una relación significativa y preparaba a los padres para asumir un rol activo y participativo en el cuidado del hijo reconociendo sus propias capacidades y recursos. (126).

En esta línea, Cleveland (2008), realizó un estudio enfocado en resolver dos preguntas: (1) ¿Cuáles eran las necesidades de los padres con hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal? y (2) ¿Qué comportamientos apoyaban a los padres con un hijo en la Unidad de Cuidado Neonatal?, la autora concluyó que seis necesidades fueron identificadas por los padres:

(a) *Correcta información e inclusión en el cuidado del recién nacido*: Los padres expresaron su deseo de recibir información precisa y comprensible; se evidenció angustia por recibir información inexacta o incompleta relativa a la condición del recién nacido, por tanto, los padres deseaban estar involucrados en el cuidado.

(b) *Observación vigilante y protección del recién nacido*: Las madres estaban alerta ante las situaciones que marcaban peligro para su hijo, por ejemplo mala continuidad en el cuidado, falta de cuidado al hijo, o sospechar que se estaba prestando un cuidado contraindicado (Hurst, 2001). Los padres sentían que necesitaban proteger a sus hijos del peligro mediante la supervisión del cuidado, pero a medida que aumentaba la relación y confianza con el profesional de enfermería, la vigilancia del estado del recién nacido era más tranquila (Higgins y Dullow).

(c) *Necesidad de contacto con el recién nacido*: Cuando no era posible el contacto de la madre con su hijo debido a la condición frágil del recién nacido, las madres encontraban consuelo en acciones como: sentarse al lado, tocar la cama y acariciar a sus hijos; el proporcionar leche materna era visto como una forma de contacto deseado, las madres pensaban que esto era lo único que podían hacer por sus hijos.

(d) *Ser percibidos positivamente por el personal de la Unidad*: Las madres se preocupaban por ser vistas como agresivas y sentían que debían ser "buenas" con el profesional de enfermería para facilitar su relación; algunas madres retenían sus sentimientos por miedo a perder el acceso a su hijo. Fenwick et al (2001) indicaban que si la relación madre-enfermera no podía llevarse a cabo, las madres se sentían "marginadas", contribuyendo a su estrés y distanciamiento.

(e) *Atención individualizada*: La necesidad de recibir atención individualizada podía parecer obvia, sin embargo, los investigadores sugerían que esta necesidad podía ser pasada por alto en la Unidad de Cuidado Neonatal (Hurst, 2001; Punthmatharith, Buddharat, Kamlangdee, 2007; Wielenga, Smit, y Unk 2006). Se observaba que las necesidades de las madres y padres eran diferentes. (Melnyk et al, 2006; Ward, 2001).

(f) *Relación terapéutica con el profesional de enfermería*: Se identificó la capacidad del profesional de enfermería para influir positiva o negativamente en el desarrollo de la relación padre-hijo. Varios investigadores describieron una lucha de "poder", en particular entre la madre y el profesional de enfermería. (Fenwick et al., 2001; Lupton y Fenwick). Las madres eran conscientes de las diferencias entre ellas y el personal de la Unidad de Cuidado Neonatal. (Hurst, 2001). Bialoskurski et al.; Erlandsson y Fagerberg, Hurst, 2001. Lee et al; Mok; Leung; Taylor; Riper; Rooyen et al; Ward (2001), consideraban que esto era lamentable y afirmaban que los padres poseían un fuerte deseo de colaborar en el cuidado, especialmente con los profesionales de enfermería. (69).

En respuesta a la pregunta número dos, Cleveland (2008), identificó cuatro conductas de enfermería para ayudar a los padres en el cumplimiento de sus necesidades:

(a) *Apoyo emocional*: Fue muy importante para los padres que experimentaron la admisión en la Unidad de Cuidado Neonatal (Buarque et al., 2006; Correia, Carvalho, y Linhares, 2008; Denney, 2003; Hurst, 2006; Jones et al, 2007; Lee et

al, 2003, Mok , Leung, 2006; Nottage, 2005; Pearson, Anderson, 2001; Pinelli, 2000; Riper, 2001; Rooyen et al., 2006). La falta de apoyo del profesional de enfermería podía ser una fuente de estrés para las madres y los padres. Era de importancia resaltar que las áreas especiales donde los padres deseaban más apoyo del profesional de enfermería incluyó: información, intercambio de apoyo y la comunicación.

(b) *Empoderamiento de los padres*: Herbst y Maree, evidenciaron que no hubo consenso entre los profesionales de enfermería, acerca de cómo apoyar en este proceso y entregar la mayor cantidad de cuidado; los padres mencionaron que las actividades de enfermería que les fue de gran ayuda eran: recibir una sola orientación en la admisión a la Unidad de Cuidado Neonatal, involucrarse en el cuidado del recién nacido, preparación para la salida y calidad en el cuidado del profesional de enfermería.

(c) *Ambiente acogedor con políticas de apoyo*: El entorno de la Unidad de Cuidado Neonatal y el enfoque del profesional de enfermería fueron cruciales para ayudar a los padres. Algunas madres se sintieron intimidadas por el ambiente de la Unidad y sentían miedo de proporcionar cuidado.

(d) *Educación a los padres con la oportunidad de practicar habilidades a través de la participación guiada*: El practicar nuevas habilidades con asistencia del profesional de enfermería fueron identificadas como importantes para los padres, y un factor para la creación de cambios.

Clevelan (2009), concluyó, que los profesionales de enfermería tenían una oportunidad única de ayudar a las familias durante la hospitalización de los hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal, sin embargo, antes de desarrollar intervenciones de enfermería se debía comprender las necesidades de los padres y cómo abordarlos y recomendó que los padres debían sentirse bienvenidos y cómodos en la Unidad de Cuidado Neonatal para que la educación, el aprendizaje y la práctica de nuevas habilidades fuera exitosa. (69).

Benzies, Magill, Hayden, Ballantyne (2013), desarrollaron un metaanálisis, con el objetivo de categorizar los componentes clave de los programas de intervención temprana y determinar los efectos directos en padres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, empleando intervenciones clasificadas de la siguiente manera:

(a) *Apoyo psicosocial*: El apoyo psicosocial a los padres fue efectivo para disminuir el estrés, la ansiedad, síntomas depresivos así como para aumentar la auto-eficacia, sensibilidad materna y la capacidad de respuesta en las interacciones con el recién nacido.

(b) *Educación a los padres*: Se incluyó información sobre el crecimiento y desarrollo del recién nacido; manifestaciones de la conducta del recién nacido y participación activa de los padres. La intervención educativa pudo aumentar los conocimientos y habilidades parentales en el cuidado y disminución del estrés.

El estudio realizado por Brett, Staniszewska, Newburn, et. al, (2013), destacaban la importancia de fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido en la Unidad de Cuidado Neonatal, aumentando así la capacidad para afrontar y mejorar la confianza en el cuidado, aspecto que podía mejorar los resultados del recién nacido y reducir la estancia hospitalaria. (127). A partir de los hallazgos se propusieron las siguientes intervenciones de apoyo:

- (1) Participación en programas de cuidado individualizado orientado al desarrollo y el comportamiento (Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE), Programa de Desarrollo de Cuidado individualizado Neonatal y Evaluación, Programa Mother Infant Transaction (MITP) y los programas de evaluación del comportamiento
- (2) Lactancia materna, cuidado canguro y programas de masaje infantil
- (3) Foros de apoyo a los padres
- (4) Intervenciones para aliviar el estrés de los padres
- (5) Preparación de los padres para varias etapas (Ver al recién nacido por primera vez, preparación para el alta). La evidencia informaba sobre la importancia de preparar a los padres en la Unidad de Cuidado Neonatal durante la visita y mantener una buena comunicación en toda la fase de admisión y alta hospitalaria.
- (6) Programas de apoyo en casa. (127)

Como se observó, los profesionales de enfermería podían desempeñar un papel importante en el fomento de comportamientos que permitieran a los padres afrontar y adaptarse a la situación, los cuidados brindados debían dirigirse a la reducción de la ansiedad y el miedo. Los resultados del estudio de Falcón, Moncada, et al, (2009), afirmaban que el profesional de enfermería debía ofrecer a los padres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal técnicas que les permitiera utilizar sus habilidades para adaptarse a esta situación,

utilizando técnicas cognitivas conductuales que facilitaran en los padres el manejo del estrés; estas técnicas se enmarcaban en sesiones educativas, lecturas, relajación muscular, reforzamientos positivos, jerarquización de necesidades, solución de conflictos, visualización, toma de decisiones, entre otras. (11).

Bohórquez (2000), propuso que se debía aprovechar al máximo el primer contacto con los padres (58); Guillaume, Michelin, Amrani, et al (2013), mencionaron actividades a desarrollar en cada momento: Al nacer, durante la primera visita y en la Unidad de Cuidado Neonatal. Los padres referían que en la primera semana en la Unidad de Cuidado Neonatal, el acceso a las explicaciones habituales les ayudó a limitar sus sentimientos de impotencia y ser capaces de ver al recién nacido día tras día (59); las nuevas intervenciones en madres debían comenzar en la admisión, continuar durante la hospitalización y posteriormente después del alta del recién nacido. (63).

Se había observado que cuando se brindaba a la madre suficiente información y apoyo, ella experimentaba una sensación de confianza (89) y mejor afrontamiento. (79). Ortigosa, Mendez, Riquelme (2009), referían que la falta de información o la inexactitud en su contenido llevaba a que se generaran expectativas irreales o se elaboraran interpretaciones erróneas de la situación, incrementando el nivel de ansiedad o miedo; además, la información fragmentada a través de distintas fuentes sólo añadía desconcierto y preocupación en los padres. (128). Bennett, Cee, (2005), evidenciaban que la falta de información en relación con el ambiente de la Unidad de Cuidado Neonatal daba lugar a que las madres sintieran miedo, razón por la cual fue necesario optimizar la cantidad y calidad de información acerca del entorno en el que los recién nacidos eran cuidados. Las madres agradecían la oportunidad de expresar sus puntos de vista y opiniones y referían que los profesionales de enfermería aliviaban sus preocupaciones. (129).

En la misma línea los resultados del estudio de Marín, Menéndez (2011), evidenciaron asociación estadísticamente significativa entre mayores niveles de depresión y ansiedad cuando: a) Las madres no tenían información completa acerca de la enfermedad y tratamiento del recién nacido; b) Experimentaban una hospitalización prolongada y c) Carecían de apoyo familiar y social; además encontraba que el apoyo que las madres sentían por parte de los profesionales de enfermería resultaban atenuantes para la aparición del estrés. Los autores afirmaron que las intervenciones que habían demostrado ser eficaces para reducir los niveles de ansiedad y estrés en los padres con recién nacidos en la Unidad de Cuidado Neonatal, habían sido poco estudiadas y consideraron importante en toda

intervención, presentar a las madres las características de la dinámica de la hospitalización anticipando posibles situaciones estresantes que pudieran aparecer durante la misma y procurar que la madre identificara su lugar protagónico en el cuidado de la salud del recién nacido. Un aspecto a resaltar era que las madres sentían que los profesionales de enfermería centraban su atención en las necesidades del recién nacido dejándola del lado como sujeto de cuidado. (130).

De igual manera, el estudio realizado por Glazebrook, Marlow, Israel, et al., (2006), sugerían la necesidad de apoyo a los padres con recién nacidos hospitalizados, teniendo en cuenta que el estrés de los padres aumentaba las dificultades de aprendizaje, siendo más evidente al momento del alta. (131).

Adicionalmente, Pinto, Barrera, Sánchez (2005), referían que en los casos de cuidadores con personas hospitalizadas la adaptación de éstos a la hospitalización se evidenciaba en la confianza que tenían en los demás cuidadores, el mantenimiento del control deseado sobre el cuidado, la participación en el cuidado como lo deseaba el cuidador, el mantenimiento de la relación cuidador- cuidado, la comunicación con los agentes de cuidado, la expresión de su experiencia sobre el cambio, la resolución de sentimientos de culpa y de rabia, el empleo de métodos de resolución de conflictos, el sentimiento de comodidad con la transición del rol, la habilidad para consentir el tratamiento y la comunicación de las necesidades de cuidado que el receptor no verbalizaba. (132).

En la misma línea, Angarita, Gonzales (2009), referían que las redes de apoyo social fueron importantes en el bienestar de los cuidadores, los protegía contra el estrés y los capacitaba para reevaluar la situación y adaptarse mejor, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento; los autores concluyeron que el efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo al cuidador documentaban resultados positivos relacionados con el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañaba la experiencia de vivir en situación de enfermedad. (133).

El trabajo de investigación de Hernández, Flores (2002), se enfocó en la relación de ayuda entre profesionales de enfermería y los padres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, donde evidenciaron que más de la mitad de los padres reconocían que el profesional de enfermería les podía ayudar con la atención del recién nacido e información (68% vs 62%); los padres referían que la relación de ayuda de los profesionales de enfermería fue mayor en

la etapa post-intervención, al igual que la explicación sobre cuidados generales y tratamiento, que disminuyó la ansiedad de los padres. El estudio concluyó que el profesional de enfermería debía brindar información suficiente, adecuada y comprensible y contribuir con sus acciones a disminuir sentimientos negativos, brindando atención integral a través de una actitud cálida, de respeto y empatía. (134). Patiño, Bosch, (2009), también afirmaba que la relación de ayuda facilitaba la comunicación en ambas direcciones y ayudaba a las familias a adaptarse a la nueva realidad. Los aspectos que las familias mencionaron y que se relacionaban con la atención recibida por el profesional de enfermería durante el nacimiento y posterior ingreso de su hijo a la Unidad de Cuidado Neonatal, se agruparon en 4 categorías: información, comprensión, tiempos de espera y adecuación del entorno. (135).

El estudio desarrollado por Nagorski (2008), refería que los aspectos técnicos y tecnológicos de la atención en salud podían monopolizar fácilmente la atención de enfermería y la comunicación con los padres se podía disminuir fácilmente en la lista de prioridades; los autores revelaron que aunque la comunicación abierta se consideraba un principio fundamental de la atención exitosa centrada en la familia, la interacción y la comunicación seguía siendo un reto importante en la Unidad de Cuidado Neonatal, por ello, enseñar a los padres la manera de "conocer" a sus hijos constituyó la base para el desarrollo de intervenciones que promovían la competencia de habilidades parentales positivas y significativas. Se recomendaba el desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas a 3 puntos principales: 1) *Confianza*: intervenciones que facilitaran el apego y competencia a través de la educación, comunicación y participación en la atención; 2) *Calidad en las visitas*: en cada momento de la visita, el profesional de enfermería debía involucrar a los padres, compartir información sobre el progreso del recién nacido, e invitarlos a conectarse con su hijo a través de la interacción o el contacto. La visita fue emocionalmente abrumadora para los nuevos padres y el objetivo era tener una visita significativa; 3) *Crear momentos para la paternidad*: el profesional de enfermería debía buscar oportunidades para crear momentos significativos a través de la participación, la información compartida, y la mezcla de conocimientos técnicos con intervenciones de atención centradas en la familia. (136).

A la luz del Modelo de Adaptación de Roy, De Mendonça, Figueiredo, Miranda, (2009), referían que en el *modo de auto concepto*, las respuestas de las madres se relacionaron con el apoyo de la familia para evitar el desequilibrio; así mismo, se observó que a pesar de que sufren la enfermedad de su hijo consiguen

superarla y reconocieron la necesidad de dedicarse al cuidado de su hijo. En el *modo función del rol*, las madres percibían que el amor era la mayor fuerza en la unión de la familia para afrontar los problemas y sobre todo el amor de madre, que aún sin la ayuda de muchos familiares o con ayuda esporádica, fueron capaces de superar la situación. Las madres en su mayoría consiguieron vivir el proceso de adaptación con respuestas positivas como el descubrimiento de potencialidades, búsqueda incesante de la salud de su hijo y superación a los problemas. En el *modo de interdependencia*, el comportamiento de adaptación satisfactorio se pudo observar por la buena relación familiar, la búsqueda de información sobre la enfermedad del hijo, el apoyo recibido del equipo de salud y la buena relación con el hijo. (137).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio y de diseño

Estudio cuantitativo: este tipo de enfoque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (138).

3.1.1 Tipo de diseño

Preexperimental, pre prueba - posprueba con grupo experimental y grupo de comparación. (138).

Estudios exploratorios: se realizan cuando el objetivo es examinar un problema de investigación poco estudiado, indagan desde una perspectiva innovadora y ayudan a identificar conceptos promisorios. Este tipo de estudios sirven para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos. Los estudios exploratorios generalmente determinan tendencias, identifican aéreas, ambientes, contextos, situaciones de estudio y relaciones potenciales entre variables. Estos estudios se caracterizan por ser más flexibles en su método en comparación con los descriptivos, correlacionales o explicativos, y son más amplios y dispersos.

Preexperimental: Es un diseño de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo. (138).

Pre prueba – posprueba: En este diseño, se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo. Este diseño ofrece la ventaja que existe un punto de referencia inicial para ver que nivel tenía en grupo en las variables dependientes antes del estímulo, es decir hay un seguimiento del grupo. (138).

Grupo experimental y grupo de comparación: Implica que un grupo se expone a la presencia de la variable independiente y el otro no. Posteriormente, los grupos se comparan para saber si el grupo expuesto a la variable independiente difiere del grupo que no fue expuesto. Al primero se le conoce como grupo experimental y al otro, en el que está ausente la variable independiente, se le denomina grupo control. (138).

3.1.2 Población

La población que permitió la exploración del efecto de la intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación estuvo constituida por mujeres primíparas en posparto con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal de la ciudad de Cúcuta.

3.2 Muestra

3.2.1 Determinación del tamaño muestral

El diseño metodológico y de análisis de este trabajo, prescindió de algunos elementos de la formalidad estadística para acatar cabalmente principios éticos de la investigación científica en salud, circunstancia que particularmente impidió acogerse al procedimiento de Stein para acopiar la información preliminar, que reveló los elementos estadísticos precursores para la determinación de los tamaños de las muestras e igualmente de la asignación aleatoria de las madres con recién nacidos hospitalizados a los grupos definidos para la evaluación de la intervención. En este sentido el grupo control precedió al grupo experimental, esto es, de las madres con hijos recién nacidos hospitalizados en las Unidades de Cuidado Neonatal concurrentes en la primera mitad del periodo de acopio de información se eligieron aleatoriamente las que constituyeron el grupo control y en la segunda mitad del período se eligieron aleatoriamente las madres que recibieron la intervención de enfermería.

En consecuencia se establecieron dos grupos de análisis, cuyos tamaños de muestra fueron balanceados y su determinación se hizo bajo el supuesto de homoscedasticidad, ante la proscripción de la muestra preliminar y por supuesto de comportamiento gaussiano de los puntajes totales.

Como elementos de precisión en el diseño de la muestra y en el análisis de los resultados, se asumió como 0,01 la probabilidad de incurrir en el error tipo I y como 0,01 la probabilidad de incurrir en el error tipo II dentro de la valoración de la significancia del cambio (9 puntos) en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación (para indicar un cambio entre nivel bajo y nivel alto, que dado el punto de corte teórico es mayor a 10 puntos y diferencia de promedios para la determinación del error tipo II como 11 puntos de la desviación estándar acudiendo a una de las relaciones empíricas de la estadística descriptiva que afirma que la desviación estándar es aproximadamente la sexta parte del recorrido de la variable, que para este caso está entre 56 y 99.

Estas precisiones permitieron determinar que cada grupo estuviera conformado por 80 mujeres primíparas con recién nacidos hospitalizados, como tamaño de muestra grupal y por consiguiente el tamaño global de la muestra fue 160 atendiendo, a que el tamaño de muestra n de cada grupo estuvo determinado por el entero n que satisfaga la siguiente igualdad:

$$n = \frac{v}{2} + 1 \cong 2 \left(\frac{\sigma}{\delta} \right)^2 \{t_{1-\alpha}(v) + t_{1-\beta}(v)\}^2$$

Dado un error de tipo I (α), un error tipo II (β), una diferencia entre los promedios poblacionales del grupo control y el grupo experimental, de $\mu_1 - \mu_2 = \delta > 0$, cuando se juzga la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ por medio de un test unilateral de nivel α , siendo v el menor entero par que satisface la igualdad anterior. Donde $t_{1-\alpha}(v)$ y $t_{1-\beta}(v)$ son los percentiles respectivos de una distribución t de Student con v grados de libertad.

De acuerdo a lo anterior la igualdad se presentó cuando n fue igual a 80 en cada grupo.

3.2.2 Tipo de muestreo

Para efectos de este estudio se utilizó un muestreo aleatorio simple a partir del censo diario de recién nacidos ingresado a las Unidades de Cuidado Neonatal que permitió la selección de las madres.

3.3 Criterios de inclusión

- Mujeres primíparas con hijos recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal.
- Mujeres primíparas con hijos recién nacidos con edad gestacional mayor o igual a 30 semanas.
- Mujeres primíparas en su primer contacto con su hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal.

3.4 Criterios de exclusión

Mujeres con hijos recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal con alteración del estado cognoscitivo de la madre.

Alteraciones del estado clínico del recién nacido durante la intervención de enfermería: disminución de la Spo₂ < 86%, bradicardia < 100, Apnea.

Para preservar el bienestar del recién nacido, se tuvo en cuenta los parámetros fisiológicos propuestos por Burns K, et.al. (139).

3.5 Variables

Variable	Tipo	Nivel de medición
Intervención de enfermería	Independiente	Cualitativa - nominal dicotómica
Capacidad de afrontamiento y adaptación de la madre	Dependiente	Cualitativa- ordinal
Edad de la madre	Contextual	Cuantitativa - razón
Edad gestacional del recién nacido	Contextual	Cuantitativa - razón
Nivel de complejidad de la hospitalización del recién nacido	Contextual	Cualitativa- ordinal
Estado civil	Contextual	Cualitativa - nominal politómica
Convivencia actual de la madre con la pareja	Contextual	Cualitativa - nominal
Nivel socioeconómico de la madre	Contextual	Cualitativa - nominal politómica
Nivel educativo de la madre	Contextual	Cualitativa - ordinal

3.6 Hipótesis de la investigación

Una intervención de enfermería que incluyó la exploración de las necesidades de la madre, apoyo informativo a la madre y favorecer el contacto madre-hijo afecta la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal de la ciudad de Cúcuta.

3.7 Desarrollo de la Intervención de Enfermería

La intervención de enfermería propuesta en esta investigación estuvo constituida por tres componentes:

- 1) Exploración de las necesidades de la madre
- 2) Apoyo informativo a la madre
- 3) Favorecer el contacto madre-hijo

1) Exploración de las necesidades de la madre

En el postparto las mujeres afrontan un proceso biológico y social que implica cambios como: fatiga, cansancio, molestias debido a los entuertos (contracciones uterinas que contribuyen a que útero recupere su tamaño normal), dolor e incomodidad en la región perineal, molestias en los senos, estreñimiento, hiperpigmentación cutánea, diaforesis, sangrado vaginal, entre otros. (140).

De igual manera, esta etapa se caracteriza por un cambio rápido en los niveles circulantes de diferentes hormonas; con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo (141), como consecuencia de ello, algunas madres presentan baja autoestima, baja percepción de apoyo social y sentimientos de tristeza (142); otros autores evidenciaban en las madres dudas, miedo y desconocimiento del desarrollo normal del recién nacido. (143).

Los cambios en el posparto, pueden aumentar la vulnerabilidad emocional de las madres, aspecto que si no es manejado adecuadamente puede tener efectos negativos sobre la interacción madre-hijo (142); por el contrario al tener en cuenta estos aspectos las madres presentaban menos depresión posparto, sonreían más a sus hijos, los abrazan, acarician y consolaban más, permitiendo establecer bases afectivas del vínculo madre/hijo. (144).

Las necesidades propias del periodo posparto se relacionaban con los cambios de ánimo, actividad física, sueño, descanso, tiempo libre, recreación y planificación familiar (145); conocimiento sobre la evolución y características de los loquios, cuidado de la episiorrafia, cuidado de la herida, deambulacion temprana, preparación de la glándula mamaria para la lactancia y cómo cuidar de ella y administración de leche materna. (146).

En coherencia con el problema de investigación planteado, adicional a las necesidades propias de la madre, ellas también experimentaban necesidades relacionadas con la hospitalización de su hijo en la Unidad de Cuidado Neonatal, algunas manifestaban desconocimiento relacionado con el cuidado del recién nacido, temor por la nueva etapa en que se encontraban (145) y preocupación por el estado de salud del recién nacido. (147).

Martell (2003), observó que las madres en posparto necesitaban de los cuidados de enfermería, así como el apoyo y guía en la interacción materno infantil. (148). Los profesionales de enfermería que reconocían a la madre como un ser único, observaban, escuchaban, compartían e intervenían sobre sus necesidades y facilitaban el contacto físico y emocional con su recién nacido, también fortalecían activamente el vínculo de apego seguro, la armonía, confianza y competencia en la realización del rol. (149) (150).

Kavanaugh (2010), evidenció que los aspectos relacionados con la satisfacción de las necesidades físicas de las madres y sus hijos fueron de mayor relevancia a diferencia de los profesionales de enfermería, quienes otorgaron mayor relevancia a los procedimientos administrativos y técnicos. (151). En este sentido, el contexto de la Unidad de Cuidado Neonatal es un entorno tecnológico en el que la interacción humana es un factor crucial; en este hecho el carácter del contexto debió permitir la creación de interacciones cercanas entre las madres y los profesionales de enfermería (152); Wingert (2006), evidenció que los profesionales de enfermería desconocían a la mujer como un ser con necesidades de cuidado, instaurando en ellas un sentimiento de exclusión y abandono. (153).

La exploración de las necesidades de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Neonatal, había sido estudiada por Bennet, Sheridan (2005); Kearvell, Grant (2008); Conz, Barbosa, Pinto (2009), quienes afirmaron que las madres agradecían la oportunidad de expresar sus puntos de vista y opiniones, referían que los profesionales de enfermería aliviaban sus preocupaciones; además, que los profesionales de enfermería eran sensibles, brindaban apoyo a sus necesidades y podían guiar y fortalecer respuestas maternas a sus hijos. Los autores indicaron que el cuidado basado en la comprensión del otro, la interacción, el compartir las angustias de las madres, fueron elementos que mostraron acciones positivas de los profesionales de enfermería para favorecer el desarrollo de una relación positiva y conectada entre las madres y sus hijos (formación del vínculo afectivo madre-hijo). (154). Estos hallazgos fueron hallados en los trabajos de Wigert, Johanson, Berg, Hellstrom

(2006) (153); Karl, Beal, O'Hare, Rissmiller, (2006) (149); Kearvell, Grant (2008). (155).

A partir de ello se observó que no todos los profesionales de enfermería favorecieron momentos de cuidado que optimizaran el bienestar de la madre y del recién nacido, a saber: la falta de reconocimiento de la madre como un ser único, el manejo y comprensión de conductas maternas, el poco diálogo y escucha empática, que permitiera la comprensión e identificación de las necesidades y preocupaciones de la madre; al igual que el brindar información y explicación insuficientes, el impedir la participación en el cuidado del recién nacido manteniendo el papel de experto, el imposibilitar la evolución de la madre de ser observadora a ser cuidadora activa y el cumplimiento de horarios de visitas. (69) (153) (156) (157).

Este elemento de la intervención de enfermería se desarrolló así:

Antes del ingreso a la Unidad de Cuidado Neonatal se abordó a la madre explorando sus necesidades de cuidado.

- Necesidades relacionadas con la etapa del ciclo vital (postparto inmediato). Se resolvieron dudas de las madres teniendo en cuenta el modo fisiológico propuesto por Roy: Necesidad de nutrición; Necesidad de protección; Función endocrina y reproductiva y Necesidad de actividad y descanso. (140).
- Necesidades relacionadas con el momento actual (hospitalización del hijo recién nacido).

Implicó la resolución de las dudas relacionadas con el impacto propio de tener que dejar el recién nacido hospitalizado, expectativas frente al cuidado, evolución y cambios que había tenido el recién nacido. Salwa y Obeisat (2012), mostraron que los padres calificaron la información y la proximidad a las necesidades del recién nacido como los aspectos más importantes y que su principal preocupación era tener la seguridad de ser informado sobre el progreso de su hijo. (158).

Esta fase se realizó de forma abierta, en una conversación con la madre en la cual la enfermera escuchó y respondió a las inquietudes, temores, dudas y preguntas. Para ello se dispuso del tiempo necesario y el espacio físico adecuado. La

enfermera investigadora registró en un memo de campo las inquietudes planteadas por las madres.

2) Apoyo informativo a la madre

Para favorecer la adaptación de las madres al entorno de la Unidad de Cuidado Neonatal, el escenario de la primera visita debía ser preparado y anticipado por los profesionales de enfermería; las madres se encontraban en un mundo previamente desconocido (159), por esto, era necesario organizar la recepción de las madres que ingresarán por primera vez acompañándolas hasta el lugar de internación y brindar la información necesaria. (144).

La inclusión de este elemento dentro de la intervención de enfermería se apoyó en los hallazgos de Malakouti, Jabraeeli, Valizadeh, et al (2013); Perlinb, Minasi, Calcagno (2011); Ferrer (2010), Cleveland (2008); Mazurek, Feinstein, Alpert L.,et.al (2006); Bennett & Cee (2005) quienes evidenciaron la necesidad que expresan las madres de recibir información completa, exacta, confiable, y comprensible en un entorno de privacidad y con disponibilidad de tiempo respecto al entorno de cuidado de su hijo y de su estado de salud. Los autores además reportaron que la falta de información en relación con el ambiente de la Unidad de Cuidado Neonatal daba lugar a que las madres sintieran miedo y preocupación; por el contrario, disponer de información en términos de cantidad y calidad, hacía que las madres experimentaran sensación de confianza y mejor afrontamiento.

Hernández (2002), afirmó que el profesional de enfermería debía brindar información suficiente, adecuada y comprensible y contribuir con sus acciones a disminuir sentimientos negativos, brindando atención integral a través de una actitud cálida, de respeto y de empatía. (134).

Howell, Graham (2011), evidenciaron que al ingreso de los padres a la Unidad de Cuidado Neonatal, se debía brindar información acerca de las instalaciones de que disponen y el propósito de la tecnología que se utilizaba para estabilizar y controlar al recién nacido (equipos, alarmas, monitores) y ayudar a los padres a familiarizarse con la Unidad. (160).

El apoyo informativo incluyó toda la información que la enfermera investigadora entregó a la madre, para lo cual se tuvieron en cuenta dos aspectos:

a) Se brindó información verbal a las madres al momento del ingreso a la Unidad de Cuidado Neonatal, teniendo en cuenta los numerales descritos en el folleto. (El tiempo podía variar según la madre)

Posteriormente se verificó la comprensión de la información y se dispuso del tiempo necesario para la resolución de preguntas y dudas.

b) Se entregó material impreso (folleto) a las madres, donde se describía la información verbalizada por la enfermera investigadora.

Contenido del folleto (Ver anexo 4)

1. Título: Guía informativa sobre la Unidad de Cuidado Neonatal

Se explicó a las madres que la Unidad de Cuidado Neonatal es un servicio donde se hospitalizan recién nacidos con alguna necesidad de salud que requieren cuidados especiales y monitoreo constante.

Este servicio combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar el cuidado necesario al recién nacido prematuro o de término con patologías que amenazan la vida. Se ofrece un ambiente físicamente cómodo para brindar atención integral a las necesidades del recién nacido y la familia incluyendo las físicas, afectivas y emocionales. (161).

Posteriormente se dio a entender a la mamá, que ella era la persona más importante para el recién nacido en este momento, y por tanto estaría atenta a sus necesidades, resolvería sus dudas, temores e inquietudes, y brindaría información exacta de la unidad y de su recién nacido y le ayudaría a mantenerla en contacto con él/ella.

Se explicó a la madre sobre los cambios fisiológicos que podría experimentar en el momento, debido a la etapa actual de pos-parto.

2. Normas de ingreso a la Unidad de Cuidado Neonatal

Se explicó a la madre que las Unidades de Cuidado Neonatal eran servicios de acceso un poco restringido, por lo cual contaban con normas que las madres debían cumplir antes de ingresar a la Unidad y una vez estando allí. Las normas fueron explicadas por la enfermera investigadora antes del ingreso a la Unidad de Cuidado Neonatal.

- ✓ Colocarse bata, gorro y tapabocas (de acuerdo a cada Unidad de Cuidado Neonatal).
- ✓ Se prohibía el uso de celulares o cámaras de video, ya que es un dispositivo sucio que podía contener gérmenes perjudiciales para el recién nacido.
- ✓ Retirarse todos los accesorios que llevara (aretes largos, anillos, pulseras, reloj).
- ✓ Las uñas deben estar cortas limpias y sin esmalte.
- ✓ Permanecer con el cabello recogido.
- ✓ Lavarse las manos, a fin de disminuir el riesgo de infecciones en los recién nacidos. (Este procedimiento fue realizado inicialmente por la enfermera, posteriormente la madre participante debía hacerlo siguiendo las indicaciones dadas).
- ✓ Secarse las manos con toallas de papel que se encontraban en el dispensador.
- ✓ La mamá podía visitar a su hijo recién nacido, todos los días en los horarios establecidos en cada Unidad de Cuidado Neonatal. Solo se permite el ingreso de la mamá o el papá y sólo a ellos se les brindará información sobre el recién nacido.
- ✓ Traer al recién nacido elementos necesarios para el cuidado: pañales, crema antipañalitis, paños húmedos, champú o jabón suave, crema o aceite para el cuerpo, ropa (niños en cuna), cobija o manta. Estos elementos se deben llevar hasta la unidad (incubadora o cuna), donde se encontraba el recién nacido.
- ✓ La Unidad cuenta con un sitio para la extracción de leche materna, este proceso requiere tiempo y paciencia por parte de la madre. Yo la acompañare o estaré con usted durante este procedimiento.

3. *Personal de la Unidad de Cuidado Neonatal*

La Unidad de Cuidado Neonatal cuenta con personal especializado y entrenado en el cuidado del recién nacido.

- ✓ Enfermera o jefe: Es el profesional de enfermería responsable del cuidado del recién nacido y de la Unidad de Cuidado Neonatal. Es la personal que le acompañara y estará con usted durante la visita, atendiendo a sus necesidades y las de su hijo recién nacido.
- ✓ Pediatra: Es el médico especialista tratante del recién nacido. Durante la visita dará información sobre el estado de salud de su hijo.
- ✓ Auxiliares de enfermería: Colaboran con el profesional de enfermería en las labores de cuidado directo al recién nacido.
- ✓ Fisioterapeutas: Son profesionales de terapia respiratoria y física que contribuyen con la recuperación del estado de salud del recién nacido cuando es requerido.
- ✓ Psicólogo/a: Encargados de brindar acompañamiento y asistencia psicosocial a los padres (padre y madre)

Una vez se orientó a la madre sobre las normas anteriormente descritas, se acompañó hasta la unidad (Cuna o incubadora), donde se encontraba el recién nacido. Se brindó a la madre una silla para su descanso.

- ✓ Se indicó que estaba prohibido el contacto o visita a otros recién nacidos de la Unidad de Cuidado Neonatal.

4. Equipos necesarios para la sobrevivencia del recién nacido

La Unidad de Cuidado Neonatal cuenta con equipos especiales para monitorear al recién nacido, los equipos cuentan con alarmas sonoras y luminosas programadas por el profesional de enfermería.

- ✓ Incubadora: Es una cámara cerrada de material transparente que proporciona una temperatura adecuada para el recién nacido. Tiene puertas o ventanas para realizar los cuidados necesarios al recién nacido y para que usted pueda tener contacto con el/ella.
- ✓ Cuna: Una vez su hijo esté en mejores condiciones de salud, se le trasladará a una cuna para continuar con los cuidados a su hijo.
- ✓ Lámpara de fototerapia: Es una luz brillante que se coloca sobre la incubadora o cuna donde se encuentre su hijo, esta es usada para el tratamiento de la ictericia que es el color amarillo de la piel, para ello su hijo permanecerá con los ojos cubiertos con un protector ocular.
- ✓ Bomba de infusión: Este equipo sirve para administrar de forma segura y controlada la nutrición o líquidos por vía venosa a su hijo, en algunas ocasiones puede ser utilizada para administrar alimentación por sonda orogástrica (o por la boca) al recién nacido.
- ✓ Monitor de signos vitales: Sirve para mostrar de forma continua los signos vitales de su hijo recién nacido incluyendo: frecuencia cardíaca (latidos del corazón), frecuencia respiratoria, nivel de oxigenación de la sangre a nivel periférico (SpO2) y cifras de tensión arterial. Por ello, usted observará que su hijo puede permanecer con estos dispositivos que serán rotados frecuentemente por el profesional de enfermería de una extremidad a otra.

No se asuste por los sonidos constantes que emite el monitor, el personal de unidad está capacitado para atender a cada una de las alarmas.

5. Información sobre el estado de salud del recién nacido

Se brindó información sobre el estado actual del recién nacido, relacionado con el motivo de hospitalización, enfermedad actual, tratamiento médico y cambios durante la hospitalización.

Así mismo durante la visita el médico pediatra le informará también sobre el estado de salud del recién nacido y tratamiento a seguir.

6. Favorecer el contacto madre-hijo

El hecho de que el recién nacido se encuentre hospitalizado no es un obstáculo para que la madre tenga contacto físico con el recién nacido.

Durante la visita las madres deben ser partícipes activas en el cuidado y deben permanecer junto a su hijo dándole cariño, tocándolo, acompañándolo, todo ello para brindar un vínculo afectivo.

Con la ayuda del profesional de enfermería, usted podrá participar en los cuidados de rutina a su hijo recién nacido que contribuyan a su comodidad.

Usted estará acompañada por la enfermera, quien le explicará cómo realizar cada uno de los cuidados, para ello la invitamos a participar activamente en el cuidado de su hijo.

- ✓ Cambio de posición: El recién nacido posee un escaso tono muscular, esto le obliga a adoptar una postura en extensión, favoreciendo la retracción de los músculos de la espalda. El posicionar adecuadamente al recién nacido tiene como objetivo: Recogerlo en flexión, estimular la flexión activa del tronco y extremidades, conseguir una postura más simétrica, estimular la exploración visual.
- ✓ Anidamiento del recién nacido: El uso de rollo, nidos o barreras de contención en el recién nacido simula las paredes uterinas, le da comodidad, seguridad y mantiene la postura. El recibir soporte alrededor del cuerpo hace que el recién nacido no se “sienta perdido” en la incubadora o cuna.

- ✓ Cambio de pañal: Se recomienda hacer el cambio de pañal a manera de proteger y preservar la integridad de la piel del recién nacido.

En las niñas, se debe limpiar de arriba hacia abajo evitando la contaminación de los genitales y la uretra con gérmenes del tracto gastrointestinal. En los niños, se recomienda realizar la higiene sin movilizar el prepucio pero limpiando cuidadosamente la zona del meato uretral.

Al cerrar el pañal se recomienda dejar fuera el muñón umbilical y evitar ajustar en exceso las cintas adhesivas para no comprimir el abdomen y la reja costal comprimiendo la mecánica respiratoria.

7. Trámites administrativos

Usted debe registrar a su hijo recién nacido, la enfermera profesional le entregará el reporte del grupo de sangre de su hijo, el cual debe llevar con la hoja (verde) "CERTIFICADO DE RECIEN NACIDO VIVO" a la notaria para que su hijo pueda tener el Registro Civil.

La enfermera profesional le brindará información sobre las oficinas de notariado en Cúcuta.

3) Favorecimiento del contacto madre-hijo

La hospitalización de un recién nacido en la Unidad de Cuidado Neonatal, sumada a que en algunas circunstancias la madre no podía ver, tocar a su hijo recién nacido durante varias horas después del parto, y que podía durar incluso días, afectaba los procesos de apego. (162). El ingreso de recién nacidos a la Unidad de Cuidado Neonatal, resulta necesario para asegurar las condiciones de sobrevivencia de los mismos y crea situaciones poco favorables para su desarrollo neurológico y afectivo como la separación física de su madre y el limitado contacto. (144). Mazurek, Feinstein, Alpert, et.al., (2006), afirmaron que la información brindada a los padres y reforzada con actividades de cuidado al recién nacido habían demostrado ser más eficaces para producir cambios en los resultados de lo que hacía solo la información. (124).

Este elemento se apoyó en los planteamientos de Egan, Quiroga (2012), quienes afirmaron que las madres debían ser participantes activas en el cuidado y la estimulación del neurodesarrollo, era las verdaderas “estimuladoras /habilitadoras” y el equipo de salud debía ser el intérprete del comportamiento del recién nacido. Los profesionales de enfermería neonatal juegan un papel crucial en ayudar al proceso de unión mediante la promoción y fomento de la interacción temprana madre-hijo (163), y la participación en el cuidado. (160).

Barbosa, Pinto, Ribeiro, Moura (2011), afirmaron que las acciones de enfermería como el permitir que los padres permanecieran junto a su recién nacido dándole cariño, tocándolo, acompañándolo, era una acción que podía ayudar a las madres a fortalecer el vínculo afectivo con su hijo. (164). Se destacó que la participación en el cuidado de los recién nacidos sólo era posible con una actitud positiva y compartida por parte del profesional de enfermería. (165).

Egan, Quiroga (2012), afirmaron que eran múltiples las acciones que se podían realizar para favorecer el vínculo desde el nacimiento, pero siempre respetando los tiempos de los padres y los recién nacidos. Se propuso dentro de estas acciones: vínculo precoz, fomento de la lactancia, contacto piel a piel y la incorporación de los padres en la atención del recién nacido, permitiendo que los padres se integraran rápidamente a los cuidados y pudieran reconstruir el vínculo afectivo. (166).

La participación de los padres en el cuidado del recién nacido era uno de los ejes básicos de atención en neonatología y el pilar fundamental del desarrollo de los hijos, por tanto, su implicación precoz en el cuidado podría mejorar su pronóstico, adicionalmente, se hizo necesario tomar conciencia que se estaban cuidando familias y no sólo recién nacidos. (167).

Nieto, Solano, et.al (2011), mostraron que algunas de las actividades que la madre realizaba habitualmente durante la hospitalización de su recién nacido fueron: control de temperatura, alimentación, baño del recién nacido, extracción de leche y cambio de pañal; siendo las más frecuentes (alimentación, cambio de pañal y temperatura). Esta cercanía debía favorecer el aprendizaje de prácticas propias del cuidado de enfermería, el conocimiento de su hijo y los cambios fisiológicos del mismo, permitiendo un vínculo más estrecho con su recién nacido y con el profesional de enfermería que favoreciera el aprendizaje de tareas relacionadas con el cuidado. (168).

Barrera, Moraga, Escobar (2007), sugerían nuevas estrategias orientadas hacia el recién nacido con necesidades especiales de atención y redefinir roles del equipo de salud, generando espacios para el cuidado de la madre en lactancia, medidas de confort, baño, aseo y alimentación al recién nacido. (169).

En este componente de la intervención se hizo partícipe a la madre en la realización de los cuidados propios al recién nacido que buscaran su comodidad: cambio de posición, cambio de pañal y anidar al recién nacido, buscando con esto mantener el protocolo de mínima manipulación establecido en las Unidades de Cuidado Neonatal.

Los elementos que incluyó esta parte de la intervención fueron tomados de Wilenga, Smit, Unk (2006), quienes afirmaron que las madres se debían incluir en actividades incorporadas a las tareas habituales del cuidado del recién nacido y que éstas debían ser adecuadas y beneficiosas dentro de la rutina diaria, haciéndola fácil, cotidiana, activa y práctica. (170). La madre necesitaba tener la seguridad para la inclusión en el cuidado, la proximidad y el contacto físico con su hijo que ayudaran a minimizar los sentimientos negativos. (171).

Silvan et.al (2003), afirmó la necesidad de animar a las madres a proporcionar atención básica, en función de la condición clínica del recién nacido, participando activamente en el cuidado, como la higiene. (146). De otra parte, Guerra, Ruíz (2008), evidenciaron que para las madres con recién nacidos hospitalizados, los cuidados de enfermería consistían en “estar pendientes” de los cambios que sus hijos pudieran tener, de la satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido como su higiene, así como su interacción y participación en el cuidado. (109).

Para dar inicio a este componente de la intervención y teniendo en cuenta los criterios de inclusión (madres primíparas), la enfermera investigadora enseñó a la madre como realizar estos cuidados (Cambio de posición, anidamiento del recién nacido y cambio de pañal), posteriormente acompañó a la madre para guiarla y al mismo tiempo supervisar el recién nacido.

Para favorecer el contacto madre – hijo y atendiendo los protocolos de mínima manipulación propios del cuidado de recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal, para este elemento de la intervención se incluyó:

- a. Cambio de posición y anidamiento del recién nacido (aplicable a todos los recién nacidos)

Ginovart (2010), determinó que las necesidades de las madres con hijos en la Unidad de Cuidado Neonatal incluían el cuidado postural del recién nacido y las medidas de comodidad.

El recién nacido posee un escaso tono muscular que le incapacita para vencer la acción de la gravedad, esto le obliga a adoptar un patrón postural en extensión que le aleja de la línea media de relajación, favoreciendo la retracción de los músculos de espalda y cadera, y por tanto las deformidades posturales que pueden afectar a su desarrollo psicomotor y la relación de apego con sus padres. El posicionamiento correcto del recién nacido desempeña un papel importante en la eficacia de los cuidados de enfermería y tiene como objeto:

- ✓ Recogerlo en flexión
- ✓ Estimular la flexión activa del tronco y extremidades, facilitando la actividad mano-boca.
- ✓ Mantener el grado de flexión utilizando nidos, rollos, que proporcionan límites (contención), y posibilitan mayor autorregulación y capacidad para tranquilizarse, lo que a su vez ayuda en la organización de la conducta.
- ✓ Conseguir unas cabezas más redondas y posturas más simétricas facilitando los movimientos antigravitatorios.
- ✓ Estimular la exploración visual del entorno favoreciendo la alineación corporal.

De otra parte el uso de rollos, nidos o barreras de contención en el recién nacido, simula las paredes uterinas, le da confort, seguridad y mantiene la postura; el recibir soporte alrededor del cuerpo hace que el recién nacido no se sienta “perdido” en la incubadora. (167).



Fuente: Cuidado para el neurodesarrollo. <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>



Figura 1
Postura fisiológica en supino con rollos laterales.



Figura 2
Postura fisiológica en decúbito lateral con rollos, en zona de la columna y en zona abdominal.



Figura 3
Rollo en posición prona cuando los recién nacidos tienen posición de rana muy marcada, para dejar las rodillas por debajo de las caderas.

Fuente: Cuidado para el neurodesarrollo. <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

b. Cambio de pañal

Las madres debían ser alentadas y apoyadas a participar en el cuidado de su hijo lo antes posible, dentro de las actividades que se podían realizar se encontraban: el cuidado regular de la piel, proporcionar toque reconfortante, comodidad, alimentación y cuidado del día a día, como el cambio de pañal. (160).

Las estrategias que permitían la participación de las madres en los cuidados básicos como el cambio de pañal, eran situaciones que permitían estrechar el vínculo afectivo, aspecto perdurable en el tiempo. (172). Malakouti, Mahnaz, et.al (2013), afirmaron que las emociones de la madre, el apoyo y colaboración que se brindaba en el cuidado del hijo, eran importantes y necesarias, como el cambio de pañal. (89).

El cambio de pañal se eligió porque implicaba una situación cara a cara entre la madre y el recién nacido y tenía una fundamentación pragmática, dado que se buscaba más la disposición espacial concreta entre los dos.

El cambio de pañales resultaba ser mucho más productivo desde el punto de vista de emergencia de conductas comunicativas e interactivas. La disposición frontal y cercana hacía que la cara de cada uno constituyera para el otro un estímulo muy potente para provocar la atención y reaccionar expresivamente.

Otra condición que convertía esta situación productiva socialmente era el hecho de que la madre no necesitaba inhibir sus reacciones y respuestas comunicativas, ya que no las sentía interferidoras del objetivo de trabajo propuesto que era asear al recién nacido.

En el cambio de pañales la madre se dejaba implicar por los reclamos comunicativos de su hijo o ella misma podía actuar como iniciadora de tales intercambios. (173).

Cuidado tradicional que recibieron las madres en el grupo control

El cuidado tradicional en las Unidades de Cuidado Neonatal, se entiende para esta investigación como el cuidado de enfermería brindado por el personal de enfermería en las diferentes unidades participantes en el estudio, para ello las madres llegaban a cada una de las unidades en los horarios establecidos, fueron recibidas al ingreso en la unidad por las enfermeras destinadas para tal fin, y luego se dirigían hasta el sitio (cuna o incubadora) donde se encontraba su hijo recién nacido.

Tabla 1. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION DE ENFERMERIA

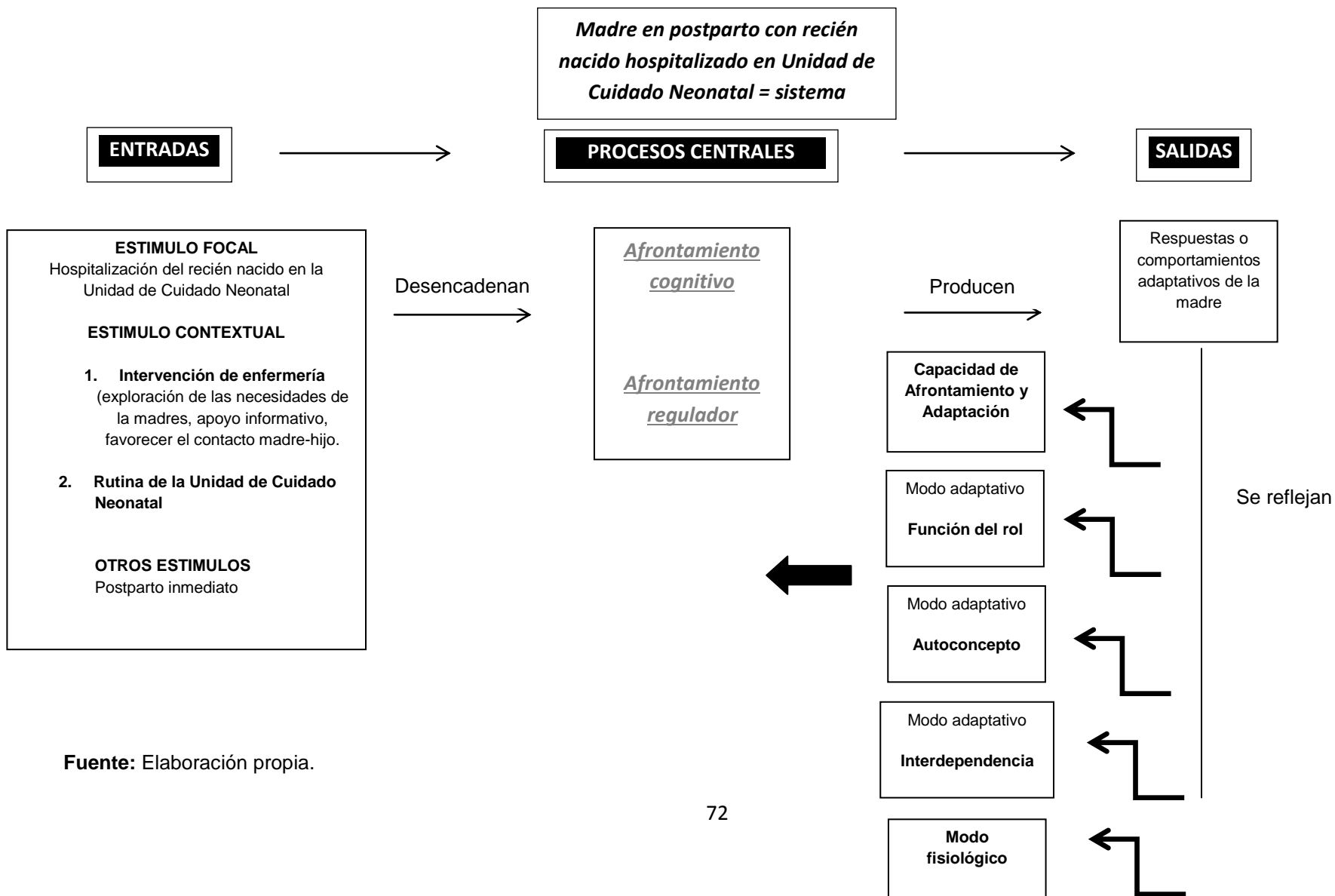
GRUPO COMPARACION	Días de contacto madre-hijo				
	Primero		Segundo	Tercer	Cuarto
	Primíparas	Abordaje de las madres en la Unidad de Cuidado Neonatal Diligenciamiento consentimiento informado	<u>Aplicación ESCAPS</u> Cuidado convencional en la Unidad de Cuidado Neonatal	Cuidado convencional en la Unidad de Cuidado Neonatal	Cuidado convencional en la Unidad de Cuidado Neonatal

GRUPO EXPERIMENTAL	Días de contacto madre-hijo				
	Intervención de enfermería				
	Primero	Segundo	Tercer	Cuarto	
Primíparas	Abordaje de las madres en la Unidad de Cuidado Neonatal Diligenciamiento consentimiento informado <u>Aplicación ESCAPS</u>	<u>1. Exploración de necesidades de las madres</u> <u>2. Apoyo Informativo</u> <u>3. Favorecer el contacto madre -hijo</u>	<u>1. Exploración de necesidades de las madres</u> <u>2. Apoyo Informativo</u> <u>3. Favorecer el contacto madre -hijo</u>	<u>1. Exploración de necesidades de las madres</u> <u>2. Apoyo Informativo</u> <u>3. Favorecer el contacto madre -hijo</u>	<u>1. Exploración de necesidades de las madres</u> <u>2. Apoyo Informativo</u> <u>3. Favorecer el contacto madre –hijo</u> <u>Aplicación ESCAPS</u>

Fuente: Elaboración propia

En la figura 1, se representa el mapa del estudio:

Figura No 1. MAPA DEL ESTUDIO



Fuente: Elaboración propia.

3.8 Instrumentación

Se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, (EsCAPS) versión abreviada en español, compuesta por 33 ítems, con un formato Likert de cuatro criterios: nunca, casi nunca, casi siempre, siempre. (174).

La EsCAPS, versión abreviada, tiene la siguiente puntuación:

- De 0 - 56 puntos, indica baja capacidad de afrontamiento y adaptación.
 - De 57 - 70 puntos, indica media capacidad de afrontamiento y adaptación.
 - De 71 - 99 puntos, indica alta capacidad de afrontamiento y adaptación.
- (174).

Botero, Sarmiento y Carvajal (2013), indicaron que la EsCAPS, versión abreviada y modificada en español, reportó una validez facial aparente con aceptación de los ítems del 95%, índice de validez de contenido de 0.83, confiabilidad en términos de consistencia interna a través del alfa de Cronbach de 0.70. La escala posee validez de contenido ya que su IVC sobrepasa el mínimo establecido de 0.70 de acuerdo a Laswhe. (174).

3.9 Análisis de la información

Los datos se procesaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 21). Teniendo en cuenta el tipo de análisis a realizar, la información recolectada, el nivel de escalamiento de las variables y la verificación de criterios de normalidad y homocedasticidad se eligieron pruebas estadísticas apropiadas para desarrollar el análisis de tipo descriptivo y las pruebas de hipótesis correspondientes.

4.0 Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual

Esta investigación se acogió a los lineamientos de la resolución 008430 de 1993. (175). Además se acogió a los lineamientos éticos establecidos el Código de Nuremberg y el código de Helsinki y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias Médicas (CIOMS). (176). No tenía conflicto con los principios éticos para la investigación con seres humanos y no representaba riesgo para la salud o integridad de los sujetos de investigación.

Se contemplaron los principios de veracidad a través del ejercicio de la honradez intelectual y el principio de la fidelidad a través del respeto por la confidencialidad de la información. La información recogida se utilizó solamente con fines investigativos. Adicionalmente se veló por el respeto a los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Se vigiló estrictamente el proceso de consentimiento informado y en este quedó claramente establecida la posibilidad que tuvieron las madres de retirarse libre y voluntariamente de la investigación. El documento de consentimiento informado incluyó información clara, suficiente y precisa sobre los objetivos y procedimientos de la investigación además de sus beneficios y riesgos.

Se mantuvo el derecho a la intimidad que favoreció que la información de los sujetos no fuese compartida con otros. Bajo este derecho también se contempló el derecho al anonimato y a que toda la información se maneje con carácter confidencial.

Los instrumentos usados para la recolección de la información se manejaron con todos los lineamientos y respeto a la propiedad intelectual de su autor.

Se realizará la devolución de los hallazgos a la institución participante y en los medios más idóneos para su divulgación.

Finalmente, esta investigación se acogió a los lineamientos del reglamento de propiedad intelectual de la Universidad de La Sabana. Los resultados de esta investigación son propiedad de la Universidad de La Sabana.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra

Esta investigación evaluó el efecto de una intervención de enfermería versus el cuidado tradicional sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de 160 madres de recién nacidos hospitalizados en 4 unidades neonatales de la ciudad de Cúcuta. La **tabla 1** presenta la distribución de la muestra por grupo de estudio y por unidad neonatal.

Tabla 1. Distribución de los grupos experimental y control por unidad neonatal

Unidad Neonatal	Grupo control (n=80)	Grupo experimental (n=80)
	Porcentaje	Porcentaje
HUEM DUMIAN	20.0	13.7
CSA DUMIAN	38.7	10.0
HUEM SC	36.3	75.0
CSJ	5.0	1.3

Fuente: Elaboración propia

La **tabla 2** describe las características sociodemográficas de la muestra, se observó un alto porcentaje en el nivel intermedio y básico de complejidad de la hospitalización, y en una menor proporción en ambos grupos correspondió al nivel Intensivo. La unión libre fue el estado civil predominante en ambos grupos, así como la convivencia actual con la pareja. Más del 90% de las madres participantes pertenecían al nivel socioeconómico 1 y 2. Los niveles de formación académica secundaria y técnica, en ambos grupos, concentraron más del 75% de las madres participantes. La edad promedio de las madres se situó entre 21 y 22 años y la edad gestacional promedio se ubicó en ambos grupos entre 36 y 37 semanas.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de la muestra

Variables	Grupo control (n=80)	Grupo experimental (n=80)	P
Nivel de complejidad de la hospitalización (%)			
Intensivo	12.5	8.8	^a Ns
Intermedio	58.7	45.0	
Básico	28.8	46.2	
Estado civil (%)			
Soltera	17.5	11.3	^a Ns
Casada	8.8	16.3	
Unión Libre	73.7	72.4	
Convivencia actual con la pareja (%)			
Si	72.5	85.0	^a Ns
No	27.5	15.0	
Nivel socioeconómico (%)			
1	63.7	61.2	^a Ns
2	27.5	36.3	
3	8.8	2.5	
Nivel Educativo (%)			
Primaria	10.0	10.0	^a Ns
Secundaria	55.0	56.2	
Técnico	21.2	21.2	
Tecnólogo	1.3	3.8	
Universitario	12.5	8.8	
Edad en años de la madre (media)	21.5	21.7	^b Ns
Edad gestacional en semanas (media)	36.2	36.9	^b Ns

Fuente: Elaboración propia

Nota: Ns = $P \geq 0.05$. ^a Corresponde al desarrollo de un test de Chi-cuadrado. ^b Corresponde al desarrollo de un test de U de Mann Whitney.

La prueba de Chi Cuadrado es una prueba que parte del supuesto de “no relación entre variables” y el investigador evalúa sí en su caso esto es cierto o no. En otras palabras analiza si las frecuencias observadas son diferentes de lo que pudiera esperarse en caso de ausencia o relación. (138).

La hipótesis estadística a probar (H_0) con la prueba de Chi-cuadrado es:

H_0 = No existe relación de interdependencia significativa entre las dos variables bajo análisis. Criterio de aceptación de H_0 $P \geq 0.05$.

H_1 = Existe relación de interdependencia significativa entre las dos variables bajo análisis. Criterio de rechazo de H_0 $P < 0.05$.

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado ($P \geq 0.05$) efectuados entre los grupos control y experimental con las variables: nivel de complejidad, estado civil, convivencia actual con la pareja, nivel socioeconómico y nivel educativo, sugieren que no existe relación de dependencia significativa entre dichas variables, lo que se traduce en una homogeneidad estadística de la conformación de los grupos control y experimental. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas (test de U de Mann Whitney, $P \geq 0.05$) entre los dos grupos control y experimental, respecto a las variables: edad de las madres y edad gestacional de los recién nacidos.

4.1.1 Exploración de las necesidades de las madres

Tal y como se propuso en el marco metodológico, en esta etapa de la investigación se permitió a las madres participantes del grupo experimental, expresar las necesidades relacionadas con la etapa del ciclo vital (postparto) y las necesidades relacionadas con el momento actual (hospitalización del hijo recién nacido). La tabla 3 presenta la categorización de las necesidades expresadas por las madres.

Tabla 3. Categorización de las necesidades expresadas por las madres del grupo experimental durante la primera fase de la intervención de enfermería

Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Categoría 5	Categoría 6
Estado de salud del recién nacido	Alimentación del recién nacido (Lactancia materna)	Procedimientos realizados	Proceso de posparto	El cuidado de enfermería brindado	Cuidados antes del alta, reacciones próximas al alta
<p><i>“Es grave lo que mi hijo tiene?, lo veo malito”</i></p> <p><i>“ Sólo me dijeron que lo hospitalizaban porque estaba amarillo, nada más”</i></p> <p><i>“Me preocupa el color rojo que tiene mi hijo, el es blanco”</i></p> <p><i>“Mi hijo está mejor?”</i> <i>“Cuando le dan la salida”</i></p> <p><i>“Mi hijo está bien, lo veo bien, no ha presentado nada”</i></p> <p><i>“Me preocupa la barriguita de mi bebé, no podía comer.</i></p> <p><i>“Que consecuencias tiene la hospitalización de mi hijo”</i></p>	<p><i>“Necesito ayuda, no tengo pezón, me duelen los senos, no me sale leche”</i></p> <p><i>“Puedo utilizar la pera o la ordeñadora para sacarme leche”</i></p> <p><i>“La leche se puede secar cuando uno recibe medicamentos por la vena”</i></p> <p><i>“No sé cómo darle seno, como sacarme la leche, se me está botando la leche”</i></p> <p><i>“Me duele mucho sacarme la leche, lo hago por mi hijo”</i></p> <p><i>“No sabía que podía dejarle leche, para que le den cuando yo no estoy”</i></p> <p><i>“Porque mi hijo no sube de peso, yo lo coloco al seno”</i></p> <p><i>“Mi hijo como poco, no come bien, doy bastante leche”</i></p> <p><i>“Ya me dejaron colocarlo al seno”</i></p> <p><i>“Durante la noche come también?”</i></p>	<p><i>“Que le van hacer a mi hijo”</i></p> <p><i>“Cómo se coloca el pañal”</i></p> <p><i>“Que es el plan canguro?.</i></p> <p><i>“No sabía que el papá podría entrar al plan canguro”</i></p> <p><i>“A pesar de haber cambiado pañales antes, es muy diferente hacerlo con los propios hijos”</i></p>	<p><i>“Me duele la herida, como me hago la curación”</i></p> <p><i>“Debo sentarme de medio lado por los puntos abajo; esos puntos se retiran”</i></p> <p><i>“Me siento muy cansada, pero debo venir por mi hijo, “tengo los pies hinchados”</i></p> <p><i>“me duele la cesárea”, quiero llevarme al niño rápido para la casa”</i></p> <p><i>“Me tengo que cuidar del viento, por eso traigo este gorro en la cabeza, dicen que si le entra viento a una mujer embarazada se vuelve loca”</i></p> <p><i>“Uno puede usar faja?, cuando puedo fajarme?, dicen que uno se debe colocar faja para no quedar barrigona”</i></p> <p><i>“No quiero tener intimidad con él, aunque él me entiende bien, me preocupa esta situación”</i></p>	<p><i>“Las enfermeras me dicen que soy una mala mamá que mi hijita esta descuidada”</i></p> <p><i>“La enfermera me regaña”</i></p> <p><i>“Unas enfermeras no se dejan hablar”</i></p> <p><i>“Las enfermeras son muy mal genizadas”</i></p> <p><i>“Me da miedo que las enfermeras le anden duro a mi hijo”</i></p> <p><i>“No quiero irme para la casa y dejar a mi hijo aquí, si los cuidan bien”</i></p>	<p><i>“Como hago para ponerlo en control”</i></p> <p><i>“Siento miedo de que mi hijo lo vuelvan a internar”</i></p> <p><i>“En la casa le puedo dar agua de manzanilla o agua pura”</i></p> <p><i>“Me siento tranquila cuando mi hijo hace algún gesto o se mueve más de lo normal”</i></p> <p><i>“Hoy me siento más tranquila”</i></p> <p><i>“Ya lo bañe, lo vestí y está dormido, acabo de comer”</i></p> <p><i>“Me siento tranquila porque mi hija esta mejor”</i></p>

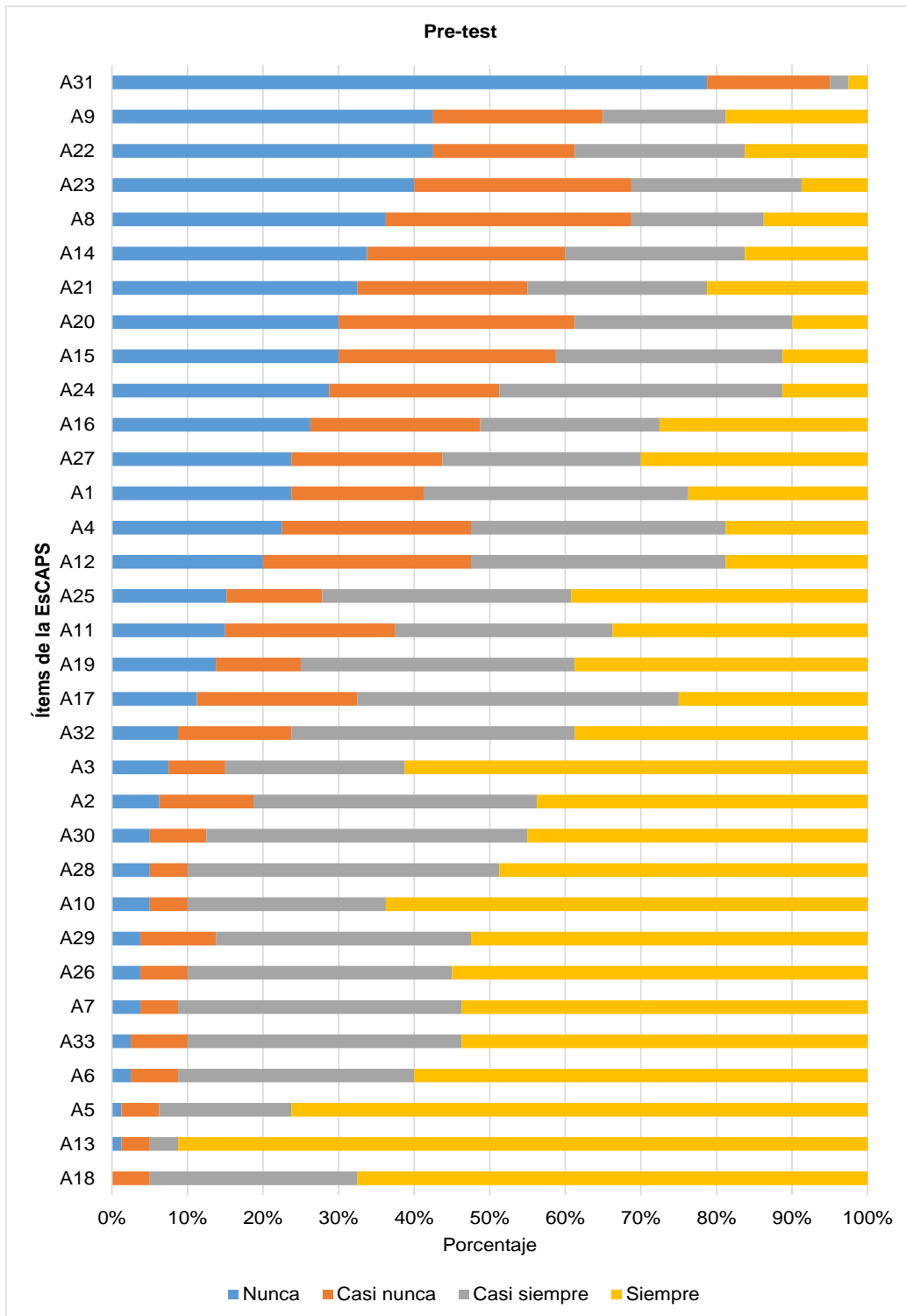
Fuente: Elaboración propia

4.2 Análisis de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres participantes

4.2.1 Grupo Control

En la **figura 1** se presentan los resultados de la valoración de los 33 ítems que comprende la EsCAPS, versión abreviada en español en el grupo control al inicio del periodo de observación. Los ítems se fueron ordenando desde el menos valorado hasta el más valorado

Figura 1. Gráfico de distribución de la valoración grupo control pre-test



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4. Items ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado
Grupo control- Pretest**

Item	Enunciado
31	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
23	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
14	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.
21	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.
20	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.
15	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.
24	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.
16	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.
27	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
12	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.
25	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.
11	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.
19	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.
17	Me desempeño bien manejando problemas complicados.
32	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.
3	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
30	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.
28	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
29	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.
26	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.
7	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.
33	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.
6	Me siento bien cuando creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
5	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.
13	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.
18	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.

Fuente: Elaboración propia

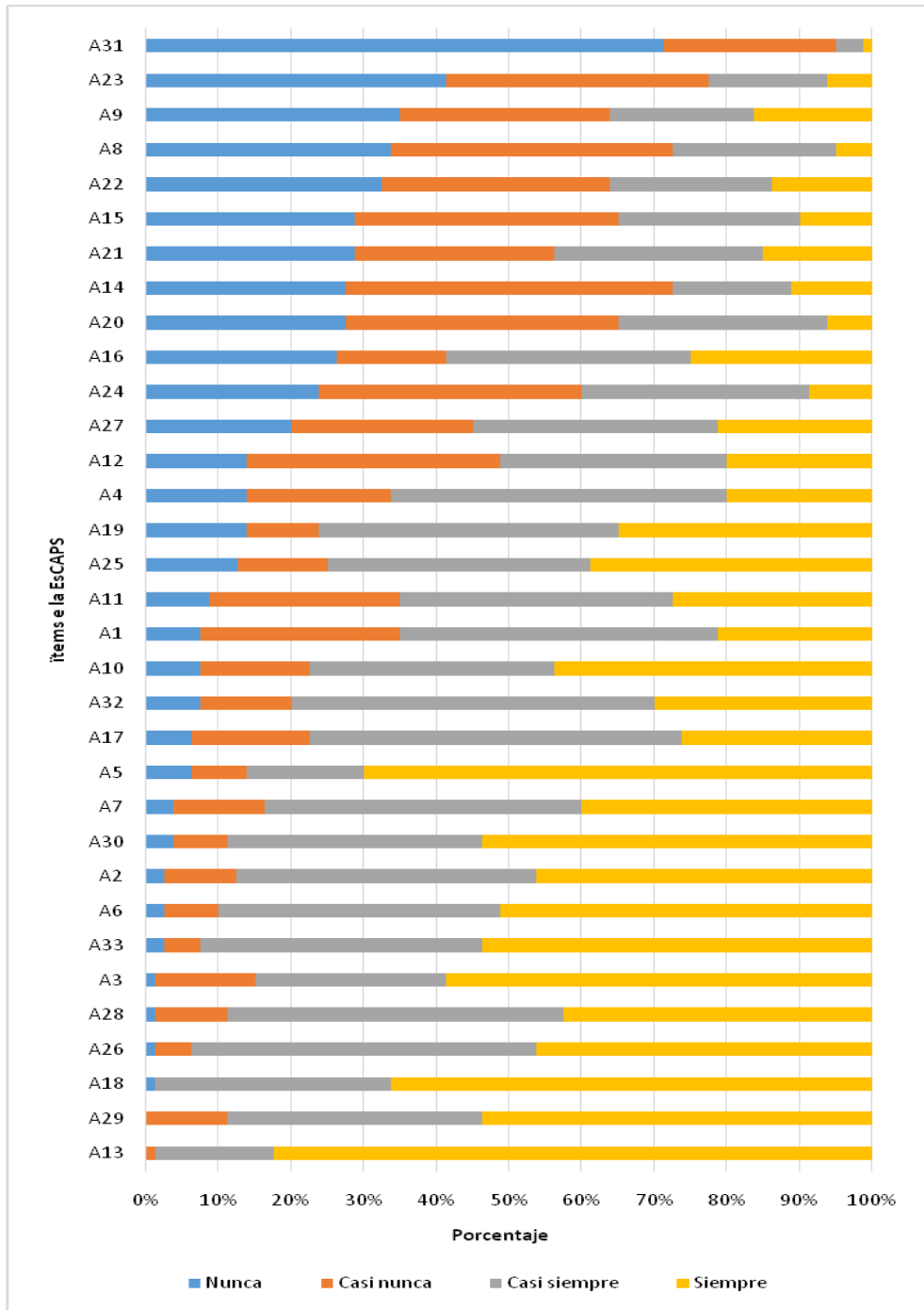
Tabla 5: Comparación de ítems de la EsCAPS con MENOR valoración en el grupo control

Ítems de la EsCAPS con MENOR valoración en el grupo control	
Pretest	Post test
<p>Item 31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.</p> <p>Item 9. Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil</p> <p>Item 22. Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.</p> <p>Item 23. Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.</p>	<p>Item 31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.</p> <p>Item 23. Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.</p> <p>Item 9. Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.</p> <p>Item 8. Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.</p>

Fuente: Elaboración propia

En la **figura 2** se presentan los resultados de las valoraciones de los 33 ítems que comprende la EsCAPS, en el grupo control al finalizar el periodo de observación. Los ítems se fueron ordenando desde el menos valorado hasta el más valorado.

Figura 2. Gráfico de distribución de la valoración grupo control post- test



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6. Items ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado
Grupo control- Post-test**

Item	Enunciado
31	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.
23	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
15	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.
21	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.
14	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.
20	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.
16	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.
24	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.
27	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.
12	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
19	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.
25	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.
11	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
32	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.
17	Me desempeño bien manejando problemas complicados.
5	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.
7	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.
30	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
6	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
33	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.
3	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.
28	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.
26	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.
18	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.
29	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.
13	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Comparación de ítems de la EsCAPS con MAYOR valoración en el grupo control

Ítems de la EsCAPS con MAYOR valoración en el grupo control	
Pretest	Post test
<p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p> <p>Item 13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.</p> <p>Item 5. Cuando tengo un problema o situación difícil sólo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.</p> <p>Item 6. Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.</p>	<p>Item 13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.</p> <p>Item 29. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.</p> <p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p> <p>Item 26. Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.</p>

Fuente: Elaboración propia

Para analizar en el grupo control los cambios en la valoración pre-test y pos-test, se empleó la prueba no paramétrica de rangos con signos de Wilcoxon. Es una técnica que permite analizar la existencia de diferencias y su dirección antes y después de una intervención, por lo que comúnmente se emplea para analizar los efectos de tratamientos cuando se realizan experimentos o cuasi-experimentos, como en el caso del presente estudio. Esta prueba tiene en cuenta además de los signos de la diferencia entre los pares de muestras, el rango asociado a cada una de dichas diferencias. Puesto que se basa en rangos no es necesario hacer ninguna presuposición acerca de la naturaleza de la distribución de las variables. (177).

Se empleó la prueba de signos de Wilcoxon debido a que:

- Es un problema de comparación: se comparan los resultados de un pre-test y un pos-test en dos grupos con observaciones relacionadas.
- Las variables dependientes son ordinales: 33 ítems.

La hipótesis estadística a probar es la siguiente:

- **H₀** = No hay diferencia en el nivel de valoración efectuado por las participantes en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test. Se rechaza H₀ si $P \leq 0.05$.
- **H₁** = Hay diferencia en el nivel de valoración efectuado por las participantes en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test

Además de los 33 ítems que conforman la EsCAPS, se sometió en el grupo control a la prueba signos de Wilcoxon el puntaje total de la escala obtenido en cada participante. En la **tabla 8** se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 8. Resultados de la prueba de Wilcoxon: grupo control

Variables	Test de Signos de Wilcoxon (Después-Antes)				Decisión
	Rangos Negativos	Rangos Positivos	Empates	P*	
Puntaje total Escala				Ns	Acepto Ho
A1	12,0	26,0	42,0	Ns	Acepto Ho
A2	16,0	20,0	44,0	Ns	Acepto Ho
A3	14,0	15,0	51,0	Ns	Acepto Ho
A4	22,0	31,0	27,0	Ns	Acepto Ho
A5	16,0	10,0	54,0	Ns	Acepto Ho
A6	18,0	11,0	51,0	Ns	Acepto Ho
A7	24	13	43	0,038	Rechazo Ho
A8	21,0	17,0	42,0	Ns	Acepto Ho
A9	22,0	25,0	33,0	Ns	Acepto Ho
A10	25	8	47	0,002	Rechazo Ho
A11	19,0	21,0	40,0	Ns	Acepto Ho
A12	20,0	25,0	35,0	Ns	Acepto Ho
A13	11,0	5,0	64,0	Ns	Acepto Ho
A14	20,0	16,0	44,0	Ns	Acepto Ho
A15	22,0	16,0	42,0	Ns	Acepto Ho
A16	13,0	14,0	53,0	Ns	Acepto Ho
A17	17,0	27,0	36,0	Ns	Acepto Ho
A18	11,0	12,0	57,0	Ns	Acepto Ho
A19	17,0	15,0	48,0	Ns	Acepto Ho
A20	21,0	21,0	38,0	Ns	Acepto Ho
A21	24,0	22,0	34,0	Ns	Acepto Ho
A22	17,0	16,0	47,0	Ns	Acepto Ho
A23	23,0	18,0	39,0	Ns	Acepto Ho
A24	18,0	18,0	44,0	Ns	Acepto Ho
A25	16,0	16,0	47,0	Ns	Acepto Ho
A26	16,0	12,0	52,0	Ns	Acepto Ho
A27	22,0	18,0	40,0	Ns	Acepto Ho
A28	15,0	12,0	53,0	Ns	Acepto Ho
A29	16,0	19,0	45,0	Ns	Acepto Ho
A30	12,0	19,0	49,0	Ns	Acepto Ho
A31	8,0	12,0	60,0	Ns	Acepto Ho
A32	18,0	16,0	46,0	Ns	Acepto Ho
A33	14,0	15,0	51,0	Ns	Acepto Ho

Fuente: Elaboración propia

Nota: *P valor correspondiente a la prueba de rangos signados de Wilcoxon. Ns= $P \geq 0.05$.

Los resultados del estudio, indican que en el grupo control, sólo variaron las evaluaciones pre-test y pos-test de las participantes en los ítems 7 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones*) y 10 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mi sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa*)

En los demás 31 ítems no hubo cambios significativos en el nivel de valoración. Los valores altos de los rangos negativos en comparación con los positivos en los ítems 7 y 10, indican, que en el post-test respecto al pre-test, 24 y 25 madres participantes, respectivamente disminuyeron su valoración. Estas variaciones se podrían deber al azar ya que en el grupo control las madres no tuvieron ningún tipo de intervención.

Por su parte, en el puntaje total de la escala no se encontraron diferencias significativas (test de signos de Wilcoxon, $P \geq 0.05$) entre las evaluaciones pre-test y pos-test efectuadas para el grupo control.

El resultado de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación del grupo control se muestra en la **tabla 9**.

Tabla 9. Resultados de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación, Pre- test y Post- test

Capacidad de afrentamiento y adaptación	Grupo control			
	Pre-test		Pos-test	
	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Baja Capacidad de Afrontamiento y adaptación	29	36.3%	34	42.5%
Media Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	35	43.8%	35	43.8%
Alta Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	16	20%	11	13.8%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados observados en el presente estudio se pudieron dar por un posible sesgo de maduración; la literatura nos muestra que el efecto de maduración se refiere a todos aquellos procesos biológicos y/o psicosociales que varían de modo más o menos sistemático en función del tiempo *per se*, independientemente de ciertos acontecimientos externos, como puede ser el propio experimento.

Así mismo, este tipo de efecto es difícil de controlar, sobre todo si el período de tiempo transcurrido en el experimento es demasiado largo, ya que los cambios ocurridos durante el mismo en los sujetos experimentales pueden deberse a los efectos de la maduración y no a la variable independiente. A diferencia de la variable historia que aparece desde dentro del individuo.

Tradicionalmente se ha recurrido al diseño de grupo experimental-grupo control con medidas pre-test y pos-test como un medio de controlar la maduración. La suposición que subyace en la utilización de este diseño es que el efecto de la maduración entre el grupo pre-test y el pos-test será similar en ambos grupos (experimental y control), por tanto, si existen diferencias entre ellos en la medida pos-test, pueden atribuirse a los efectos del tratamiento experimental seguido únicamente por el grupo experimental.

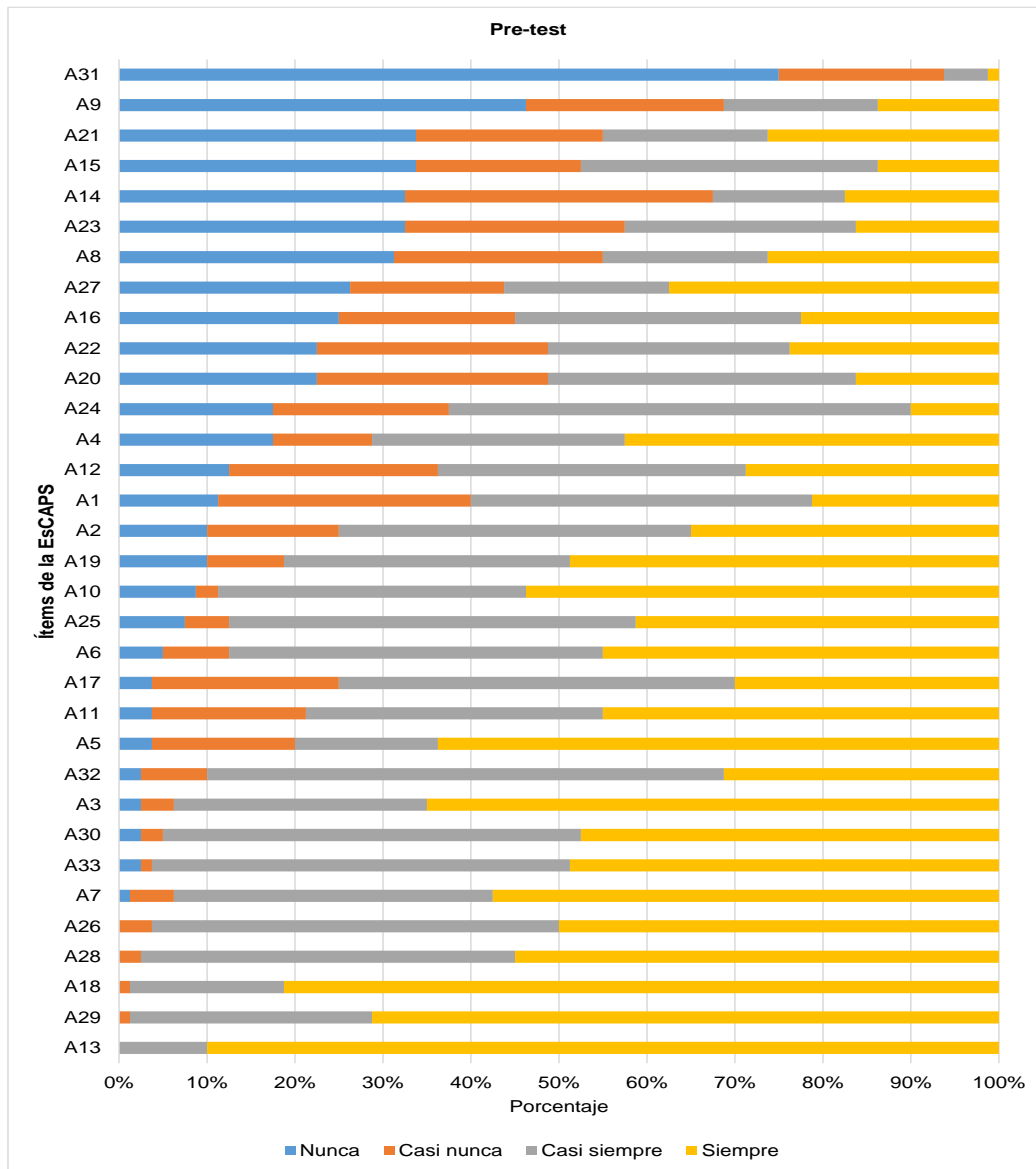
Es decir, al comienzo del experimento ambos grupos se suponen son iguales, sobre todo si se han formado aleatoriamente. Posteriormente ambos grupos siguen un tratamiento distinto. Al final del experimento se vuelven a medir los grupos. Las diferencias encontradas entre ellos en la segunda medición se deben presumiblemente a la variable independiente, mientras que los efectos de la maduración corresponderán a los cambios observados entre la primera y segunda medición dentro del grupo control.

Pero el grupo control no resuelve el problema si el experimento dura demasiado tiempo. A veces, el propio tratamiento experimental introduce variables que pueden modificar las experiencias o aprendizajes de los sujetos a través del proceso normal de maduración, como interés por ciertas actividades, cambios de actitudes, etc. Estas modificaciones no pueden atribuirse a la influencia en sí del tratamiento experimental, pues invalidarían la verdadera relación entre las variables experimental y la variable dependiente.

4.2.2 Grupo Experimental

En la **figura 3** se presentan los resultados de la valoración de los ítems de la EsCAPS pre-test en el grupo experimental. Al igual que en los resultados del grupo control, los ítems se encuentran ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado. El pre-test de las madres del grupo experimental mostró baja valoración de los ítems.

Figura 3. Gráfico de distribución de la valoración grupo experimental pre-test



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 10. Items ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado
Grupo Experimental – Pre- -test**

Item	Enunciado
31	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
21	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.
15	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.
14	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.
23	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
27	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.
16	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
20	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.
24	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
12	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
19	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
25	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.
6	Me siento bien cuando creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
17	Me desempeño bien manejando problemas complicados.
11	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.
5	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.
32	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.
3	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.
30	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.
33	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.
7	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.
26	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.
28	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.
18	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.
29	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.
13	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11: Comparación de ítems de la EsCAPS con MENOR valoración en el grupo experimental

Ítems de la EsCAPS con MENOR valoración en el grupo experimental	
Pretest	Post test
<p>Item 31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.</p> <p>Item 9. Actúo con lentitud uando tengo un problema o situación difícil.</p> <p>Item 21. Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.</p> <p>Item 15. Cuando tengo un problema o situación difícil tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.</p>	<p>Item 31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.</p> <p>Item 9. Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.</p> <p>Item 8. Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.</p> <p>Item 14. Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.</p>

Fuente: Elaboración propia

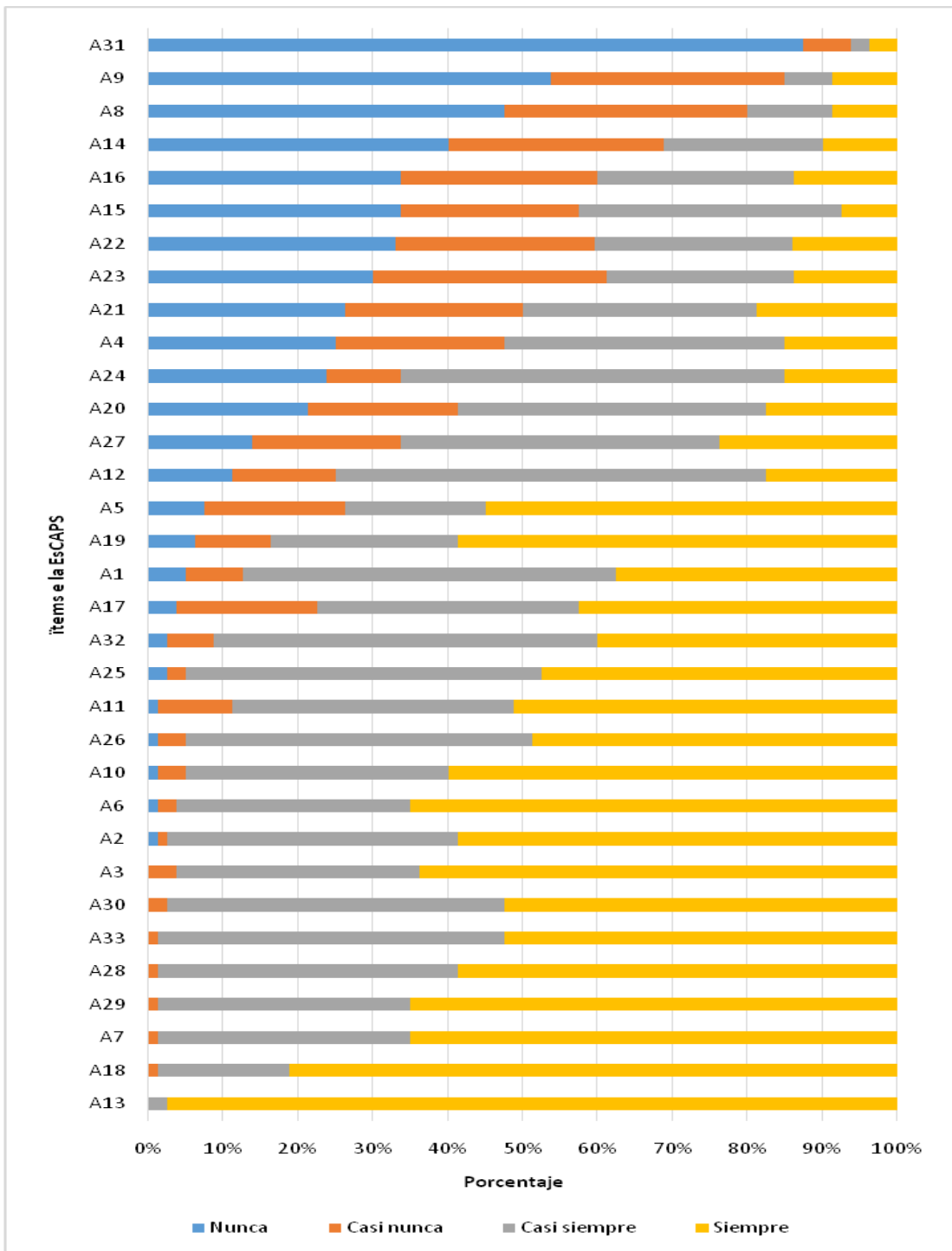
Tabla 12: Comparación de ítems de la EsCAPS con MAYOR valoración en el grupo experimental

Ítems de la EsCAPS con MAYOR valoración en el grupo experimental	
Pretest	Post test
<p>Item 13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa que se relacione con la situación.</p>	<p>Item 13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.</p>
<p>Item 29. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier duda que se relacione con la situación antes de actuar.</p>	<p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p>
<p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p>	<p>Item 7. Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.</p>
<p>Item 28. Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.</p>	<p>Item 29. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.</p>

Fuente: Elaboración propia

En la **figura 4**, se evidencian los resultados de la valoración de los ítems de la EsCAPS post- test en el grupo experimental. Al igual que en los resultados del grupo control, los ítems se encuentran ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado.

Figura 4. Gráfico de distribución de la valoración grupo experimental post- test



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 13. Items ordenados desde el menos valorado hasta el más valorado
Grupo Experimental – Pre- -test**

Item	Enunciado
31	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
21	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.
15	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.
14	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.
23	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
27	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.
16	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
20	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.
24	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
12	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
19	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
25	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.
6	Me siento bien cuando creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
17	Me desempeño bien manejando problemas complicados.
11	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.
5	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.
32	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.
3	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.
30	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.
33	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.
7	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.
26	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.
28	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.
18	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.
29	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.
13	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.

Fuente: Elaboración propia

Al igual que en el grupo control, con el fin de analizar las variaciones en las valoraciones de los ítems de la EsCAPS y el puntaje global, se empleó el test de signos de Wilcoxon. La hipótesis estadística a probar es la siguiente:

- H_0 = No hay diferencia en el nivel de valoración efectuado por las participantes del grupo experimental en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test así como en el puntaje global. Se rechaza H_0 si $P \leq 0.05$.
- H_1 = Hay diferencia en el nivel de valoración efectuado por las participantes del grupo experimental en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test así como en el puntaje global.

El resultado de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación del grupo experimental se muestra en la **tabla 14**.

Tabla 14. Resultado de Capacidad de Afrontamiento y Adaptación grupo experimental

Grupo Experimental				
Capacidad de afrontamiento y adaptación	Pre-test		Pos-test	
	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Baja Capacidad de Afrontamiento y adaptación	17	21.3%	15	18.8%
Media Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	42	52.5%	37	46.3%
Alta Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	21	26.3%	28	35.0%

Fuente: Elaboración propia

En la **tabla 15**, se presentan los resultados obtenidos de comparación en el pre-test y pos-test del grupo experimental. Estos indican que existen diferencias significativas (test de signos de Wilcoxon, $P < 0.05$) en el nivel de valoración pre-test y post-test en los siguientes ítems de la EsCAPS:

Tabla 15. Resultados comparación pre-test pos-test grupo experimental

Variables	Test de Signos de Wilcoxon (Después - Antes)				Decisión
	Rangos Negativos	Rangos Positivos	Empates	P*	
Puntaje total Escala				Ns	Acepto Ho
A1	13	43,0	24,0	0,000	Rechazo Ho
A2	3	29,0	48,0	0,000	Rechazo Ho
A3	15	18,0	47,0	Ns	Acepto Ho
A4	37	10,0	33,0	0,000	Rechazo Ho
A5	24	13,0	43,0	Ns	Acepto Ho
A6	10	31,0	39,0	0,003	Rechazo Ho
A7	17	24,0	39,0	Ns	Acepto Ho
A8	37	10,0	33,0	0,000	Rechazo Ho
A9	24	9,0	47,0	0,004	Rechazo Ho
A10	10	22,0	48,0	0,041	Rechazo Ho
A11	14	23,0	43,0	Ns	Acepto Ho
A12	22	29,0	29,0	Ns	Acepto Ho
A13	2	8,0	70,0	Ns	Acepto Ho
A14	25	10,0	45,0	Ns	Acepto Ho
A15	24	16,0	40,0	Ns	Acepto Ho
A16	26	13,0	41,0	Ns	Acepto Ho
A17	16	28,0	36,0	Ns	Acepto Ho
A18	8	8,0	64,0	Ns	Acepto Ho
A19	16	27,0	37,0	Ns	Acepto Ho
A20	20	27,0	33,0	Ns	Acepto Ho
A21	20	21,0	39,0	Ns	Acepto Ho
A22	27	9,0	43,0	0,007	Rechazo Ho
A23	22	17,0	41,0	Ns	Acepto Ho
A24	16	18,0	46,0	Ns	Acepto Ho
A25	15	24,0	41,0	0,041	Rechazo Ho
A26	14	14,0	52,0	Ns	Acepto Ho
A27	27	21,0	32,0	Ns	Acepto Ho
A28	19	22,0	39,0	Ns	Acepto Ho
A29	14	9,0	57,0	Ns	Acepto Ho
A30	15	18,0	47,0	Ns	Acepto Ho
A31	16	6,0	58,0	Ns	Acepto Ho
A32	13	21,0	46,0	Ns	Acepto Ho
A33				Ns	Acepto Ho

Fuente: Elaboración propia

Nota: *P valor correspondiente a la prueba de rangos asignados de Wilcoxon. Ns= $P \geq 0.05$

Tabla 16: Resultados comparación pre-test pos-test grupo experimental (Items)

Item	Enunciado
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
6	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
25	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.

Fuente: Elaboración propia

Un aspecto a resaltar, es que en el puntaje global de la EsCAPS no se encontraron diferencias significativas (test de signos de Wilcoxon, $P \geq 0.05$) entre el pre-test y pos-test en el grupo experimental, como se muestra en la **tabla 14**.

4.2.3 COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS: EXPERIMENTAL Y CONTROL

En este apartado se comparan las evaluaciones efectuadas de la EsCAPS para el grupo experimental frente al grupo control. Para ello, se empleó el test de U de Mann Whitney para muestras independientes. Debido a la naturaleza ordinal de las variables (ítems), se decidió emplear dicho test y no el test de Student, debido a que este último demanda hipótesis de normalidad en las variables, difícilmente de cumplir cuando de variables ordinales se trata como es el caso del presente estudio.

El test de U de Mann Whitney es la análoga no paramétrica del test de Student; el test ordena las observaciones de las dos muestras independientes de manera ascendente y le asigna un rango a cada observación. Si la tendencia de las dos poblaciones es la misma, los rangos deberían distribuirse aleatoriamente entre las dos muestras y por tanto el rango promedio correspondiente a cada grupo debería ser similar. Las hipótesis estadística a probar es:

H₀ = El rango medio de los dos grupos (control y experimental) frente a la valoración efectuada por las participantes en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test son similares. Se rechaza H₀ si $P \leq 0.05$.

H₁ = El rango medio de los dos grupos (control y experimental) frente a la valoración efectuada por las participantes en cada ítem de la EsCAPS en el pre-test y pos-test son diferentes.

Comparar el grupo control y experimental es procedente, debido a que las dos muestras presentan características similares en su conformación (ver tabla 2). En la **tabla 17 y 19** se presentan los resultados obtenidos de la comparación pre-test y pos-test entre los dos grupos. A nivel de pre-test, se encontraron diferencias significativas en el nivel de valoración global de la EsCAPS en los siguientes ítems:

Tabla 17. Resultados de la comparación pre-test entre grupos

Variables	Test de Rangos de U de Mann-Whitney			Decisión
	Grupo Control (Rango promedio)	Grupo Experimental (Rango promedio)	P*	
A1	78.76	82.24	Ns	Acepto Ho
A2	84.88	76.13	Ns	Acepto Ho
A3	77.83	83.17	Ns	Acepto Ho
A4	70.16	90.84	0,003	Rechazo Ho
A5	86.49	74.51	0,043	Rechazo Ho
A6	86.63	74.38	Ns	Acepto Ho
A7	78.62	82.38	Ns	Acepto Ho
A8	74.81	86.19	Ns	Acepto Ho
A9	82.76	78.24	Ns	Acepto Ho
A10	84.41	76.59	Ns	Acepto Ho
A11	71.93	89.07	0,014	Rechazo Ho
A12	74.22	86.78	Ns	Acepto Ho
A13	80.80	80.20	Ns	Acepto Ho
A14	81.50	79.50	Ns	Acepto Ho
A15	79.50	81.50	Ns	Acepto Ho
A16	80.59	80.41	Ns	Acepto Ho
A17	76.26	84.74	Ns	Acepto Ho
A18	74.79	86.21	0,040	Rechazo Ho
A19	75.94	85.06	Ns	Acepto Ho
A20	74.69	86.31	Ns	Acepto Ho
A21	79.88	81.13	Ns	Acepto Ho
A22	72.38	88.63	0,021	Rechazo Ho
A23	75.19	85.81	Ns	Acepto Ho
A24	75.14	85.86	Ns	Acepto Ho
A25	75.77	84.18	Ns	Acepto Ho
A26	81.12	79.88	Ns	Acepto Ho
A27	79.25	81.75	Ns	Acepto Ho
A28	76.66	84.34	Ns	Acepto Ho
A29	71.64	89.36	0,005	Rechazo Ho
A30	78.00	83.00	Ns	Acepto Ho
A31	79.01	81.99	Ns	Acepto Ho
A32	79.31	81.69	Ns	Acepto Ho
A33	81.21	79.79	Ns	Acepto Ho

Fuente: Elaboración propia

Nota: *P valor correspondiente a la prueba de rangos U de Mann Whitney. Ns= $P \geq 0.05$

Tabla 18: Diferencias a nivel pre-test y pos-test con respecto a la comparación de ítems entre los grupos control y experimental

<p>Pre-test grupo control y experimental</p>	<p>Pos-test grupo control y experimental</p>
<p>Item 4. Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.</p> <p>Item 5. Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.</p> <p>Item 11. Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.</p> <p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p> <p>Item 22. Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad</p>	<p>Item 1. Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.</p> <p>Item 2. Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.</p> <p>Item 5. Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.</p> <p>Item 7. Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.</p> <p>Item 9. Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.</p> <p>Item 10. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.</p> <p>Item 11. Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.</p> <p>Item 13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.</p> <p>Item 16. Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.</p> <p>Item 18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.</p>

<p>que tenga.</p> <p>Item 29. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.</p>	<p>Item 19. Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.</p> <p>Item 20. Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.</p> <p>Item 23. Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.</p> <p>Item 24. Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.</p> <p>Item 25. Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.</p> <p>Item 28. Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.</p> <p>Item 31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Resultados de la comparación pos-test entre grupos

Variables	Test de Rangos de U de Mann-Whitney			Decisión
	Grupo Control (Rango promedio)	Grupo Experimental (Rango promedio)	P*	
Puntaje total de la escala			0,001	Rechazo Ho
A1	78.76	82.24	0,001	Rechazo Ho
A2	84.88	76.13	0,046	Rechazo Ho
A3	77.83	83.17	Ns	Acepto Ho
A4	70.16	90.84	Ns	Acepto Ho
A5	86.49	74.1	0,042	Rechazo Ho
A6	86.63	74.38	Ns	Acepto Ho
A7	78.62	82.38	0,000	Rechazo Ho
A8	74.81	86.19	Ns	Acepto Ho
A9	82.76	78.24	0,004	Rechazo Ho
A10	84.41	76-59	0,007	Rechazo Ho
A11	71.93	89.07	0,000	Rechazo Ho
A12	74.22	86.78	Ns	Acepto Ho
A13	80.80	80.20	0,002	Rechazo Ho
A14	81.50	79.50	Ns	Acepto Ho
A15	79.50	81.50	Ns	Acepto Ho
A16	80.59	80.41	0,044	Rechazo Ho
A17	76.26	84.74	Ns	Acepto Ho
A18	74.79	86.21	0,034	Rechazo Ho
A19	75.94	85.06	0,005	Rechazo Ho
A20	74.69	86.31	0,007	Rechazo Ho
A21	79.88	81.13	Ns	Acepto Ho
A22	72.38	88.63	Ns	Acepto Ho
A23	75.19	85.82	0,030	Rechazo Ho
A24	75.14	85.86	0,020	Rechazo Ho
A25	75.77	84.18	0,025	Rechazo Ho
A26	81.12	79.88	Ns	Acepto Ho
A27	79.25	81.75	Ns	Acepto Ho
A28	76.66	84.34	0,013	Rechazo Ho
A29	71.64	89.36	Ns	Acepto Ho
A30	78.00	83.00	Ns	Acepto Ho
A31	79.01	81.99	0,020	Rechazo Ho
A32	79.31	81.69	Ns	Acepto Ho
A33	81.21	79.79	Ns	Acepto Ho

Fuente: Elaboración propia.

Nota: *P valor correspondiente a la prueba de rangos U de Mann Whitney. Ns= $P \geq 0.05$

En las **tablas 17 y 19** se expusieron los resultados obtenidos de las comparaciones pre-test y pos-test en el grupo control y grupo experimental. A nivel pre-test solo se obtuvieron diferencias significativas (test de U de Mann Whitney, $P<0.05$) en los ítems 4, 5, 11, 18, 22 y 29. Asimismo, se obtuvieron diferencias significativas en la valoración global de la EsCAPS (test de U de Mann Whitney, $P<0.05$). Por su parte, a nivel pos-test, además de la valoración global de la EsCAPS (test de U de Mann Whitney, $P<0.05$), se encontraron diferencias significativas (test de U de Mann Whitney, $P<0.05$) en 17 ítems de la escala.

Teniendo como referencia los resultados obtenidos en el grupo control pre-test y pos-test, podría afirmarse que a manera global, la intervención de enfermería de que trata el presente estudio no tuvo un efecto significativo sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en las madres sometidas al experimento. Sin embargo, al analizar en detalle, sí que se obtuvo un efecto significativo sobre la valoración de las madres en los ítems 1, 2, 7, 9, 10, 13, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 28 y 31 (**ver tabla 20**).

Tabla 20. Comparación de los grupos control y experimental: pre-test y pos-test

Variables	Pre-test		Post-test	
	P*	Decisión	P*	Decisión
A1	Ns	Acepto Ho	0.001	Rechazo Ho
A2	Ns	Acepto Ho	0.046	Rechazo Ho
A7	Ns	Acepto Ho	0.000	Rechazo Ho
A9	Ns	Acepto Ho	0.004	Rechazo Ho
A10	Ns	Acepto Ho	0.007	Rechazo Ho
A13	Ns	Acepto Ho	0.002	Rechazo Ho
A16	Ns	Acepto Ho	0.044	Rechazo Ho
A19	Ns	Acepto Ho	0.005	Rechazo Ho
A20	Ns	Acepto Ho	0.007	Rechazo Ho
A23	Ns	Acepto Ho	0.030	Rechazo Ho
A24	Ns	Acepto Ho	0.020	Rechazo Ho
A25	Ns	Acepto Ho	0.025	Rechazo Ho
A28	Ns	Acepto Ho	0.013	Rechazo Ho
A31	Ns	Acepto Ho	0.020	Rechazo Ho
Puntaje total Escala	0.005	Rechazo Ho	0.001	Rechazo Ho

Fuente: Elaboración propia.

Nota: *P correspondiente a la prueba de U de Mann Whitney de comparación de los grupos control y experimental. Ns = $P \geq 0.05$.

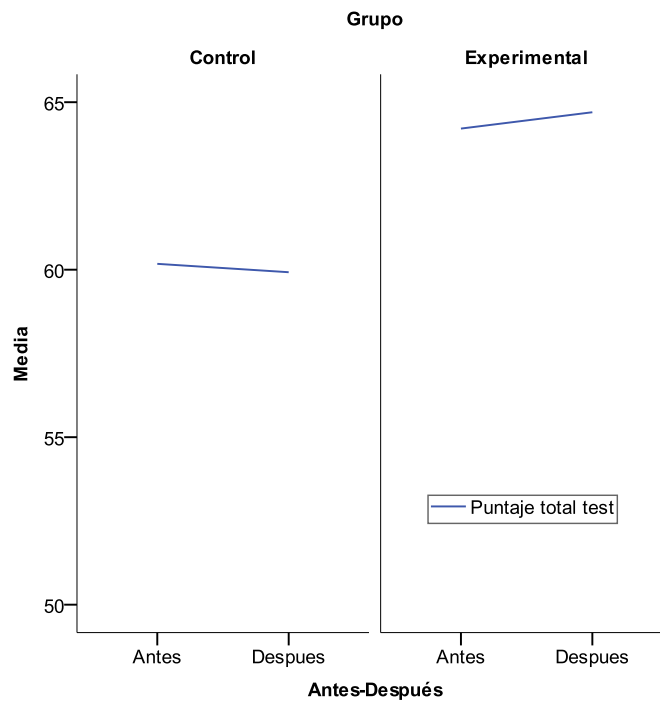
El análisis estadístico no arrojó evidencia estadísticamente significativa en el cambio de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres sometidas al experimento a partir de la intervención de enfermería que se realizó, pero sí evidencia el efecto de la intervención de enfermería en ítems concretos los cuales se describen a continuación:

Item	Enunciado
1	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.
2	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.
4	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.
6	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.
8	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.
9	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.
10	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.
22	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.
25	Veó las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 5 se presenta la comparación entre los grupos control y experimental del puntaje total de la EsCAPS.

Gráfico 5. Comparación entre grupos del puntaje total de la escala



Fuente: Elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

En el presente estudio no se observaron diferencias significativas entre los grupos (control y experimental) relacionados con las características sociodemográficas de las participantes (ver tabla 2), los resultados coinciden con la mayoría de estudios consultados. (179) (180). Ello es necesario para aumentar el grado de confiabilidad de los resultados ya que se descartan posibles influencias causadas por variables socio-demográficas sobre el comportamiento estadístico de los datos de análisis.

Los resultados de la comparación entre el grupo control y experimental en las etapas pre-test y pos-test, sugieren que no hay suficiente evidencia estadística a favor de la intervención y su efecto en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en las madres. (Tabla 17,1 9).

La literatura revisada no evidenció estudios similares a este, los estudios revisados miden el Afrontamiento en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Adulto (46) (47) (48) (49), pacientes con Diabetes Mellitus (51) (52), entre otros; así mismo se evidenciaron estudios realizados en padres de hijos sometidos a cirugía cardíaca. (56).

Es importante tener en cuenta, que existen asociaciones de magnitud significativa entre el afrontamiento y el estrés de padres con hijos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal, tal como se muestra en Caruso, (2013). (181). Buena parte de estudios refieren que el estrés es comúnmente encontrado en los padres y madres, pero afecta en mayor proporción a las madres. Algunos investigadores realizaron estudios para medir el efecto de intervenciones sobre el estrés, pero no reportan evidencias del efecto de intervenciones sobre el afrontamiento en general o sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en esta población.

Trascender el cuidado de los hijos implica para las madres cuidarse para poder criar mejor su recién nacido y en este proceso son las madres quienes son capaces de identificar sus propias necesidades de cuidado. (182). En el presente estudio, se observó que las madres demuestran inquietud, ansiedad, por el estado actual de salud de su hijo recién nacido, así mismo les preocupa en gran medida la suerte que puedan tener sus hijos una vez sean dados de alta, al igual que el miedo por un posible reingreso a la institución; las madres también expresan angustia por que la alimentación de su hijo sea de forma adecuada y natural, pero debido a la estancia hospitalaria este proceso se ve interrumpido; estas

afirmaciones coinciden con lo descrito en Bohórquez. *et. al* (2009), donde afirman que las madres en su gran mayoría desean estar cerca de sus hijos y cuando esta situación es permitida, durante la visita, las madres aprovechan este tiempo para acariciar, sonreír, abrazar y consolar a sus hijos. (143).

Se observó que las madres dejan de lado sus propias necesidades, se observan absortas y enfocadas en la salud del recién nacido y su pronta recuperación; estas afirmaciones son apoyadas por lo descrito en los trabajos de Ruiz (2000), Silvan, Patrocinio, cols (2003) y Molina, Leiva (2010). Así mismo, Lopez, Muñoz (2011), describen que la percepción que tienen las madres de sí mismas es que no tienen tiempo para cuidarse bien, como se lo merecen; realmente "la dieta de los cuarenta días" no existe por cuanto ellas necesitan ir todos los días a la clínica. Sin embargo, ellas se sienten capaces y se esfuerzan mucho por sacar adelante su recién nacido, considerando que el mejor lugar para cuidar el niño es la casa. (182).

La falta de evidencia estadística para apoyar la intervención de enfermería, puede estar relacionada con situaciones particulares de las madres participantes, es decir, la vía del parto, el acompañamiento de un familiar significativo diferente a la pareja, la identidad cultural, el apoyo familiar, si la concepción del hijo fue planeada o no, el pronóstico de salud del recién nacido, entre otros. Este fenómeno puede contrastar con lo afirmado por Lamy, cols (1996), donde señala que el proceso de adaptación de la madre a la hospitalización de su hijo parece estar influenciada por factores sociales, culturales y familiares, y que diferentes experiencias, reflejan sentimientos y actitudes que varían de persona a persona (117); por tanto, las percepciones y formas de afrontamiento de las madres pueden variar ante situaciones difíciles. (117) (118). Adicionalmente, Turan (2008) afirma que las personas que sufren un evento de la vida intensamente estresante pueden haber agotado su fuerza y tener ansiedad aún más grave cuando se encuentran con nuevos eventos estresantes. (183). Young-Mee, Nam-Hee (2007), afirma que las madres no pueden expresar fácilmente los cambios en la percepción de sus hijos y los niveles de estrés durante el período posparto, debido a mayores expectativas de su rol de padres y la responsabilidad, así como tener más sentimientos abrumadores y de culpa. (184).

Otro aspecto que pudo haber influido en el resultado del presente estudio corresponde al hecho de que algunas madres, debido a patologías presentadas durante el embarazo, estuviesen predispuestas a una posible hospitalización del recién nacido. O por el contrario, como se afirma en Caruso (2013), que algunos padres no sabían que su hijo podía nacer en forma prematura y por tanto, no

tuvieron tiempo de prepararse para vivir una situación como esta. Un tiempo reducido de gestación hace que las madres que tienen a sus hijos prematuramente, tengan menos tiempo para la preparación emocional que aquellas madres de recién nacidos a término normal (Chertok 2014). (185). Un aspecto adicional a tener en cuenta es que algunas madres podían cargar y amamantar a su hijo mientras que a otras, por la condición de salud del recién nacido, no les era permitido. En particular, Caruso (2013), evidencia que las madres calificaron como *muy estresante* el hecho de no poder tomar en brazos al recién nacido cuando querían, no poder alimentarlo y cuidarlo.

La capacidad de adaptarse al estrés y a la adversidad es una faceta central del desarrollo humano. La adaptación exitosa al estrés incluye las formas en que las personas manejan sus emociones, piensan constructivamente, regulan y dirigen su conducta, controlan su actividad autonómica, y actúan en ambientes sociales y no sociales para alterar o disminuir las fuentes de estrés, estos procesos han sido incluidos en diversos grados dentro de la construcción del afrontamiento. (186).

En particular, en el presente trabajo se observa una media Capacidad de Afrontamiento y Adaptación, tanto antes como después de la intervención. Este resultado podría coincidir con los hallazgos mostrados en Young-Mee (2007), el autor indica que el 73% de las madres no mostraron cambios positivos en relación al estrés después de la intervención, independientemente de si las puntuaciones iniciales fueron negativas o positivas antes de la intervención. Además, el mismo autor afirma que la intervención pareció no beneficiar a las madres, pero sugiere que se podría revisar el efecto de la intervención a largo plazo; en contraste, en Abdeyazdan, Shahkolahi, cols (2014) se muestra una reducción significativa del estrés después de la intervención. (187). De otra parte, en Turan, et. al. 2008, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el valor medio de la puntuación del estrés entre las madres del grupo control y experimental; sin embargo, en el mencionado trabajo la intervención se realizó durante 10 días, (183), mientras que en el presente trabajo se realizó durante 4 días.

En Beheshtipour, et. al (2014), se evidencia que no hubo diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto a la puntuación del estrés de las madres en el segundo día después de la admisión; sin embargo, en el mismo trabajo se muestra que la diferencia en las puntuaciones del estrés entre los dos grupos en el quinto día de ingreso, y una semana después de la intervención fue significativo. (188). De manera similar, en Shahkolani, et.al (2014), la intervención se realizó en dos fases: la primera de 2 a 4 días luego de la admisión y la segunda fase de 2

a 4 días después de la primera fase, evidenciando una puntuación media significativa del estrés antes y después de la intervención (grupo experimental).

En lo relacionado al tiempo dedicado a la intervención, en Glazebrook, et. al. (2007), se muestra que la intervención no tuvo efecto alguno en la reducción del estrés de las madres de recién nacidos tanto a término como prematuros. Sin embargo, allí mismo se menciona que probablemente ello se deba a que el tiempo dedicado a la intervención no fue lo suficientemente amplio como para lograr un cambio significativo. En particular, en Glazebrook, et. al. (2007), el tiempo dedicado fue de 6 horas. (189).

Al observar los cambios estadísticos en el grupo control, podemos observar que existen algunos ítems como el 9 (*Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil*) y 31 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente*), que recibieron menor puntuación en el pre-test y pos-test, dichos ítems responden a la teoría en los procesos cognitivos, y al enfoque en el procesamiento de la información, ya que los procesos cognitivos y emocionales están integrados de acuerdo a, como las personas responden a los eventos cambiantes usando un rango de estrategias para el procesamiento de la información.(190). Estos ítems miden la capacidad de la persona para concentrarse en una actividad o tarea.

De igual manera en el grupo control existen ítems en el pre-test y pos-test que evidenciaron una mayor puntuación, dentro de ellos: 13 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación*) y 18 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación*), en el cual se describe las estrategias personales y físicas, para hacerse cargo de la situación y manejarlas metódicamente; (191) es decir se relacionan con la Planeación.

Estos ítems con mayor puntuación se relacionan con el proceso de afrontamiento cognitivo, el cual es un proceso de interacción permanente dado entre la persona y el ambiente, y esta interacción se produce en diferentes situaciones estresantes, las cuales deben ser controladas por las madres para mantener un equilibrio. Algunos autores afirman que “lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona reacciona ante éstas y su habilidad para adaptarse a los cambios.”

Otro aspecto, que revela el presente estudio para el grupo experimental en el post-test (**Figura 4**), es, la evidencia de que los ítems 7 (*Cuando tengo un*

*problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones); 13 (Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación), 18 (Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación), al igual que en el grupo control, y 29 (Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar), recibieron la mayor puntuación, es decir, calificaron su respuesta como siempre o casi siempre; este hecho podría relacionarse con el procesamiento de la información; así mismo este hecho se relaciona con el proceso cognitivo de Planeación, es decir, actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente (98), expresadas a través del modo de adaptación fisiológico, *interdependencia, autoconcepto y función del rol.**

Ahora nos detenemos a discutir en detalle, los hallazgos relacionados con los componentes de la intervención del presente estudio; el componente relacionado con las necesidades de las madres ya fue discutido en este apartado. Ahora bien, el segundo y tercer componente de la intervención se relaciona con el *apoyo informativo y favorecer el vínculo madre hijo.*

Para Sanders, et.al (2013), el período posparto es un "momento de enseñanza por excelencia", un momento en que se intensifica la unión, y por ende, las enfermeras están en una posición para iniciar intervenciones que mejoren las actividades de participación. (192). Este enunciado coincide con el trabajo realizado por Moreno, Ospina (2013), donde la intervención se inicio en la sala de posparto, y ello pudo contrastar con el medio donde estaba el recién nacido, logrando disminuir la ansiedad y el miedo generado, así mismo, les ayudó a afirmar el concepto de convertirse en madre (87); mientras que nuestra intervención fue realizada al ingreso de las madres a la Unidad de Cuidado Neonatal.

El *apoyo informativo* realizado en esta investigación, coincide con los trabajos de Young-Mee Ahn, et.al (2007); Turan, Basbakkal, Ozbek (2008); Abdeyazdan, cols (2014); por el contrario, Shahkolahi, et.al (2014), además de la información sobre la descripción de la unidad neonatal, entregaron dos libros y realizaron sesiones educativo-psicológicas; mientras que Lariviere, Rennick (2011), realizaron una intervención enfocada en la lectura de los padres a sus hijos en la UCIN, además de su participación en el cuidado. (179).

Para el *favorecer el vínculo madre-hijo*, las madres participaron en los cuidados de rutina a los recién nacidos, las madres se mostraron receptivas y afirman que “es muy diferente cambiar pañales en otros niños, que hacerlo con los propios hijos de uno”; en contraste con la literatura, se evidencia en López, et. al (2015), que las madres asumen una nueva visión para afrontar la hospitalización de su hijo y empiezan un camino hacia la adaptación materna con el objetivo de cuidar a su recién nacido en el hogar o, en el lenguaje de las madres, "criar mi niño". (182).

Para Moreira y cols (2008), las madres transforman y elaboran la información para generar respuestas en dirección a la meta que se proponen, usando los recursos internos como la cognición y la emoción. (193).

La madre, responde a través de canales cognitivo-emocionales en donde el procesamiento perceptual y de información se hace relevante manteniendo solo su atención en el problema, para ello el aprendizaje es de suma importancia en el contacto con nuevas experiencias, llevando a que la madre realice un esfuerzo y reflexión sobre la situación actual y a través del juicio determinar aquellas estrategias adaptativas que le permitan disminuir sus emociones negativas y por ende promover una adecuada relación madre-hijo.

Para Castiblanco, Muñoz (2011), el camino hacia la adaptación encierra dos dominios: los cuidados maternos y las necesidades maternas. La adaptación materna: se caracteriza por el conocimiento que la madre tiene de sí misma y de su entorno para lograr ser una buena madre, y se relaciona con el contexto cultural y espiritual. (182).

6. CONCLUSIONES

Esta investigación permitió explorar el efecto de una intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con hijos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal a partir de la: Exploración de las necesidades de la madre, Apoyo informativo a la madre y Favorecer el contacto madre-hijo en el grupo experimental, realizada en 4 unidades de cuidado neonatal de la ciudad de Cúcuta versus el grupo control.

La literatura revisada no evidenció estudios similares a este, los estudios revisados miden el Afrontamiento o la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en diferentes grupos de población diferente a la población objeto del presente estudio.

No existió relación de dependencia significativa entre las variables, lo que se traduce en una homogeneidad estadística de la conformación de los grupos control y experimental (Prueba de Chi-cuadrado ($P \geq 0.05$)). No se encontraron diferencias significativas (test de U de Mann Whitney, $P \geq 0.05$) entre los dos grupos control y experimental, respecto a las variables: edad de las madres y edad gestacional de los recién nacidos, estos aspectos reflejan que la estrategia de aleatorización fue adecuada.

Los resultados de comparación entre el grupo control y experimental en las etapas pre-test y pos-test, sugieren que no hay suficiente evidencia estadística a favor de la intervención y su efecto en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en las madres; sin embargo, la intervención de enfermería produjo cambios en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres participantes, manteniéndolas en un nivel medio tanto en grupo control como experimental con un 43.8% y 46.3% respectivamente.

Existen ítems de la EsCAPS que recibieron MENOR valoración por parte de las madres tanto en el pre-test como en el post-test para el grupo experimental, y se mencionan a continuación: 31 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente*) y 9 (*Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil*); así mismo se evidenció una MAYOR puntuación en el grupo experimental en el pre-test y post-test para los siguientes ítems de la EsCAPS 13 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación*), 18 (*Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación*) y 29 (*Cuando tengo*

un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar).

Es importante la exploración de las necesidades de las madres, ya que ello permite a la madre sentirse digna de cuidado. Es positivo el uso de la comunicación terapéutica, por lo que la enfermera permite la formación de una relación simétrica con los padres. Con el apoyo y la educación adecuada, las enfermeras neonatales son capaces de desempeñar un papel en el fortalecimiento, eficacia y potenciación de la atención centrada en la familia. (194).

El apoyo informativo y fortalecer el vínculo afectivo entre las madres y su hijo hospitalizado, busca que las madres se adapten al ambiente extraño y al lenguaje especializado, enfrentándose a problemas que no comprenden, se sabe que pueden desarrollar un desorden de estrés agudo asociado con la alteración del rol parental. (195).

8. RECOMENDACIONES

Para la investigación

Replicar el estudio con el fin de obtener mayor conocimiento de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres que viven una situación de crisis como la hospitalización de su hijo, y refinar la propuesta de intervención que puede afectarla, en la actualidad no existen estudios similares.

Investigaciones futuras deben evaluar la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación del binomio padre y madre, culturalmente el padre se ha visto como una persona con poca importancia en la crianza y participación en el cuidado y la literatura reconoce las dificultades en el afrontamiento y adaptación del padre a la hospitalización del hijo y el rol que desempeña como soporte fundamental de la madre.

Ampliar la gama de variables sociodemográficas, a fin de observar en mayor medida las relaciones que pudiesen influir en la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres con hijos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal; así mismo, llevar a cabo estudios donde se compare la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación entre grupos de madres, es decir madres con experiencias previas de hijos hospitalizados, entre multíparas y nulíparas, entre otras, es decir todas las madres que viven la experiencia de hospitalización de un hijo en la Unidad de Cuidado Neonatal.

Para la práctica

Fortalecer los programas de bienvenida a los padres en las Unidades de Cuidado Neonatal, debido a que en nuestro estudio la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de las madres se mantuvo en un nivel medio.

Los profesionales de enfermería deben rescatar y ser pioneros en la atención a los padres con hijos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal, brindando cuidado holístico a la familia (madre- padre- hijo), a fin de ser enfermeros incansables que busquen el fortalecimiento de vínculos afectivos.

8. LIMITACIONES

Se observó dificultad en algunas de las madres para diligenciar la escala dado que manifestaban que algunos ítems generaban confusión, de la misma forma cansancio de las madres dado el número de ítems y la dedicación de tiempo a su respuesta. Estos aspectos pueden haber influido en la forma de responder y en ese sentido afectar la valoración de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) El Banco Mundial de Estadísticas. Trabajamos por un mundo sin pobreza. Tasa de Natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1000 personas). Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN>
- (2) Instituto Departamental de Salud Norte de Santander. Indicadores Básicos en Salud. Norte de Santander: IDS; 2009. Disponible en Internet: <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/informacioacuten.html>
- (3) March of Dimes. Un Nuevo Enfoque Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS; 2012. Día mundial del nacimiento prematuro. [online] Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_release_es.pdf.
- (4) March of Dimes. Premature birth rate in U.S. reaches historic high; now up 29 percent since 1981 [online]. 2004. Disponible en Internet: http://www.marchofdimes.com/aboutus/10651_10763.asp
- (5) Matos A, Ramírez E, Martorell E. Características clínicas y estado al egreso de neonatos admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos. MEDISAN.2006; 10 (2). Disponible en: http://www.ascon.org.co/Documentos/criterios_UCI.pdf
- (6) Pardo E, Aranda R. Factores Perinatales asociados a morbilidad neonatal. Gac Med Bol. [online]. jun. 2008; 31(1): 5-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662008000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1012-2966.
- (7) Jaramillo J, López I, Arango F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales: Julio 2004 - Junio 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol. Jun 2006; 57(2): 74-81
- (8) Arenas Y, Salgado C, Eslava D. Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. Actual. enferm. 2005; 8(2):8-13.
- (9) Serradas M. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Rev. Ped, set. 2003, vol.24, no.71, p.447-468.

- (10) Trombini K, Sassá A, Veronez M, Higarashi L, Silva S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1): 73- 81.
- (11) Parra F, Moncada Z, Oviedo S, Volcanes M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index Enferme*. 2009; 18(1): 13-17.
- (12) Sifuentes A, Parra F, Marquina M, Oviedo S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad de terapia intensiva neonatal. *Enfermería global*. 2010. N° 19.
- (13) Gallegos J, Reyes J, Fernández v, González I. Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(1):5-14.
- (14) Moretto R, Fonseca E, Pagliarini M, Silva S. A percepcao da familia sobre sua presenca em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3): 630-638.
- (15) Mata M, Salazar M, Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 17 (1): 45-54.
- (16) Sikorova L, Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2012; 156(4):330–336.
- (17) Rossel C, Carreño K, Maldonado M. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr*. 2002; 73(1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062002000100004
- (18) Eisengart L, Singer T, Fulton S, Baley J. Coping and Psychological Distress in Mothers of Very Low Birth Weight Young Children: Sheri P. *Parenting: science and practice*. 2003; 3 (1): 49–72.
- (19) Rizatto D, Tsunehiro M. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(1):49-54.
- (20) Singer L, Fulton S, Kirchner L, Eisengart S, Lewis B, Short E. et al. Longitudinal Predictors of Maternal Stress and Coping After Very Low-Birth-Weight Birth. *Arch pediatr adolesc med*. 2010; 164 (6): 518-524.
- (21) Hernández M, Ocampo A. Evaluación de protocolo para minimizar el estrés en neonatos con peso al nacer menor a 2500 gramos, Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera 2006. *Enfermeria en Costa Rica*. 2009; 29(2):5-12.

- (22) Lima N, Pinheiro A, Í DO C, Leite J, Costa M. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009; 62(5): 729-733.
- (23) Zamora M, Martínez C, Sánchez L, Crespillo E, Perea E, et al. Percepciones de los padres y las madres de recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y su opinión sobre la hospitalización compartida. *Ética de los Cuidados*. 2010;3(5). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n5/et1370.php>.
- (24) Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ*. 2003; 168 (8): 969-973.
- (25) Ruiz A, Ceriani J, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch.argent.pediatr*. 2005; 103(1): 33-45.
- (26) Carter J, Mulder R, Darlow B. Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health*. 2007; 1: 40–50.
- (27) Blanch S, Karkada S, Lewis L, Mayya S, Guddattu V. Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey. *Journal of Neonatal Nursing*. (2009); 15: 152-158.
- (28) Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005; 90:109-113.
- (29) González D, Ballesteros N, Serrano M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2012; 9(1):43-53.
- (30) Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. *Pediatrics*. 2008; 121(2): 215-222.
- (31) Shih-yu S, Lee K, Rankin S, Alkon A, Weiss S. Acculturation and stress in chinese-american parents of infants cared for in the intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*. 2005; 5 (6): pp 315–328.
- (32) Perlin D, Oliveira S, Gomes G. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre. 2011; 32(3):458-64.

- (33) Argote L, Montes M. La donación hace la diferencia en el cuidado de padres y niños prematuros. *Fram. Saúde Desenv.* 2002; 4(1):7-15.
- (34) León B, Poudereux M, Gimenez, Belasustegui A. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Medicina.* 2005; 16(2): 56-66.
- (35) Roy, C; col. *El Modelo de Adaptación de Callista Roy.* Editorial Appleton y Lange. Ed.2. pag 32. 1999.
- (36) Brandaliz D, Sanson I. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3):264-70.
- (37) López R, Díaz C, Moreno K, Vargas K, Villamizar G, López S, et al. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* Duazary. 2011; 8(2): 150-158.
- (38) Roy, Callista. *Deriving a Middle range Theory of Coping and Adaptation.* Prepublication Paper #1-in progress. Boston College, Chestnut Hill, MA
- (39) Seideman R, Watson M, Corff K, Odle P, Haase J. et al. Parents Stress and Coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing.* 1997; 12(3): 169-177.
- (40) Smith V, Steelfisher G, Salhi C, Shen L. Coping With the Neonatal Intensive Care Unit Experience. Parents' Strategies and Views of Staff Support. *J Perinat Neonat Nurs.* 2012; 26 (4); 343–352.
- (41) Rubiños A. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías.* 2012; 1(1): 1-26.
- (42) Sydnor N, Dokken D. Coping and caring in different ways: Understanding and meaningful involvement. *Pediatrc Nursing.* 2000; 26(2): 185-191. (Primer artículo de los específicos de a y a en madres con hijo hospitalizados).

- (43) Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Aquichan. 2008; 8 (1): 116-125.
- (44) Villamizar B. Estimulación multisensorial auditiva, táctil, vestibular y visual (ATVV) para la capacidad de adaptación según Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pretérmino. [Tesis Doctoral]. Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. 2010: 1-246.
- (45) Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos. Revista de investigaciones. 2009; (12): 201-214.
- (46) Melo E, Araujo, Calcavante T, Teixeira D. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterapéutico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. Revista Brasileira de Cancerología. 2002; 48 (1): 21-28.
- (47) Mesquita E, Magalhães R, Carvalho A. relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 219-225.
- (48) Londoño Y. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Invest. educ. enferm. 2009; 27(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072009000100007&script=sci_arttext
- (49) Leyva Y, Solano G, Labrador L, Gallegos M, Ochoa MC. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. Cuidarte. 2011; 96-104
- (50) Pessoa E, Carneiro K, Gimenez M, Caetano J. Abordagem assistencial ao neonato portador de mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):702-707.
- (51) Lazcano M, Salazar B. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Aquichan. 2007; 7(1): 77-84.
- (52) Lazcano M, Salazar B. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. Aquichan. 2009; 9 (3): 236 – 245.

- (53) Alarcón M, García M, Ramírez M. Nivel de Adaptación Modos Fisiológico y Autoconcepto de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2009; 17 (5): 221-227
- (54) Flórez I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, Zambrano D, Reyes Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2011; 11(1): 23-39.
- (55) Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2013; 13 (2): 159-172.
- (56) Monroy A, Suarez C. Afrontamiento y adaptación de padres o madres con hijos en post-operatorio de cardiopatía congénita en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá. [Tesis]. Colombia: Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. 2010.
- (57) Arenas Y, Salgado C, Eslava D. Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. *Actual. enferm.* 2005; 8(2):8-13.
- (58) Bohórquez C. Cuidado de enfermería al vínculo de apego a padres y recién nacidos hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal. *Avances en enfermería.* 2000; XVII (1 y 2): 1-7.
- (59) Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics.* 2013; 13(18): 1-10.
- (60) Hurst I. Mothers' Strategies to Meet Their Needs in the Newborn Intensive Care Nursery. *J Perinat Neonat Nurs* 200; 15 (2):65–82.
- (61) Wielenga J, Smit B, Unk L. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant?. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21 (1): 41–48.
- (62) Lee S, Lee K, Rankin S, Alkon A, Weiss S. Acculturation and stress in chinese-american parents of infants cared for in the intensive care unit. *Advances in Neonatal Care.* 2005; 5 (6): 315–328

- (63) Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandroni R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica*. 2008; 97; 894–898.
- (64) Smithgall L. Perceptions of Maternal Stress and Neonatal Patient Outcomes in a Single Private Room Versus Open Room Neonatal Intensive Care Unit Environment. [Tesis de grado]. Doctor of Philosophy in Nursing]. East Tennessee State University. 2010.
- (65) Korjaa R, Savonlahtia E, Haatajab L, Lapinleimub H, Manninena H, Pihaa J, Lehtonenb L. Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development* 32. 2009: 305–311.
- (66) Sannino P, Plevani L, Bezze E, Cornalba C. The broken attachment between parents and preterm infant: How and when to intervene. *Early Human Development*. 2011: 81-82.
- (67) Perlinb, Minasi S, Calcagno G. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):458-64.
- (68) Trombini K, Sassá A, Veronez M, Harumi L, Marcon S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: Percepção dos pais. *Esc Anna Nery*. 2012; 16 (1): 73- 81.
- (69) Cleveland L. Symbolic Interactionism and Nurse–Mother Communication in the Neonatal Intensive Care Unit. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2009; 23 (3): 216-231.
- (70) Leonetti L, Vita A, Martins M. Contenido verbal expresado por las madres de bebes prematuros con síntomas clínicos emocionales. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(1):64-70.
- (71) Limaña R, Corbalan J, Patro R. Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. 2007; 23(2): 201-206.
- (72) Lamy Z, Gomes R, Carvalho M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. 1997.
- (73) Cleveland L. Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *AWHONN, the Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 2008; 37: 666-691.

- (74) Franck L. Research with newborn participants, doing the right research and doing it right. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2005; 19(2): 177-186.
- (75) Bracht M, Kandankery A, Nodwell S, Stade, B. Cultural differences and parental responses to the preterm infant at risk: Strategies for supporting families. *Neonatal Network*. 2002; 21(6): 31-38.
- (76) Spittle A, Ferretti C, Anderson P, Orton J, Eeles A, Bates L, et al. Improving the outcome of infants born at <30 weeks' gestation - a randomized controlled trial of preventative care at home. *BMC Pediatrics*. 2009; 9:73-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797495/>
- (77) Orton J, Spittle A, Doyle L, Anderson P, Boyd R: Do early intervention programmes improve cognitive and motor outcomes for preterm infants after discharge?. A systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2009; 51(11):851-859.
- (78) Benzies K, Magill J, Hayden K, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13 (1): 1-15.
- (79) Gontard V, Schwarte A, Kribs A, Roth B. Neonatal intensive care and premature birth- maternal perceptions and coping: *Arch Womens Ment Health*. 1999; 2: 29-35.
- (80) Hurst I. Mothers' Strategies to Meet Their Needs in the Newborn Intensive Care Nursery. *J Perinat Neonat Nurs*. 2001; 15(2):65–82.
- (81) Eisengart S, Singer T, Fulton S, Baley J. Coping and Psychological Distress in Mothers of Very Low Birth Weight Young Children parenting: Science and practice. 2003; 3 (1): 49–72.
- (82) Nogueira I, Souza R, Valentim E. Nursing diagnoses identified during Parent group meetings in a neonatal intensive care. *International Journal of Nursing terminologies and classifications*. 2005; 16 (3-4): 65- 79.
- (83) Mazurek B, Fischbeck N, Moldenhouer Z, Small. Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assement and intervention. *Pediatric Nursing*. 2001; 26 (6): 548- 599.

- (84) Brandalize D, Sanson I. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3):264-70).
- (85) Valizadeh L, Zamanzadeh V, Akbarbegloo M, Sayadi L. Importance and Availability of Nursing Support for Mothers in NICU: A Comparison of Opinions of Iranian Mothers and Nurses. *Iranian Journal of Pediatrics.* 2012; 22 (2): 191-196.
- (86) Garten L, Nazary L, Metze B, Bu"hrer C. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology.* 2013; (33): 65–69.
- (87) Moreno C, Ospina A. Intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto. [Tesis]. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Universidad de la Sabana. 2013
- (88) Guerra J, Ruiz, C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *av. enferm.* 2008; XXVI (2):80-90.
- (89) Malakouti J, Jabraeeli M , Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. *Iran J Crit Care Nurs.* 2013; 5(4):172–181.
- (90) Bracht M, O'Leary L, Lee S, O'Brien K, Implementing Family-Integrated Care in the NICU. A Parent Education and Support Program. *Advances in Neonatal Care.* 2013; 13 (2): 115-126.
- (91) Bonfill E, Fortuño M, Sáez F, Romaguera S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm* v.19 n.4 Granada oct.-dic. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010.
- (92) Meijssen D, Wolff M, Bakel H, Koldewijn K, Kok J, Baar A. Maternal attachment representations after very preterm birth and the affect of early intervention, implementing program centered in family in NICU. *Infant Behavior & Development.* 2011: 72-80.

- (93) Brien K, Braacht M, Macdonell K, McBride T, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13(1):
- (94) Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier. 2009.
- (95) Gonzales Y. Efficacy of two interventions based on the theory of coping and adaptation processing. Paper presented at the 8th Annual Roy Adaptation Association Conference. Los Angeles; 2007.
- (96) Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr*. 2004; 60(1):56-64.
- (97) Roy C. The Roy adaptation model. 3 ed. New Jersey: Person Education, 2008.
- (98) Roy C. The Roy Adaptation Model. Third Edition. New Jersey: Pearson. 2009.553p.
- (99) Roy C, Connell W. Development and Testing of the Coping and Adaptation Processing Scale.
- (100) De la Huerta R, Corona J, Méndez J. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(1): 46-51.
- (101) Espada M del C, Grau C. Estrategias de afrontamiento en padres de niño con cáncer. *Psicooncología*. 2012; 9(1): 25-40.
- (102) Rincón C, Martino R, Catá E, Montalvo G. Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*. 2008; 5(2): 425-437.
- (103) Espada M del C, Grau C, Fortes MC. Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33 (3): 259-269. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n3/original1.pdf>.....

- (104) Moral J, Martínez J. Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*. 2009,19(2):189-196.
- (105) Krzemien D. Estilos de Personalidad y Afrontamiento Situacional Frente al Envejecimiento en la Mujer. *R. interam. Psicol. Journal of Psychology*. 2007; 41(2): 139-150.
- (106) Contreras F, Esguerra GA, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *acta colombiana de psicología*. 2007; 10 (2): 169-179.
- (107) Fernández ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de León, Facultad de psicología; 2009.
- (108) López R, Díaz CE, Moreno K, Vargas K, Villamizar G, López S, et al. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Duazary. 2011; 8(2): 150-158.
- (109) Guerra JC, Ruiz de Cárdenas CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *av. enferm*. 2008; XXVI (2):80-90.
- (110) Lazarus R. *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*. *Psychosomatic Medicine*; 1993: 55: 234-247.
- (111) González R, Montoya I, Casullo MM, Bernabéu J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002; 14 (2): 363-368.
- (112) Aldwin CM. *Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press; 2007. Available from: <http://books.google.com.co>).

- (113) Livneh H. psychosocial adaptation to chronic illness and disability a conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2001; 44(3): 151-160.
- (114) Guerrero M, Suárez A, Mendoza LM, Farfán F. Abordaje psicoterapéutico de la Enfermera Especialista en Salud Mental a padres con hijos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(3):1-20. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.php>.
- (115) Díaz I. Afrontamiento y calidad de vida percibida y vivenciada. 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-devida.shtml?monosearch>.
- (116) Vázquez C, Crespo M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. [Página principal de internet]. Disponible en: www.psicosocial.net/de/centro-de.../94-estrategias-de-afrontamiento.
- (117) Lamy Z, Gomes R, Carvalho M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *J Pediatr (Rio J)*. 1997; 73(5):293-298.
- (118) Lima de Souza N, Pinheiro AC, Clara Í do C, Leite JB, Costa da Silvall M. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm, Brasília*. 2009; 62(5): 729-33.
- (119) Schappin R, Wijnroks L, Uniken M, Jongmans M. Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. 2013; 8(2):1-19. Disponible en: www.plosone.org.
- (120) Brandalize D, Sanson I. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(3): 264-70.
- (121) Chacín M, Chacín J. Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Rev Venez Oncol*. 2011; 23(3):199-208.
- (122) Sanders L, Buckner B. The Newborn Behavioral Observations System as a Nursing Intervention to Enhance Engagement in First-Time Mothers: Feasibility and Desirability. *Pediatric nursing*. 2006; 32 (5): 456-462.

- (123) Fernández M. Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. Rev. Ped. 2004; 1(1): 13-21. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol1num1/pdf/intervencion.pdf>
- (124) Mazurek B, Feinstein N, Alpert L, Fairbanks E, Crean H, Sinkin R, et.al. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics. 2006; 118(5): 1-16.
- (125) Mazurek B, Fischbeck N, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. Pediatric Nursing. 2001; 26 (6): 548- 599.
- (126) Ferrer J. Estandarización del proceso de educación a los padres del recién nacido hospitalizado. Actual. Enferm. 2010; 13 (1): 29-34.
- (127) Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open. 2011: 1-13.
- (128) Ortigosa J, Méndez F, Riquelme A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo conductual. Psicooncología. 2009; 6 (2-3): 413-428.
- (129) Bennett R, Sheridan C. Mothers' perceptions of rooming-in'on a neonatal intensive care unit. Parental support. 2005; 1(5): 171-174. Disponible en: http://www.infantgrapevine.co.uk/pdf/inf_005_mpr.pdf.
- (130) Marín D, Célida Menéndez. Estrés, ansiedad y depresión en madres de niños con malformación congénita mayor (mcm) internados en la UCIN del Hospital Garrahan. Medicina Infantil. 2011; 18(19): 10-17.
- (131) Glazebrook C, Marlow N, Israel C, Croudace T, Johnson S, White L, et.al. Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2007; 92():438–443.

- (132) Pinto N, Barrera L, Sánchez. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a cuidadores”. Aquichan. 2005; 5(1): 128-137. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=0>. Consultado el 5 de noviembre de 2013).
- (133) Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global. 2009; 16: 1-11.
- (134) Hernández D, Flores S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Rev Enferm IMSS. 2002; 10 (3): 125-129.
- (135) Patiño J, Bosch M. ¿Que´ tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales? Enferm Clin.2009; 19(2):90–94.
- (136) Nagorski A. Engaging Fathers in the NICU Taking Down the Barriers to the Baby. J Perinat Neonat Nurs. 2008; 22 (4): 302–306.
- (137) De Mendonça K, Figueiredo Z, Miranda C. Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral. Aplicación del modelo de Roy. NURE Inv [Revista en Internet] 2009 May-Jun. [fecha acceso]; 6 (40): [aprox 12 pant]. Disponible en:http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/adapma droy40.pdf.
- (138) Hernández R, Fernández C; Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill - Interamericana Editores. 2006; 4 (1): 3-5.
- (139) Burns K, Cunningham N, Traut R, Silvestri J, Nelson M. Infant Stimulation: Modification of an intervention base on Physiologic and Behavioral Cues. JOGNN. 2006; 23 (7): 581-588.
- (140) La adaptación en el ser humano: una visión de enfermería/ María del Carmen Gutiérrez, et.al. Bogotá: Editorial El Manual Moderno, Universidad de la Sabana, 2007.
- (141) Oviedo G, Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. Universitas médica. 2006; 47(2): 131-141.

- (142) Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, et.al. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de epidemiología*. 2008; 12(3): 1-6.
- (143) Bohórquez O, Santana A, Pérez L, Munévar R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Av. enferm*. 2009; XXVII (2): 139-149.
- (144) Larguía M, Lomuto C, González M. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. UNICEF. 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf>
- (145) Molina R, Leiva V. Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2010; 18. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/necesidadeseducativas.pdf> (ISSN 1409-4568).
- (146) Silvan C, Patrocínio M, Sartori M, Sian, Monti L, Moraes A. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de ribeirão preto. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(4):539-43.
- (147) Ruíz C. Diagnóstico de las necesidades educativas sobre cuidado materno y neonatal de las madres adolescentes que asisten al servicio de alojamiento conjunto del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Avances en Enfermería*. 2000; XVIII (1): 1-11.
- (148) Martell L. Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Seriada en línea] 2003 [consultado 19 de septiembre 2011]; 39(2): 32(4), 478- 85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859457/>.
- (149) Karl J, Beal J. Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an "Attacher". *J Matern Child Nurs*. [Seriada en línea] 2006 [Consultado 2 de septiembre 2011]; 31(4): 257-62. Disponible: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00005721-200607000-00011&LSLINK=80&D=ovft>

- (150) Asenjo L. Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de psicología*. [Seriada en línea] 2007 [consultado 22 de septiembre 2011]; 23 (1): 25-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723104>
- (151) Kavanaugh K, Moro T, Savage T. How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Seriada en línea] 2010 [consultado 19 de septiembre 2011]; 39(2): 147– 58. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859457/>
- (152) Fegran L, Solvi H. The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, [Seriada en línea] 2009[Consultado 2 de diciembre 2012]; 23(4):667 - 673 Disponible en: <http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.unisabana.edu.co/ehost/detail?sid=cea8ef55-5309-4ba8-aeb7366261399220%40sessionmgr15&vid=1&hid=23&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=pbh&AN=45109891>
- (153) Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstro A. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian journal of caring sciences*. [Seriada en línea] 2006. [Consultado 25 de agosto 2011]; 20 (1): 35 – 41. Disponible: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=19792429&site=ehost-live&scope=sit>
- (154) Conz C, Barbosa M, Pinto. Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm*. 2009; 43(4):846-51.
- (155) Kearvell H, Grant J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008; 27 (3): 75-83.
- (156) Amankwaa L, Pickler R, Boonmee J. Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *J Infant Nurs Rev*. 2007; 7 (1): 25 – 30. Disponible: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336906001528?_aliid=1805989278&_rdoc=1&_fmt=high&_origin=search&_docanchor=&_ct=192&_zone=rslt_list_item&md5=59f6c4484419d9ac2c91698deda4c0de

- (157) Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. BMC Health Serv Res. [Seriada en línea] 2007 [consultado 10 de septiembre 2011]; 7:178 .Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/178>
- (158) Salwa M. Obeisat. Jordanian parental needs of critically ill infants in neonatal intensive care units. 2012. Disponible en: <http://jrn.sagepub.com/content/early/2012/12/20/1744987112468444.abstrac>t.
- (159) Ruiz A, Rodríguez R, Miras M, Robles C, Jerez A, González A, et.al. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. Bol. SPAO. 2013; 7 (2) 39-59. Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-29-secciones-74597.pdf>.
- (160) Howell E, Graham C. Parents´ experiences of neonatal care. A report on the findings from a national survey. Picker. Institute Europe. Making patients´ views count. 2011. 1-154. Disponible en: http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Project_Reports/Parents%27%20Experiences%20of%20Neonatal%20Care.pdf.
- (161) Rojas AM, Narvaez LM, Ruíz CH. Preparación de los para su adaptación a la hospitalización de su hijo recién nacido menor de 1500 gramos que requiere ventilación mecánica hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Clínica Saludcoop de Neiva, en los meses de Junio y Julio de 2008. Proyecto de Gestión. Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico. Universidad de La Sabana. Chía. 2008.
- (162) Carol F. The Neonatal Nurse’s Role in Parental Attachment in the NICU. Crit Care Nurs Q. 2006; 29 (1): 81–85.
- (163) Chia, P, Sellick, K. The Attitudes and Practices of Neonatal Nurses in the Use of Kangaroo Care. Australian Journal of Advanced Nursing. 2005; 23(4):20-27.
- (164) Barbosa M, Pinto M, Ribeiro K, Moura D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(6): 1-7.

- (165) Fenwick, J., Barclay, L. and Schmied, V. Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women and Birth*. 2008; 21(2):71-85.
- (166) Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. *Revista de enfermería*. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>.
- (167) Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*. 2010: 15-27. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma>
- (168) Nieto R, Solana C, Oviedo A, Pozas L, León M, Velázquez G et.al. Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la Familia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. 2011; 30(4): 146-151.
- (169) Barrera F, Moraga F, Escobar S, Antilef R. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062007000100012>.
- (170) Wielenga J, Smit B, Unk L. How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant?. *Journal of Nursing care Quality*. 2006; 21(1):41-48.
- (171) Manning A. The NICU Experience: How Does It Affect the Parents' Relationship?. *Journal on Perinatal and Neonatal Nursing*. 1012; 26(4): 353-357. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/Inc/CEArticle?an=00005237-201210000-00014&Journal_ID=54008&Issue_ID=1455491.
- (172) Llano N. Momentos clave para humanizar el paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Revista pers.bioét.* 2007; 11(29): 138-145. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/download/948/1027>.
- (173) Doménech E, Claustre J. Actualizaciones el Psicopatología infantil II: de cero a seis años. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions, 1998.

- (174) Sarmiento Paola, Botero Johana, Carvajal Gloria. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013; 22(4).
- (175) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- (176) Stepke F. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra [Seriada en línea] 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>
- (177) Staton A. Glantz. Bioestadística. Editorial Mac Graw Hill. Interamericana Editores S.A. Sexta edición. p. 382.
- (178) Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta Edición. México: McGraw Hill; 2000.
- (179) Lariviere J, Rennick J. Parent Picture-Book Reading to Infants in the Neonatal Intensive Care Unit as an Intervention Supporting Parent-Infant Interaction and Later Book Reading. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2011; 32 (1):146-152.
- (180) Shahkolahi Z, Abdeyazdan Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. Supporting fathers of premature infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Iran J Crit Care Nurs. 2014; 7(1):31-40.
- (181) Caruso A. Nacimiento prematuro e internación en la UCIN: Afrontamiento y estrés en padres. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2013.
- (182) Castiblanco N, Muñoz de Rodríguez Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Av.Enferm. 2011. 29(1): 120-129.

- (183) Turan T, Basbakkal Z, Ozbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 2856-2866.
- (184) Young-Mee A, Nam-Hee K. Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *Asian Nursing Research*. 2007; 1(3): 199-210.
- (185) Chertok I, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of Interventions to Reduce Stress Among Mothers of Infants in the NICU. *Ethical Issues in Newborn Care. Advances in Neonatal Care*. 2014; 14(1): 30-37
- (186) Bruce E. Compas, Jennifer K. Connor S, Saltzman H, Harding A, Wadsworth M. Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*. 2001; 127 (1): 87-127
- (187) Abdeyazdan Z, Shahkolahi Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014; 19(4): 349- 353.
- (188) Beheshtipour N, Baharlu S, Montaseri S, Ardakani A. The Effect of the Educational Program on Iranian Premature Infants' Parental Stress in a Neonatal Intensive Care Unit: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *IJCBNM*. 2014; 2(4):240-250.
- (189) Glazebrook C, Marlow N, Israel C, Croudace T, Johnson S, et. Al. Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2007;92: 438–443.
- (190) Guillen, M. Teorías aplicables en el proceso de atención de enfermería en educación superior. *Revista Cubana. Enfermer*. 1999 15 (1): 10-16.
- (191) Gutierrez, C; Veloza, M et al. Validez y Confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan*. 2007; 7(001): 54-63.

- (192) Sanders LW, Buckner E. The Newborn Behavioral Observations System as a Nursing Intervention to Enhance Engagement in First-Time Mothers: Feasibility and Desirability PEDIATRIC NURSING. 2006; 32(5): 455- 461.
- (193) Moreira E, Paes MJ, Angelo M, Amália C. El significado de la interacción de las profesionales de enfermería con el recién nacido/familia durante la hospitalización. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(6):
- (194) Hopwood R. The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. BONDING Infanf. 2010; 6(2):
- (195) Gallegos J, Reyes J, Silvan CG. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(6):1360-6.

ANEXO 1. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy,
Versión en Español (EsCAPS), versión abreviada.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION**

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ROY
VERSION EN ESPAÑOL (EsCAPS). Versión abreviada**

Instrucciones:

A continuación usted encontrará una lista de frases que muestran la forma como las personas responden a los problemas o situaciones difíciles. Por favor encierre en un círculo el número que exprese la forma como usted se comportaría. Las opciones de respuesta son: 1: nunca, 2: casi nunca, 3: casi siempre, 4: siempre.

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en español		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.	0	1	2	3
2.	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.	0	1	2	3
3.	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.	0	1	2	3
4.	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.	0	1	2	3
5.	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.	0	1	2	3
6.	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.	0	1	2	3
7.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.	0	1	2	3
8.	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.	0	1	2	3
9.	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.	0	1	2	3
10.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.	0	1	2	3
11.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.	0	1	2	3
12.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.	0	1	2	3
13.	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.	0	1	2	3

14.	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.	0	1	2	3
15.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.	0	1	2	3
16.	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.	0	1	2	3
17.	Me desempeño bien manejando problemas complicados.	0	1	2	3
18.	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.	0	1	2	3
19.	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.	0	1	2	3
20.	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.	0	1	2	3
21.	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.	0	1	2	3
22.	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.	0	1	2	3
23.	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.	0	1	2	3
24.	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.	0	1	2	3
25.	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.	0	1	2	3
26.	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.	0	1	2	3
27.	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.	0	1	2	3
28.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.	0	1	2	3
29.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.	0	1	2	3
30.	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.	0	1	2	3
31.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.	0	1	2	3
32.	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.	0	1	2	3
33.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.	0	1	2	3

Muchas gracias

ANEXO 2.

Consentimiento Informado

Efecto de una intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal

Fecha: _____

Apreciada mamá:

Por medio de la presente, quiero invitarla a participar en una investigación de Enfermería, de la Universidad de La Sabana del programa de Maestría en Enfermería, cuya investigadora principal es Nancy Milena Sepúlveda, enfermera de la Clínica La Salle.

El objetivo principal de la investigación es “Explorar el efecto de una intervención de enfermería sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de madres con recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidado Neonatal”. Así mismo esta investigación requiere del diligenciamiento de la escala denominada “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, versión en español; esta escala cuenta con un total de 33 preguntas, para lo cual usted según su criterio diligenciará teniendo en cuenta las opciones de respuesta de dicha escala.

La presente investigación no representa riesgo alguno para usted ni para su hijo.

Aspectos a tener en cuenta:

- ✓ Su participación en esta investigación es de carácter voluntario.
- ✓ Usted puede negarse a participar en la misma en el momento que así lo desee, sin que ello represente alguna consecuencia.
- ✓ Las preguntas realizadas dentro de la escala, se hacen con el fin de identificar cómo las madres se enfrentan a situaciones de dificultad, como la de tener un hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidado Neonatal.

El tiempo requerido para el diligenciamiento de la escala es de aproximadamente 45 minutos, y se diligenciará en un lugar tranquilo libre de distractores. Las respuestas obtenidas con el diligenciamiento de la escala serán de carácter anónimo, y los resultados de la misma serán usados única y exclusivamente con fines investigativos y con estricta confidencialidad. Adicional a esto, la madre participante no se beneficiará económicamente por su participación en la investigación.

Usted estará en plena libertad de solicitar información frente a los avances de la misma. Yo _____ Identificada cc. _____, afirmo que los aspectos aquí consignados son claros y acepto participar libremente en esta investigación con el diligenciamiento de la escala “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy” versión en español, así mismo se me ha informado de los beneficios y aspectos a tener en cuenta en esta investigación, de igual manera mi decisión de retirarme voluntariamente si así lo desee, sin que ello represente consecuencia alguna, también se me ha informado sobre la confidencialidad de mi identidad y la información.

Yo Nancy Milena Sepúlveda, identificada con cc 60391919 de Cúcuta, en calidad de investigadora principal afirmo que he explicado abiertamente, acerca de la participación en esta investigación así como el objetivo general de la misma.

Firma de la madre participante

CC.

Firma de la investigadora

CC.

ANEXO 3: Contenido del folleto Guía informativa sobre la Unidad Neonatal



Fuente: Clínica La Salle, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Esta cartilla fue elaborada a partir de la cartilla “Conociendo el entorno de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Un recorrido por el ambiente de tu bebé hospitalizado”, elaborada por Claudia Moreno Mojica, en la investigación “Efecto de una intervención de enfermería en el proceso de convertirse en madre, en mujeres en posparto con recién nacidos prematuros hospitalizados en UCIN en Boyacá”. 2012.

BIBLIOGRAFÍA

Moreno C. Ospina M. Conociendo el entorno de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. 2012.

Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

Educación del paciente Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. University of Washington Medical Center Uw Medicine.

Sorla R. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Revista de enfermería. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>.

Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Revista de Psicología, Ciencias de l'Educació i de l'Esport. 2010: 15-27. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma>.



Universidad de
La Sabana

GUIA INFORMATIVA SOBRE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL U.C.I.N.



Fuente: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud.

La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, es un servicio de hospitalización que permite el cuidado intensivo, intermedio y básico de los recién nacidos prematuros y a término con alguna necesidad de salud que requiere cuidados especiales y monitoreo constante. En la Unidad, su hijo (a) y usted serán atendidos por un grupo de personas especializadas en la atención de recién nacidos: médicos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, terapeutas.



La separación de su recién nacido por la hospitalización, puede generarle miedo, incertidumbre, desconfianza y dificultad para establecer el vínculo afectivo con él.



Fuente: <http://img.beboymax.com/2010>

Dado que sabemos que usted es la persona más importante para su hijo/a y que quiere estar cerca de él (ella), estaremos atentos a sus necesidades, resolveremos sus temores e inquietudes, le daremos información exacta de la unidad y de su hijo y la ayudaremos a mantener contacto constante con él (ella).

Usted y su hijo son muy importantes para nosotros. En la unidad neonatal no sólo brindaremos cuidado a su hijo, sino también estaremos atentos a sus preguntas y la orientaremos acerca de su proceso actual de parto.

Usted puede experimentar algunos cambios como: fatiga, cansancio, molestias debido a los entuertos (contracciones uterinas que contribuyen a que útero recupere su tamaño normal), dolor e incomodidad en la región perineal (parto vaginal), dolor en la herida (cesárea), molestias en los senos, estreñimiento, hiperpigmentación cutánea, sudoración, sangrado vaginal, dudas, miedo, desconocimiento, entre otros.

Por ello, usted podrá expresar libremente todas sus inquietudes a la enfermera .

Normas de ingreso a la unidad

Una vez ingrese a la unidad es importante realizar un lavado de manos y vestir algunos elementos de protección y seguir algunas indicaciones dadas por la enfermera para evitar la exposición de su hijo a infecciones.

Retirar joyas y cualquier objeto que porte en los brazos y manos

El cabello debe permanecer recogido, las uñas cortas y limpias

Pantalón o falda larga

Blusa con manga, sin escote

Zapatos completamente cerrados

No use celular, cámara de video ni fotográfica

Así debe lavarse las manos:

Mójese las manos con agua y deposite en las palmas jabón líquido .



Frótese las palmas de las manos entre sí y entrelazando los dedos.



Frótese cada palma contra el dorso de la otra mano y entrelazando los dedos.



Frótese las puntas de los dedos...



Alrededor de los pulgares...



Y las muñecas.



Enjuáguese las manos con agua y séquelas con una toalla de un solo uso .



Fuente: <http://www.elhipocratex.com/2012/03/el-lavado-de-manos>

Para el ingreso a la unidad es importante utilizar un tapabocas, el cual puede solicitar al ingreso.



Fuente: blogseguridad.gobernador.gub.ar

Para el cuidado e higiene de su hijo son necesarios los siguientes elementos:

- > Pañales
- > Crema antipañalitis
- > Paños húmedos
- > Gorro

Estos elementos se deben llevar hasta la unidad donde se encuentra su hijo/a (incubadora o cuna).

Personal de la unidad neonatal

La unidad neonatal cuenta con personal especializado para el cuidado de su hijo/a:

Enfermera (o) Jefe: Es el profesional responsable del cuidado del recién nacido y de la unidad. Es la persona que la acompañará durante la visita a su hijo en la UCIN, atendiendo sus necesidades y las de su hijo.

Pediatra: Es el médico especialista tratante del recién nacido. Durante la visita le dará información acerca del estado de salud de su hijo.

Auxiliares de Enfermería: Colaboran con el profesional de enfermería en las labores de cuidado directo del recién nacido.

Terapeutas: Son profesionales de terapia respiratoria y física, que contribuyen con el mejoramiento del estado de salud del recién nacido.

Equipos de la unidad neonatal

A continuación le mostraremos los equipos de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.



Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

Incubadora



Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

Es una cámara cerrada de material transparente que proporciona una temperatura adecuada para el recién nacido.

Tiene unas ventanas para acceder al recién nacido y realizar los cuidados necesarios por el personal de la unidad y para que usted tenga contacto con su hijo.

Cuna



Una vez que su hijo esté estable, se le trasladará a una cuna.

Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

Monitor de signos vitales



Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

El monitor sirve para mostrar de forma continua los signos vitales de su hijo, incluyendo: frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial.

No se asuste por los sonidos constantes que emite el monitor, el personal de la unidad esta capacitado para atender a cada una de las alarmas.

Bomba de infusión



Este equipo sirve para administrar de manera controlada y segura nutrición por vía venosa a su hijo y en algunas ocasiones administrar alimentación por sonda orogástrica.

Fuente: <http://www.dremed.com/catalog/images/baxter>

Ventilador respiratorio

El ventilador es un equipo que permite la respiración artificial en algunos recién nacidos que lo requieran.

El médico o la enfermera le explicará el motivo por el cual su hijo ha requerido este equipo.



Fuente: <http://www.dremed.com/catalog/images>

Lámpara de fototerapia



Es una luz brillante colocada sobre la incubadora o cuna del recién nacido, usada para tratar la ictericia. Cuando esté bajo esta luz, los ojos del recién nacido estarán protegidos con un protector ocular.

Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

No se asuste por los cables que rodean su hijo, ellos hacen parte de los equipos que acaba de conocer

IV (Vía intravenosa)
Suministra medicamentos a su bebé

Cables
Envían los signos vitales a un monitor



Tubo de respiración
Se usa cuando es necesario un ventilador

Tubo de alimentación
A menudo se lo utiliza para la alimentación hasta que su bebé esté preparado para alimentarse del pecho o de un biberón

Oxímetro
Mide el nivel de oxígeno en la sangre de su bebé

Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo: Un Tour Fotográfico Centro Médico de la Universidad de Washington. 2010

Información sobre el estado de salud del recién nacido

Cuando usted lo desee, la enfermera le brindará información sobre el estado de salud de su hijo, relacionada con el motivo de hospitalización, enfermedad actual, tratamiento y posibles cambios durante la hospitalización.

Así mismo, el pediatra durante el horario de visita, le informará sobre el estado de salud en que se encuentra su hijo y tratamiento a seguir.

Favorecer el contacto madre-hijo

Durante la visita, las madres deben ser participes activas en el cuidado y deben permanecer junto a su hijo dándole cariño, tocándolo, acompañándolo, todo ello para fortalecer el vínculo afectivo.



Fuente: Shady Grove Adventist Hospital. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Con la ayuda del profesional de enfermería usted podrá participar en los cuidados de rutina en la unidad neonatal que contribuyan a la comodidad de su hijo.

Usted estará acompañada por la enfermera, quien explicará como realizar cada uno de estos cuidados, para ello la invitamos a participar e interactuar activamente con su hijo .

Cambio de posición

El recién nacido posee un escaso tono muscular, esto le obliga a adoptar una postura en extensión, favoreciendo la retracción de los músculos de la espalda.

El posicionamiento correcto del recién nacido tiene como objetivos:

- ✓ Recogerlo en flexión
- ✓ Estimular la flexión activa del tronco y extremidades, facilitando la actividad mano-boca.
- ✓ Conseguir una cabeza más redonda y posturas más simétricas facilitando los movimientos del recién nacido.
- ✓ Estimular la exploración visual del recién nacido al entorno favoreciendo la alineación corporal.

Anidar al recién nacido

El uso de rollos, nidos o barreras de contención en el recién nacido, simula las paredes uterinas, le da comodidad, seguridad y mantiene la postura. El recibir soporte alrededor del cuerpo hace que el recién nacido no se sienta "perdido" en la incubadora o cuna.

Aquí se muestra la forma en que puedes anidar el recién nacido:



Fuente: Cuidado para el neurodesarrollo. <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>



Figura 1
Postura fisiológica en supino (boca arriba) con rollos laterales.



Figura 2
Postura fisiológica en decúbito lateral con rollos, en zona de la columna y en zona abdominal.



Figura 3
Rollo en posición prona (boca abajo) cuando los recién nacidos tienen posición de rana muy marcada, para dejar las rodillas por debajo de las caderas.

Fuente: Cuidado para el neurodesarrollo. <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

Cambio de pañal



Fuente: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Clínica Saludeop La Salle

Se recomienda hacer el cambio de pañal a manera de proteger y preservar la integridad de la piel de su hijo.

En las niñas, se debe realizar de arriba hacia abajo evitando la contaminación de los genitales y la uretra con gérmenes del tracto intestinal.

En los niños se recomienda realizar la higiene sin movilizar el prepucio pero limpiando cuidadosamente la zona del meato uretral.

Al cerrar el pañal, se recomienda dejar fuera el muñón umbilical y evitar ajustar en exceso las cintas adhesivas para no comprimir el abdomen y la reja costal comprimiendo la mecánica respiratoria.

Horarios de visita

Puede visitar a su hijo en la unidad, todos los días.

En la mañana: De 10 am a 12m

En la tarde: De 4 pm a 6pm

Familiares que ingresan durante la visita

El acceso a la unidad es exclusivamente para los padres.



Fuente: <http://www.diariodeunamadre.com/2012>

Tramites administrativos

Fuente: www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/JCNacidoVivo.pdf

Según el caso, la enfermera le entregará el reporte de laboratorio donde se encuentra el grupo de sangre de su hijo, el cual debe llevar junto con el CERTIFICADO DE NACIDO VIVO a la notaría para obtener el Registro Civil de su hijo.

La enfermera le ayudará con información para ubicar las oficinas cercanas de notariado en Cúcuta.

Con el Registro Civil, de su hijo, se debe acercar a la oficina de facturación de la DUMIAN, donde, la persona encargada les brindará más información sobre este proceso.

Aprovecha estos momentos de contacto con su hijo para desarrollar un vínculo afectivo perdurable en el tiempo



Fuente: UNICEF. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia, 2007

