



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Estrés percibido y estrategias de afrontamiento de madres  
mexicanas con prematuros en terapia  
intensiva neonatal*

Presenta:

LE. Miguel Lozada López

Para Obtener el Grado de  
Maestro en Enfermería

Octubre, 2022



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Estrés percibido y estrategias de afrontamiento de madres  
mexicanas con prematuros en terapia  
intensiva neonatal*

Presenta:

LE. Miguel Lozada López

Director de Tesis:

DCE. Arelia Morales Nieto

Para Obtener el Grado de  
Maestro en Enfermería

Octubre, 2022

Tesis: Estrés percibido y estrategias de afrontamiento de madres mexicanas con prematuros en terapia intensiva neonatal.

Numero de registro: SIEP/ME/099/2021

## **Revisores e integrantes del Jurado de Examen Profesional**

**DCE. Arelia Morales Nieto**

Presidente

**DCE. Vianet Nava Navarro**

Vocal

**DCE. Arelia Morales Nieto**

Director de Tesis

**MCE. Erika Pérez Noriega**

Directora

**DCE. Francisco Javier Báez Hernández**

Secretario de Investigación y

Estudios de Posgrado

## Resumen

LE. Miguel Lozada López

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: Estrés percibido y estrategias de afrontamiento de madres mexicanas con prematuros en terapia intensiva neonatal

Número de páginas:

Estudio: enfermería clínica

Candidato a obtener el grado Área de Maestría en Enfermería

**Introducción:** El nacimiento prematuro de los recién nacidos hace necesaria su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), situación que ocasiona principalmente en las madres, sentimientos de culpa e impotencia, así como episodios de estrés percibido, es importante identificar las estrategias de afrontamiento que adoptan las madres ante dicho suceso. El estudio se apoyó del Modelo teórico en enfermería de Adaptación de Roy (MAR). **Objetivo:** Determinar la relación entre el estrés percibido con las estrategias de afrontamiento utilizadas como modo de adaptación en madres con hijos prematuros hospitalizados en UCIN. **Metodología:** Diseño de tipo descriptivo, correlacional y transversal con una muestra de 84 madres de hijos prematuros hospitalizados en UCIN, en un Hospital de la Ciudad de Puebla, aplicando la escala de estrés percibido (PSS14) y el inventario de afrontamiento COPE Breve. **Resultados:** Las madres cuentan con una edad promedio de  $\bar{x} = 27$ ,  $DE = 6.6$  y una escolaridad promedio de  $\bar{x} = 12$ ,  $DE = 3.3$ , el 66.7% refirió vivir en unión libre, así como el 82.1% trabaja de manera no remunerada, en los prematuros predominó el sexo masculino 54.8%, el 67.9% requirieron ventilación mecánica, el 45.2% nació por debajo de las 31 SDG y el bajo peso predominó con un 86.9%. En el estrés percibido el 8.4% fue alto, el 72.6% medio y el 19% bajo, las estrategias de afrontamiento que mayor utilizaron fueron las de la subescala Religión, Aceptación y Planificación  $\bar{x} = 72$ ,  $DE = 20$  y Apoyo emocional /Apoyo instrumental  $\bar{x} = 52$ ,  $DE = 24$ , sin embargo, al relacionar las subescalas del inventario de afrontamiento, Negación y Autoculpa, reformulación positiva y humor se relacionan estadísticamente significativa con el estrés ( $p < .05$ ). **Conclusiones:** Existe una relación estadísticamente significativa del estrés con algunas estrategias de afrontamiento, por lo que se concluye que el personal de enfermería debe valorar en que estrategias podría gastar tiempo y recursos con el fin de reducir el nivel de estrés de las madres.

Firma del Director de Tesis: \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Pregunta de investigación	1
1.3 Marco teórico	3
1.3.1 Modelo de Adaptación de Roy	3
1.3.2 Ubicación del Problema en el Modelo de Adaptación de Roy	4
1.3.3 Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	7
1.4 Estudios relacionados	8
1.5 Definición operacional	9
1.6 Objetivos	12
1.6.1 Objetivo general	12
1.6.2 Objetivos específicos	13
1.7 Hipótesis	13
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	
2.1 Diseño de Estudio	14
2.2 Población	14
2.3 Muestra y Muestreo	14
2.4 Criterios de Selección	14
2.4.1 Criterios de Inclusión	14
2.4.2 Criterios de Exclusión	14

2.4.3 Criterios de Eliminación	15
2.5 Instrumentos	16
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	16
2.7 Ética del Estudio	17
2.8 Plan de Análisis Estadístico	19
<b>Capítulo III</b>	
Resultados	
3.1 Características sociodemográficas de las madres	20
3.2 Características de los prematuros	21
3.3 Análisis descriptivo de las variables de estudio	21
3.4 Confiabilidad de los instrumentos	22
3.5 Prueba de normalidad	23
3.6 Prueba de hipótesis	23
<b>Capítulo IV</b>	
Discusión	26
4.1 Limitaciones	29
4.2 Conclusiones	29
4.3 Recomendaciones	30
Referencias	32
Apéndices	
A. Consentimiento informado	36
B. Cédula de datos sociodemográficos	38
C. Instrumento Escala de estrés percibido (PSS)	39
D. Instrumento Inventario de afrontamiento COPE Breve	40

## **Lista de Tablas**

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Características sociodemográficas de las madres, de su embarazo y enfermedades	20
2. Características de los prematuros	21
3. Nivel de estrés	22
4. COPE Breve 6 subescalas	22
5. Pruebas de normalidad	23
6. Matriz de correlaciones	24
7. Resumen del modelo	25
8. Coeficiente de la Escala Estandarizada Estrés	25

## **Lista de Figuras**

Figura	Página
Figura 1. Adaptación del esquema de las relaciones del modelo teórico	6
Figura 2. Ubicación del problema en la teoría	8
Figura 3. Estructura conceptual teórica empírica	9



## Capítulo I

### Introducción

#### 1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), declaró que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros, siendo las complicaciones relacionadas con la prematuridad, la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años. En América latina la situación no es diferente, por ejemplo, en México el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) reportó una incidencia de prematurez de 19.7% que contribuye con el 38.4% de muertes neonatales (Pérez, López & Rodríguez, 2013). Para el caso específico del Estado de Puebla, en 2020 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2020), reportó que, de 1,629,211 nacimientos, murieron 11,187 por múltiples factores incluyendo la prematurez.

En este mismo contexto, un prematuro se define como a todo aquel recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación (OMS, 2018). Entre sus principales características se encuentran: función respiratoria inadecuada, termorregulación ineficaz, tendencia a la hemorragia, poca resistencia a las infecciones, persistencia de conducto arterioso, piel y riñones inmaduros, ictericia y mala nutrición (Aranda et al., 2016). Situación que hace necesaria su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la cual se caracteriza por generar altos costos en los sistemas de salud y en las familias. Además de generar estrés percibido en los padres del prematuro, principalmente en las madres (Mendoza et al., 2016).

En este sentido, el estrés percibido es definido como aquel conjunto de respuestas que experimenta un individuo cuando las demandas del medio exceden o sobrecargan sus recursos personales (Moral & Cázares, 2014), de acuerdo con la literatura, las madres son las que presentan altos niveles de estrés percibido, debido a la separación del hijo, limitación en la participación de decisiones y cuidados, además del temor de un pronóstico desfavorable, dolor

por la pérdida de salud de su hijo, e incluso experimentar sentimientos de culpa e impotencia (Campo et al., 2018). Si esto no es atendido oportunamente, además del estrés ocasionado por la hospitalización de su hijo también tendrán que afrontar la pérdida de su rol maternal, haciéndolas aún más vulnerables a los problemas de salud mental y aumentar el riesgo de sufrir trastornos mentales como ansiedad y depresión materna e incluso síntomas de estrés postraumático (Salut et al., 2018).

El estrés de las madres se puede regular mediante estrategias de afrontamiento, sin embargo, las diversas formas de afrontamiento no siempre suelen ser adaptativas (Morán, Landero & González, 2010). El afrontamiento regula las diferencias que existen entre las personas ante situaciones de estrés, Zeidner y Hammer (1990), lo definieron como características o conductas en curso que capacitan a las personas para manejar el estrés percibido de forma más efectiva, con el fin de experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al factor estresor (Morán et al., 2010), dentro de las diferentes formas que las madres podrían adoptar tenemos: afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, sin embargo también están las formas que no contribuyen con el bienestar y salud somática de la persona como: desconexión mental, uso de drogas y alcohol, negación y autculpa (Núñez et al., 2021).

Debido a lo anterior y a la literatura revisada de diferentes autores (Acosta et al., 2017; Aguiñaga, Reynaga & Beltrán 2016; Campo et al., 2018; Palma et al., 2017; Sánchez et al., 2017; Tobo, Bentacur & De la Cruz 2017), coinciden que el tener hospitalizado a un hijo en UCIN genera altos niveles de estrés percibido, por lo que es importante que el personal de enfermería realice intervenciones que favorezcan la disminución del estrés percibido con el fin de que este no interfiera en su bienestar y salud, debido a las complicaciones que el estrés podría generar. Además, es importante abordar el tema con diferentes variables, en diferente población y con

apoyo de modelos teóricos de enfermería ya que en este contexto los resultados podrían diferir con el de estos autores.

Es aquí donde cobra importancia el uso de modelos teóricos, cómo el Modelo de Adaptación de Roy (MAR) (Roy & Andrews, 2008), dado que las estrategias de afrontamiento pueden ser exploradas en los conceptos de este modelo teórico y el estrés percibido ha sido identificado no solo en los aspectos fisiológicos, sino también las dimensiones psíquicas y emocionales. Roy hace evidente la relación al señalar que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente, donde el estrés percibido es visto como una respuesta de adaptación que tienen las madres, resultado de los procesos de afrontamiento, mismos que son producidos en el entorno, donde se encuentran los estímulos focales y contextuales (Roy & Andrews, 2008).

Por esta razón y debido a que el personal de enfermería juega un papel importante en el cuidado del recién prematuro hospitalizado en UCIN y se encuentra en constante comunicación con los padres, es importante se aborde este tipo de estudio, desde la perspectiva del MAR y la evidencia científica, con el fin de identificar estrategias de afrontamiento y fortalecer respuestas adaptativas que disminuyan el nivel de estrés percibido, a fin de mejorar el conocimiento de los profesionales para identificar las necesidades y cuidados biopsicosociales no solo del prematuro, sino también de la madre, Los resultados permitirán reconocer las estrategias de afrontamiento, que permitan en un futuro a mediano plazo diseñar intervenciones encaminadas a la construcción de respuestas adaptativas. Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre el estrés percibido con las estrategias de afrontamiento de madres con hijos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

### **1.3 Marco Teórico**

Para la presente investigación, se utilizará el MAR (Roy & Andrews, 2008), el cual se describe a continuación.

#### **1.3.1 Modelo de Adaptación de Roy**

El MAR (Roy & Andrews, 2008), tiene como objetivo la adaptación del sistema humano, mismo que está ubicado en la visión del mundo de reciprocidad de Fawcett & DeSanto (2012), es excelente para identificar el modo de respuesta ante un estímulo focal; para esta investigación se determinó a la hospitalización del prematuro en UCIN. La teoría está constituida por cuatro constructos principales: 1) estímulos, 2) proceso de control, 3) salidas o modos de respuesta adaptativos y 4) resultado de adaptación o no adaptación. A continuación, se explican cada uno.

En el MAR el entorno es clasificado en interno y externo, ambos encontrándose siempre en constante cambio, todas estas condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas son determinadas estímulos. Teniendo al estímulo focal cómo aquel que se encuentra en el primer plano de la conciencia de la persona ante un suceso inesperado, que tienen un impacto inmediato que afectan directamente a la persona, lo que ocasiona que el individuo responda rápidamente (Roy & Andrews, 2008).

Los estímulos contextuales son aquellos que contribuyen a la respuesta que origina el estímulo focal, pueden influir en las respuestas adaptativas o en la atención que el individuo pone en el estímulo focal, para el presente estudio se contextualizan en internos y externos; internos: características de las madres (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos) y externos: el medio ambiente que rodea la UCIN. Los estímulos residuales son aquellos factores del entorno cuyo efecto no es claro en cierta situación, porque se encuentran en el inconsciente del individuo, es decir no hay recuerdo de ellos, si se logran identificar se convertirían en

contextuales o focales (Roy & Andrews, 2008). Concepto no tomado en cuenta para esta investigación.

Dichos estímulos establecen la adaptación en el sistema adaptativo humano, el nivel de adaptación corresponde a las posibles condiciones de los procesos de vida, que cambian constantemente: integrado, compensatorio y comprometido; los cuales tampoco se tomarán en cuenta para este estudio. Cabe mencionar que para obtener respuestas se debe determinar su eficacia mediante dos conjuntos de procesos, innatos de control o afrontamiento: 1) regulador, el cual responde automáticamente, es decir depende del sistema neural, químico y endocrino; el cual le permite un modo de adaptación fisiológico y 2) el cognator (sin traducción al español), relacionado con el proceso consciente de pensamiento y decisión, que las personas controlan en respuesta al ambiente, permitiendo modos de adaptación psico-sociales, conceptos no considerados por el hecho de que no son observados directamente (Roy & Andrews, 2008).

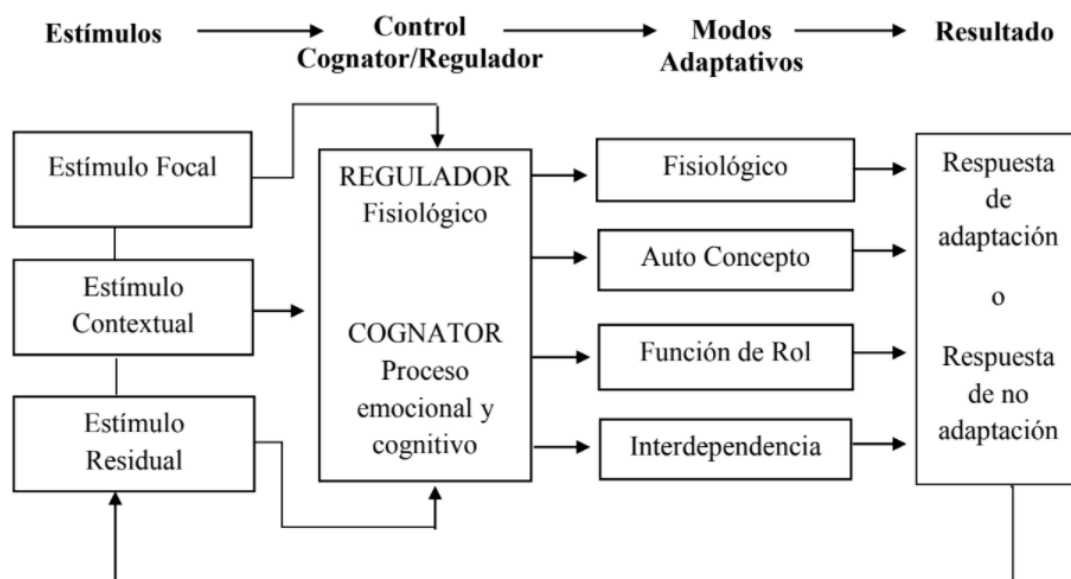
Los modos adaptativos son definidos como aquellos comportamientos que resultan de los procesos de control; 1) fisiológico, hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno y la necesidad implícita de la integridad fisiológica, 2) Auto concepto, relacionado con aspectos personales del sistema humano, incluye creencias y sentimientos sobre uno mismo, en un momento dado, formados principalmente a partir de las percepciones de otras reacciones al entorno interno y externo, 3) rol, define el rol sociológico y comportamiento esperado que juega el individuo en la sociedad y 4) interdependencia, se enfoca en las interacciones relacionadas con dar y recibir, la necesidad básica es la integridad de las relaciones, el sentimiento y la seguridad en la crianza de las relaciones (Roy & Andrews, 2008).

Así mismo, en este proceso se encuentra el resultado o salida, que las madres con hijos prematuros hospitalizados en UCIN tendrán, ya sean respuestas adaptativas o no adaptativas, lo siguiente con base a sí se haya promovido o no, las estrategias de afrontamiento; una respuesta

adaptativa sería que las madres lograrán enfrentar este suceso sin niveles altos de estrés percibido, mientras que una respuesta no adaptativa sería aquella que no contribuye con su integridad, bienestar y salud y por consiguiente presente alguna complicación psicológica derivada de altos niveles de estrés percibido (Figura 1).

### Figura 1.

Adaptación del esquema de las relaciones del modelo teórico



*Nota:* Esquema adaptado del Modelo de Adaptación de Roy (3ra edición).

De acuerdo con el MAR, los modelos en enfermería se basan en supuestos filosóficos: aquellos que muestran el humanismo y la veritativity, enfocándose en la reciprocidad de cada persona con los demás y los científicos, que son una combinación entre la teoría de sistemas y la teoría del nivel de adaptación, enfocándose en la existencia humana en un ambiente que es cambiante. Ambos permiten describir conceptos desarrollados en la teoría (Roy & Andrews, 2008).

Para fines de la investigación solo se utilizarán los siguientes supuestos:

- 1 El pensamiento y el sentimiento median la acción humana debido a que la hospitalización del prematuro en la UCIN genera pensamientos y sentimientos que estarán

mediando la acción humana e influidos por el entorno desconocido y en conjunto estos se verán reflejado en el estrés percibido de la madre.

2 La persona y las transformaciones del medio ambiente se crean en la conciencia humana debido a que cada persona en conjunto con los cambios que se vayan presentando en la UCIN y en la salud de su hijo, irán creando en la conciencia humana las formas de afrontamiento y con ello la adaptación o no adaptación.

### **1.3.2 Ubicación del problema en el Modelo de Adaptación de Roy**

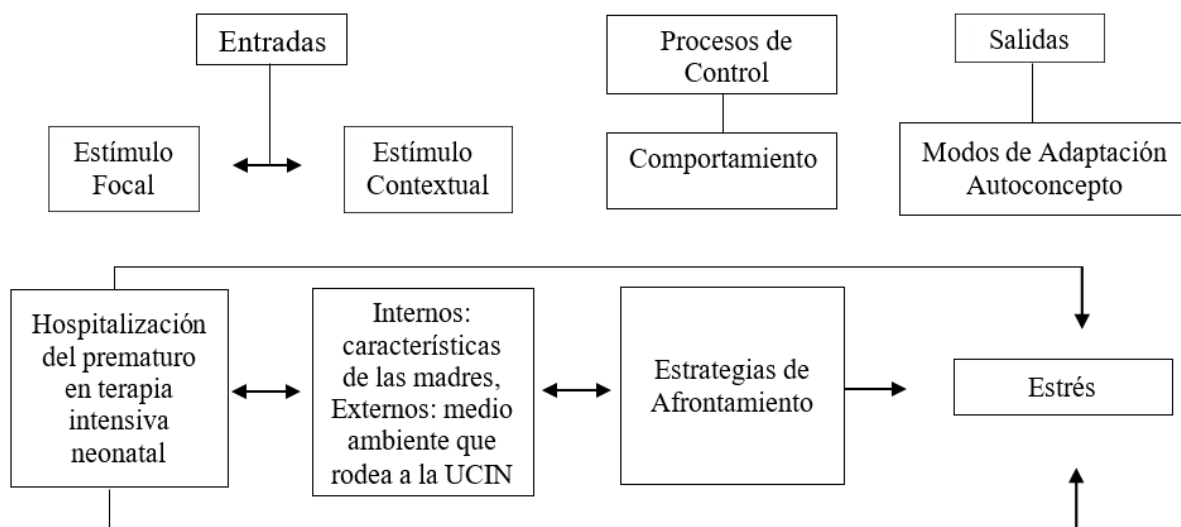
A continuación, la ubicación del fenómeno de investigación en el MAR (Roy & Andrews, 2008), de acuerdo con los conceptos utilizados de la teoría para esta investigación, en las entradas se utilizarán los conceptos de estímulos focales y contextuales, conceptualizando al estímulo focal como la hospitalización del prematuro en UCIN y a los contextuales clasificándolos en internos: características de las madres (edad, escolaridad, estado civil, ocupación y número de hijos) y externos: el medio ambiente que rodea la UCIN.

En el MAR, los mayores procesos de control son denominados subsistemas reguladores y cognator, los cuales son aplicados a los individuos y subsistemas, estos mantienen integrados los procesos de vida en la madre, se manifiestan en el comportamiento definido como las acciones internas o externas bajo circunstancias específicas, en este contexto la hospitalización del prematuro en UCIN.

El estrés será medido desde el punto de vista de autoconcepto ya que el estrés también se considera un modo de respuesta psicológico, de donde se derivan las variables cognitivas de esta investigación para determinar si la respuesta es adaptativa o no adaptativa. Cabe mencionar que el estrés puede aparecer directamente después del estímulo focal, sin lograr ser regulado por las estrategias de afrontamiento, afectando el modelo biopsicosocial del binomio madre-hijo (Figura 2).

**Figura 2.**

Ubicación del Problema en la Teoría

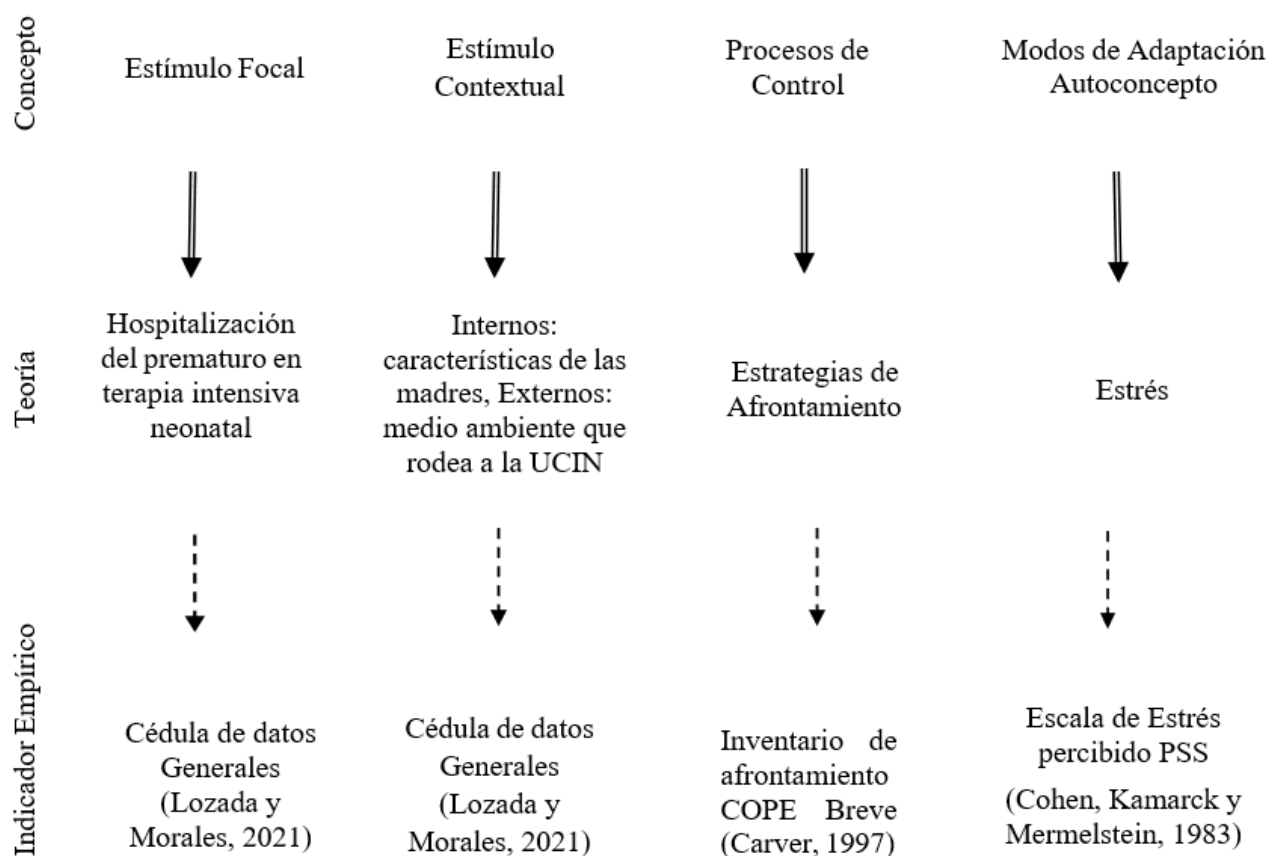


*Nota:* relación de los conceptos de estudio en la teoría

### 1.3.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica

A continuación, se presenta la estructura conceptual teórica empírica, del fenómeno de estrés percibido con estrategias de afrontamiento de madres mexicanas con prematuros en terapia intensiva neonatal, desde el MAR (Roy & Andrews, 2008) (Figura 3).



**Figura 3.** Estructura Conceptual Teórica Empírica

*Nota:* nivel de abstracción de los conceptos teóricos y de investigación.

#### 1.4 Estudios relacionados

Tobo et al. (2017), tuvieron como objetivo identificar en 60 padres de neonatos hospitalizados en la UCIN de un hospital de Colombia, los niveles de afrontamiento, adaptación y el grado en que experimentaron estresores, mediante un diseño descriptivo-trasversal, encontraron que el 76% de los padres eran mujeres con edades entre los 15 y 52 años, el 76% tenía una relación estable, el 36.7% tenía bachillerato completo. Los neonatos tuvieron un tiempo de hospitalización de 15 días, asimismo se encontró que 6 de los 9 estímulos contextuales (necesidad de hospitalizar en UCIN, equipos de monitorización y atención, proceso de hospitalización del hijo, emisión de luces, timbres y alarmas, cada uno de los cuidados y procedimientos, la noticia de un hijo

prematureo enfermo) se experimentaron con alto nivel de estrés por el 67% de los padres. Concluyeron que es necesario desarrollar estrategias de cuidado para favorecer mejores condiciones de adaptación y reducir el nivel de estrés en los padres.

Campo et al. (2018), tuvieron como objetivo evaluar el nivel de estrés que reportan las madres y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas, mediante un estudio descriptivo y longitudinal en 58 madres con hijos en UCIN en un hospital de Cuba, encontraron que la edad promedio de las madres fue de 24 años, así como altos niveles de estrés en las subescalas del instrumento (aspectos y comportamiento del bebé  $2.96 \pm 1.70$ , relación con el bebé y rol parental  $3.42 \pm .90$ ), el ítem con mayor puntaje obtenido (estar separado de mi niño  $3.7 \pm .94$ ) y el nivel de estrés total ( $3.18 \pm .18$ ), concluyeron que es necesario promover el vínculo de los padres con el fin de ayudar a sobrellevar la hospitalización en todos los niveles (cognitivo, emocional, conductual) e incorporarlos en la atención y cuidados básicos del recién nacido.

Palma et al., (2017), tuvieron como objetivo conocer el nivel de estrés de padres con hijos en UCIN y su asociación con variables clínicas y demográficas, mediante un estudio descriptivo y trasversal con 100 padres y madres, en un hospital de Chile, encontraron un nivel de estrés total de  $2.87 \pm .69$  y un nivel general de estrés obtenido de la última pregunta de la escala ( $3.59 \pm 1.07$ ), así como también que las mujeres ( $2.98 \pm .71$ ) presentan mayor nivel de estrés que los hombres ( $2.72 \pm .64$ ), concluyeron que es importante que el personal que trabaja en UCIN diseñe intervenciones que tengan como objetivo disminuir el estrés.

Acosta et al. (2017), tuvieron como objetivo comprender el significado de las vivencias que experimentan los padres de niños prematuros hospitalizados en la UCIN de un hospital en la ciudad de Pasto, Colombia, mediante un estudio cualitativo, fenomenológico con 8 padres. Encontraron cinco categorías las cuales surgieron a partir del proceso de codificación y análisis nomotético de las convergencias de los discursos tomando en cuenta solo dos: 1) sentimientos y

vínculo afectivo como expresión de amor paterno y 2) proceso de integración con el personal de salud, concluyeron que los padres de hijos hospitalizados no estaban preparados para el nacimiento de un niño prematuro, por lo que experimentaron sentimientos de tristeza, ansiedad, autocrítica y temor, alterándose el vínculo afectivo entre madre e hijo, además de que algunos discursos de los padres demuestran que el equipo de salud que involucra a los padres en información y cuidados de sus prematuros ayuda en gran parte a reducir el estrés.

Sánchez et al. (2017), tuvieron como objetivo identificar la relación existente entre el grado de estrés y el nivel de satisfacción, además de analizar qué aspectos influyen en la percepción de estrés general en los padres y madres con hijos ingresados en UCIN en un hospital de Murcia, España, mediante un estudio descriptivo transversal con 24 madres/padres, encontraron que el 58.4% declaró estar casado, una edad media de 30.96 (*DE* 5.77), para el 50% era su primer hijo, el 12.5% declaró no tener estudios, el 37.5% se encontraba desempleada o trabajaba de manera no remunerada, en cuanto a los bebés el 83.3% requirió ventilación mecánica siendo la prematuridad el 62.5% motivo de hospitalización, el 62.5% nació por parto eutócico frente al 37.5% que nació por cesárea, así mismo encontraron correlación negativa y estadísticamente significativa entre las dimensiones del instrumento utilizado y con algunas variables sociodemográficas de los padres.

Aguñaga et al. (2016), tuvieron como objetivo describir el nivel de estrés percibido por los padres durante el proceso de hospitalización de sus hijos en la UCIN en un hospital de México, mediante un estudio descriptivo, correlacional con 45 padres, encontraron que el nivel de estrés percibido por los padres en relación con los estresores extrapersonales, poco estresante con promedio mínimo (1.60 *DE*= .63) y máximo de (3.66 *DE*= .90), en relación con los estresores interpersonales el nivel poco estresante obtuvo promedios entre (2.0 *DE*= 0.63) y (2.62 *DE*= 0.68); el nivel muy estresante alcanzó promedios entre (4.0 *DE*= 0.82) y (4.17 *DE*= 0.80),

concluyeron que en el ambiente de la UCIN, los factores interpersonales influyen más en el nivel de estrés y un estresor adicional que reportan los participantes, hacen referencia al horario estricto de visita y la necesidad de mayor información.

De acuerdo a la literatura revisada se puede identificar que las estrategias de afrontamiento que cada persona adopta, podrían regular los niveles de estrés, sin embargo, el resultado puede variar debido a que las variables, el contexto de la población y los determinantes que se medirán en este estudio no son los mismos, no obstante se retoman las recomendaciones de los investigadores de continuar abordando las estrategias de afrontamiento y estrés percibido para futuras intervenciones e investigaciones.

### **1.5 Definición operacional**

Operacionalización de los conceptos de estudio:

**Estrés percibido:** Relación entre una persona y su medio ambiente, así como las situaciones que vive y que la persona percibe como amenazante o que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar. Este concepto será medido por la escala de Estrés Percibido (PSS14) de (Moral et al., 2014)

**Estrategias de afrontamiento:** Características o conductas específicas que realizan las madres que cuentan con un hijo prematuro en la UCIN, para manejar los diferentes estresores durante la hospitalización de su hijo de una manera más efectiva con el fin de experimentar pocos síntomas o que estos sean menos severos, esto implica: 1) apoyo emocional/ apoyo instrumental, 2) religión, aceptación y planificación, 3) autodistracción y expresión emocional, 4) afrontamiento activo y desconexión conductual, 5) reformulación positiva y humor y 6) negación y autculpa. Estas características serán medidas mediante el inventario de afrontamiento COPE Breve de (Morán et al., 2010).

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el estrés percibido con las estrategias de afrontamiento utilizadas como modo de adaptación en madres con hijos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de las madres con hijos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
2. Describir las características de los prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
3. Identificar el nivel de estrés de las madres con hijos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
4. Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres con hijos prematuros, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales
5. Medir la afectación de las estrategias de afrontamiento con el estrés percibido en madres con hijos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

## **1.7 Hipótesis de investigación**

Si el ser humano es un organismo de adaptación al medio ambiente condicionado por estímulos que afectan los modos de respuesta, entonces entre menor sea el nivel de estrés percibido de las madres con recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos, mejor será la respuesta de adaptación manifestada por las estrategias de afrontamiento utilizadas ante los estímulos focales y contextuales.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

#### **2.1 Diseño del estudio**

El diseño del estudio es descriptivo, correlacional y de corte transversal (Polit & Beck, 2017). En virtud de que se describen y relacionan las variables de estrés percibido con las estrategias de afrontamiento de madres con hijos prematuros hospitalizados en UCIN y se realizará una sola medición.

#### **2.2 Población**

La población de interés del estudio está conformada por madres de hijos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital de la ciudad de Puebla.

#### **2.3 Muestreo y muestra**

El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa estadístico G\* Power versión 3.1.9.7, mediante una prueba de correlación bivariada de dos colas, con un tamaño de efecto mediano de .30, un alfa de .05 y un poder estadístico de .80 obteniendo una n=84 participantes.

#### **2.4 Criterios de selección**

##### **2.4.1 Criterios de inclusión**

Madres de niños prematuros hospitalizados en UCIN que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado, así como contestar los instrumentos de medición.

##### **2.4.2 Criterios de exclusión**

Madres que anteriormente hayan tenido a otro hijo hospitalizado en UCIN o sea un reingreso por complicaciones, esto debido a que anteriormente han sido expuestos a estresores (Aguñaga et al., 2016), madres que su hijo tenga > 7 días de hospitalización y < 21 días de

hospitalización, esto debido a que pasados los 7 días los padres tienen una visión más completa de la UCIN y pasado los 21 días, pasa la etapa más crítica y logran un mayor ajuste de la realidad (Palma et al., 2016).

### **2.4.3 Criterios de eliminación**

Madres que por voluntad propia decidan retirarse del estudio.

## **2.5 Instrumentos**

En este apartado se describen los instrumentos de medición utilizados.

### **2.5.1 Cédula de datos generales**

Para la presente investigación se utilizará una cédula de datos generales, la cual incluye datos como: edad, ocupación, estado civil, años de escolaridad, padecer alguna enfermedad; así como datos respecto a su embarazo y su bebé: número de hijo, enfermedad o infecciones durante el embarazo, semanas de gestación del nacimiento, tipo de parto, peso del recién nacido y el diagnóstico de su hijo.

### **2.5.2 Escala de estrés percibido**

Para explorar la variable estrés se utilizará la Escala de Estrés Percibido (PSS) elaborado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), elaborada para evaluar la respuesta automática de cada persona ante los estresores, desde la autopercepción sin necesidad de acudir a mediciones fisiológicas o químicas. Consta de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde 0= nunca a 4= siempre, para obtener la suma total de la escala se deben invertir las puntuaciones de los ítems positivos (4,5,6,7,9,10 y 13), posteriormente sumar todos los elementos, el rango varía entre cero (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido), el instrumento fue traducido adaptado por Moral et al. (2014), quienes obtuvieron una consistencia interna alta con un alfa de Cronbach de .79, concluyeron que recomiendan el empleo de la escala.

### **2.5.3 Inventario de afrontamiento COPE Breve**

Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizará el inventario de afrontamiento COPE Breve, elaborado por Carver (1997), desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés, el cuestionario está integrado por 28 ítems agrupados en 14 subescalas; 1.- afrontamiento activo, 2.- planificación, 3.- apoyo instrumental, 4.- uso de apoyo emocional, 5.- autodistracción, 6.- ventilación, 7.- desconexión conductual, 8.- reformulación positiva, 9.- negación, 10.- aceptación, 11.- religión, 12.- uso de sustancias, 13.- humor y 14.- autculpa. Dichos ítems están planteados en términos de las acciones o pensamientos utilizados como formas de afrontamiento, el formato de respuesta es bajo una escala tipo Likert que va de (1= nunca, 2= poco, 3= casi siempre, 4= siempre), las 14 subescalas originales cuentan con una fiabilidad medida por el alfa de Cronbach que osciló entre .50 y .90, lo que indica una consistencia interna adecuada, este instrumento ha sido utilizado y validado en población mexicana por Nuñez et al., (2021), obtuvieron una consistencia interna de .80 y concluyeron que es un instrumento válido y confiable.

### **2.6 Procedimiento de recolección de datos**

De primera estancia el proyecto conto con la revisión y aprobación del Comité Académico de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP), una vez revisado y aprobado el protocolo, se procedió a realizar la prueba piloto del estudio, posteriormente se procedió a realizar un oficio dirigido a las autoridades de un Hospital General de tercer nivel de atención de la ciudad de Puebla, dicho protocolo fue revisado por el comité de investigación y enseñanza del hospital el cual fue aceptado con numero de registro: HMN-028-2022, se acordaron fechas, horarios y el área donde se realizaría el estudio y la aplicación de los instrumentos con el fin de lograr la recolección final de los datos.



La invitación a participar en el estudio fue realizada por el investigador principal y de manera directa a las madres de hijos prematuros internados en UCIN, asistió a la institución debidamente uniformado e identificado, explico los objetivos del estudio de forma clara y sencilla, en las madres que se obtuvo una respuesta positiva se prosiguió a citarlas posterior a su visita en el área destinada para la aplicación de las escalas de primera estancia se leyó el consentimiento informado (Apéndice A) resaltando sus derechos así como la posibilidad de retirarse del estudio en el momento que lo deseen, posteriormente se aplicó la cédula de datos generales (Apéndice B) recalcando que todos sus datos estarían protegidos.

De tercera estancia, se aplicaron las escalas de medición en el siguiente orden: Escala de Estrés Percibido (PSS 14, 1983) (Apéndice C), inventario de afrontamiento (COPE Breve 1997) (Apéndice D), a las madres participantes que presentaran una crisis emocional o algún malestar general serian referidas al triage de urgencias o al área de psicología según lo requiera.

Al finalizar las encuestas se revisó que todas las preguntas estuvieran contestadas en su totalidad, así como también se preguntó si existía alguna duda o sugerencia del procedimiento realizado, finalmente se les agradeció su participación y tanto el consentimiento, como la cédula de datos sociodemográficos y los instrumentos fueron identificados con un número y resguardados en un sobre por el investigador, para posteriormente crear una base de datos y ser analizado.

## **2.7 Ética del estudio**

El presente estudio se apegó a los principios básicos de bioética y al código de ética de enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2012), al actuar con autonomía en la toma de decisiones, respetando durante todo el estudio la protección de los derechos de las participantes, así como los principios de: 1) beneficencia, al promover el bienestar de la persona en la aplicación de los instrumentos; 2) no maleficencia,

dado que no se produjo daño, puesto que el estudio fue de riesgo mínimo, ya que solo se contestaron preguntas escritas y 3) justicia, al tratar a todos por igual durante la recolección de datos y aplicación de los instrumentos.

Al mismo tiempo se cumplió con lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014). En lo que respecta al capítulo I, artículos 13,14,16,17,20,21,22.

Artículo 13, se respetó la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicaron los instrumentos en un lugar cómodo, en un área segura y diferente a la UCIN, se respetó su privacidad al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación.

Del Artículo 14, Fracciones VII y VIII, se respetaron estos artículos dado que se firmó el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos (Apéndice A).

Del Artículo 16, se protegió la privacidad del sujeto de investigación ya que, si se publicaran los resultados, será de manera general, omitiendo sus nombres o datos. Además, se apegará al Capítulo II, Artículos 6, 7 y 8 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (DOF, 2010).

Del Artículo 17, Fracción II, este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se trató de un estudio donde se aplicaron instrumentos los cuales fueron contestados de manera escrita.

Del Artículo 20 y 21, Fracciones I, II, III, VI, VII, VIII, IX y XI y artículo 22 fracción I, II y IV, se proporcionó una copia del consentimiento y se informó al participante el objetivo, la justificación de la investigación, procedimientos, así como se garantizó dar una respuesta adecuada a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Acorde a lo establecido en el Capítulo V, Artículos 57 y 58, Fracción I sobre la investigación en grupos subordinados, menciona que la participación, el rechazo de los sujetos para intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectará su situación dentro del estudio y de acuerdo con la fracción II, se les garantizó que los resultados de la presente investigación no serán utilizados en perjuicio de su persona.

## **2.8 Plan de análisis estadístico**

Para esta investigación la recolección de los datos obtenidos fue capturada en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 24 para Windows. En las variables categóricas, se utilizó estadística descriptiva (porcentajes y frecuencias), con el fin de describir las características de la población de estudio, se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para el procedimiento estadístico de las variables de interés (estrés percibido y estrategias de afrontamiento), los puntajes totales se transformaron en índices de 0 a 100, para ver su distribución se sometieron a la prueba de bondad y ajuste Kolmogórov-Smirnov (K-S) con corrección Lilliefors. De acuerdo con los resultados de la distribución de los datos  $p > .05$ , se utilizó estadística no paramétrica Rho de Spearman, dado los resultados que se exponen más adelante, por último con el fin de medir la afectación del estrés se realizó regresión lineal con las variables de las distintas dimensiones del instrumento COPE Breve.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se describe: 1) características sociodemográficas, 2) análisis descriptivo de las variables de estudio, 3) confiabilidad de los instrumentos, 4) prueba de normalidad y 5) prueba de hipótesis.

#### 3.1 Características sociodemográficas de las madres

La población la conformaron 84 madres, con una edad promedio de  $\bar{x} = 27$ ,  $DE = 6.6$ ; con una escolaridad promedio de  $\bar{x} = 12$ ,  $DE = 3.3$ ; con un mínimo de 4 años y un máximo de 20 años. El 66.7% refirió estar en unión libre, solo el 17.9% refirió percibir ingresos económicos, mientras que el 82.1% refirió trabajar de manera no remunerada, con al menos de 1 a 4 hijos ( $\bar{x} = 2$ ,  $DE = 0.9$ ), el 61.9% presentó diversas enfermedades durante el embarazo. En la tabla 1 se visualizan los datos.

Tabla 1  
Características sociodemográficas de las madres, de su embarazo y enfermedades

Variable	<i>f</i>	%
Ocupación		
Ama de casa	62	73.8
Empleada	7	8.3
Desempleada	7	8.3
Profesional	3	3.6
Negocio propio	5	6
Tipo de nacimiento		
Parto	19	22.6
Cesárea	65	77.4
Infecciones o enfermedades durante el embarazo		
IVU	35	41.7
Ninguna	32	38.1
Diabetes, HAS, otras	17	20.2

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje

*n*=84

### 3.2 Características sociodemográficas de los prematuros

Con relación a las características de los prematuros, las madres refirieron que el 54.8% eran hombres y el 67.9% requirieron ventilación mecánica a diferencia del 32.1% que solo se mantuvo en observación para aumentar de peso. En cuanto a las SDG, se observa que el 45.2% aún se encuentra por debajo de las 31 SDG y el bajo peso en los prematuros predominó con un 86.9%.

Ver tabla 2.

Tabla 2  
Características de los prematuros

Variable	<i>f</i>	%
<b>Semanas de gestación</b>		
Pretérmino tardío	25	29.8
Pretérmino moderado	21	25
Muy pretérmino	30	35.7
Pretérmino extremo	8	9.5
<b>Peso al nacer</b>		
Peso normal	11	13.1
Bajo peso al nacer	31	36.9
Muy bajo peso al nacer	29	34.5
Extremadamente bajo peso al nacer	13	15.5

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje

*n*=84

### 3.3 Análisis descriptivo de las variables de estudio

Se aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS 14), los puntajes crudos fueron transformados en índices de 0 a 100, se obtuvo un 19% de estrés percibido bajo y un 72.6% de estrés percibido medio, el resto tuvo estrés percibido alto. Se observan las siguientes medidas en la Tabla 3.

Tabla 3  
Nivel de estrés

Variable	<i>f</i>	%
Estrés Percibido		
Alto	7	8.4
Medio	61	72.6
Bajo	16	19

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje

*n*=84

Así mismo para el inventario de afrontamiento COPE Breve, los puntajes crudos fueron transformados a un índice de 0 a 100, se utilizaron las seis subescalas del instrumento propuestas por Nuñez et al., (2021), los resultados se observan en la tabla 4.

Tabla 4  
COPE Breve 6 Subescalas

Factor	$\bar{x}$	<i>DE</i>	<i>V. mínimo</i>	<i>V. Máximo</i>
Apoyo emocional / Apoyo instrumental	52	24	0	100
Religión, aceptación y planificación	72	20	25	100
Autodistracción y expresión emocional	40	19	0	83
Afrontamiento activo y desconexión conductual	45	21	11	100
Reformulación positiva y humor	44	16	8	75
Negación y autculpa	30	26	0	122

Nota:  $\bar{X}$ = media, *DE*= desviación estándar, *V*= valor

### 3.4 Confiabilidad de los instrumentos

Para analizar la confiabilidad de los instrumentos se realizó el coeficiente Alfa de Cronbach con un valor de  $\alpha = .618$  para la Escala de Estrés Percibido (PSS 14) y  $\alpha = .570$  para el inventario de afrontamiento COPE Breve.

### 3.5 Prueba de normalidad

Los índices de 0 a 100 de los dos instrumentos de cada variable fueron sometidos a la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov, con corrección de Lilliefors, con el propósito de describir la curva de la distribución de las variables. Los resultados se observan en la tabla 5.

Tabla 5  
Pruebas de Normalidad

Instrumentos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	<i>n</i>	<i>P</i>
Escala de Estrés Percibido (PSS 14)	.072	84	.200
Inventario de afrontamiento COPE Breve	.074	84	.200

Nota: *n*=población, *p* >.05, <.05, <sup>a</sup> Corrección de significación de Lilliefors

### 3.6 Prueba de hipótesis

Para probar la hipótesis de investigación, se realizó estadística paramétrica de acuerdo con los resultados de la prueba de normalidad, cumpliendo con los supuestos de cada estadístico. De primera estancia se relacionó la Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Afrontamiento COPE Breve, utilizando el estadístico Rho de Pearson, la cual no mostro una correlación estadísticamente significativa, por ello de segunda instancia se decide relacionar la Escala de Estrés Percibido con cada uno de los factores del Inventario de Afrontamiento COPE Breve, utilizando el estadístico Rho de Spearman, del cual se obtuvieron resultados estadísticamente significativos del estrés, con algunos factores del instrumento. Ver tabla 6 matriz de correlaciones.

Tabla 6  
Matriz de Correlaciones

Rho de Spearman		Escala estandarizada Estrés	Escala Estandarizada Apoyo emocional/ Apoyo instrumental	Escala Estandarizada Religión, Aceptación y Planificación	Escala Estandarizada Autodistracción y Expresión emocional	Escala Estandarizada Afrontamiento activo y Desconexión conductual	Escala Estandarizada Reformulación positiva y Humor	Escala Estandarizada Negación y Autoculpa
Escala estandarizada Estrés	Coeficiente de correlación	1	-.012	-.183	-.211	.131	-.340**	.563**
	Sig. (bilateral)	.	.910	.095	.053	.235	.002	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Apoyo emocional/ Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	-.012	1	.214	.486**	.059	.144	-.034
	Sig. (bilateral)	.910	.	.051	.000	.593	.192	.761
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Religión, Aceptación y Planificación	Coeficiente de correlación	-.183	.214	1	.239*	.166	.197	-.072
	Sig. (bilateral)	.095	.051	.	.029	.132	.073	.513
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Autodistracción y Expresión emocional	Coeficiente de correlación	-.211	.486**	.239*	1	-.091	.308**	-.293**
	Sig. (bilateral)	.053	.000	.029	.	.410	.004	.007
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Afrontamiento activo y Desconexión conductual	Coeficiente de correlación	.131	.059	.166	-.091	1	-.117	.066
	Sig. (bilateral)	.235	.593	.132	.410	.	.290	.550
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Reformulación positiva y Humor	Coeficiente de correlación	-.340**	.144	.197	.308**	-.117	1	-.334**
	Sig. (bilateral)	.002	.192	.073	.004	.290	.	.002
	N	84	84	84	84	84	84	84
Escala Estandarizada Negación y Autoculpa	Coeficiente de correlación	.563**	-.034	-.072	-.293**	.066	-.334**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.761	.513	.007	.550	.002	.
	N	84	84	84	84	84	84	84

Nota: \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).



Con base en los resultados de la matriz de correlación, se observa que las madres que presentaron estrés percibido se encuentran utilizando las dimensiones cinco y seis de las estrategias de afrontamiento, estas se relacionan directamente con la escala estandarizada del estrés en el cual el modelo de regresión lineal demuestra que el factor de negación y autoculpa tiene un impacto directo sobre el estrés con un  $r^2.257$  (Tabla 7) y un valor de coeficiente de  $\beta.507$  (tabla 8), es decir cada vez que aumenten esta escala aumentara el estrés en dicha proporción. El modelo dos de la misma manera tiene un impacto directo sobre el estrés con un  $r^2.301$  (Tabla 7) y un valor de coeficiente de  $\beta.-220$  (tabla 8), es decir que entre más se utilice la estrategia de reformulación positiva y humor el nivel de estrés disminuirá.

Tabla 7  
Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.507 <sup>a</sup>	.257	.248	12.357
2	.549 <sup>b</sup>	.301	.284	12.059

Nota: a. Predictores: (Constante), Negación y Autoculpa. b. Predictores: (Constante), Negación y Autoculpa, Reformulación positiva y humor.

Tabla 8  
Coeficiente de la Escala Estandarizada Estrés

Modelo	Coeficientes <sup>a</sup>			T	Sig.
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	37.118	2.080		17.849	.000
Negación y Autoculpa	.279	.052	.507	5.330	.000
2 (Constante)	46.670	4.690		9.951	.000
Negación y Autoculpa	.243	.053	.442	4.546	.000
Reformulación positiva y humor	-.191	0.85	-.220	-2.259	.027

Nota: <sup>a</sup>. Variable dependiente: Escala estandarizada Estrés

## Capítulo IV

### Discusión

El objetivo principal de la investigación fue describir la relación entre estrés percibido con las estrategias de afrontamiento utilizadas como modo de adaptación en madres con hijos prematuros hospitalizados en UCIN. A continuación, se discutirán los resultados.

Los principales hallazgos en cuanto a las características sociodemográficas fueron que la mayoría de las madres se encuentran en unión libre y declaran ser amas de casa sin recibir ninguna retribución económica a cambio, resultado que no coincide con el estudio elaborado por Aguiñaga et al. (2016), a pesar de tratarse de la misma cultura mexicana, situación que pudiera deberse al estilo de vida de diferentes estados, así como culturas y tradiciones, también se destaca que el nivel de escolaridad de la madre mexicana fue más bajo en comparación de los estudios en otros países tales como Chile (Palma et al., 2017), Colombia (Tobo et al. 2017) y Cuba (Campo et al., 2018). Quienes a pesar de ser países latinoamericanos muestran resultados diferentes, situación que pudiera deberse a que la muestra fue recolectada en un hospital público en donde la mayoría de los pacientes vienen de comunidades lejanas donde las oportunidades de preparación son más limitadas a diferencia del estudio de España (Sánchez et al., 2017), quien también muestra resultados diferentes, sin embargo, se trata de un país desarrollado.

Así mismo el resultado encontrado acerca del tipo de nacimiento por cesárea coincide con el de México por Aguiñaga et al. (2016) y con el país de Chile, a diferencia de España y Cuba quienes encontraron que en su mayoría fueron partos eutócicos, hecho que puede deberse a varios factores que serían interesantes de investigar, por ejemplo, la atención prenatal que reciben las mujeres en dichos países, o la asistencia de las madres a sus controles de embarazos, así como técnicas diferentes al momento del parto.

Con respecto a las características sociodemográficas de los prematuros lo que más se destaca es que en su mayoría necesitaron de ventilación mecánica, situación que coincide con los estudios antes mencionados, hecho que pudiese confirmar la cifra de mortalidad reportada por el INEGI (2020) sobre las muertes relacionadas a múltiples factores incluyendo la prematurez y que además contribuye con lo reportado por la OMS (2018), debido a que la ventilación mecánica continúa siendo un procedimiento invasivo de gravedad que aumenta la tasa de mortalidad de los recién nacidos prematuros. En cuanto a el peso y SDG los resultados también coinciden con los resultados que reportan los estudios relacionados, sin marcar diferencia significativa entre los países,

De acuerdo con los datos descriptivos de las variables principales se encontró que el estrés percibido de las madres fue medio, resultado que difiere con lo encontrado por Aguiñaga et al. (2016), quienes mencionan que en su mayoría (60%) los padres refirieron no sentir estrés o poco estrés, y el resto se dividió entre medio, moderado y severo. Posiblemente estas diferencias encontradas en el nivel de estrés percibido de las madres, se deba a que en el anterior estudio se tomaron en cuenta ambos padres, o que no distinguen o confunden al estrés con otras emociones como ansiedad, miedo, nervios etc.

Cabe mencionar que para este estudio se decidió tomar en cuenta solo a las madres debido a lo que reporta Palma et al., (2017), quienes encontraron que la mujer percibe más estrés a diferencia del hombre. Situación que pudiera deberse a que la madre percibe más el vínculo con el RN por el embarazo o que el padre sea el proveedor de dinero y se encuentre menos tiempo en la UCIN.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró significancia estadística en solo dos de las seis subescalas del instrumento Cope Breve, una de ellas, estrategias de afrontamiento negativas, dicho resultado se encuentra relacionado con el de Tobo et al. (2017), quienes reportan

que las respuestas de afrontamiento mostraron un nivel compensatorio con mecanismos cognitivos que buscan respuestas adaptativas, pero también que no se encuentran en niveles óptimos y revelan un nivel de adaptación comprometido, por cuanto son inadecuadas las respuestas y algunas de las estrategias utilizadas. Esto se puede deber a que la mayoría de las madres al tener a su hijo en UCIN desencadenan ideas positivas y negativas que de acuerdo con Roy & Andrews (2008), el estímulo focal activara procesos cognitivos que participaran en la adaptación o no adaptación durante la hospitalización de su hijo, por tal motivo es importante que enfermería fortalezca el cuidado, no solo del prematuro sino también de la madre con el fin de favorecer el afrontamiento y las respuestas adaptativas positivas.

En este estudio se comprueban que los supuestos del MAR (las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana, el hecho de pensar y sentir media en la acción humana) son comprobados debido a que las estrategias de negación y autculpa, reformulación positiva y humor, crearán cambios en la conciencia humana y las estrategias de afrontamiento que utilizan dependerán de los pensamientos y sentimientos de las madres sobre el estímulo focal, dando como resultado una adaptación o no adaptación. Esto coincide con lo reportado por Tobo et al. (2017) quienes encontraron que sus respuestas no se encontraban en los niveles óptimos, así mismo los estímulos focales y contextuales experimentaron un grado de estrés tan alto que se sintieron incapaces de soportarlo y a pesar de que la hospitalización era la única esperanza para la recuperación del bebé esta generaba sentimientos negativos y estresantes.

En cuanto a la hipótesis y pregunta de investigación no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables principales, dicho resultado pudiera deberse al tipo de población y/o factores predisponentes, sin embargo, estudios como los de Campo et al. (2018) y Palma et al. (2017) quienes tampoco reportaron correlación significativa, tales resultados coinciden también en que no utilizan las mismas variables de estudio ni los mismos

instrumentos. A diferencia de Sánchez et al. (2017) quien encuentra correlación positiva y negativa estadísticamente significativa al relacionar el estrés con el grado de satisfacción de los padres y las dimensiones del instrumento que utilizaron.

#### **4.1 Limitaciones**

Algunas de las limitaciones para la elaboración de este estudio fueron los horarios de visita de las madres, y debido a que las entrevistas eran de manera individual, no siempre contaban con el tiempo disponible, otras fueron debido a la contingencia que actualmente se vive en donde las visitas son aún más restringidas y solo acudían los padres a informes médicos, aun cuando se tenían los instrumentos de manera digital para ser contestados a través de un dispositivo digital, los padres referían tener dificultades (no acceso a internet, no entender la plataforma), por lo que no contestaban. En cuanto a los instrumentos solo una madre tuvo dificultad al entender algunos ítems por lo que hubo necesidad de volverlos a leer por segunda ocasión.

#### **4.2 Conclusiones**

Se concluye que aun cuando la mayoría de las madres presentaron un nivel medio de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento fueron negativas y positivas al encontrar correlación estadísticamente significativa entre las subescalas de negación y autculpa, reformulación positiva y humor con la escala de estrés percibido, será de suma importancia que el personal de enfermería valore en que estrategias enfocara sus intervenciones con el fin de que generar respuestas adaptativas, teniendo en cuenta que al utilizar las estrategias de negación y autculpa al ser estrategias negativas a mayor uso de estas, el estrés aumenta de la misma manera proporcional y al fomentar las estrategias de reformulación positiva y humor al ser estrategias positivas a mayor uso de estas el estrés existente disminuirá en la misma proporción.

Lo anterior tomando en cuenta que se puede identificar el uso de estas estrategias observando ciertas características en las madres, por ejemplo, dentro de las estrategias negativas tendremos que existirán sentimientos de autoculpa, distorsión de la realidad, negación y en cuanto a las positivas buscara siempre el lado bueno de la situación, se encontrará contenta de ver a su hijo a pesar del estado de salud y tomara la situación difícil de una manera positiva. Cabe mencionar que algunas madres se encontraran utilizando ambas estrategias por lo que aumentara el grado de complejidad en el juicio clínico del personal de enfermería.

Otra conclusión es que el nivel de estrés no presento diferencias importantes al ser relacionado con diferentes variables como: edad, ocupación, escolaridad e incluso con el estado de salud del prematuro, sin embargo, se concuerda con lo identificado en otras investigaciones, en continuar estudiando este fenómeno con el objetivo de reducir el nivel de estrés en las madres y mejorar el vínculo del binomio madre-hijo.

#### **4.3 Recomendaciones**

Se sugiere para futuras investigaciones tomar en cuenta a los padres con el fin de una muestra más grande y poder comparar el nivel de estrés entre ambos grupos, así como estudios longitudinales, en donde se recaben datos al ingreso del paciente, con el fin de identificar el cambio en los niveles de estrés y posibles estrategias de afrontamiento más significativas, también se sugiere estudios experimentales en donde el personal de enfermería pueda intervenir de manera directa con acciones que reduzcan el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento sean positivas.

Los resultados encontrados contribuyen al conocimiento de enfermería, sin embargo, es necesario más investigaciones experimentales en donde se pueda destacar las intervenciones que el personal de enfermería realiza para contribuir en la reducción del estrés y la adaptación con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, además de que se podrán involucrar variables

fisiológicas y no solo psicológicas, esto contribuirá con conocimientos para la práctica clínica no solo del prematuro sino también de la madre.

Continuar con estudios de investigación con madres primerizas y el impacto que tiene en ellas el apoyo de la madre/abuela y como esta influye en la toma de decisiones y el nivel de estrés, así como crear redes de apoyo en donde intervenga todo el equipo interdisciplinario de salud.

## Referencias

- Acosta, Romo, MF., Cabrera, Bravo N., Basante, Castro, Y. & Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Rev Univ Salud*. 19 (1): 17-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00017.pdf>
- Aguiñaga, Zamarripa, ML., Reynaga, Ornelas L. & Beltrán, Torres, A. (2016). Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 24 (1): 27-35. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161f.pdf>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte, 30(1), 123-145.
- Aranda J, & Velasco R, & Mayoral P(Eds.), (2016). Manual de Pediatría. Hospital Infantil de México. *McGraw Hill*. Cap 3. Recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1745&sectionid=121667088>
- Campo, A., Amador, R., Alonso, R.M. & Ballester, I. (2018). Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Rev Cub de Obst y Gine*. 44 (2): 1-11. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200008)
- Consejo Internacional de Enfermería [CIE]. (2012). Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Recuperado de: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)



Diario Oficial de la Federación (DOF). (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Recuperado de:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de:

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Domínguez, V & Cortés, I. Adaptación cultural y validación de Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit en padres mexicanos. (2019). *Enfermería Universitaria*, 16 (4): 339-350. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000400339&script=sci_abstract)

[70632019000400339&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000400339&script=sci_abstract)

Fawcett J. & DeSanto, Madeya, S. (2012) Nursing knowledge. Analysis and Evaluation of

Nursing Models and Theories. Ed. 3th. Recuperado de

[https://books.google.com.mx/books?id=pdE-](https://books.google.com.mx/books?id=pdE-AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

[AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=pdE-AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2020). Datos de Natalidad.

Recuperado de:

<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>

Ley General de Salud. (19 de febrero de 2021). Diario Oficial de la Federación. México: Cámara de Diputados del H. congreso de la Unión. Recuperado de

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Mendoza, Tascón, LA., Claros, Benítez, DI., Mendoza Tascón, LI., Arias, Guatibonza MA. & Peñaranda, Ospina, CB. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y

prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 81(4): 330-342. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

Moral, De la Rubia, J. & Cázares, De león, F. (2014). Validación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la población de colegiados de Monterrey. *Rev Ansiedad y Estrés.* 20 (2-3): 193-209. Recuperado de <https://pure.udem.edu.mx/es/publications/validation-of-the-perceived-stress-scale-pss-14-in-the-population-2>

Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2): 543-552. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>

Núñez, Hernández J., Galindo, Vázquez, O., J, Penedo, F., Calderillo, Ruiz, G., Meneses, García, A. & Herrera, Gómez A. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. *Psicología y Salud.* 31 (1): 143-153. Recuperado de <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA647454523&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=14051109&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Ee9c1de32>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Enfermería. Temas de salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Palma, I, E., Von, Wussow F., Morales, B, I., Cifuentes, R, J. & Ambiado T, S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Rev Chil Pediatr.* 88 (3): 332-339. Recuperado de [https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v88n3/en\\_art04.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v88n3/en_art04.pdf)

- Pérez, R., López, C.R., & Rodríguez, A. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Rev Bol Med Hosp Infant Mex.* 70 (4): 299-303. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n4/v70n4a5.pdf>
- Polit, DF & Beck CT. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Wolters Kluwer (10a Ed). Recuperado de <https://www.amazon.com/Nursing-Research-Generating-Assessing-Evidence/dp/1496300238>
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Última Reforma (2014). Recuperado de:  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Roy, C. & Andrews, H. (2008). *The Roy Adaptation Model.* Ed 3th. Edi Pearson. p. 32. ISBN-13: 978-0130384973. Recuperado de <https://www.amazon.com/Roy-Adaptation-Model-3rd/dp/0130384976>
- Salut, Puig C., Obregón, Gutiérrez, N., Calle, Del fresno, S., Escala, Besa, M., Cantó, Codina, L. & Goberna, Tricas, J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Rev Matronas Prof,* 9 (1): 21-27. Recuperado de [https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision\\_Ansiedad-1.pdf](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf)
- Sánchez, Veracruz, MJ., Leal, Costa, C., Pastor, Rodríguez, JD. & Díaz, Agea JL. (2017). Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. *Rev Enferm Glob.* 47, 270-280. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256061>
- Tobo, N., Betancur, P., & de la Cruz, C. (2017). Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. *Investig.*

*Enferm. Imagen Desarr.* 19 (2), 161-175. Recuperado de  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.eaap>

## Apéndice A

### Consentimiento informado

Puebla, Puebla a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022

Título del proyecto: Estrategias de afrontamiento y estrés de madres con hijos prematuros hospitalizados en UCIN

Introducción: El nacimiento de un nuevo integrante es un suceso que se espera con amor y emoción, sin embargo, cuando este suceso se adelante trae con él una serie de complicaciones, mismas que hacen necesaria su hospitalización, situación que ocasiona algunos problemas en los padres, por dicho motivo estoy interesado en conocer algunos aspectos relacionados con la hospitalización de su hijo, así como algunas características sociodemográficas de su persona.

El estudio forma parte de un requisito para obtener el grado de Maestría, y cuenta con la aprobación por el comité Académico de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Por tal motivo se le invita a participar de manera voluntaria en el estudio.

Objetivo del Estudio: el objetivo del estudio es determinar la relación de las estrategias de afrontamiento con el estrés de las madres con hijos prematuros, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La información que me brinde será de gran utilidad para todo el personal que labora en estas áreas, para identificar formas en las que podamos ayudar, así como para futuras investigaciones, cabe mencionar que la información recabada será confidencial y anónima ni tampoco afectara la atención que su bebé recibe en este hospital.

Procedimientos del Estudio: Si decide participar será necesario la firma de este documento, así como la aplicación de los siguientes instrumentos en el mismo orden: cédula de datos sociodemográficos, Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Miles, Funk y Carlson, 1993), inventario de afrontamiento COPE Breve (Carver (1997), los cuales serán aplicados en un área privada con el fin de proteger su privacidad y anonimato.

Riesgos e inconvenientes: El estudio se considera de riesgo mínimo y sin la posibilidad de causar alguna molestia física, debido a que solo tendrá que contestar unas preguntas de manera escrita, sin embargo, si durante el proceso existiera la necesidad de atención médica o psicológica, será acompañada por el investigador al área correspondiente.

Derechos, responsabilidades y beneficios: la participación no es obligatoria, usted tiene el derecho de retirarse del estudio y con ello su consentimiento en el momento que así lo desee. Esto no afectará la atención que recibe en estos momentos en esta unidad.

Responsabilidad: su única responsabilidad será contestar completamente todos los rubros de los instrumentos. Beneficios: usted no recibirá ningún beneficio económico, así como tampoco ningún costo, en forma de gratitud se agradecerá su participación por su tiempo otorgado, el resultado de su participación permitirá la formación de nuevas estrategias que ayuden al cuidado de los bebés y de padres en la misma situación, así como el desarrollo de nuevos estudios.

Las únicas personas que sabrán de su participación y lo escrito en los instrumentos será usted y el investigador, si los resultados encontrados fueran publicados en algún artículo de investigación será de manera general, nunca personal, todo será anónimo y confidencial.

Preguntas: si tiene alguna pregunta sobre su participación en este estudio puede comunicarse al número telefónico: 2227702631 o al correo electrónico: lozadalm30@gmail.com

Consentimiento: yo al firmar este documento acepto de conformidad participar de manera voluntaria en el estudio y responder los instrumentos antes señalados. He leído el formato y han sido aclaradas mis preguntas. Aun cuando acepte en estos momentos sé que tengo el derecho de revocar este consentimiento y retirarme del estudio sin que esto afecte mi persona o la atención de mi hijo.

Firma o huella del Participante

Firma o huella del Testigo

Firma del Investigador

## Apéndice B

### Cédula de datos sociodemográficos

#### Instrucciones:

A continuación, conteste las preguntas con relación a su persona y a su hijo, colocando una X en el paréntesis o escribiendo su respuesta en la línea según sea el caso.

1.- Edad en años cumplidos:

2.- Estado civil: ( ) 1 Casada, ( ) 2 Soltera, ( ) 3 Unión Libre, ( ) 4 Viuda

3.- Años de escolaridad: \_\_\_\_\_

4.- Ocupación: ( ) 1 Ama de Casa, ( ) 2 Empleada, ( ) 3 Desempleada,  
( ) 4 Profesionista, ( ) 5 negocio propio

5.- Número de hijo: \_\_\_\_\_

6.- Padeció alguna infección durante el embarazo y cual:

---

7.- Tipo de nacimiento: ( ) 1 Parto, ( ) 2 Cesárea

8.- Sexo de su hijo: ( ) 1 Hombre, ( ) 2 Mujer

9.- A las cuantas semanas de gestación nació su hijo (a): \_\_\_\_\_

10.- Peso al nacer de su hijo: \_\_\_\_\_

11.- Conoce el diagnóstico de su hijo, si es así escríbalo:

---

## Apéndice C

### Escala de estrés percibido

Instrucciones:

Las preguntas de esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes en cada caso, por favor marca con una x la opción que mejor se adecue a su situación actual teniendo en cuenta la hospitalización de su bebé.

0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= casi siempre, 4= siempre

No.	Pregunta	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
1	¿Con qué frecuencia has estado afectado por algo ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	0	1	2	3	4
3	¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso lleno de tensión?	0	1	2	3	4
4	¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas de la vida?	0	1	2	3	4
5	¿Con qué frecuencia has sentido que has enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
6	¿Con qué frecuencia has estado seguro sobre tu capacidad de manejar los problemas personales?	0	1	2	3	4
7	¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas van bien?	0	1	2	3	4
8	¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9	¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
10	¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
11	¿Con qué frecuencia has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de control?	0	1	2	3	4
12	¿Con qué frecuencias has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes que hacer)?	0	1	2	3	4
13	¿Con qué frecuencia has podido organizar tu tiempo?	0	1	2	3	4
14	¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4



## Apéndice D

### Inventario de afrontamiento COPE Breve (Carver, 1997)

Instrucciones: lee cuidadosamente y contesta de acuerdo con: 1= nunca, 2= a veces, 3= casi siempre, 4= siempre.

1	Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando.	1	2	3	4
2	Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación.	1	2	3	4
3	Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí.	1	2	3	4
4	Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor.	1	2	3	4
5	Busco apoyo emocional y afecto de alguien.	1	2	3	4
6	Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
7	Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación.	1	2	3	4
8	Me niego a creer lo que me está pasando.	1	2	3	4
9	Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación.	1	2	3	4
10	Busco ayuda y consejo de otras personas.	1	2	3	4
11	Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor.	1	2	3	4
12	Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles.	1	2	3	4
13	Me critico a mí misma ahora más, que antes del diagnóstico.	1	2	3	4
14	Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.	1	2	3	4
15	Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona.	1	2	3	4
16	Admito que no puedo con la situación y dejo de enfrentarla.	1	2	3	4
17	Busco algo bueno o positivo de la situación que esto viviendo.	1	2	3	4
18	Hago bromas sobre lo que me pasa.	1	2	3	4
19	Hago algo para pensar menos en mi situación.	1	2	3	4
20	Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir.	1	2	3	4
21	Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento.	1	2	3	4
22	Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual.	1	2	3	4
23	busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo.	1	2	3	4
24	Aprendo a vivir con el diagnóstico de mi hijo y su tratamiento.	1	2	3	4
25	Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de hospitalización de mi hijo.	1	2	3	4
26	Me culpo a mí misma por lo que me pasa.	1	2	3	4
27	Rezo, oro o medito.	1	2	3	4
28	Tomo la situación difícil con humor.	1	2	3	4