

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías, Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



Desajuste del Comportamiento Psicosocial y Resiliencia en Padres de Recién Nacidos Prematuros.

Tesis presentada por las bachilleres:

Nieto Córdova Alejandra Bernadeth

Pinto Benavides Alexandra Verónica

Para optar el Título Profesional de

Licenciadas en Psicología.

Asesora: Vilches Velásquez, Flor

AREQUIPA – PERÚ

2017



Arequipa - Perú

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado 1350

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

INFORME DICTAMINARIO DE BORRADOR DE TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

***"DESAJUSTE DEL COMPORTAMIENTO PSICOSOCIAL Y LA RESILENCIA DE PADRES DE
RECIENTE NACIDOS PREMATUROS".***

Para optar su título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

PRESENTADO POR los BACHILLERES

**ALEXANDRA VERONICA PINTO BENAVIDES
ALEJANDRA NIETO CORDOVA**

Nuestro Dictamen es:

Favorable.

Observaciones:

Arequipa, 28 de sept. del 2017


Dra. FLOR VILCHES VELASQUEZ


Dr. ROGER PUMA HUACAC

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a los seres que más amo en este mundo: mis padres Julio Pinto y Kelly Benavides por su apoyo, consejos, comprensión, amor en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona. Mis principios, carácter y coraje para conseguir mis objetivos.

Cuando me preguntan cuántos hermanos tengo siempre respondo, uno de sangre, Mauricio eres con quien comparto memorias de infancia y sueños de adulto y una de corazón, tu eres esa segunda hermana Alejandra N. que ha llegado a mi vida como una mano derecha, es genial contar contigo en las buenas y en las malas.

Se la dedico también a mi familia, amigos, y personas especiales en mi vida, no son nada más y nada menos que un solo conjunto de seres de importancia inimaginable para mí.

A Milton Nieto y Patricia Córdova, los conozco hace 24 años desde entonces ya estaban buscando la manera de ofrecerme lo mejor y darme los recursos necesarios para estudiar. Su afecto, cariño, consejos, apoyo incondicional y paciencia son los detonantes de mi felicidad, esfuerzo, ganas de buscar lo mejor. Todo lo que hoy soy es gracias a ustedes: mis amados padres.

Cuando me preguntan cuántas hermanas tengo siempre respondo una de sangre y la otra de corazón, tu eres esa segunda hermana Alexandra P. Que ha llegado a mi vida como una mano izquierda, es genial contar contigo en las buenas y en las malas. A propósito, Katty hermanita crecemos en diferentes direcciones pero siempre seremos una parte esencial la una de la otra.

Me entusiasma dedicarla también a mi familia, a los seres que ya no tengo conmigo, amigos y a esas personas especiales para mí, que de alguna manera contribuyeron con mi esencia.



AGRADECIMIENTO

A nuestros hijos Mattias Fernández y Abdiel Zavalaga que son nuestra gran motivación y nos impulsan cada día a superarnos en la carrera de ofrecerles siempre lo mejor. No es fácil, eso lo sabemos, pero tal vez si no los tuviéramos no habríamos logrados tantas cosas.

Agradecemos a Dios por darnos la capacidad y fortaleza para que nuestro sueño se haga realidad, gracias a la Universidad por permitirnos convertirnos en profesionales en lo que tanto nos apasiona, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso integral de formación.



ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción

CAPÍTULO I: Marco teórico

Enunciado del Problema.....	2
Variables.....	2
Interrogantes.....	3
Objetivos.....	3
Antecedentes Teóricos.....	4
Antecedentes Investigativos.....	23
Hipótesis.....	25

CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

Tipo de Investigación.....	27
Técnicas e Instrumentos.....	27
Descripción de las pruebas.....	27
Estrategias de recolección de datos.....	31
Criterios de procesamiento de la información.....	32

CAPÍTULO III: Resultados

Presentación de resultados.....	34
Discusión.....	39
Conclusiones.....	42
Sugerencias.....	44
Limitaciones.....	45
Referencias Bibliográficas.....	46
Anexos.....	50

RESUMEN

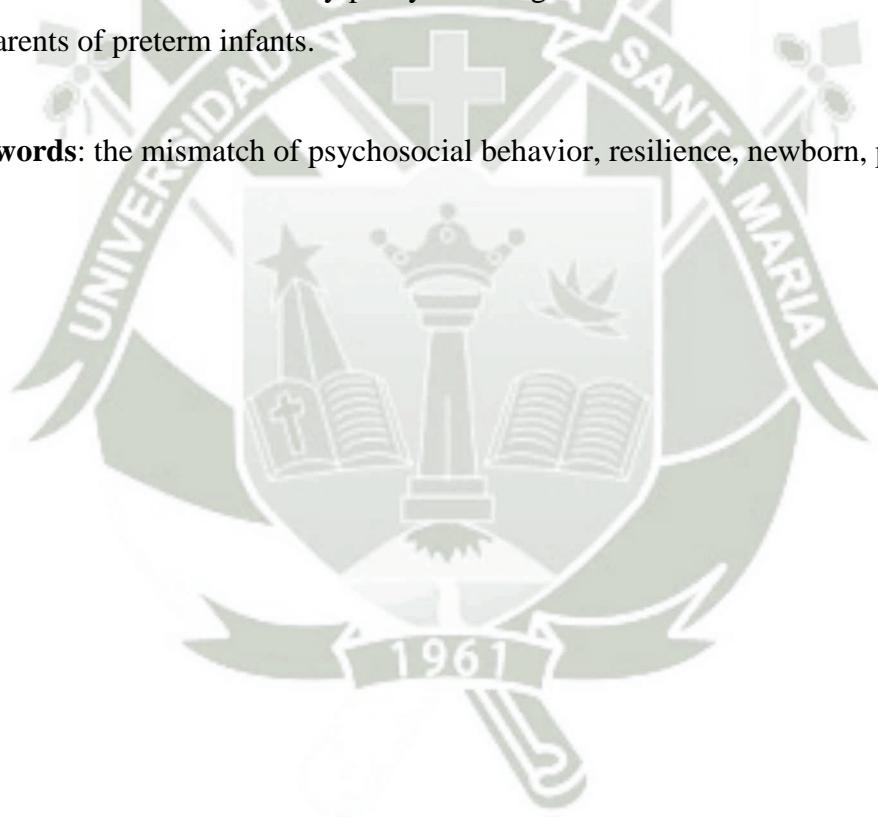
Se analiza la relación entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado. Se aplicó como instrumentos el Inventario del desajuste del comportamiento psicosocial (INDACPS) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. La población estuvo conformada por 71 padres que cumplieron criterios de inclusión. Los resultados más significativos demuestran que existe relación estadísticamente significativa entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros. La edad de la madre, el estado civil, tipo de familia y la paridad influyen de forma estadísticamente significativa en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y sólo la paridad, influye de forma significativa en la resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros.

Palabras claves: Desajuste del comportamiento psicosocial, resiliencia, recién, nacido prematuro.

ABSTRACT

The relationship between the mismatch of psychosocial behavior and the resilience of the parents of preterm infants attended at the Honorio Delgado Regional Hospital is analyzed. The Psychosocial Behavior Disorder Inventory (INDACPS) and the Wagnild and Young Resilience Scale were applied as instruments. The population was made up of 71 parents who met inclusion criteria. The most significant results show that there is a statistically significant relationship between the mismatch of psychosocial behavior and the resilience of parents of preterm infants. Maternal age, marital status, family type and parity have a statistically significant effect on the degree of mismatch of psychosocial behavior and only parity has a significant influence on the resilience of the parents of preterm infants.

Key words: the mismatch of psychosocial behavior, resilience, newborn, premature.



Introducción

El embarazo es un proceso en la vida de la mujer que se asocia a una serie de sentimientos y situaciones que de por sí, acarrean demandas físicas, psicológicas y emocionales a la gestante, su conyugue y al entorno familiar. Al término del embarazo, con el parto, la mujer ve logrado su deseo de ser madre y con el nacimiento de su hijo se inicia una nueva etapa que requiere de un adecuado ajuste emocional y psicosocial que le ayuden a asumir su nuevo rol. Sin embargo, en muchos casos, el embarazo concurre con una serie de complicaciones o eventos que ponen en riesgo su normal evolución por lo que muchos embarazos concluyen en parto pretérmino o prematuro.

El parto pretérmino o prematuro, es definido como aquel que trae como consecuencia el nacimiento antes de completarse las 37 semanas de edad gestacional, asimismo, es la principal causa de morbilidad perinatal, y también causa muchas secuelas en el crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro (Grandi, Gonzáles, Naddeo, Basualdo & Salgado, 2008). Varios son los factores que contribuyen al nacimiento prematuro de un bebé. Estos factores incluyen el aumento de las tasas de nacimientos múltiples, un aumento en el uso de técnicas de reproducción asistida y de intervenciones obstétricas (Tucker & McGuire, 2004). Entre las causas en relación a la madre, se encuentran: traumatismo violento ocurrido en el abdomen, intervención quirúrgica, enfermedades infecciosas agudas contraídas en el último tercio del embarazo, distensión anormal del útero (habitualmente como consecuencia de un embarazo gemelar o de un exceso de líquido amniótico), inserción anormal de la placenta o placenta previa, activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal de la madre o el feto, diabetes, consumo de tóxicos, hemorragias placentarias, anomalías uterinas, enfermedad hipertensiva del embarazo o ciertas anormalidades fetales, y situaciones de estrés físico o psíquico materno. El predictor más importante de nacimiento prematuro espontáneo es el antecedente de parto prematuro, así como también el contexto socioeconómico de pobreza de parte de la madre. Los estudios han

demostrado que el parto prematuro es más frecuente en mujeres que tienen menor nivel socioeconómico (Portellano, 2007).

Por otro lado, los recién nacidos prematuros, son apáticos, tienen baja reactividad ante el rostro humano y la voz, no pueden ser fácilmente consolados y no interrelacionan con la madre, algunos son hiperexcitables, pero la principal característica es la falta de interacción y apego con los padres, el mismo que en recién nacidos a término se inicia desde el nacimiento. Además de que pueden tener graves secuelas que van presentándose durante los primeros meses o años, muchas de las cuales son muy graves como la parálisis cerebral, ceguera, epilepsia, entre otros. En muchos casos, estos bebés van desarrollando de forma normal, pero siempre presentan cocientes intelectuales menores, alteraciones en el comportamiento que se manifiestan como cóleras, oposicionista y agresividad (Gomella, 2015).

Esta situación origina en los padres, un estrés muy importante desde el nacimiento del neonato prematuro y su cuidado impone un desafío importante, el cual por lo general afecta seriamente la dinámica familiar, la situación socioeconómica y laboral, así como también las relaciones entre los padres. Un estudio realizado por Jiménez, (2014) reporta que el nacimiento de un bebé prematuro provoca en todos los padres, reacciones intensas y perturbadoras, así mismo, indica que de modo frecuente los prematuros que presentan secuelas tempranas son abandonados por su familia, debiendo pasar al cuidado de instituciones benéficas, por la falta de aceptación y afecto de los padres.

Winnicott (citado por Galimberti, 2012), plantea el concepto de preocupación maternal primaria como un estado especial de sensibilidad y adaptación de la madre a las necesidades del bebé. Esto se ve intensificado por el nacimiento prematuro del hijo. En el vínculo madre-infante un aspecto fundamental se encuentra en relación con el desarrollo de este último, y otro aspecto se vincula con el grado de madurez de la madre con respecto al cuidado, las cualidades y los cambios que se suscitan en ella en pos de satisfacer las necesidades del bebé. Estos cuidados implican a una mujer que cuenta

con condiciones psicológicas especiales para hacer frente al cuidado de su hijo. Todas estas condiciones conforman lo que Stern denominó “Constelación Maternal”, conformada por una construcción psíquica única e independiente o un entramado de fantasías, temores, deseos, sensibilidad y capacidad para la acción (Griffa & Moreno, citado por Galimberti 2012). En la situación de prematurez esta situación resulta mucho más compleja.

El parto prematuro trae como consecuencia la irrupción del infante en la vida mental de la madre en el momento en que ella todavía posee representaciones de su bebé imaginario, agravado por el hecho de que se trata de un bebé inmaduro o enfermo, o con riesgo de muerte. Los padres manifiestan sentimientos de ansiedad, infelicidad, culpa, fracaso, decepción, pena, miedo, frustración, pérdida de control, desajuste en el comportamiento psicosocial, impotencia y envidia. La autoconfianza y la autoestima descienden en relación a la separación de su bebé. Un porcentaje elevado rebasan el umbral de un padecimiento clínico, en general de tipo ansioso o depresivo (Galimberti, 2012).

De acuerdo a Fernández y colaboradores (citados por Galimberti, 2012), los padres atraviesan diversas etapas de reacciones emocionales frente al niño. La primera etapa es de conmoción o choque, la segunda es de negación, luego prosigue una etapa de trueque en la cual se da un acercamiento a la religión. La tercera etapa tiene como reacciones comunes la tristeza, la ira, la culpa o ansiedad. La cuarta etapa es de aceptación y la quinta es de reorganización o equilibrio. Este evento implica una crisis emocional para los padres y para la familia, produce una desorganización en los padres debido a que no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, produciendo una ruptura en las conductas habituales (Galimberti, 2012). Manifiestan sentimientos parecidos a la reacción de duelo, manifestando tristeza, dificultades de sueño, pérdida de apetito, rabia, culpa y desesperanza. Estos padres sufren aflicción crónica, y generalmente vuelven a experimentar los sentimientos relacionados con el nacimiento de su hijo durante la infancia de éste; coincidiendo con enfermedades,

intervenciones quirúrgicas, dejarles en manos de cuidadores o cuando se les diagnostica retrasos del desarrollo o discapacidades.

En contraparte, surge el concepto de resiliencia, entendida como el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano, procesos que se realizan a través del tiempo, produciendo afortunadas combinaciones entre los atributos de la persona y su ambiente familiar, social y cultural” (Rutter, 1984).

Rutter (2007), señala que la resiliencia, a nivel personal o familiar, ha sido vista de dos formas. En un enfoque de resiliencia de “mínimos”, se destaca el rol de la adaptación, es decir, la resiliencia sería un proceso dinámico de adaptaciones positivas dentro un contexto de significativa adversidad. Por otra parte, un enfoque de resiliencia de “máximos” no se limita a la recuperación o continuidad del equilibrio previo tras la crisis, sino que apuesta por la transformación y crecimiento. En esta mirada la resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad (Cyrułnik, 2003).

Basados en el enfoque de la Psicología Positiva, la resiliencia es la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos (Musitú, 2013).

El desarrollo de este estudio se justifica, porque es un problema de actualidad, debido a que existe un incremento en los partos pretérmino como consecuencia de complicaciones del embarazo, muchos de los cuales y agravando aún más la situación ocurren en adolescentes.

El estudio es importante, porque en nuestro medio, en los hospitales del Ministerio de Salud, aun no se cuenta con Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, así como las ayudas tecnológicas que contribuyan a la atención de los prematuros, lo cual propicia que el desarrollo de secuelas graves sea frecuente y que deban permanecer varios meses hospitalizados, generando gran impacto en los padres, quienes están sometidos por periodos prolongados, a estrés emocional intenso, con el consecuente desajuste del comportamiento psicosocial, ansiedad, depresión, problemas económicos, entre otros. Es por ello, que pensamos que estos padres requieren de mucho apoyo psicológico y social para ayudarlos a superar y afrontar de modo eficiente dicha situación, y en este sentido la resiliencia es una cualidad importante que con la ayuda psicológica adecuada, los padres pueden ir desarrollando progresivamente.

La información anterior ha motivado la realización del presente estudio, el cual tuvo como propósito determinar si existe relación entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros que son atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado.

El informe final fue estructurado en capítulos. En el Primer capítulo se presenta el marco teórico de la investigación, en el segundo capítulo se desarrolla el diseño metodológico. El tercer capítulo incluye el análisis de los resultados y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Problema

El presente estudio estuvo orientado a resolver la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa

Variables

Variable 1: Desajuste del comportamiento psicosocial

Es la manera como los padres se adecuan o adaptan a las demandas generadas por la situación del nacimiento de su recién nacido prematuro, es decir, que es el conjunto de capacidades, esfuerzos y voluntades que ponen los padres para adaptarse a la situación. Los indicadores finales en que se midió esta variable fueron: alto, medio y bajo (Reyes y Sánchez, 2010).

Variable 2: Resiliencia

Es la capacidad de un individuo o familia, para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos. La variable se evaluó en las dimensiones de confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien solo y los valores finales fueron: resiliencia alta, moderada y baja (Wagnild (2009).

Interrogantes secundarias

¿Cuál es el grado de desajuste del comportamiento psicosocial de los padres de recién nacidos prematuro?

¿Cuál es la resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres de recién nacidos prematuros?

¿Cuál es la relación de la edad, estado civil y tipo de familia en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros?

¿Cuál es la relación de la paridad en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros.

Objetivos secundarios

Establecer el grado de desajuste de los comportamientos psicosocial de los padres de recién nacidos prematuros.

Establecer los niveles de resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros.

Precisar las características sociodemográficas de los padres de recién nacidos prematuros.

Determinar si la edad, estado civil y tipo de familia, tienen relación en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros.

Determinar si la paridad tiene relación en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros.

Antecedentes Teórico Investigativos

Concepto de Ajuste Psicosocial

Velásquez (1998) define al ajuste como la manera como las personas se adecúan o se adaptan a las demandas del entorno, es decir, que es la manera como las personas buscan cambiar de manera activa el entorno para hacerlo más confortable y adecuado a sus necesidades. El término ajuste es usado como sinónimo o criterio de salud mental.

El ajuste psicosocial se entiende como el conjunto de capacidades, esfuerzo y voluntad que pone cada integrante de una sociedad para el logro de objetivos colectivos, para desarrollarse apropiadamente en la sociedad. Implica que conozca sus problemas y se esfuerce constructivamente en resolverlos, respete y llegue a acuerdos mutuos sobre las normas que elaboran, buscando consolidar opiniones comunes en relación a proyectos de grupo y/o nacionales (Bardales & La Serna, 2015).

Características de la persona con adecuado Ajuste Psicosocial

Wittaker (citado por Alarcón & Rubio, 2010), señala las siguientes características que deben tener las personas con adecuado ajuste psicosocial:

Conocimiento de sí mismo: cuando una persona está bien ajustada tiene cierta conciencia de sus deseos, motivos, emociones, etc. Es decir, la persona comprende porque motivo se comporta de una manera u otro, logra reconocer sus sentimientos y

aquello que los produce, aunque esta comprensión de sí mismo, nunca puede ser absoluta.

Estimación propia, las personas bien ajustadas que tienen conocimiento de sí misma, que se aprecia es capaz de enfrentarse a diversas situaciones que la vida le presente.

Sentimientos de seguridad: la persona bien ajustada se siente aceptada por la sociedad, se siente tranquila cuando está rodeada con otras personas, es espontánea. También, es capaz de tomar decisiones y actuar frente la presión de su grupo de pares, tiene capacidad para reírse y sonreír.

Capacidad para aceptar y dar afecto: logra identificar los sentimientos de otras personas, es capaz de recibir y brindar afecto sin necesidad de buscar satisfacer sus deseos de manera egoísta ni trasgrediendo los derechos de los demás; permitiéndole entablar adecuadas relaciones sociales.

Satisfacción de los deseos corporales: en las personas no ajustadas suele ser común las perturbaciones en cuanto a las funciones corporales. Al contrario de la persona bien ajustada que tiene actitudes normales hacia las funciones corporales, aceptando estas funciones sin presentar preocupación excesiva por éstas.

Capacidad para ser productivo y feliz: la persona bien ajustada puede emplear su capacidad, ya sea escasa o amplia en actividades productivas en cualquier ámbito de su vida. Un síntoma de desajuste sería la tendencia a fatigarse fácilmente y el evitar realizar algún esfuerzo.

Ausencia de tensión e hipersensibilidad: si de manera típica, una persona mal ajustada sufre de ansiedad y tensión que con frecuencia se manifiestan en una variedad de síntomas. A consecuencia de la ansiedad y de su temor, con frecuencia estas

personas suelen ser muy sensibles a todo lo que ocurra. Entonces, una persona bien adaptada presentaría características contrarias.

Concepto de Desajuste del Comportamiento Psicosocial

Según Fernández (citado por Barrio, 2009) define al desajuste psicosocial como la ausencia de ajuste, lo que imposibilitaría a la persona a que pueda tener una adecuada relación con su medio social, manifestando dificultad para poder adaptarse a causa de dificultades personales y problemas con la interacción social.

Ponce (2003) define el desajuste del comportamiento psicosocial como consecuencia de los escasos recursos económicos de la persona, así como también del tipo de convivencia dentro del núcleo familiar y el estilo de vida de la persona.

Velásquez (1998), indica que el desajuste psicosocial es el antónimo de ajuste el cual es considerado como sinónimo de salud mental, es decir, que una persona que no está adecuadamente ajustada entonces no está totalmente saludable, lo que conceptualizaría a la salud no sólo como la carencia de enfermedad física sino también como el bienestar emocional, psíquico y social. Así también, el desajuste psicosocial es la carencia de salud mental, lo que revela que la persona no estaría totalmente sana.

De acuerdo a Sánchez (1993), el desajuste se evidencia cuando el sujeto presenta dificultad para poder responder adecuadamente a los requerimientos que el medio social exige o cuando sus habilidades personales fracasan o no resultan adecuadas para que pueda afrontar los desafíos que provienen de la propia interacción con el medio social. Así mismo, refiere que los sentimientos de la persona determinan su conducta en las relaciones interpersonales, y que en el caso de los adolescentes se presentan ciertas características a partir de los siguientes comportamientos negativos: consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, violencia familiar, orientación hacia comportamientos destructivos y equivocados ideales de la vida.

Dimensiones del Desajuste del Comportamiento Psicosocial

De acuerdo a Sánchez & Reyes (2010), las dimensiones del desajuste del comportamiento psicosocial son la inestabilidad emocional, agresividad, resentimiento, baja autoestima, desconfianza, desesperanza, dependencia, desajuste familiar y desajuste social.

Inestabilidad emocional: es el estado emotivo muy intenso caracterizado por irrupciones emocionales desordenadas, tensión, ansiedad, inseguridad, timidez, fuertes bloqueos de conducta, depresión, desánimo, pesimismo y desazón. Sus reacciones emocionales negativas tienden a persistir durante mucho tiempo, lo que significa que experimentan dichas emociones gran parte del tiempo.

Agresividad: es el estado de disposición psíquica que se manifiesta de varias formas de conducta con la intención de perjudicar directa o indirectamente a otros, en un afán destructivo, causando daño físico o moral, manifestando sentimientos o actitudes de enemistad o de oposición (Sánchez, 1993).

Resentimiento: es el estado de desajuste afectivo, que consiste en volver a experimentar un sentimiento esencialmente doloroso, de rencor inconsciente, de envidia y odio impotente. Se manifiesta mediante críticas, comentarios o insinuaciones que desprestigian a la persona que es objeto de resentimiento (Sánchez, 1993).

Baja autoestima: es la percepción de sí mismo disminuido, con la actitud de desvalorización personal, caracterizada por una baja imagen de sí mismo y falta de confianza, unido a sentimientos de inferioridad e incapacidad. Implica bajo nivel de aspiración, de motivación de logro o de realización, asociado a un fuerte sentimiento de marginalidad y no pertenencia. Se presenta además espíritu derrotista y pesimista respecto de las propias realizaciones (Sánchez, 1993).

Desconfianza: es el estado emocional y actitud de constante suspicacia y evasividad. Tendencia a percibir el ambiente como hostil y peligroso, asociado a ideas de persecución y falta de confianza en sí mismo para relacionarse con los demás. Tendencia a dudar y desconfiar de las afirmaciones de los demás porque piensa que la gente quiere hacerle daño (Sánchez, 1993).

Desesperanza: la pérdida de la esperanza, así como el desconcierto, falta de objetivos en la vida, motivación de logro, expectativas y realización en el futuro. Así también, Sánchez (1993) sostiene que la desesperanza supone una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo, es considerado uno de los caminos más comunes hacia el suicidio. Es un modo de percibir las cosas y las situaciones con desaliento.

Dependencia: Sánchez (1993) refiere que la dependencia es el comportamiento realizado por una persona con el fin de obtener la atención y apoyo de los demás; llegando a perjudicar su sentido de independencia y autonomía.

Desajuste familiar: es considerado como el sentimiento de inadecuación en las relaciones dentro del grupo familiar, donde se presencia conflictos entre padres e hijos y ausencia de capacidad para establecer relaciones cordiales, dificultad para cumplir reglas establecidas en la familia y ausencia de diálogo (Sánchez, 1993).

Desajuste Social: es la incapacidad de mantener relaciones satisfactorias con las demás personas, se evidencia en la inconformidad y dificultad presentes para modificar las conductas que puedan estar causando problemas dentro del grupo (Sánchez, 1993).

Resiliencia

Concepto

La resiliencia es “el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano, procesos que se realizan a través del tiempo, produciendo afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural” según definición de otro de los pioneros de la Resiliencia (Rutter, 1984).

Es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (Rutter, 1992, citado por Musitu, 2013). Según Musitu (2013), es la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos.

Otra definición señala que la resiliencia describe una buena adaptación en las tareas del desarrollo social de una persona como resultado de la interacción del sujeto con su medio ambiente. Para Domínguez (2005), la resiliencia es el proceso de adaptarse bien ante situaciones adversas o aun ante fuentes significativas como el estrés.

Según Gonzáles (2005), el concepto de la resiliencia o facultad de recuperación implica dos factores la resiliencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la vida propia y la integridad ante las presiones deformantes y la otra es la capacidad para construir conductas vitales positivas esto pese a las circunstancias difíciles.

“La resiliencia es la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad” (Lara, Martínez, Pandolfi, Penroz y Díaz, 2000).

Antecedentes históricos de la resiliencia

De acuerdo a Vanistendael, (2003), se señala que lo más probable es que la Resiliencia, entendida como una capacidad humana que le ayuda a la persona a superar las dificultades que se presentan en la vida y proyectarse para lograr un futuro prometedor, haya surgido en los primeros ancestros. A pesar de ello, los esfuerzos por estudiar este tema recién surgen a principios de la década de los ochenta, esto sugiere que las concepciones teóricas, conceptuales y abordaje de la resiliencia se ha ido modificando con el devenir del tiempo hasta lograr el conocimiento que en la actualidad tenemos sobre el tema.

Primeramente se destaca el antecedente de resiliencia, más en el aspecto léxico que semántico, y este se origina en el ámbito del psicoanálisis, el cual, es fundamentado en las nociones de ego resiliency o ego resilience (resiliencia del ego), la cual es definida por Jeanne y Jack Block como una “característica de la personalidad consistente en la habilidad de adaptar el propio nivel de control temporalmente según dicten las circunstancias” (Block, 2002; Block y Block, 1980). Los autores indican que las personas que tienen nivel alto de resiliencia del ego son más proclives a experimentar afecto positivo, tienen mayor autoconfianza y desarrollan un adecuado ajuste psicológico en comparación a las personas que tienen un menor nivel (Block y Kremen, 1996; Klohnen, 1996). El término resiliencia del ego se relaciona de manera directa con el concepto de flexibilidad que, es una parte importante en el concepto de resiliencia utilizada en los materiales.

Décadas después, en 1954, una famosa psicoanalista Lili Peller aplicó los conceptos señalados anteriormente al estudio de la personalidad infantil y consideraba que el juego era un indicador de la resiliencia del ego. de manera similar, Block y Turula (1963) enfocan el estudio de la resiliencia del ego desde el psicoanálisis y el ajuste en el desarrollo infantil. Pero es de notar, que las investigaciones realizadas en la psicología infantil no consideran este término como base para el surgimiento posterior del concepto de resiliencia.

Según Lois B. Murphy (1973), entre las décadas 30 a 60 había problemas de comunicación entre las disciplinas del psicoanálisis y la psicología y debido a ello, ambas ciencias no compartían muchos conocimientos. Además tanto el concepto de resiliencia del ego y el de resiliencia, se diferencian uno del otro en que el primero es una característica de la personalidad y no deriva de ninguna circunstancia específica, mientras que el segundo se asocia, a la superación de alguna adversidad (Luthar et al., 2000).

Estas diferencias se originaron en acepciones de la lengua inglesa, porque los usos de los vocablos *resiliency* y *resilience*, indican que el primero se utiliza sólo a la concepción de resiliencia como el conjunto de características personales y el segundo, a una concepción más amplia, en la que adquieren importancia la interacción de factores internos y externos, así como el propio proceso resiliente. Es en la década de los años 70, cuando la resiliencia adquirió mayor importancia porque se realizaron muchas investigaciones clínicas acerca de las ciencias del comportamiento a partir del estudio del proceso y desarrollo de los desórdenes psicológicos. En tal sentido, se realizaron varias investigaciones con población infantil que presentaban un alto riesgo de desarrollar psicopatologías, destacando por ejemplo una investigación realizada por Norman Garmezy (1974) en niños de madres esquizofrénicas y encontró un subgrupo de niños que tenían patrones adaptativos sorprendentemente saludables y eran ellos quienes presentaban niveles más altos de resiliencia. En 1974, Anthony en su investigación con hijos e hijas de madres esquizofrénicas, encontró que algunos hijos de madres esquizofrénicas no presentaban signos de tener un impacto negativo de la enfermedad mental de su madres, a pesar de convivir en el ambiente de mayor riesgo, entonces se presumió acerca de la “vulnerabilidad” de los niños que viven con la madre esquizofrénica y los llamó niños “psicológicamente invulnerables” y a partir de allí surgió la teoría de la invulnerabilidad, que fue apoyada por el psiquiatra francés Cyrille Koupernic, quien, junto a Anthony propusieron el término y lo presentaron a la comunidad científica de la época con el nombre del síndrome del niño psicológicamente invulnerable, en su artículo señalaron que estos niños y niñas

presentaban como principales características una alta creatividad, efectividad y competencia. Pero, los investigadores progresivamente se daban cuenta de que el adjetivo invulnerable no podía o debía ser aplicado a personas porque no se ajusta a la naturaleza de la realidad humana ya que presupone una característica inmutable e innata y una resistencia absoluta ante las situaciones de riesgo. Algunos años después, Rutter (1993) señala que la noción de invulnerabilidad era ineficaz. Luego surgieron dos conceptos relacionados con el de resiliencia, el primero de ellos es el “coping” o afrontamiento y el de “hardiness” o personalidad resistente, que al traducirse denota vigor o resistencia psíquica. El coping, se conoce como afrontamiento o sobrellevar algo difícil, pero se debe destacar que el coping y la resiliencia no son sinónimos, porque las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas: las adaptativas ayudan a reducir el estrés y promueven la salud a largo plazo; mientras que las estrategias inadaptativas permiten reducir el estrés a corto plazo, pero repercuten negativamente en la salud a largo plazo. Entonces se puede concluir que solo las estrategias de afrontamiento adaptativas forman parte de las estrategias de resiliencia. De acuerdo a lo anterior, Fernández-Abascal (1997), señala que las estrategias de afrontamiento son “los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”. Esto ocurre en el ámbito de la resiliencia, citando a Grotberg, (2001) que señaló que “las conductas resilientes van cambiando a medida que las condiciones se van modificando.”

El segundo concepto señalado: hardiness o personalidad resistente, propuesto por Kobasa (1979), surge de forma casi simultánea con el concepto de resiliencia y se parece al concepto inicial de la resiliencia que era considerado como rasgo de la personalidad. Se entiende al patrón de la personalidad resistente como una serie de actitudes y acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes de potenciales desastres a oportunidades de crecimiento (Maddi, 2002; Maddi & Khoshaba, 2005). Se ha señalado que la personalidad resistente se fundamenta en tres actitudes: compromiso, control y reto. El compromiso surge de la implicación con otras personas,

las cosas y el entorno, permitiendo que se desarrolle el sentido de propósito y la conexión con los demás; el control estriba en la sensación de que se puede tener influencia en lo que pasa en nuestro entorno, y el reto consiste en una actitud de aceptación y aprendizaje continuo ante el estrés y las adversidades. Todas estas actitudes promueven la transformación de los estresores en oportunidades de crecimiento o ventajas (Maddi, 2002). En este último aspecto está claro el paralelismo con la noción de resiliencia, pero se distancia en el enfoque de estudio. En las teorías acerca de la personalidad resistente, el fundamento es el individuo y en las características que construyen este tipo de personalidad, mientras que en la resiliencia, lo más importante es cómo la adversidad puede transformarse en mejoras.

Características de las personas resilientes

Las personas resilientes, son aquellas que al estar atravesando por situaciones de adversidad, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores que les permitan sobreponerse rápidamente a la adversidad, continuar con su crecimiento y desarrollo personal adecuado, lo que les propicia llegar a la etapa de vida de adulto, de manera competente, a pesar de haber atravesado situaciones desfavorables durante la niñez y adolescencia.

La resiliencia no debe ser considerada como una capacidad estática, esto es debido a que durante diferentes etapas de vida y situaciones cotidianas puede variar, por tanto, la resiliencia se logra como resultado del equilibrio que se produce entre los factores de riesgo, factores protectores y las características de la personalidad del individuo. En base a esto, se pueden elaborar, de manera positiva, un análisis de aquellas situaciones que son desfavorables para el mantenimiento de la resiliencia. De acuerdo Munist et al (1998), no se debe olvidar que la resiliencia es una condición dinámica en constante evolución, cambio y muy vulnerable a situaciones del entorno y la personalidad.

Desarrollo de la Resiliencia

García, Rodríguez & Zamora, (2009) señala que la resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen, pues para el desarrollo de la resiliencia, es necesario una serie de conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Es un enfoque distinto a través de los cuales, los seres humanos afrontan diversas situaciones que les generan estrés como las malas condiciones y abusos en la familia, periodos de reclusión, crisis producidas por situaciones como viudez, separación de la pareja, muerte de los padres, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole.

En este punto, entra a tallar el concepto “Personalidad Resiliente”, que de acuerdo al castellano significa fortaleza personal, mientras que el vocablo inglés nos hablaría de “hardiness” que significa dureza, solidez, severidad y su propio significado, nos habla de una persona “dura”, fuerte y capaz de hacer frente a las más diversas adversidades que la vida cotidiana puede ponerle por delante. Según Kobasa, Maddi y Kahn, (1993), una personalidad resiliente nos transmite una idea de protección frente a los inevitables estresores de la vida cotidiana. La Personalidad Resiliente es un concepto que integra tres dimensiones que han sido señaladas con las tres letras “C”, de compromiso, Control y Cambio (reto o desafío).

El compromiso presupone la autenticidad, la condición de creer en la certeza y el valor de lo que uno hace, el reconocerse a sí mismo como persona valiosa y capaz de lograr determinadas metas y propósitos existenciales que se proponga, el ser capaz de tomar responsablemente decisiones congruentes con los principios y valores y, como consecuencia, comprometerse con las consecuencias de las mismas. El compromiso supone la necesidad de que la persona esté implicada en las distintas situaciones de la vida y que no sólo sea un simple espectador en las situaciones en las que participa, tanto en el medio familiar, conyugal, laboral, social y recreativo. Las personas comprometidas se diferencian de las no comprometidas en que estas dejan que pasen las situaciones y no toman partido en ellas, mientras que las personas comprometidas

son las protagonistas, aquellas que fomentan que las cosas ocurran, además de que se preocupan por su bienestar y el bienestar de las otras personas. Para desarrollar el compromiso también es necesario que las personas estén identificadas con un sentimiento de comunidad, deben sentir que pertenecen al grupo social en que se desenvuelven, tener disposición para ayudar a los otros, y también para recibir y beneficiarse con su apoyo cuando así lo necesite (Medina, 2009).

La segunda característica que presentan las personas con personalidad resiliente es la cualidad de control, siendo esta una de las características más estudiadas en el campo de acción de la Psicología de la Salud, las personas que poseen una personalidad con cualidad de control es que son propensas a pensar y actuar con la convicción de que son ellos los únicos que pueden decidir o pautar el curso de los acontecimientos y no situaciones del azar. Cuando las personas con personalidad con la cualidad de control presentan situaciones de “fracaso”, no pierden tiempo en buscar culpables ni tampoco lo gastan lamentándose de sus desgracias, de su ineficacia o de la ineficacia de otras personas, por el contrario, asumen sus responsabilidades de manera autónoma y responsable, porque se consideran personas con la capacidad de cambiar favorablemente el curso de los acontecimientos o diversas situaciones de la vida diaria. Las personas con la cualidad de control, son personas autoeficaces, que se sienten seguras de sí mismas, no se dejan influenciar fácilmente y por ello, son capaces de optimizar su potencial humano, aun si se encuentran en situaciones muy difíciles y desfavorables, a pesar de tener pocos recursos de afrontamiento efectivo, son capaces de utilizarlos eficientemente para su autosuperación (Medina, 2009). Mientras que las personas que no tienen cualidades de control, a pesar de que pueden ser muy capaces son más propensos a fracasar cuando se les presentan pequeños obstáculos, porque como se consideran personas sin control, rápidamente claudican en el intento de afrontar las situaciones adversas y abandonan los intentos de afrontamiento, dándose por vencidos antes de tiempo, esto los lleva a ser personas temerosas ante los riesgos de la vida, perciben casi todo como una fuente de amenaza o peligro y sienten que sus capacidades de control son desbordadas.

La tercera cualidad de las personalidades resilientes es el cambio, que se representa como el reto o desafío, estas personas asumen el cambio como un aspecto muy favorable en sus vidas, las personas que poseen la cualidad de ver la vida como un reto, consideran que las distintas dificultades por las que atraviesan los seres humanos, disyuntivas de cambio, representan una constante oportunidad de crecimiento personal y de mejorar su situación más que percibirlos como un peligro o amenaza, en estas personas predominan las emociones positivas, son personas que se muestran con energía y fuerza para vivir, son propensas a entrar en crisis de cólera, pero es muy raro que les afecte la depresión y la angustia, lo cual propicia que sean personas con altos grados de bienestar (Medina, 2009).

Pilares de la Resiliencia

En una serie de investigaciones precedentes se ha logrado identificar que ciertos atributos de la persona constituyen la base de ser resiliente. Estos son los siguientes (Medina, 2009):

Autoestima consistente: Es el fundamento de los demás pilares y es resultado de los cuidados afectivos consecuente que un niño o adolescente recibe por parte de un adulto significativo, con lo cual se logra que sea “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta, la introspección se origina en la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro, de allí que cuando la autoestima no es sólida, los niños y sobre todo los adolescentes son más propensos o vulnerables a ser captados por grupos de adolescentes adictos o delincuentes, porque sienten que tener algún tipo de reconocimiento les es útil en su vida.

Independencia: Consiste en saber fijar límites entre uno mismo y el medio exterior; es la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento y a su vez depende de la forma como las personas perciben el principio de realidad, con lo cual pueden juzgar una situación sin tener en cuenta los deseos de la persona. Esta situación se hace palpable en los casos de abuso en los que esta capacidad se pone en juego.

Capacidad de relacionarse: Entendida como la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, contribuye a balancear la propia necesidad de afecto por medio de la actitud de brindarse a otros. La autoestima baja o por el contrario, aquella que es extremadamente alta produce aislamiento: cuando es baja, el aislamiento se da por la autoexclusión vergonzante y cuando es muy alta puede generar rechazo por la actitud prepotente que caracterizaría a estas personas.

Iniciativa: Consiste en el gusto por exigirse y ponerse a prueba en tareas que cada vez se hacen más exigentes.

Humor. Consiste en encontrar el lado gracioso en las propias tragedias o problemas, el humor posibilita ahorrarse sentimientos negativos, así sea de forma transitoria y soportar situaciones adversas.

Creatividad: Es la capacidad que tienen las personas de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, surge como resultado de la capacidad de reflexión, y se empieza a formar en los juegos de infancia.

Moralidad: Es la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores, a través de la moralidad se sientan las bases del buen trato hacia las otras personas.

Capacidad de pensamiento crítico. Es un pilar de segundo grado, que se forma a partir de la combinación de todos los otros pilares y permite analizar de manera crítica las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta, gracias al pensamiento crítico se pueden proponer modos de enfrentar y cambiar las situaciones adversas (Medina, 2009).

Resiliencia familiar

Walsh (2004) define la resiliencia familiar como “los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional”. De acuerdo a la autora, el aspecto más importante a considerar es que las crisis y los retos persistentes ejercen influencia en todos los integrantes de la familia, siendo los procesos familiares claves los que influyen en la recuperación y resiliencia tanto de los miembros vulnerables como de la propia unidad familiar. Estudios realizados por Walsh (2004), le permitieron identificar una serie de procesos que interactúan entre sí y son mutuamente sinérgicos, los cuales constituyen la base o pilares fundamentales de la resiliencia familiar. Primeramente destaca que los sistemas de creencias familiares resilientes son el dotar de sentido a la adversidad, la perspectiva positiva y la trascendencia y espiritualidad. Luego señala a los patrones familiares de flexibilidad y conexión así como recursos sociales y económicos, y finalmente resalta la importancia de la calidad de los procesos comunicativos familiares, en los que debe existir antes que nada la claridad, una expresión emocional sincera y la colaboración participativa de todos los miembros de la familia para la resolución de los problemas.

Un estudio más reciente realizado por Keri Black y Marie Lobo (2008) describen diez factores de resiliencia en las familias: perspectiva positiva -sostenida a través de la confianza, el optimismo y el sentido del humor-, la espiritualidad –entendida como un sistema de valores que le da sentido a la adversidad-, las relaciones de cohesión y nutrición entre sus miembros, la flexibilidad, la comunicación familiar -en la que está presente la expresión emocional abierta, la claridad y las estrategias de resolución de

conflictos-, el tiempo familiar y la recreación compartida, las rutinas y rituales familiares que se mantienen incluso en tiempos de crisis familiar, la solidez en el manejo de los recursos económicos familiares y las redes de apoyo sociales.

Un estudio realizado por McCubbin, McCubbin, Thompson, Han y Allen (1997), señalan tres tipos de factores: los factores protectores familiares que ayudan a la familia a persistir a pesar de los riesgos, estos incluyen a las costumbres y tradiciones familiares, así como a los valores compartidos, los factores de recuperación familiar que ayudan a la familia a resurgir de la adversidad, entre los que se incluyen al optimismo y la integración familiar- y los factores generales de resiliencia familiar, entre los que destacan la comunicación familiar, la resolución de problemas, la flexibilidad, el apoyo social y la salud-. Además señalan que se debe considerar que la resiliencia es reconocida generalmente como un constructo multidimensional. Por tanto, en resiliencia familiar se identifican frecuentemente tres dimensiones como claves en los procesos resilientes. En los estudios de Simon, Murphy y Smith (2005), acerca de la comprensión y la promoción de la resiliencia familiar, señalan que la primera dimensión a tener en cuenta, es la duración de la situación adversa por la que pasa la familia, pudiendo definirse como reto si se da en un corto plazo o crisis si tiene una larga duración. La segunda dimensión es el momento de la vida en la que la familia se encuentra con la crisis o el reto. Por ejemplo, los factores de resiliencia que necesitaría una familia con niños en edad preescolar serán indudablemente diferentes a los que requiere otra familia en la que todos sus miembros son adultos. La tercera dimensión está relacionada con las fuentes de apoyo internas o externas que la familia usa durante el reto o la crisis.

El último enfoque en el estudio de la resiliencia familiar permite no sólo la intervención en familias en crisis y con situaciones de adversidad persistentes, sino que además supone una herramienta de prevención eficaz a través del desarrollo de fortalezas familiares y de la capacidad de adaptación a lo largo del ciclo vital. De acuerdo a lo señalado por Walsh (2002): “al fortalecer la resiliencia familiar construimos recursos

en la familia para que pueda afrontar nuevos retos más eficazmente. De esta manera, cada intervención es también una medida preventiva”.

Recién nacidos prematuros

Concepto

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días (Ministerio de Salud, 2012). Según la OMS se considera prematuro un recién nacido vivo antes de que hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los recién nacidos prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional (Organización Mundial de la Salud, 2016):

- Prematuros extremos (<28 semanas).
- Muy prematuros (28 a <32semanas).
- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37semanas).

El diagnóstico de la edad gestacional se hace con el Método de Capurro y se corrobora a las 24 horas con el Método de Ballard. En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso que indica (Ministerio de Salud, 2012):

- Bajo peso al nacer: menor de 2,500 gr. independientemente de la edad gestacional.
- Muy bajo peso al nacer: menor de 1,500 gr.
- Peso extremadamente bajo al nacer: menor de 1,000 gr.

Morbilidad prevalente en el recién nacido prematuro

La morbilidad prevalente del recién nacido prematuro, es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, debido al acortamiento del periodo gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria;

con frecuencia el test de APGAR es bajo y necesita reanimación neonatal. Entre las más importantes se tienen:

Patología respiratoria

La función pulmonar del recién nacido prematuro, está afectada por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar. La patología respiratoria es la primera causa de morbilidad del pretérmino y viene representada por el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, seguida de las apneas del pretérmino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición (Araujo, 2014).

Patología neurológica

La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal, debido a que el desarrollo del SNC, se produce con cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. La leucomalacia periventricular representa el daño hipóxico de la sustancia blanca y su incidencia es del 1-3 % en los pretérmino de muy bajo peso. La sintomatología neurológica del neonato pretérmino es a menudo muy leve, generalizada y bizarra, con escasos signos focales. La permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefálica puede producir kernicterus con cifras de bilirrubinemia relativamente bajas. La inmadurez hepática y la demora del tránsito digestivo hacen que sea más frecuente la hiperbilirrubinemia. Existen curvas de tasas de bilirrubina,

edad y peso que hacen la indicación terapéutica con márgenes de seguridad (Rodríguez, 2010).

Oftamológicas

En el recién nacido pretérmino es frecuente que desarrollen retinopatía del pretérmino (ROP), las formas más severas aparecen con edad gestacional inferior a 28 semanas y peso inferior de 1000gr (Araujo, 2014).

Cardiovasculares

La hipotensión arterial precoz, es más frecuente cuanto menor es el peso, esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardíaca. La persistencia del ductus arterioso (PDA), una patología prevalente en los pretérmino, debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente (Araujo, 2014).

Gastrointestinales

La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante (NEC), la motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presenta retrasos de la evacuación y meteorismo (Araujo, 2014).

Alteraciones metabólicas

Araujo (2014), señala que la termorregulación, está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia.

Inmunológicas

El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz y la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su diagnóstico (Araujo, 2014).

Antecedentes investigativos

Escartí, Boronat, Llopis, Torres y Vento. (España, 2016), realizaron un estudio titulado: Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros. Señalan que la prematuridad se acompaña de patología severa, estancias prolongadas en el hospital e incertidumbre acerca del futuro de los pacientes. Estas circunstancias suponen un estrés que puede afectar al funcionamiento de la familia. Resultados: los padres del grupo control obtuvieron puntuaciones más elevadas que los de los prematuros en todos los parámetros estudiados. Los padres de prematuros sin patología se diferenciaron de los controles en dos factores de resiliencia familiar: experiencias positivas y experiencias de compensación y en estrés, mientras que los padres de niños prematuros con patología percibieron significativamente menor resiliencia familiar y más estrés por la crianza de sus hijos. Concluyen que la prematuridad es un factor de riesgo para el funcionamiento familiar, ya que ocasiona un alto grado de estrés parental y dificulta el desarrollo de factores de protección como es la resiliencia.

Wormald y cols (Argentina, 2015), en su estudio titulado: Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Refiere que el nacimiento de un hijo prematuro es un evento estresante para sus padres. Participaron del estudio 273 padres / madres de un total de 218 RNMBPN. El estrés parental total promedio fue de $3,1 \pm 0,8$, y la subescala rol parental fue aquella que puntuó más alto (3,6). Tener un menor nivel educacional, estar desempleado, no haber tomado al recién nacido en brazos y el requerimiento de apoyo ventilatorio se asociaron a mayor estrés parental. El estrés fue

mayor en madres que en padres y en centros públicos que en privados. En este estudio concluyen que en padres de RNMBPN, se encontró un estrés inicial moderado. El factor más relevante fue la alteración en su rol parental. El estrés parental fue mayor en las madres y en los centros públicos.

Herreros (España, 2015), en su estudio titulado: La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería. Señala que en la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil, y una de las principales prioridades sanitarias. Partiendo del factor de por sí estresante que es el parto prematuro, los otros factores que se ha visto que influyen en la respuesta emocional y psicosocial de los progenitores son: el ambiente de la UCIN, la apariencia y conducta del niño/a, la pérdida de las expectativas generadas durante el embarazo, la separación del bebé, la comunicación con el personal, la situación socio-económica, y el retraso en el establecimiento del vínculo y sentimiento de pérdida del rol parental. Por tanto se puede decir que la experiencia de la UCIN conlleva una serie de sentimientos y emociones dolorosas, en el que se ven afectados varios sectores de la vida cotidiana. Es importante que los profesionales de la salud lo comprendan, sin olvidar que los cuidados serán individualizados y adaptados a las necesidades de cada progenitor.

Dos Santos y cols (Brasil, 2013) en su estudio intitulado: Cambios en la familia por la hospitalización del prematuro en cuidados intensivos: un estudio con puérperas. Señalan que la hospitalización de los recién nacidos prematuros (RNPT) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) impacta en la dinámica y en la estructura familiar y puede causar inseguridad, frustración, el estrés, el miedo, la incertidumbre y la culpa, especialmente a los padres. Las madres perciben los cambios en el funcionamiento familiar; miembros de la familia son considerados por los trabajadores de la salud como visitantes; la familia utiliza varias estrategias para apoyar a las mujeres después del parto en este hospital y ella considera su espiritualidad / religiosidad como un recurso de apoyo. Se concluyó que las madres perciben el cambio

en la rutina de la familia por medio de la adaptación de los padres y abuelos y los turnos en el cuidado de los niños que se quedaron en casa, actuando como una red de apoyo que se utiliza como una estrategia de enfrentamiento.

Hipótesis

Un mayor desajuste del comportamiento psicosocial se relaciona con una baja y moderada resiliencia en los padres de recién nacidos prematuros.





CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo correlacional, porque se estableció la relación entre las variables mediante pruebas estadísticas apropiadas para tal fin, y es transversal porque los datos fueron obtenidos en un período de tiempo establecido. (Schaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007).

Técnicas e instrumentos

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta.

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

Inventario del desajuste del comportamiento psicosocial (INDACPS): fue creado por Reyes y Sánchez (2010). Es un instrumento diseñado para evaluar el nivel o grado de desajuste de nueve comportamientos psicosociales: Inestabilidad emocional, agresividad, resentimiento, baja autoestima, desconfianza, desesperanza, dependencia, desajuste familiar y desajuste social. Adicionalmente el INDACPS tiene una escala para verificar el grado de veracidad o sinceridad de las respuestas de los sujetos. Este instrumento está conformado por 8 reactivos por cada una de las 10 escalas, haciendo un total de 80 reactivos. Se presenta bajo la forma de cuadernillo de 80 frases con 3 tipos de respuesta de tipo tricotómico que permitirán una mayor riqueza de expresión conductual por parte de los sujetos examinados. El INDACPS puede ser administrado en forma individual o colectiva. Cada reactivo se presenta con tres alternativas de respuesta: Siempre (2 puntos), A veces (1 punto), Nunca (0 puntos), siendo el puntaje más alto de cada reactivo el directamente relacionado al desajuste. A nivel de todo el inventario, el máximo puntaje es 144 y el mínimo 0. El instrumento ha sido validado en diversos estudios demostrando su confiabilidad. Para el presente estudio, se utilizó la versión validada por Velásquez (1998) en el Perú, quienes validaron el instrumento en adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 25 años encuentran un

nivel de confiabilidad de 0.89, a través del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach y su validez a un nivel de 0.05. La calificación final se realizó de acuerdo a las siguientes categorías para cada dimensión: alto (11 – 15 puntos), medio (5 – 10 puntos) y bajo (0 – 4 puntos). De forma global las categorías son: alto desajuste (108 – 160 puntos), desajuste medio (54 – 107 puntos) y bajo desajuste (0 – 53 puntos).

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, con el propósito de identificar la capacidad de resiliencia individual, considerando a la misma como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo frente a situaciones de alta vulnerabilidad. Fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicaron el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor capacidad de resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

Según Wagnild (2009), la capacidad de resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. La Resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra. Puede entenderse aplicada a la psicología como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

La Escala de Capacidad de Resiliencia tiene como componentes analizados en la Cédula los siguientes (Wagnild, 2009):

Cuadro 1

Componentes de la Escala de Capacidad de Resiliencia

Componentes	Significado	Ítems
Confianza en sí mismo	Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades. Habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones	2, 9, 13, 18 y 23
Ecuanimidad	Habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y esperar tranquilo y, tomar las cosas como vengan. Frecuentemente tienen buen sentido del humor.	7, 12, 16, 19, 22
Perseverancia	Es el acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y de practicar la autodisciplina.	1, 10, 14, 20, 24
Satisfacción personal	Comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.	4, 6, 11, 15 y 21
Sentirse bien solo	Comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias.	3, 5, 8, 17 y 25

La escala de resiliencia tiene una consistencia confiable con un coeficiente alfa en un rango entre 0.84 a 0.94, tanto en adolescentes como personas adultas. El rango de resultados se presenta en el siguiente cuadro (Wagnild, 2009)

Cuadro 2

Categorías y puntajes de la Escala de Capacidad de Resiliencia

Resiliencia	
Categoría	Puntaje
Alta	146- 175
Moderada	121-145
Baja	25-120

Para el estudio se utilizó la versión validada en el Perú por Novella (2002) en madres adolescentes, la cual tuvo una confiabilidad calculada por el método de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0,89. Una validación realizada en adolescentes de Lima reporta el coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 (Flores, 2008).

Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por los padres de los recién nacidos prematuros que fueron hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo comprendido entre los meses de julio del año 2016 a febrero del 2017.

Muestra

No se trabajó con muestra, sino con todos los padres de recién nacidos prematuros que nacieron durante el periodo de estudio señalado, debido a que muchos de los recién nacidos prematuros que nacen en el hospital presentan una serie de complicaciones médicas perinatales por los cuales varios son trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y muchos otros fallecen en las primeras horas o días luego del nacimiento y esto disminuye la población accesible para el estudio, es por ello, que no

se consideró el cálculo de una muestra, porque según Paredes (2011) si la población es menor a 100 personas, no se trabajará con muestra sino con el total de la población para asegurar la representatividad de la misma, eligiendo a las unidades de estudio según sea el cumplimiento de los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión considerados en nuestro estudio fueron:

Criterios de inclusión:

Madres y/o padres de recién nacidos prematuros que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y que aceptaron participar en el estudio.

Madres y/o padres que hablaban castellano.

Madres y/o padres sin límite de edad.

Madres y/o padres cuyo estado civil era: soltero, casado, conviviente, separado o viudos.

Madres primíparas o multíparas.

Criterios de exclusión:

Madres y/o padres de recién nacidos prematuros que presentaban pocas probabilidades de sobrevivir según información del médico.

La población de estudio estuvo conformada por 71 padres de familia.

Estrategias de recolección de datos

Después de que el proyecto fue aprobado, se solicitó al Decano del Programa Profesional de Psicología una carta de presentación de las investigadoras dirigida al Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para que nos autoricen la

realización de la investigación, facilitándonos la información necesaria acerca de la población de estudio y el acceso a la misma.

En el Servicio de Neonatología se realizaron las coordinaciones necesarias con el personal médico y de enfermería que atendía a los recién nacidos prematuros a efectos de poder captar a los padres de los neonatos. La población de estudio fue captada diariamente y se les solicitó su participación previa explicación del propósito de la investigación.

La etapa de recolección de datos tuvo una duración de cuatro semanas, luego de las cuales se realizó la tabulación de los datos y el análisis estadístico de los mismos. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos. El estudio se realizó durante los meses de julio del 2016 al mes de agosto del 2017.

Criterios de procesamiento de información

Los datos obtenidos fueron tabulados en una matriz de Excel y luego se realizó el análisis estadístico. Se aplicaron pruebas de significancia como el Ji cuadrado para establecer la relación entre las variables.

CAPÍTULO III: RESULTADOS



Resultados

Tabla 1

Correlación entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de los padres

Grado de Desajuste del CP*	Alto (24)		Medio (46)		Bajo (1)		Total	
Resiliencia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Moderada	11	31	24	69	0	0	35	49
Baja	13	36	22	61	1	3	36	51

*CP = Comportamiento Psicosocial

$$X^2 = 4,162$$

$$p < 0,05$$

En la tabla N° 1, se observa que los padres de los recién nacidos prematuros que tienen resiliencia moderada, son quienes más presentan desajuste del comportamiento psicosocial medio; mientras que los padres con resiliencia baja presentan de forma más frecuente, alto grado de desajuste del comportamiento psicosocial.

La Prueba de Ji cuadrado encuentra correlación estadísticamente significativa entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de los padres.

Tabla 2

Grado de desajuste del comportamiento psicosocial de los padres

Grado de desajuste del comportamiento psicosocial	Nº	%
Alto	24	34
Medio	46	65
Bajo	1	1
Total	71	100

En la tabla N° 2, se observa que el 65% de padres presentan grado medio de desajuste del comportamiento psicosocial, el 34% presentan alto grado de desajuste y el 1% tiene grado bajo de desajuste.

Tabla 3

Resiliencia de los padres

Resiliencia	Nº	%
Alta	0	0
Moderada	35	49
Baja	36	51
Total	71	100

En la tabla N° 3, se observa que el 51% de padres presentan resiliencia baja, el 35% presentan resiliencia moderada y ningún padre presenta resiliencia alta.

Tabla 4
Influencia de la edad, estado civil, tipo de familia y paridad en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial de los padres

Grado de desajuste CP	Alto (24)	Medio (46)	Bajo (1)	Total	X ²	P
Característica						
Edad del padre:						
< 20	0	1	1	2	2,5760	>0,05
20 – 30	14	16	0	30		
31 – 40	5	23	0	28		
41 – 50	5	6	0	11		
Edad de la madre:						
< 20	9	1	0	10	6,2190	< 0,05
20 – 30	11	24	0	35		
31 – 40	3	21	1	25		
41 – 50	1	0	0	1		
Estado civil:						
Solteros	5	2	1	8	6,1294	< 0,05
Casados	7	7	0	14		
Convivientes	12	37	0	49		
Tipo de familia:						
Nuclear	11	39	0	50	10,5242	< 0,05
Compuesta	10	6	1	17		
Monoparental	3	1	0	4		
Paridad:						
Primípara	15	16	0	31	5,2304	< 0,05
Secundípara	5	18	0	23		
Múltipara	4	12	1	17		

En la tabla N° 4 se observa que la edad de la madre, estado civil, tipo de familia y la paridad, influyen de forma estadísticamente significativa con el grado de desajuste del comportamiento psicosocial ($p < 0,05$). No se encontró influencia de la edad del padre en el desajuste del comportamiento psicosocial.

Tabla 5
Influencia de la edad, estado civil, tipo de familia y paridad en la resiliencia de los padres

Resiliencia						
	Moderada	Baja	Alta	Total	X ²	P
Característica	(35)	(36)	(0)			
Edad del padre:						
< 20	1	1	0	2	1,7523	> 0,05
20 – 30	12	18	0	30		
31 – 40	16	12	0	28		
41 – 50	6	5	0	11		
Edad de la madre:						
< 20	2	8	0	10	2,4599	> 0,05
20 – 30	17	18	0	35		
31 – 40	16	9	0	25		
41 – 50	0	1	0	1		
Estado civil:						
Solteros	6	2	0	8	2,3832	> 0,05
Casados	9	5	0	14		
Convivientes	20	29	0	49		
Tipo de familia:						
Nuclear	25	25	0	50	0,0335	> 0,05
Compuesta	9	8	0	17		
Monoparental	1	3	0	4		
Paridad:						
Primípara	9	22	0	31	9,0393	< 0,05
Segundipara	16	7	0	23		
Múltipara	10	7	0	17		

En la tabla N° 5 se observa que la paridad es la única característica de los padres que influye de forma estadísticamente significativa con la resiliencia ($p < 0,05$). No se encontró influencia de la edad del padre, edad de la madre, estado civil y tipo de familia en la resiliencia.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación, evidencian que existe correlación estadística entre las variables desajuste del comportamiento psicosocial y resiliencia; por lo que se puede afirmar que la hipótesis planteada ha sido verificada, dado que ambas variables son dependientes.

En la tabla N° 1, observamos que según resultados de la prueba de Ji cuadrado, existe correlación estadísticamente significativa entre el grado de desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia, es decir, que los padres que tienen resiliencia moderada presentan con mayor frecuencia desajuste del comportamiento psicosocial en nivel medio (69%) y los padres que tienen resiliencia baja, presentan altos niveles de desajuste (36%). Esto se debe, según lo citado por la literatura y de acuerdo a nuestro entendimiento al hecho de que la resiliencia es un factor de protección que nos ayuda a poder sobrellevar mejor los problemas o situaciones difíciles que pueden surgir en las diferentes etapas de nuestra vida y es precisamente, el nacimiento de un hijo prematuro, una situación que genera gran incertidumbre y estrés, por el temor a la pérdida del recién nacido, por los altos costos en el tratamiento médico que demanda su atención, así como también porque el nacimiento prematuro suele estar asociado al desarrollo de una serie de complicaciones muchas veces graves, que sin lugar a dudas, generan demasiado estrés y pesar en los padres y la familia en general, por tanto surge el desajuste del comportamiento, manifestado por inestabilidad emocional, agresividad, cierto grado de resentimiento, baja autoestima, desconfianza, desesperanza, mayor dependencia de los padres tanto hacia la familia extensa como al personal de salud que atiende al recién nacido, así como también desajuste familiar y social.

En la tabla N° 2 encontramos que el 65% de padres de recién nacidos prematuros presentan grado medio de desajuste del comportamiento psicosocial.

Resultados similares han sido reportados por Escartí, Boronat, Llopis, Torres y Vento (2016), quienes encuentran que la prematuridad es un factor de riesgo para el

funcionamiento familiar, ya que ocasiona un alto grado de estrés parental, lo cual genera desajuste en el comportamiento psicosocial. De manera similar, en el estudio de Wormald y cols (2015), encontraron un grado moderado de estrés en los padres de los prematuros. En el estudio de Herreros (2015), también encontraron que los padres de los recién nacidos prematuros, están sometidos a altos grados de estrés lo que favorece una respuesta psicosocial desadaptada.

En la tabla N° 3, se observó que la resiliencia de los padres es baja en 51% y moderada en 49%, ninguno de los padres o madres evaluados presentan resiliencia

alta, lo cual podemos explicarlo en las características de la población atendida en el Hospital regional Honorio delgado, la misma que por lo general es de escasos recursos económicos y presentan una condición social deficiente, con bajo nivel de instrucción, subempleo o desempleo, lo cual se relaciona con la presencia de situaciones adversas en la vida, que muchas veces no se logran superar de forma adecuada justamente por la baja resiliencia y una ausencia en la formación de la misma. Nuestros resultados también concuerdan con el estudio de Escartí, Boronat, Llopis, Torres y Vento (2016), dado que en su investigación encontraron baja resiliencia. La literatura señala que la resiliencia, significa superar las experiencias difíciles, y es una cualidad que las personas van desarrollando en base a sus experiencias y necesidades. Según Gonzáles (2005), la resiliencia entendida como la facultad de recuperación frente a la adversidad, implica dos factores: la resiliencia frente a la destrucción, que es la capacidad de proteger la vida propia y la integridad ante las presiones deformantes y la otra, es la capacidad para construir conductas vitales positivas a pesar de que la persona deba enfrentarse a circunstancias complejas.

En la tabla N° 4 se encontró que la edad de la madre, estado civil, tipo de familia y la paridad influyen de forma significativa en el grado de comportamiento psicosocial. Algunos resultados similares fueron descritos por Wormald y cols (2015) quienes indican que tener un menor nivel educacional y estar desempleado incrementa el estrés parental.

Un estudio realizado por Sánchez (2013), señala que la edad de la madre, es un factor importante que promueve un mayor desarrollo de comportamiento psicosocial, explica que las madres adolescentes presentan niveles muy altos de desajuste debido a que todavía se encuentran en proceso de maduración física, emocional y social, y además, muchas veces carecen de apoyo familiar y conyugal adecuado, que les permita afrontar de manera exitosa una situación vital estresante, como es el caso del nacimiento de un hijo prematuro, porque este hecho genera conflictos personales, agrava las relaciones con la familia, porque existe la demanda de gasto de recursos económicos que muchas veces no pueden afrontar. Situación distinta podría ocurrir en el caso de las madres cuya edad es mayor, porque generalmente estas mujeres ya han concluido sus estudios, y tienen un empleo y solvencia económica que les permite afrontar la situación de manera más adecuada.

En nuestro estudio hemos encontrado que la mayoría de padres son convivientes, y al respecto, podemos señalar que en nuestra sociedad, este tipo de modelo de convivencia es muy frecuente, y en muchos casos constituye una etapa de transición previa al matrimonio; mientras que otras parejas adoptan esta opción para su unión permanente y a pesar de tener una relación con adecuados vínculos sentimentales, conyugales y familiares, optan por no formalizar su relación.

Con respecto a la adaptación de los adultos divorciados, se ha documentado un mayor riesgo de problemas de salud (Williams y Umberson, 2004), malestar psicológico y aislamiento social (Mitcham-Smith y Henry, 2007; Yáñez-Yaben, 2008). Los estudios señalan que las situaciones que representan mayor riesgo en la adaptación, se observa en las familias encabezadas por madres solteras o separadas, porque ellas asumen la mayor responsabilidad sobre los hijos, el manejo del hogar los hijos y, esto es más importante y grave aun cuando se trata de madres jóvenes y de escasos recursos económicos (Ahn, 2012; Menéndez, Hidalgo, Jiménez, Lorence y Sánchez, 2010). Esto se debe a que a pesar de que muchos hogares sean estables, en la mayoría de casos, nos encontramos con madres desempleadas o que no tienen trabajo estable, asociado a un menor nivel educativo, por lo general se encuentran subempleadas y sus trabajos

son mal remunerados y durante el embarazo presentan situaciones de riesgo asociadas a un inadecuado control prenatal, infecciones frecuentes, anemia gestacional, escaso apoyo conyugal y familiar, maltrato en sus diversas modalidades, y a su vez, se genera un mayor riesgo para el nacimiento prematuro de sus hijos, situación que contribuye a agravar el desajuste, porque ese hecho puede ser altamente estresante para la madre y el padre (Hill, 2011).

Asimismo, en relación al tipo de familia, podemos señalar que de acuerdo a la literatura los tipos de familia, han venido cambiando mucho en las últimas décadas y actualmente tenemos muchos modelos nuevos de familia, estos cambios en la composición o estructura familiar se deben también, a muchas características inherentes al momento histórico cultural en el que estamos inmersos, observando un aumento del retraso en la formalización de las parejas, disminución de la fecundidad, sobre todo en los niveles socioeconómicos A y B, un notorio aumento en el número de separaciones y divorcios de los padres (Martínez Estévez e Inglés, 2013).

En la tabla N° 5 observamos que solamente la paridad influye en la resiliencia, al respecto se considera que este resultado se debe a que la maternidad supone un reto importante para muchas madres, sobre todo en las mujeres más jóvenes y además es más fácil adaptarse a la adversidad de tener un recién nacido prematuro cuando ya se tienen otros hijos, mientras que en las mujeres primíparas la posibilidad de fallecimiento del recién nacido es una situación vital sumamente estresante para la madre especialmente.

Por tanto, se deduce que la experiencia de tener un recién nacido prematuro provoca muchos sentimientos y emociones dolorosas, los cuales se ven potenciados o minimizados por diferentes circunstancias de la vida diaria, y esto demuestra la importante participación que cumplen los profesionales que conforman en equipo multidisciplinario de salud para la comprensión de la problemática experimentada por los padres y la necesidad de los mismos de recibir apoyo social y sobre todo consejería o apoyo psicológico, el mismo que debe ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada padre y madre de familia.

Conclusiones

Primera: Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el desajuste del comportamiento psicosocial y la resiliencia de padres de recién nacidos prematuros ($P < 0,05$).

Segunda: El grado de desajuste del comportamiento psicosocial de los padres de recién nacidos prematuros es medio

Tercera: La resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros se encuentra en un nivel bajo

Cuarta: Las características sociodemográficas de los padres de recién nacidos prematuros, muestran que la edad de los padres y madres más frecuentes están comprendidas entre los 20 a 30 años respectivamente; el 69% son convivientes; el tipo de familia predominante es la nuclear y el de madres son primíparas.

Quinta: La edad de la madre, el estado civil, tipo de familia y la paridad influyen de forma estadísticamente significativa en el grado de desajuste del comportamiento psicosocial de los padres de recién nacidos prematuros ($p < 0,05$); mientras que solo la paridad influye de forma significativa en la resiliencia de los padres de recién nacidos prematuros ($p > 0,05$).

Sugerencias

Primera: Al Programa Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María

Se sugiere la realización de otros estudios de investigación que aborden la resiliencia y el desajuste del comportamiento psicosocial en otros tipos de poblaciones vulnerables, como pueden ser pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, enfermedades neoplásicas, así como alteraciones del desarrollo de los niños, con el propósito de analizar aspectos que podrían desarrollarse a través de actividades de extensión universitaria y que permitieran mejorar el comportamiento de estas variables en la sociedad.

Segunda: Al Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado

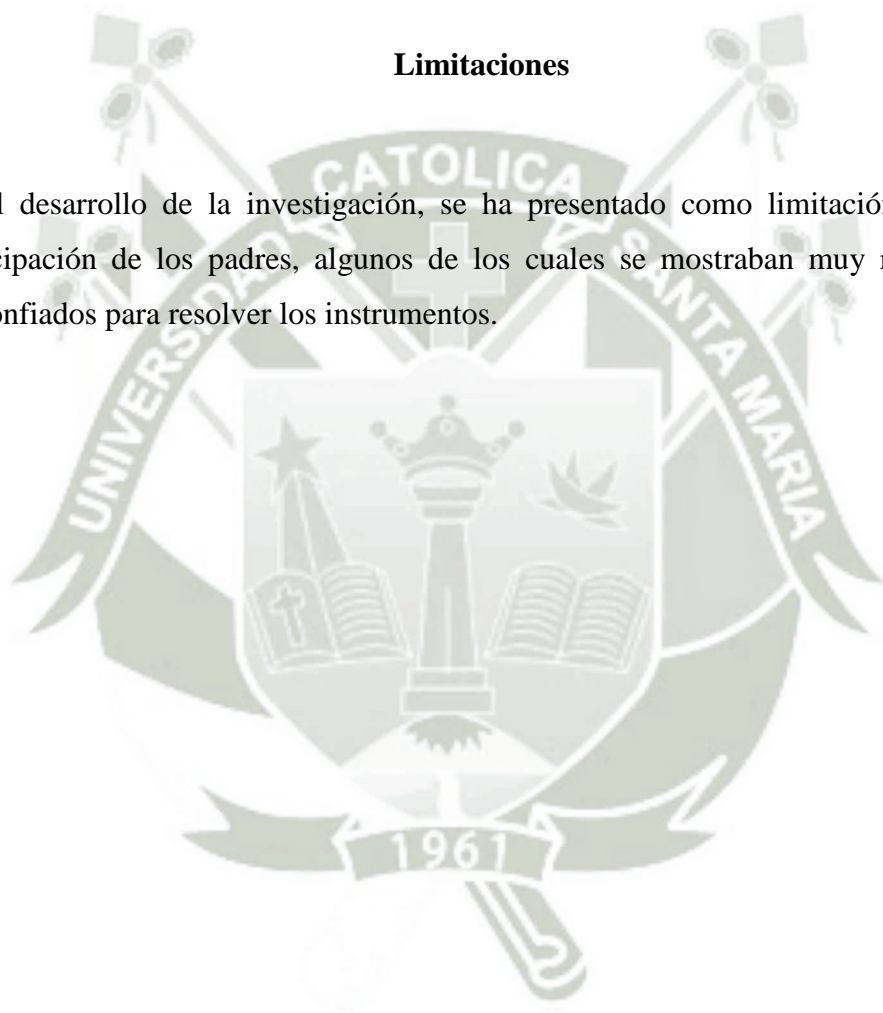
Se les sugiere que realice actividades dirigidas a promover una atención de alta calidad, eficiencia y sobre todo calidez para los pacientes y sus padres, comprendiendo que la prematurez es una situación que genera un alto grado de desajuste del comportamiento psicosocial y que los padres presentan baja resiliencia, se les debe ofrecer explicaciones claras, comprensivas y sinceras acerca del estado de salud y expectativas de vida de sus hijos, pero sobre todo, siempre se debe procurar brindarles un trato amable y el apoyo social e instrumental que requieren.

Tercera: Implementar un programa de orientación, que prepare a los padres psicológicamente para poder afrontar un posible parto prematuro, brindándoles toda la información clara y precisa. Esta orientación debe ir de la mano junto a la psicoprofilaxis

Con la finalidad de disminuir el impacto negativo del nacimiento prematuro, el personal de psicología del hospital deberá brindar consultas y atención personalizada a los padres de los recién nacidos prematuros para orientarles y ayudarlos en el proceso de adaptación y mejora de la resiliencia.

Limitaciones

En el desarrollo de la investigación, se ha presentado como limitación la escasa participación de los padres, algunos de los cuales se mostraban muy reticentes o desconfiados para resolver los instrumentos.



Referencias

- Alarcón, M. y Rubio, B. (2010). Estilos de Crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de 13 a 18 años de edad de la Institución Educativa “Juan Mejía Baca” del pueblo joven José Olaya. (Tesis de licenciatura) Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
- Ahn, H. (2012). Child care subsidy, child care costs, and employment of low-income single mothers. *Children and Youth Services Review*, 34(2), 379-387.
- Araujo E. (2014). Incidencia y factores de riesgo asociados a hemorragia intraventricular en recién nacidos prematuros atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom de enero 2012 a diciembre 2013. El Salvador: Universidad de El Salvador Posgrado de especialidades médicas.
- Bardales, E., La Serna, D. (2015). Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal, Chiclayo – 2014. Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para optar el Título de Licenciado en Psicología. Chiclayo.
- Barrio, M. (2009). Relación entre los niveles de depresión y niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de la institución educativa nacional José maría Arguedas, La victoria. (Tesis de licenciatura) Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
- Cyrulnik, B. (2003). El murmullo de los fantasmas. Barcelona: Gedisa.
- Domínguez, J. (2005) Resiliencia Después del Huracán Katrina y Rita. En red: www.apa-helpcenter.org/articles/article.php?id=114. (Fecha de acceso: 26 – 7 – 2016).
- Dos Santos, L. & cols. (2013). Cambios en la familia por la hospitalización del prematuro en cuidados intensivos: un estudio con puerperal. *Rev. baiana enferm*; 27(3).
- Escartí, A., Boronat, N., Llopis, R., Torres, R., Vento, M. (2016). Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros. *An. pediatri*;84(1):3-9.

- Galimbertí, M. (2012). Recién nacido prematuro internado en unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés maternal y modelos de intervención. Universidad de Mar del Plata, Argentina.
- Gomella, T. (2015). Neonatología: tratamientos, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos. 7ma edición. España: Mac Graw Hill – Lange.
- González, G. (2005). El concepto de Resiliencia .Caritas Argentina.
- Grandi, C., Gonzáles, M., Naddeo, S., Basualdo, N. & Salgado, M. (2008). Relación entre el estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá; 27 (2): 50 – 69.
- Herreros, M. (2015). La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería. Universidad del País Vasco.
- Hill, K. L. (2011). Single mothers - how are they doing? Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict, 15(1), 1-10.
- Jiménez, H. (2014). Consecuencias psicológicas en padres de recién nacidos prematuros. México.
- Martínez, M., Estévez, E & Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. Psicología.com, 17 (6), 1 – 22.
- Menéndez, S., Hidalgo, M. V., Jiménez, L., Lorence, B. y Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. Anales de Psicología, 26(2), 378-389.
- Mitcham-Smith, M. & Henry, J. (2007). Highconflict divorce solutions: parenting coordination as an innovative coparenting intervention. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 15, 368-373.
- Ministerio de Salud del Perú, Guía técnica: (2012). Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido prematuro. Lima.

- Munist M., Santos H., Kotliarenco M., Suárez E., Infante F. & Grothberg E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos.
- Musitu G. (2013). La resiliencia en el ámbito familiar y escolar. “Misión posible”. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla España.
- Novella A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Nacimientos prematuros. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> (Fecha de acceso: 17/04/2017).
- Paredes J. (2011). Metodología de la Investigación. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Portellano, J. (2007). Neuropsicología infantil. Madrid: Síntesis.
- Ponce, D. (2003) Conductas antisociales-delictivas y satisfacción familiar en grupos de estudiantes de quinto de secundaria de Lima Metropolitana. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Lima.
- Rodríguez S. y cols. (2010). El recién nacido prematuro. Asociación Española de pediatría (2): 68-77.
- Rutter, M. (1984): Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. Bv. J. of Psych., 147: pp. 589-611.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. Child Abuse and Neglect, 31, 205-209.
- Sánchez, H. (1993). Comportamiento Psicosocial y Salud Mental en Adolescentes de Lima, Lima- Perú, Revista Tradición.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2010). Metodología y diseños en la investigación científica. (4ta edición). Lima: Visión Universitaria.
- Sánchez, M. (2013). Variables familiares y sociales relacionadas al desajuste del comportamiento psicosocial. Papeles del Psicólogo, 41(3), 217 -222.

- Schaughnessy, J., Zechmeister, E. & Zechmeister, J. Métodos de Investigación en Psicología. 7ma edición. México: Mc Graw Hill, 2007.
- Tucker, J., Maguire, W. (2004). Epidemiology of preterm Barth. BMJ, volumen 329: 675-678.
- Velásquez, C. (1998). Desajuste del comportamiento psicosocial del estudiante de la UNMSM. IPSI Revista de investigación en psicología. Obtenido de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a08v1n2.pdf (fecha de acceso: 25 – 7 – 2016).
- Wagnild G. (2009). The resilience scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14).
- Williams, K. y Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. Journal of Health and Social Behavior, 45, 81-98.
- Wormald, F. & cols. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch. argent. Pediatr.2015;113(4):303-309.
- Yárnoz-Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de SESLA-S, una escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8, 103-116.

ANEXO 1

INVENTARIO DEL DESAJUSTE DEL COMPORTAMIENTO PSICOSOCIAL (INDACPS)

A continuación Ud. Encontrará 80 aseveraciones, frente a las cuales le pedimos que exprese su opinión personal. NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS. Se ha tratado de cubrir diversas y, aún, opuestos puntos de vista, por lo que se encontrará que estará de acuerdo con algunas y en desacuerdo con otras. Para responder, trace en cada caso un círculo en torno al signo que designa su respuesta de acuerdo al siguiente código: (SI): De Acuerdo (¿?): A veces (NO): En Desacuerdo (SI): Siempre (¿?): A veces (NO): Nunca

Ejemplos: 1. Tengo una serie de preocupaciones que no me dejan dormir (SI) (¿?) (NO) 2. Siento que soy incapaz de responder las preguntas que me hacen (SI) (¿?) (NO) Mis respuestas para la primera pregunta es que a veces tengo preocupaciones que no me dejan dormir, mientras que en el segundo caso Siempre siento que soy incapaz de responder las preguntas que me hacen.

Por escala el puntaje máximo es 15 y el mínimo es 0. A nivel de todo el inventario el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 144. La calificación final se realiza de acuerdo a las siguientes categorías para cada dimensión: alto (11 – 15 puntos), medio (5 – 10 puntos) y bajo (0 – 4 puntos). De forma global, las categorías son: alto desajuste (96 – 144 puntos), desajuste medio (48 – 95 puntos) y bajo desajuste (0 – 47 puntos).

Nro	Item	Si	No
1	De un tiempo a esta parte paro muy aburrido (a) y desganado (a).		
2	Si me ofenden o insultan soy capaz de responderles de igual modo.		
3	Siento que por los errores de los mayores me tratan injustamente.		
4	Me siento inseguro (a) de mí mismo (a).		

5	La vida es tan difícil que no podemos confiar ni en los amigos más cercanos.		
6	Creo que mis deseos no se realizarán por las pocas oportunidades que da la vida.		
7	Siento que necesito la opinión de los demás para continuar haciendo mis cosas.		
8	He tenido fuertes deseos de irme de mi casa.		
9	Siento vergüenza al hablar en público.		
10	Yo hago las cosas bien y correctamente.		
11	Estoy triste y deprimido.		
12	Me considero una persona muy agresiva.		
13	Debo valer muy poco, por ello muchas personas se han burlado de mí.		
14	Deseo frecuentemente ser otra persona.		
15	Desconfío que la gente me ayude cuando me encuentre en dificultades.		
16	Tengo muy pocas esperanzas en el futuro.		
17	Necesito la compañía de alguien cuando voy de compras.		
18	Mi pareja y yo peleamos o discutimos continuamente.		
19	Me pongo nervioso (a) cuando alguna persona comienza a hacerme preguntas sobre el bebé.		
20	Digo lisuras o chistes groseros.		
21	Me siento muy cansado (a) sin razón.		
22	Si me agreden o golpean tiendo a responder de igual manera.		
23	Siento cólera por la gente que ha abusado de mi buena voluntad.		

24	Me doy por vencido (a) muy fácilmente.		
25	Hay que tener cuidado que la gente se aproveche de uno.		
26	Me siento desilusionado (a) de la vida.		
27	Siempre espero que me digan lo que tengo que hacer.		
28	En mi familia hay tantas discusiones que prefiero estar en la calle.		
29	Siento que no puedo expresar mis ideas cuando estoy en grupo.		
30	Me gustan todas las personas que conozco.		
31	No soporto estar en una silla mucho rato.		
32	Me emprendo a puñetazos cada vez que ocurre una discusión o pelea.		
33	Me han echado injustamente la culpa por actos que no he cometido.		
34	Encuentro que las cosas en mi vida están muy complicadas.		
35	Tengo muy pocos amigos en quienes podría confiar.		
36	Tal como van las cosas va a ser difícil que llegue a ser alguien en la vida.		
37	Me es difícil tomar decisiones por mí mismo.		
38	Siento que mis padres son muy injustos conmigo.		
39	Me desagrada estar entre la gente.		
40	En mis modales me comporto correctamente tanto en casa como en la calle.		
41	Siento que la vida no vale la pena vivirla.		

42	Tengo muy poca paciencia y soy capaz de golpear al que me provoque.		
43	Estoy seguro (a) que la vida es muy dura conmigo.		
44	No tengo una buena opinión de mí mismo.		
45	Hay que desconfiar de las personas demasiado amistosas.		
46	Conforme pasan los días no espero nada bueno de la vida.		
47	Me han dicho que soy incapaz de hacer las cosas por mí mismo.		
48	Me desagrada que mi pareja no me preste atención.		
49	Me desagrada ser el centro de la atención cuando estoy en grupo.		
50	Yo siempre digo la verdad.		
51	A menudo he perdido el sueño por preocupaciones.		
52	Cuando me molesto tiro las cosas.		
53	Me desagrada que otras personas tengan mayor suerte en la vida.		
54	Siento que tengo muchos fracasos en la vida.		
55	Las personas que son muy amigables esconden su mala voluntad.		
56	Siento que he perdido ya la esperanza de salir adelante en la vida.		
57	Prefiero que mi pareja tome la iniciativa por mí.		
58	Me llevo muy mal con mi familia.		
59	Me han dicho que soy poco sociable con los demás.		
60	Acepto mis errores cuando las cometo.		
61	Me siento muy alegre y en otras muy triste sin saber por qué.		

62	Cuando me enfurecen me pongo insolente y hablo lisuras.		
63	Siento que los fracasos en mi familia me hacen mucho daño.		
64	Me es difícil tomar decisiones y cumplirlas.		
65	En el fondo las personas son egoístas y no ayudan a los más necesitados.		
66	Como van las cosas siento que no puedo.		
67	Me resulta más fácil hacer caso a mis amigos que pensar por mí mismo.		
68	Observo que estoy discutiendo demasiado con mi pareja.		
69	Me disgusta preguntar a otras personas sobre algo que desconozco.		
70	Yo nunca hago caso de los chismes		
71	Tiendo a despertarme sobresaltado en las noches.		
72	Me irrito ante la menor provocación.		
73	Siento que no he recibido de la vida todas las cosas que merezco.		
74	Me considero una persona poco inteligente y capaz.		
75	He tenido la impresión que ciertas personas me han tratado de sacar provecho.		
76	Aun cuando trabaje bastante, dudo que saldré adelante		
77	Siento que necesito la compañía de otros para poder realizar mis actividades.		
78	Realmente, desearía tener otra familia.		
79	Me siento tímido (a) ante otras personas.		
80	Siempre hago lo que me mandan sin renegar.		



ANEXO 2

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada afirmación y encierre en un círculo el número que está al lado de la afirmación que más refleje su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación. Asegúrese de encerrar en un círculo sólo una de las respuestas para cada grupo de afirmaciones. No deje ninguna afirmación sin contestar.

No.	Ítemes	En desacuerdo			4	De acuerdo		
		1	2	3		5	6	7
1	Cuando planeo algo lo realizo.							
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3	Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
4	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8	Soy amigo de mí mismo.							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10	Soy decidido.							
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12	Tomo las cosas una por una.							

13	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14	Tengo autodisciplina.							
15	Me mantengo interesado en las cosas.							
16	Por lo general, encuentro algo de qué reírme.							
17	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20	Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.							
21	Mi vida tiene significado.							
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23	Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

Edad del padre..... Edad de la madre

Estado civil: () Solteros () Casados () Convivientes () Separados

Tipo de familia: () Nuclear () Compuesta () Monoparental () Mixta ()
Binuclear

Paridad: () Primípara () Segundípara () Multípara.

