

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "DR. ERNESTO CHE GUEVARA DE
LA SERNA" PINAR DEL RÍO**

**Afrontamiento y autoestima en embarazadas con riesgo de parto
prematuro**

Attitude and Self-esteem in Pregnant Women with Risk of Preterm Delivery

Beatriz Izquierdo Sánchez¹, Ana Milena Pérez Arteaga¹, Alina María Rivero Brito²

¹Estudiante de cuarto año de Psicología.

²Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Asistente.

RESUMEN

Introducción: la condición psicológica de la mujer durante su embarazo y las formas en que se ve a sí misma, a su bebé y los que la rodean puede facilitar información acerca de la naturaleza y gravedad de los problemas físicos y psiquiátricos probables durante y posteriores al parto.

Objetivo: describir el afrontamiento y la autoestima en embarazadas con riesgo de parto prematuro ingresadas en el Hogar Materno "Justo León Padilla" entre septiembre de 2012 a febrero de 2013.

Métodos: se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte trasversal, en el período comprendido entre septiembre de 2012 a febrero de 2013 en el Hogar Materno "Justo León Padilla, se empleó un universo de 62 embarazadas con riesgo de parto prematuro, estudiándose en su totalidad. Se utilizó la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos encontrados, se respetó la identidad de las pacientes, se obtuvo el consentimiento informado.

Resultados: la mayor cantidad de gestantes con riesgo de parto prematuro son adolescentes entre 16 y 20 años de edad. Predominan las amas de casa, y el nivel profesional secundaria.

Conclusiones: la condición psicológica de la mujer cuando está en período de gestación suele modificarse por aspectos relativos a su autovaloración y la imagen que proyecta de sí misma, determinantes estos que pueden influir en el parto y su posterior recuperación, siendo el bienestar psicológico potenciador de salud para la madre y el bebé.

DeCS: Embarazo; Autoimagen; Prematuro.

ABSTRACT

Introduction: the woman's psychological condition in pregnancy and how she perceives herself, her offspring, and everyone around her may provide information about the nature and seriousness of the physical and psychiatric problems during delivery and after it.

Objective: to describe attitude and self-esteem in pregnant women with risks of preterm delivery and admitted into Justo León Padilla Pregnant Women's Home.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional research was carried out in the period between September 2012 and February 2013, on a target group of 62 pregnant women with risk of preterm delivery, comprehensively studied. Descriptive statistics was used to process the found data, the patients' identity was protected, and the informed consent was obtained.

Results: most of the pregnant women with risk of preterm delivery are adolescents at ages between 16 and 20 years. House women and junior high schooling constitutes predominating aspects.

Conclusions: the woman's psychological condition in pregnancy may change upon aspects related with her self-evaluation and her own image, which may have an effect on delivery and further recovery, the psychological welfare being a potentiator of the mother's and the child's health.

DeCS: Pregnancy; Self concept; Premature infant.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer es un elemento de suma importancia en el estado de salud de la población, por su marcada influencia en la mortalidad infantil, así como en la supervivencia y el desarrollo de la infancia.¹

Se considera como bajo peso al nacer a todo neonato que en el momento de su nacimiento pese menos de 2 500 g, cualquiera que sea la causa, y sin tener en cuenta la duración de la gestación.^{1,2}

Todos los años nacen 30 millones de niños con un peso inferior a los 2 500 g, lo que equivale al 23,8 % de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que triplica el nivel de los países industrializados (7 %).³

En 1972, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el parto pretérmino (PP) como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días, contados a partir de la fecha de la última menstruación. Está considerado como un factor fundamental que incide sobre el aumento de la mortalidad perinatal, daña la salud del recién nacido y puede predisponer a la aparición de diversas enfermedades. Asimismo, los perinatos sobrevivientes con prematuridad extrema presentan un mayor riesgo de experimentar retraso del desarrollo psicomotor y trastornos neurológicos durante la infancia, por tanto, las expectativas no incluyen solo la supervivencia, sino también la calidad de vida.³

Lo más difícil estriba en la relación que se establece entre la dificultad para determinar su origen y el incremento de sus tasas actuales. La OMS señala que cada año se esperan 14 millones de partos pretérmino, lo cual constituye una verdadera epidemia. Este fenómeno

ha elevado los importes por atención en las últimas 2 décadas, no sólo en la fase perinatal, sino también a largo plazo; al respecto, un análisis realizado de 20 estudios reveló un considerable incremento de los costos en estos recién nacidos, tanto en el período neonatal como después del egreso hospitalario.^{3, 4}

El peso al nacer es el resultado de la interacción de diferentes factores socioeconómicos, clínicos y biológicos, de los cuales muchos son susceptibles de modificarse, y otros, con una adecuada atención integral, pueden ser controlados.⁴

El peso al nacer es el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso, actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud.⁵

El embarazo, en especial el primero, entraña grandes cambios en el ajuste psíquico interno e interpersonal, y a su vez el nacimiento del bebé está asociado con un incremento del riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos. El hecho de que el embarazo sea planificado o no, repercute en el aspecto psicosociocultural de la mujer, produciéndose cambios físicos y psicológicos que pueden producir situaciones estresantes que podrían cambiar la percepción sobre las expectativas creadas con anterioridad a la gestación. En este sentido tendrá una influencia decisiva el hecho de que se trate de un embarazo deseado, para que tanto su estado físico como psicológico sean favorables a todos los cambios que conlleva el proceso gestacional. La condición psicológica de la mujer durante su embarazo y las formas en que se ve a sí misma, a su bebé y a los que la rodean, puede darnos información de la naturaleza y gravedad de los problemas físicos y psiquiátricos que podría sufrir durante y después del parto.⁵⁻⁷

Anteriormente señalaba la existencia de causas en el orden clínico que pueden ocasionar un parto prematuro, y ello genera sentimientos de ansiedad y depresión que repercuten en el funcionamiento psíquico de la gestante en dependencia del afrontamiento que realicen, incidiendo en su autoestima.

El afrontamiento ha tenido una evolución conceptual y metodológica, fruto de los diferentes enfoques que se han utilizado para su estudio. La descripción de la naturaleza y las características del afrontamiento, así como su definición conceptual y operativa, han variado en dependencia de la perspectiva desde la cual se ha abordado su estudio.⁸

Las formas en que los individuos intentan dar respuesta al estrés y la adversidad ha sido uno de los temas centrales de la Psicología. En sus inicios, dentro de la orientación psicodinámica, recibieron el nombre de mecanismos de defensa. En los años sesenta se empieza a utilizar el término afrontamiento para referirse a los mecanismos de defensa maduros que favorecen la adaptación del individuo.⁹

Se definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos", y establecen dos grandes modos de afrontamiento según los esfuerzos se centren en la situación estresante o en las emociones generadas por la misma.^{10, 11}

Estos mismos autores plantean que existen dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción, dentro de los cuales ubican indistintamente ocho formas de afrontar las situaciones de estrés, dentro de las cuales encontramos:

- Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: esfuerzos por separarse de la situación.
- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema. Huida-evitación de la situación estresora.
- Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a esta.
- Reevaluación positiva: esfuerzos por crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.¹¹

Dentro de esta concepción, las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos con que se cuenta para hacerle frente (evaluación secundaria). Por otra parte, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique. El estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas.¹⁰

La autoestima es un proceso psicológico complejo que involucra la percepción, imagen, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo, es la dimensión afectiva global de todo este proceso de autorreferencia. Cuánto nos amamos, respetamos, aceptamos y estimamos se expresa en nuestra autoestima, siendo la misma el nutrimento de la dignidad y orgullo personal.¹⁰

Los embarazos con riesgo prematuro pueden ocasionar grandes complicaciones para el bebé y su madre, pueden provocar sentimientos de depresión o ansiedad que repercuten en la autoestima de las gestantes. En los últimos tiempos se ha reportado un aumento en la

incidencia de esta condición, nexos que inducen a los autores a describir el afrontamiento y la autoestima en embarazadas con riesgo de parto prematuro pertenecientes al hogar materno Justo León Padilla en el período comprendido de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, a pacientes ingresadas con riesgo de parto prematuro, en el Hogar Materno Justo León Padilla perteneciente al área de salud Policlínico Luis A Turcios Lima, en el período comprendido de septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El universo de estudio comprendió 62 embarazadas ingresadas en Hogar Materno afectas de riesgo de parto prematuro. Para la realización del estudio se empleó todo el universo, coincidiendo entonces con muestra. Se emplearon como Criterio de inclusión: Estar dispuesto a participar en la investigación y como Criterio de exclusión: Tener una discapacidad mental que no permita el intercambio de información. Los datos fueron extraídos de las Historias clínicas de las embarazadas, Entrevista semiestructurada, Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman¹⁰ e Inventario de Autoestima de Coopersmith¹².

Parámetros éticos: El estudio fue realizado con el cumplimiento de los principios éticos básicos como Autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia. A pesar de haber trabajado directamente con las embarazadas, no se tuvieron en cuenta los nombres para evitar violaciones éticas. Los resultados obtenidos sólo se utilizaron con fines científicos, además se pidió el consentimiento informado de todas las pacientes.

Métodos de recolección de datos: Los datos obtenidos fueron introducidos y procesados en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 18.0. Se utilizó estadística descriptiva, por lo que se calcularon frecuencias absolutas y porcentuales. Los resultados se exponen en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Obsérvese que la mayor cantidad de embarazadas con riesgo se encuentran entre los 16 y 20 años para una representación de un 29 %, seguido del intervalo 21-25 y 31-35, mientras que las de menor riesgo se encuentran entre los 10 y 15 años de edad. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las embarazadas según la edad.

Edad (años)	FA	%
10-15	2	3
16-20	18	29
21-25	15	24
26-30	10	16
31-35	11	17
36-40	7	11
Total	62	100

Fuente: Historias Clínicas

Obsérvese en la tabla 2 que la mayoría de las embarazadas llevaron estudios hasta la Secundaria Básica para un 45% de representación, la menor prevalencia se encontró en pacientes con Primaria terminada para un 3% en relación al total de casos estudiados.

Tabla. 2 Distribución de las embarazadas según el nivel de escolaridad.

Nivel de Escolaridad	FA	%
Primaria terminado	2	3
Secundaria terminada	28	45
Técnico Medio terminado	12	19
Preuniversitario terminado	8	14
Universidad terminada	12	19
Total	62	100

Fuente: Historias Clínicas

Se constató como predominio ocupacional pacientes Amas de casa, Trabajador con el estado y Estudiantes. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de las embarazadas según su ocupación actual.

Ocupación	FA	%
Estudiante	14	23
Ama de casa	22	35
Trabajo por cuenta propia	11	18
Trabajador con el estado	15	24
Total	62	100

Fuente: Historias clínicas

Obsérvese que en el 50 por ciento de los casos existe un predominio de embarazadas con autoestima baja, seguidas de una autoestima media para el 35 por ciento. Tabla 4

Tabla 4. Nivel de autoestima de las embarazadas con riesgo de parto prematuro.

Nivel de Autoestima	FA	%
Alto	9	15
Medio	22	35
Bajo	31	50
Total	62	100

El estilo de afrontamiento que predominó es centrado en las emociones para una cantidad de 42 embarazadas. Estilos de afrontamiento de las embarazadas.

Tabla 5. Estilos de afrontamiento empleados por las embarazadas con riesgo de parto prematuro.

Estilos de afrontamiento	FA	%
Centrado en el problema	20	32
Centrado en las emociones	42	68
Total	62	100

La estrategia de afrontamiento más empleada fue la búsqueda de apoyo, seguida de una reevaluación positiva, siendo la huida-evitación la estrategia menos usada por la población.

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento empleadas por las embarazadas con riesgo de parto prematuro.

Estrategias de afrontamiento	FA	%
Confrontación	5	8
Búsqueda de apoyo	25	40
Aceptación	5	8
Reevaluación positiva	13	21
Autocontrol	11	17.7
Distanciamiento	2	3.2
Huida-Evitación	1	1.6
Total	62	100

DISCUSIÓN

Aunque el embarazo implica cambios fisiológicos que en general no suponen un riesgo por sí mismos para la salud tanto de la madre como del niño, durante este período las infecciones de diversa índole pueden poner en riesgo el curso normal del mismo, e incluso comprometer la salud del neonato, siendo los partos prematuros la patología que con más frecuencia se asocia con las infecciones.¹

El estrés de los padres por el nacimiento y la experiencia del cuidado intensivo neonatal de un bebé prematuro ocasiona problemas en la autoestima de las madres con grandes repercusiones para su salud.²

En el estudio la mayor parte de las embarazadas con riesgo se encontraron en las edades comprendidas entre 16 y 20 años, lo cual indica que se encuentran en la adolescencia, siendo esto un factor desencadenante de riesgos en el parto debido a la incompleta maduración de los órganos reproductores femeninos. Tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años puede contribuir a un parto prematuro.⁶ El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.⁷

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud, tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente, se reportan mayores probabilidades de tener un bebé bajo peso al nacer. ²

En Cuba se emplea gran cantidad de recursos humanos y materiales para garantizar a los jóvenes una educación integral. ³ Por esta razón se han realizado numerosas investigaciones en esta esfera, se han encontrado estudios sociopsicológicos donde se señala que las necesidades de la población en esta etapa de la vida no están sólo en el área del conocimiento, sino en la esfera de las actitudes y comportamientos, dado por la escasa percepción del riesgo, la inadecuada disposición a cumplir con medidas preventivas, como es el uso del condón, la ineficacia de la pareja para exigir protección en las relaciones sexuales y los estilos de enfrentamientos evasivos, entre otros. ⁵

Muy relacionado con ello se encuentra el hecho de que en la investigación 13 de las gestantes sean embarazadas que estudian actualmente, por el grupo de edades en que se encuentran, pero no es el dato más significativo, ya que lo que más predominó fue la ocupación de ama de casa. Factor incidente en los resultados encontrados es que la mayoría de las gestantes que integraron el estudio son de zona rural, potenciando ello que la mayor fuerza de trabajo es el campesino y el trabajador por cuenta propia, con un incremento significativo de amas de casa.

Con la aplicación del inventario de autoestima de Coopersmith se evidenció que la mayoría de las embarazadas tenían un nivel bajo de autoestima, siendo así que respondían acertadamente que su vida era muy complicada y sienten que su familia las presiona y que no las comprenden. Estudios anteriores al tema no se han reportado en nuestras áreas de salud, por lo que se basó en las respuestas de los sujetos en la entrevista semiestructurada y el inventario. Cuando se menciona que el nivel de autoestima era bajo se hacía por los siguientes comentarios: a veces me veo fea y barrigona...;...ya no me gusta ni arreglarme, pues todo lo que me ponga será feo en mí..., que será de mí, voy a tener que comer más para aumentar de peso y no quiero hacerlo porque me veré fea... Como se refiere, la autoestima es un proceso psicológico complejo que involucra la percepción, imagen, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo, es la dimensión afectiva global de todo este proceso de autorreferencia.^{11, 13}

El afrontamiento es una categoría compleja, y para su análisis se hace la mención de algunas de las respuestas de las sujetos: ...lloro todos los días... me siento muy mal cuando pienso que puedo tener un bebé bajo peso... lo único que pienso es que mi bebé va a tener alguna complicación y puede que me salga anormal, eso me pone muy mal, ya casi ni duermo por eso... estoy muy triste por mi bebé. El estilo de afrontamiento que predomina en estas gestantes es centrado en las emociones, pues su comportamiento va a estar guiado por las mismas hasta el punto de no poder cumplir sus funciones de sueño y comida como están acordadas, lo cual influye directamente sobre su estado y el de su bebé. No fue este el único estilo representado, pues en comentarios como: ...lo único que me importa es parir ya... quisiera ya salir de este encierro... En respuestas como estas se refleja que el modo de afrontamiento utilizado por ellas fue centrado en el problema, con una actitud seca y de solución radical para su problema.

En la investigación predominó el embarazo en la adolescencia, siendo este un factor desencadenante de complicaciones en el parto. El nivel de escolaridad alcanzado por la mayoría de las embarazadas fue de secundaria terminada, pues siendo adolescentes no les permite su estado continuar sus estudios para una vida como profesional, lo cual evidencia que el nivel cultural para el autocuidado no es superior en estos casos. La ocupación que más predominó fue la de ama de casa, pues con un nivel medio de enseñanza en las condiciones actuales que se viven es concordante el fenómeno del estudio. El nivel de autoestima que más predominó fue el bajo, según el inventario de Coopersmith, con sentimientos de incomodidad con su imagen y su autopercepción. El modo de afrontamiento fue centrado en las emociones, y las estrategias más empleadas fueron la búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva.

Se concluye que la condición psicológica de la mujer cuando está en período de gestación suele modificarse por aspectos relativos a su autovaloración y la imagen que proyecta de sí misma, determinantes estos que pueden influir en el parto y su posterior recuperación, siendo el bienestar psicológico potenciador de salud para la madre y el bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porto Rodríguez AS, González Alonso MV, Santurio Gil AM, Domínguez Dieppa F. Recién nacido de alto riesgo. En: *Pediatría*. vol. I. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 348-69.
2. Rigol Ricardo O. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 209-36.
3. Pérez Molina JJ, Quezada López C, Panduro Barón G, Castro Hernández JF. Factores de riesgo materno asociados a muerte fetal en nacimientos pretérmino en un hospital público del occidente de México. *Revista de investigación clínica*, ISSN 0034-8376, Vol. 64, N°. 4

- (jul-ago), 2012 , págs. 330-335. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4065257>
4. Carvajal Encina F, Puebla Molina SF. Los enfoques actuales resultan insuficientes para establecer la influencia de las conductas de riesgo en el nacimiento prematuro. Evidencias en pediatría, ISSN-e 1885-7388, Vol. 6, Nº. 3, 2010
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3315639>
5. Ortiz Collado MA, Cararach Ramoneda V, García Esteve L. Beneficios de la detección del riesgo de depresión postparto sobre el parto prematuro en un estudio aleatorizado y multicentros Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, Nº. 109, 2014 , págs. 16-21
Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4678856.pdf
6. Sánchez Olalde AA, Rojas Sánchez EM, Olalde Jover EL. INFLUENCIA DEL RIESGO OBSTÉTRICO Y RESULTADOS MATERNOS PERINATALES. Medicentro 2011; 15(3). Disponible en:
<http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/v15n3a11/003nfluencia64revisado.htm>
7. Macias J., García N., Fernandez L., Carrero R., Gallego M., Valiente A., Cruz I., Álvarez JL. (2011) Ansiedad en la mujer: repercusiones sobre el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Enfermería Científica 226-227, 14-23.
8. Vázquez FL, Blanco V, Torres A, Otero P, Hermida E La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. Anales de Psicología 2014, 30(1). Disponible en:
<http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=0CC4QFjACOAo&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Fanalesps%2Farticle%2Fdownload%2Fanalesps.30.1.138931%2F156251&ei=G5qQU8v1JoWe0QXOVICAg&usg=AFQjCNFI2LvJX1Z0wynJtm0VLSjACplIhA>
9. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente .Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
10. Lazarus RS, Folmank S. Estrés y Procesos Cognitivos. Editorial Barcelona. 1ra edición. 1989 pp 34
11. Fernández Abascal EG, Martín Díaz MD, Jiménez Sánchez MP. Estudios sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento [Internet]. Revista electrónica de motivación y emoción 1997; 3(4). Universidad Nacional de educación a distancia [citado 15 Feb 2013]. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
12. Coopersmith. Inventario de autoestima de Coopersmith para adultos. Colección de tesis digitales Universidad de las Américas Puebla. México 2013 [citado 15 feb 2013]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/dps/meyer_t_rk/apendice_Q.html
13. Burbano Pinto E. Ejemplo escala de estilos y estrategias de afrontamiento Fernández Abascal. Slideshare [Internet] 2012. Disponible en <http://www.slideshare.net/estebanburbanopinto/59261488-ejemploescaladeestilosyestrategiasdeafrentamientofernandezabascal>

Datos para correspondencia

Beatriz Izquierdo Sánchez. Estudiante de cuarto año de Psicología. Facultad de Ciencias Médicas “Ernesto Che Guevara de la Serna” Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Correo electrónico: normarhp@princesa.pri.sld.cu
