



Duazary

ISSN: 1794-5992

revistaduazary@unimagdalena.edu.co

Universidad del Magdalena

Colombia

López Sáleme, Rossana; Elena Díaz Montes, Carmen; Moreno Jiménez, Kelly; Vargas López, Katherine; Villamizar Espinosa, Gloria; López Salas, Sandra; Sierra Rojas, Ricardo
Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia

Duazary, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 150-158

Universidad del Magdalena

Santa Marta, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONDICIONES BIOLÓGICAS, SOCIALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE EL NACIMIENTO DE PRETÉRMINOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA – COLOMBIA

Rossana López Sáleme*, Carmen Elena Díaz Montes**, Kelly Moreno Jiménez, Katherine Vargas López, Gloria Villamizar Espinosa, Sandra López Salas y Ricardo Sierra Rojas***

RESUMEN

CONTEXTO: El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia que genera cambios y ocasiona crisis, modificando la rutina cotidiana tanto de los padres como de la familia, dicho evento requiere de un despliegue de estrategias que ayuden a afrontar el estrés generado por la situación vivida. A esas estrategias se les conocen como afrontamiento, que no es más que una respuesta al cambio así como la producción de nuevas conductas que le permitan a la familia hacer frente a las diversas problemáticas vividas. El nacimiento de niño pretérmino es uno de los principales generadores de crisis, estrés y tensiones familiares debido a que el recién nacido por no cumplir con las semanas completas en el vientre materno, presenta inmadurez en sus órganos y sistemas y por ello necesita cuidados especiales. Hay diferentes características que presentan las familias, (edad, baja escolaridad, pobre apoyo social, disfunción familiar, bajos ingreso etc.) las cuales determinan la forma en que cada familia afronta la situación de prematuridad de su nuevo miembro.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre las condiciones biológicas, familiares, sociales y el afrontamiento familiar de padres ante el nacimiento de un niño pretérmino.

METODOLOGÍA: estudio transversal realizado durante el 2009; la población estuvo constituida por 1 980 padres de los recién nacidos pretérminos de las Unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Cartagena, y la muestra la integraron 277 padres. Confianza del 95%, un error del 5% y una prevalencia de afrontamiento del 50%. Los padres fueron seleccionados por muestreo por conglomerados. Los instrumentos utilizados fueron el APGAR FAMILIAR, FICHA SOCIODEMOGRÁFICA, y F-COPES. Para estimar la asociación entre las variables se utilizó el programa SPSS 16.0.

RESULTADOS: el 85.9% de los padres de los niños pretérminos tienen un afrontamiento eficaz; entre las variables que se asocian significativamente con el afrontamiento familiar ante el nacimiento de un niño pretérmino se encontraron: el estado civil OR: 0.342 (0,120 - 0,976) y los ingresos económicos OR: 3,905 (1,682- 9,068).

CONCLUSIÓN: el afrontamiento familiar ante el nacimiento de un niño pretérmino se asoció con condiciones sociales tales como: el estado civil y los ingresos económicos. Las condiciones biológicas y familiares no mostraron asociación. (DUAZARY 2011 No. 2, 150 - 158)

Palabras clave: afrontamiento, familia, pretérmino, condiciones sociales, factores biológicos, relaciones familiares.
(Desc)

*Enfermera, docente titular de la universidad de Cartagena, Especialista en materno infantil, Magistra en Educación, Líder del grupo salud mujeres e infancia

**Enfermera, docente titular de la universidad de Cartagena, Especialista en salud familiar, Magistra en Educación, integrante del grupo salud a los colectivos

***Enfermeras(os).



ABSTRACT

CONTEXT: The birth of a child is an event of vital importance, and causes changes generated crisis, changing daily routines of both the parents and family, this event requires an array of strategies to help cope with the stress generated by the situation lived, these strategies are known as coping, which is nothing more than a response to change and the production of new behaviors that allow the family to face the various problems experienced. Preterm birth a child is one of the main generators of crisis, stress and family tensions because the newborn does not meet the full weeks in the womb, has immature organs and systems and therefore need special care. There are different characteristics that families have (age, low education, poor social support, family dysfunction, low income etc.) Determine or influence the way each family face the situation of prematurity of his son.

OBJECTIVE: determine the association between biological, familiar, social conditions and family coping of parents before the birth of a preterm infant.

METHODS: cross_sectional study conducted during of 2009 ; the population consisted of 1,980 parents of preterm infants in intensive care units in the city of Cartagena, and the sample consisted of 277 parents. 95% confidence, an error of 5% and a prevalence of 50% coping. Parents were selected by cluster sampling. .the instruments were used as the Family APGAR, sociodemographic record, and F-COPES; to estimate the association between the variables using the Stata 9.2.

RESULTS: 85.9% of parents of preterm infant have an effective coping, among the variables significantly associated with family coping with the birth of a preterm infant were found marital status(OR 0.342) (CI: 0.120 to 0.976) and income economic (OR 3.905) (CI: 1.682 to 9.068)

CONCLUSIONS: found a significant association between social conditions such as marital status and income family coping with the parents before the birth of a preterm infant. The biological and relatives showed no association.

Keywords: Family Relations, Premature Birth, biological factors, Social Conditions.

INTRODUCCIÓN

El sistema familiar en su diario devenir se enfrenta a una serie de eventos y situaciones propias de su ciclo vital o a demandas externas del medio ambiente, generando cambios en la estructura interna del sistema; dichos eventos generadores de cambios se conocen como estrés, crisis y tensiones familiares^{1,2}.

El estrés familiar puede definirse como un estado de tensión que surge de una exigencia real o percibida que demanda un ajuste o conducta adaptativa, de modo que la ansiedad o malestar resultante, corresponde a la tensión percibida como desagradable por los miembros de la unidad familiar. El estrés surge por la aparición, generalmente abrupta y de magnitud significativa, de continuos eventos estresores definidos como eventos vitales que ocurren en un momento específico y que

producen o tienen el potencial de producir cambios en el sistema social familiar; dichos cambios se determinan a partir de la percepción o significado que la familia otorgue al evento generador de estrés³.

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia, que genera cambios y ocasiona crisis, modificando la rutina cotidiana tanto de los padres como de la familia, dicho evento requiere de un despliegue de estrategias que ayuden a afrontar el estrés generado por la situación vivida; a esas estrategias se les conocen como afrontamiento, definiéndose este como una respuesta al cambio que requiere creatividad y producción de nuevas conductas, que le permitan a la familia obtener un grado de cohesión y adaptabilidad frente a las diversas problemáticas, dirigidas a disminuir la vulnerabilidad familiar al estrés, fortalecer o mantener aquellos recursos que sirven para protegerla del impacto general de los problemas⁴.

El nacimiento de niño pretérmino es uno de los principales generadores de crisis, estrés y tensiones familiares, considerándose pretérmino al niño cuyo nacimiento tiene lugar desde las 20 hasta antes de las 37 semanas, constituyéndose en un problema de salud pública, en especial en aquellos países con dificultad social y control inadecuado de la salud. Se considera que un bebe pretérmino, por no cumplir las semanas completas en el vientre materno, no tiene sus órganos y sistemas muy desarrollados y por ello necesita cuidados especiales que pueden aumentar o disminuir de acuerdo al estado del bebe^{5,6}.

La prematuridad es uno de los problemas que más contribuyen a incrementar la mortalidad infantil. A nivel mundial, según datos de la UNICEF, la prevalencia de los recién nacidos pretérminos de muy bajo peso es alrededor del 1-2 % y la supervivencia de este particular grupo poblacional es del 50% aproximadamente^{7,8}.

Actualmente el 50% de los niños con parálisis cerebral tienen el antecedente de haber nacido muy prematuramente, y de entre las personas con déficit visual grave el 17% fueron niños que pesaron al nacer menos de 1.500 gramos. Con respecto a la valoración del cociente intelectual, la gran mayoría de los niños que nacieron muy prematuramente presentan un cociente dentro de la normalidad. Las infecciones son más frecuentes y graves en este grupo poblacional. Estas circunstancias determinan que la demanda de los padres sea mayor. Ninguna pareja está preparada para tener un hijo que nazca muy prematuramente y esto sin duda afecta a las relaciones entre los padres y de los padres con el hijo, no sólo durante el ingreso hospitalario. La incertidumbre sobre su evolución es grande y condiciona en ocasiones actitudes que dificultan la plena aceptación del hijo^{9, 10}.

La estadística del DANE para 2008 en Colombia reporta una tasa de prematuridad de 19,3% (11). En Cartagena, el número de niños pretérminos entre los años 2005 al 2007 fue de 13 584, según las estadísticas de las diferentes instituciones de salud de la ciudad, corresponde a un 14.9 %, observándose una alta incidencia, convirtiéndose este en un problema de salud pública, estos datos pueden variar entre las distintas poblaciones y tienen una asociación muy directa con las condiciones biológicas, familiares y sociales. En Cartagena se han realizado estudios sobre condiciones

físicas y biológicas de niños pretérmino, dejando de lado la atención emocional y familiar de este binomio, por otro lado, el número de profesionales de enfermería dedicados a brindar los cuidados es insuficiente para satisfacer las necesidades físicas y psicoemocionales del niño y su familia, lo que impide que estas puedan enfrentar acertadamente los retos y riesgos que trae consigo la crisis generada por la prematuridad de su hijo.

Teniendo en cuenta que no todas las familias tienen las mismas características, lo que influye en la forma en que cada uno de ellos afronte la situación de prematuridad de su hijo; la solución de los problemas de salud dependerá del manejo que tengan los padres de la situación, de la existencia de factores equilibradores, de la percepción realista de los acontecimientos vividos, del cuidado de los profesionales y del apoyo de la red social en la comunidad^{12,13}.

León, et all, informó que la salud psicosocial de los padres con niños que ingresan a las unidades de cuidados intensivos (UCIN), experimentan un nivel de angustia mayor comparado con los padres de niños sanos, de igual forma la salud psicosocial de los padres está influenciada por la edad (jóvenes), baja escolaridad, falta de factores de apoyo, menor función familiar, madre solterísimo y menor salud psicosocial en el sexo femenino¹⁴. Es importante que las familias logren identificar los recursos que emplean para enfrentar esta situación estresante y a partir de ello pueda mejorar las estrategias existentes o adquirir unas nuevas de tal forma que le permitan superar satisfactoriamente todas las dificultades y eventos traumáticos que tengan lugar dentro de la dinámica familia¹.

Los resultados de esta investigación proporcionan aportes a las disciplinas del área de la salud, ampliando sus conocimientos para facilitar así el abordaje familiar a través de la puesta en marcha de planes de cuidados dirigidos al cuidado integral de las familias, con el fin de ayudarlos a identificar los recursos que emplean para disminuir la ansiedad y el estrés experimentado, redefinir roles, recuperar y mantener la estructura y la dinámica familiar. Igualmente es importante estudiar los procesos de afrontamiento familiar debido a que de la eficacia de estos procesos, depende en parte, la recuperación del paciente; por esto el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar no solo del pretérmino sino también de la familia.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio transversal; la población estuvo constituida por 1 980 padres de los recién nacidos pretérminos de las diferentes UCIN de la ciudad de Cartagena, y la muestra la integraron 277 padres ajustado a población finita; confianza del 95%, un error del 5% y una prevalencia de afrontamiento eficaz del 50%. Los padres fueron seleccionados por muestreo por conglomerados. Se incluyeron padres de niños pretérmino que viven en la ciudad de Cartagena, que quisieron participar voluntariamente en el estudio, sin discapacidad mental y que supieran leer.

PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionadas las UCIN se solicitó un listado de los recién nacidos pretérminos, con el cual se realizó una base de datos, esta se codificó y se seleccionaron aleatoriamente a los padres de los recién nacidos pretérminos que participaron en el estudio.

Los padres participantes se contactaron durante su hospitalización o en su domicilio, una vez ubicados se les explicó los objetivos y alcances del estudio y a los que aceptaron participar, firmaron un consentimiento informado. Este estudio se clasificó como de riesgo mínimo para las personas que constituyeron la población de estudio de acuerdo a lo establecido en la resolución 008430 de 1.993 del ministerio de protección social.

INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se utilizó durante la entrevista el **APGAR FAMILIAR**, el cual es un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad de la familia, evaluando como se siente cada miembro de esta, detectando así problemas o situaciones que generen crisis, el cual consta de 5 preguntas que mediante una escala de 0 a 2, evalúa la funcionalidad familiar, comprende 5 componentes a evaluar:

La adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución¹⁵. Las puntuaciones obtenidas clasifican la funcionalidad familiar así:

8 -10 puntos sugiere buena función familiar, 4 - 7 puntos sugiere una disfuncionalidad y de 0-3 puntos sugiere una disfuncionalidad severa.

Este instrumento tiene como propiedades psicométricas una fiabilidad test- retest superior a 0.75, posee una buena consistencia interna por prueba Alfa De Cronbach 0.84. En cuanto la validez tiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index¹⁵.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA: consta de 20 ítems con preguntas cerradas, elaborada por el grupo investigador, esta permite determinar las características socio demográficas de la población.

El F-COPES: escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis. Esta prueba fue creada con el fin de identificar la efectiva solución de problemas y las estrategias conductuales utilizadas por las familias en dificultades o situaciones problemáticas, este instrumento comprende los siguientes factores: acumulación de las fuentes de estrés, recursos familiares y sentido / percepción.

Las estrategias de afrontamiento que pueden identificarse a partir de la aplicación de este instrumento pueden ser de tipo interno o externo, en el primer grupo se encuentran la reestructuración y la evaluación pasiva y el segundo grupo está conformado por la búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda^{16, 17}.

Este instrumento consta de 29 ítems de los cuales, 9 son para la obtención de apoyo social (determina como hacer frente externo de la familia, que adquiere la ayuda social de parientes, amigos, vecinos), 8 para la reestructuración (determina la capacidad de la familia de redefinir situaciones agotadoras para hacerlas más manejables), 4 preguntas para apoyo espiritual, 4 preguntas para movilización familiar para obtener y aceptar ayuda (recursos y servicios de la comunidad) y 4 preguntas para evaluación pasiva (mide los comportamientos inactivos o pasivos que la familia puede emplear como por ejemplo, bañarse, ver T.V).

Los ítems del instrumento constan de una escogencia de respuestas: marcado desacuerdo que vale 1 punto, moderado desacuerdo vale 2 puntos, ni de acuerdo ni en desacuerdo vale 3 puntos, moderado acuerdo vale 4 puntos y marcado acuerdo vale 5 puntos.

Este instrumento tiene una consistencia externa de 0.77 de acuerdo a un estudio realizado en la Ciudad de Cartagena¹⁷.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 16.0, para el análisis descriptivo se hallaron frecuencias, promedios y desviación estándar, para el análisis multivariado regresión logística, se consideraron como variables explicativas aquella que tenga una significación menor de 0.05, se calcularon razones de disparidad (OR), para estimar las asociaciones con I.C de 95 %.

RESULTADOS

CONDICIONES BIOLÓGICAS

Participaron 277 familias de niños pretérminos que en promedio tuvieron una estancia de 14 días en las unidades de cuidados intensivos neonatales 11. El promedio de edad Gestacional de los niños fue de 33,6 semanas (DE 2,29). Con peso al nacer promedio de 2005 gramos (DE 490gr).

Entre las patologías más frecuentes en los niños pretérminos se encontró: alteraciones respiratorias en un 44 %, respiratorias e infecciosas 22.7% y alteraciones metabólicas 7.6 %. El 13.4% de los niños presentó complicaciones como retinopatías, déficit motor y estrabismo.

CONDICIONES FAMILIARES

El 40% de los niños proceden de familias nucleares, conformada por los padres e hijos y el 57,8% familias extensas en donde conviven con parientes cercanos como tíos, primos y abuelos; y solo el 2% son de tipo uniparental.

En cuanto al ciclo vital familiar se encontró que el 25.6% son familias con hijos lactantes, el 22.7% con hijos preescolares, el 17.3% con hijos adolescentes y 15.9% familias en edad madura (ver tabla 1).

El 65 % de las familias presentan buena función familiar, 31,4 % algún grado de disfunción y solo el 3.6% disfunción familiar severa.

CONDICIONES SOCIALES

La edad promedio de los padres de niños pretérminos fue de 25 años (DE 7,44), los miembros de las familias están conformadas en su mayoría por mujeres con edades entre 20 y 29 años; y en menor proporción, hombres con edades entre 20 y 24 años, evidenciando que las familias están compuestas por adultos jóvenes. El 93.9% proceden del área urbana, respecto a la tenencia el 65 % de las familias vive en casa propia, y el 35% vive en arriendo.

Las familias se encuentran estratificadas de la siguiente manera: el 49.8% pertenece al estrato 1, el 33.6% al estrato 2 y el 16.6% al estrato 3; en cuanto al ingreso familiar se encontró que el 22.4% de estas familias no alcanzan a recibir un salario mínimo mensual, el 53.4% cuentan con un salario mínimo mensual, mientras que el 24.2% restante cuenta con dos salarios mínimos mensuales.

En cuanto al estado civil de los padres, se encontró que el 58.12% viven en unión libre, el 20.22% son madres solteras y el 18.77% están casados. En cuanto al nivel educativo el 34.7% cursó secundaria completa, el 5.8% presenta estudios universitarios y el 5.4 % adelantaron estudios de básica primaria. Respecto a la ocupación el 69.3 % de las mujeres son amas de casa, el 9.7% tienen trabajo estable y un 74.5 % de los padres son trabajadores independientes, mientras que un 10.5% son empleados.

El 97.5,1 % de los padres profesan alguna religión, solo 2.5% no profesan ninguna. Entre los hábitos que practican se encontró: consumo de alcohol en un 31.8% y un 15.5 % fuman.

Tabla 1. Ciclo vital de las familias de pretérminos de la ciudad de Cartagena.

VARIABLE	Nº	%
Ciclo vital familiar		
Formación de pareja	3	1,1
Familia con hijos en edad preescolar	63	22,7
Familia con hijos adolescentes	48	17,3
Familia en edad madura	44	15,9
Familia con hijos lactantes	71	25,6
Familia con hijos en edad escolar	23	8,3
Familias con hijos independientes	14	5,1
Familias ancianas	11	4,0

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PADRES DE NIÑOS PRETÉRMINOS

En cuanto al afrontamiento se observó que el 85.9% de los padres tienen un afrontamiento eficaz.

Entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias, que resultaron eficaces están: apoyo social utilizada por 91.7% de las familias (0,58 de alpha-cronbach), el 85.9% utiliza la reestructuración (0,43 alpha-cronbach), apoyo espiritual utilizada por 68.2% (0,16 alpha-cronbach) y el 56% utiliza movilización familiar (0,16 alpha-cronbach). En cuanto a la estrategia evaluación pasiva se observó que solo el 17.3% (0,44 alpha-cronbach) de los padres hacen uso de esta estrategia (Ver tabla 2).

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento Utilizadas por la Familias ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena.

ESTRATEGIAS	EFICAZ		INEFICAZ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoyo Social	254	91,7	23	8,3	277	100
Reestructuración	238	85,9	39	14,1	277	100
Apoyo espiritual	189	68,2	88	31,8	277	100
Movilización Familiar	155	56,0	122	44,0	277	100
Evaluación Pasiva	48	17,3	229	82,7	277	100

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Entre las variables que permanecieron asociadas con el afrontamiento familiar ineficaz, se encuentran: recibir menos de un salario mínimo OR 3.90 (IC: 1.68: 9.06), el cual representa tres veces más riesgo, debido a que no contar con suficientes recursos económicos para satisfacer las demandas generadas por la hospitalización del niño en UCIN, aumenta las carga de estrés que se sobre impone a la crisis producida por el nacimiento del niño pretérmino.

Otra variable que mostró asociación fue no tener pareja (OR 0.34 (IC 0.12: 0.97)) el dato obtenido refleja la posibilidad de tener menor riesgo de afrontamiento ineficaz cuando se está en esta condición, posiblemente porque las madres participantes en el estudio cuentan con una red de apoyo social que atenua el afrontamiento ineficaz; las variables familiares y biológicas no mostraron asociación (Ver tabla 3).

Tabla 3. Variables Relacionadas Con nacimiento pretérmino en El Modelo De Análisis Multivariado. Cartagena - Colombia

VARIABLES	OR	I.C. 95 %	
		Inferior	Superior
Más de 32 semanas de gestación	0,644	0,265	1,565
Peso Mayor de 1500 gramos	0,936	0,358	2,445
Estancia Menor a 7 días en uci	0,668	0,225	1,981
No tener secuelas	1,437	0,282	7,334
Procedencia	3,217	0,863	11,996
Estado civil*	0,342	0,120	0,976
Ocupación	0,876	0,353	2,173
Edad de los padres	1,054	,395	2,818
Estrato Socioeconómico	1,208	0,562	2,597
Ingresos*	3,905	1,682	9,068
Escolaridad	0,682	0,256	1,822
Tipo de familia	0,992	0,443	2,221
Tipo de propiedad	0,973	0,431	2,195
Hábitos	1,028	0,478	2,211
Funcionalidad familiar	2,072	0,804	5,342

* Significativa al 5%. * Hosmer y Lemeshow Test 4.470 (p > 0,05)

DISCUSIÓN

Las variables que representan un mayor riesgo de afrontamiento ineficaz por parte de los padres son: recibir menos de un salario mínimo OR 3.90 (IC: 1.68: 9.06) y no tener pareja OR 0.34 (IC 0.12: 0.97). Esto puede explicarse debido a que la crisis generada por el nacimiento pretérmino trae consigo unas exigencias y demandas que no solo afectan la esfera emocional sino que también establece imposiciones de orden económico, aumentando el estrés en la familia debido a la poca capacidad adquisitiva que tienen para responder con las demandas materiales generadas por el nacimiento del niño pretérmino, esta condición incrementa marcadamente los costos asociados con atención en salud ,desde su nacimiento hasta su rehabilitación así como lo plantea Petrou, et al¹⁸.

Las familias en condiciones de pobreza o que carecen de recursos de salud o de otras condiciones médicas probablemente tienen menos acceso a servicios médicos especializados, lo que reducen las probabilidades médicas formales¹⁹.

Tapias, et al, en sus reflexiones acerca del afrontamiento, informan que un buen nivel económico y una buena función familiar, favorecen a que los padres afronten de manera eficaz²⁰. Lazarus, en una investigación sobre los condicionantes y caracterización del afrontamiento en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados informó que, tener una pareja, tener ingresos económicos equivalentes al mínimo, así como ser creyente, contar con una red primaria de apoyo y una escolaridad media, son recursos que favorecen a que las madres tengan un afrontamiento eficaz ante esta situación de crisis²¹.

Mora y Rojas concluyen en un estudio sobre estilos de funcionamiento familiar en niños de bajo peso, que la estructura y dinámica familiar del niño nacido prematuramente se caracteriza por unos niveles de cohesión y adaptabilidad que podrían considerarse problemáticos; aunque tal situación es disparada por un evento no normativo como es la llegada de un hijo nacido prematuramente²², esto explica el porqué la familia busca estrategias de afrontamiento que permitan manejar esta situación.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres participantes en el estudio fueron en orden: búsqueda de apoyo social con 91.7%, la reestructuración en un 85.9%, búsqueda de apoyo espiritual 68.2% y la

movilización familiar para obtener y aceptar ayuda 56%, resultados similares a los descritos por Bialoskurski, et al que identificaron que la forma de afrontamiento más utilizada por los padres al momento de la hospitalización de su hijo pretérmino, fue la búsqueda de apoyo social, esta estrategia de afrontamiento actúa como un elemento positivo ante cualquier evento vital, además funge como un factor protector importante, buscando también ayuda de muchas maneras: profesional, de amigos y religiosa. Las personas que tienen o sienten tener apoyo por parte de la familia, los amigos o las instituciones sociales y de salud pueden manejar mejor una situación de estrés. Así mismo, las personas que ante una situación estresante cuentan con apoyo social podrán amortiguar los efectos asociados a la experiencia de dicha situación de estrés. El apoyo social por tanto puede tener efectos directos como de amortiguación, lo que hace que sea una fuente de afrontamiento de gran importancia²³.

Igualmente León, et al., plantean que el apoyo social potencia la adaptación de los padres y los protege ante el estrés, reduciendo su impacto y reforzando su capacidad de afrontamiento activo¹⁴. La mayor utilización de la estrategias apoyo social por parte de las familias, puede explicar porque a pesar de la crisis y el estrés generado por la hospitalización del niño; las familias informan tener un afrontamiento eficaz, debido a que contar con redes de apoyo social favorecen el afrontamiento eficaz. La efectividad del proceso de afrontamiento está directamente relacionada con la interrelación de las estrategias de afrontamiento, permitiendo que se logre el aprovechamiento de los recursos internos y externos de la familia.

Contrario a lo reportado en el estudio, Pessah informó que la red de apoyo que menos utiliza la familia para afrontar los eventos estresores fue el apoyo social con un 26%, al igual que la reestructuración con un 45%²⁴.

La estrategia de afrontamiento reestructuración familiar, fue otra de las más utilizadas por las familias participantes (85.9%), dicha estrategia se refiere a una estrategia de afrontamiento interna (proceso intrafamiliar), expresándose como la habilidad de la familia para definir el suceso estresor como un desafío que puede ser superado, supone una evaluación cognitiva o reevaluación de un suceso o tensión que puede ayudar a neutralizar el impacto al minimizar la amenaza cambiando el significado de la situación y modificar la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente²⁴. Esto puede deberse a la modulación por

parte de las familias de las condiciones de adversidad, mediante la articulación y coordinación de los recursos internos con los que cuenta, con el fin de regular el conflicto emocional y manejar la situación amenazante; otro aspecto que puede explicar este resultado es que el 74.8% de las familias objeto de estudio presentan un nivel socioeconómico bajo con ingresos entre menos de un salario y un salario mínimo; datos que guardan relación con los informados por Mulherm et al quienes manifiestan que el nivel socioeconómico bajo de las familias se relaciona con la utilización de pensamientos positivos (reestructuración familiar) para afrontar la situación; centrándose en los aspectos positivos de la situación y de la vida²⁵.

Los padres de pretérminos extremos y de muy bajo peso al nacer se ven más afectados en su nivel educacional y laboral por la alta demanda que tienen sus hijos y esto favorece que ellos busquen mayor apoyo de sus familiares y amigos, sobre todo de aquellos que lo puedan entender y brindar apoyo para manejar la nueva situación de su familia²⁶.

La estrategia menos utilizada por los padres fue la evaluación pasiva 17.3%. Posiblemente porque las familias participantes cuentan con buen apoyo social y familiar, recursos que facilitan enfrentar la crisis y determina la poca utilización de la evaluación pasiva, hecho que se constituye en un aspecto positivo; debido a que esta estrategia tiene poca efectividad a la hora de enfrentar los agentes generadores de crisis. Al surgir otros eventos estresores externos y acumulativos inherentes a las diferentes etapas del ciclo de vida familiar, trae como consecuencia que las tensiones previas se exacerbén y los padres perciban estos eventos estresores como sobre exigencias a las cuales debe enfrentarse para generar respuestas eficaces que permitan dar soluciones a largo plazo²⁷.

Las condiciones familiares y biológicas no se asociaron al afrontamiento familiar frente al nacimiento de niños pretérminos. Similar a lo planteado por Allen et al en su estudio sobre vulnerabilidad de las madres ante el nacimiento pretérmino, el cual informó que la satisfacción de vida y el apoyo social no se asocian a la edad gestacional o peso de nacimiento entre otros factores biológicos y que la ansiedad materna es lo único que se asoció a la vulnerabilidad²⁸. Los padres de niños pretérminos generalmente perciben a sus hijos en riesgo permanente, lo que contribuye a la alta percepción de la vulnerabilidad infantil²⁹.

La familia se constituye en el eje central del desarrollo del individuo, así como su principal fuente de cuidados, por lo que el apoyo del profesional de enfermería debe hacerse de manera holística dirigiendo las actividades de cuidado no solo a el recién nacido sino también a las necesidades individuales de cada miembro así como de la familia como un todo.

El valorar los procesos de afrontamiento familiar se constituye en un aspecto de gran importancia para el profesional de enfermería, no solo para intervenir la crisis que genera el nacimiento de un niño pretérmino, sino también para evitar consecuencias negativas en la salud de este así como en el funcionamiento y estructura familiar, aspectos que pueden afectar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

Es fundamental el establecimiento de programas de seguimiento y apoyo psicosocial, a nivel intra y extra hospitalario que permitan escuchar sentimientos, preocupaciones e inquietudes por parte de los padres, además de realizar un adecuado apoyo educativo que les ayude a brindar los cuidados que necesita su hijo, así como también al establecimiento y fortalecimiento del vínculo parental de tal forma que las acciones realizadas por el equipo de salud garanticen a futuro el bienestar y la calidad de vida del recién nacido pretérmino y su familia. Es igualmente importante garantizar que el número de profesionales de enfermería que laboren por turnos en UCIN sea adecuado a la complejidad e integralidad de los cuidados que requieren los recién nacidos pretérminos y sus familias con el fin de garantizar de esta forma no solo la satisfacción de las necesidades físicas urgentes del recién nacido sino también brindar un cuidado holístico y de calidad.

Las limitaciones del estudio se relacionan con la pobre consistencia interna del instrumento F- Copes: después de haber calculado el alpha Cronbach de todas las sub escalas que lo integran, obteniéndose valores por debajo de los recomendados como aceptables 0,7 y 0.9³⁰, lo que indica que la escala es poco homogénea, y puede estar evaluando diferentes fenómenos y no es consistente en diferentes condiciones de aplicación por lo que se recomienda a futuros investigadores antes de utilizarlo realizar un estudio de validación del mismo en la población objeto de estudio, con el objeto de comprobar su comportamiento psicométrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estupiñan J, Hernandez A. Marco conceptual para el estudio de la familia desde una Perspectiva sistémica Colombia. Aportes a la psicología. 1992; 1(1):5-21
2. Lezama M, Díaz J, Rodríguez R. Prevalencia de bajo peso al nacimiento en un Hospital General de segundo nivel. Salud en Tabasco 2001; 7: 401-3.
3. Rancel H M. La familia desde una perspectiva sistémica. Psicología y salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001 ; 289
4. Fernández P, Caballero E. Enfoque Familiar en la Atención del Niño de Muy Bajo Peso de Nacimiento. Revista Pediatría al Día, 1999;15(5): 282 - 4.
5. Ortiz J, Carrillo S, Gutiérrez G. Relación de apego en madres canguros adolescentes y bebés canguros. Revista latinoamericana de psicología. Vol 38, Nº 1, 71-86. 200.
6. Ruiz A, Ceriani J, Cravedi V. Estrés y depresión en madres de prematuros. Arch.argent.pediatr. 2005;103(1).
7. Informe sobre la salud en el mundo . Datos y cifras del informe sobre salud en el mundo .OMS .2005.
8. Engle WA. A recommendation for the definition of late preterm (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. Semin Perinatol 2006; 30: 2-7.
9. Raju TNK, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: A summary of the workshop sponsored by the NICHD. Pediatrics 2006; 118: 1207-14
10. Pallás, M. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para prematuros de menos de 1.500 gramos al nacimiento. Del alta hospitalaria a los 7 años. PrevInfad. 2001.
11. Alcances_y_objetivos_recien_nacidos. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
12. Beltran O. hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. Aquichan 2010; vol . 10(3) 214-227.
13. Arias L. El ciclo vital familiar: desarrollo e intervención anticipatoria. In: Seminario de Salud Familiar. ASCOFAME: Santa Fé de Bogotá, 1991.
14. Leon B, Poudereux M, Jiménez C, Belaústequi A. sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales; intervención psicológica en padres de niños prematuros. Mapfre Medicina, 2005; vol.16 (2) 130-139 .
15. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
16. McCubbin H, Larsen A, Olson D, Escala De Evaluación Personal Del Funcionamiento Familiar En Situaciones De Crisis, New York 1981: 184-190
17. Diaz C, estrategias de afrontamiento en familias de niños con cáncer de la ciudad de Cartagena 2008 (trabajo de grado) facultad de enfermería Universidad de Cartagena.
18. Petroua S, Eddamaa O, Manghamc L. Revisión estructurada de bibliografía reciente sobre las consecuencias económicas del parto prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2011;30(1): 15-26
19. Hogan Dp, Park JM. Family factors and social support in the developmental outcomes of very low-birth weight children. *Clin Perinatol.* 2000 Jun;27(2):433-59.
20. Tapias A, Becerra J, Velazquez N, Serrano J . Reflexiones de afrontamiento sobre conductas de afrontamiento, Revista de la asociación médica de Jalisco. 1999.
21. Lazarus F. Estrés y procesos cognitivos; El proceso de afrontamiento: una alternativa a las formulaciones tradicionales. 2^a ed. Barcelona, Martínez Roca.460 p. 1986.
22. Mora A, Rojas A. Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. Revista latinoamericana de ciencias sociales , niños y juventud . 2005: 3 (1).
23. Bialoskurski MM, Cox CL, Wiggins RD .The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *J Adv Nurs.* 2002 Jan;37(1):62-9.
24. Pessah S. Desarrollo familiar, estrés familiar y su afrontamiento como factores que influyen en el uso de servicios de rehabilitación en familias de niños con parálisis cerebral del Instituto Nacional de Rehabilitación Perú , 1999.
25. Mulhern, R. K., Fairclough, D. I., Smith, D. & Douglas, S. M. . Maternal depression: Assessment methods and physical symptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer. *Journal of Pediatrics Psychology*, 1992. 17, 313-326.
26. Saroj Saigal, Janet Pinelli, David L. Streiner, Michael Boyle and Barbara Stoskopf Impact of Extreme Prematurity on Family Functioning and Maternal Health 20 Years Later. *Pediatrics* 2010; 126(1):80-8.
27. Zaspe M. Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Int.* 1996; 7(4):147-153.
28. Allen C, Legault M, Naughten, Perception of child vulnerability among mother of former prematures infants, *pediatrics*, 2004 113(2); 267 -73
29. Anthony KK, Gil KM, Schanberg LE. Brief report: Parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *J Pediatr Psychol.* 2003 28(3):185-90.
30. Cervantes VH. Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en Medición* 2005; 3: 9-25.