

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE MADRES CON
HIJOS PREMATUROS DEL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS: BACH. DÍAZ HUAYLLA LIZBETH JULYSSA

BACH. SEVILLANO FLORES YENNY GRISEL

ASESORA: DRA. JOSEFA CABRERA DÍAZ.

TRUJILLO – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE MADRES CON
HIJOS PREMATUROS DEL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS: BACH. DÍAZ HUAYLLA LIZBETH JULYSSA

BACH. SEVILLANO FLORES YENNY GRISEL

ASESORA: DRA. JOSEFA CABRERA DÍAZ.

TRUJILLO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mis Padres July y Felipe,
por apoyarme en todo momento, por los ejemplos de perseverancia y constancia, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Gracias amados Padres.

A mi Querido Hermano Felipe,
por cada consejo puntual y oportuno que has sabido darme, por tu apoyo incondicional, por ser mi confidente.

A mi familia,
por ser mi fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún durante mi Carrera Profesional.

Lizbeth Julyssa

DEDICATORIA

A mis Padres Olga y Alejandro,
*Fueron ustedes quienes
estuvieron allí en mi camino,
gracias por su tiempo, su
comprensión y su
responsabilidad, hoy ya estoy a
punto de empezar a vivir nuevas
esperanzas, la vida me espera y
debo seguir luchando, gracias
amados padres.*

***A mi adorada Hija María
Cristina,****Te veo crecer y sé
que ya nada puede
vencerme, eres ahora mi
motor para seguir adelante,
porque tu amor hacia mí es
incondicional y
permaneces en mi ser
dándome hermosas cosas.*

Yenny Grisel

AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a Dios, por darnos la vida, por darnos fortaleza para superar cada obstáculo que se nos presentó y la dicha de cumplir cada uno de nuestros sueños.

A Dra. Josefa Cabrera Diaz, por su apoyo incondicional, disposición y asesoramiento en la realización de este estudio de investigación.

LIZBETH Y YENNY

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--------------------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTOS..... | v |
| TABLA DE CONTENIDOS..... | vi |
| LISTA DE TABLAS..... | vii |
| LISTA DE GRAFICOS..... | viii |
| ABSTRACT..... | x |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 44 |
| III. RESULTADOS..... | 53 |
| IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN..... | 60 |
| V. CONCLUSIONES..... | 75 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 76 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 77 |
| VIII. ANEXOS..... | 83 |

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla N° 1

Funcionamiento Familiar de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.....54

Tabla N° 2

Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.....56

Tabla N° 3

Funcionamiento Familiar y Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.....58

LISTA DE GRAFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Gráfico N° 1 | |
| Funcionamiento Familiar de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016..... | 55 |
| Gráfico N° 2 | |
| Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016..... | 57 |
| Gráfico N° 3 | |
| Funcionamiento Familiar y Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016..... | 59 |

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional se realizó con madres de recién nacidos prematuros en el Departamento de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo, durante los meses de julio – agosto del 2016, con la finalidad de determinar la relación del funcionamiento familiar y el afrontamiento de madres con hijos prematuros. La muestra estuvo constituida por 59 madres con recién nacidos prematuros, a las cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de APGAR Familiar para medir el Funcionamiento Familiar y el cuestionario de afrontamiento de madres con hijos prematuros. Los resultados obtenidos muestran que del 100% de madres, el 83% tiene una alta función familiar, el 12% presenta moderada disfunción familiar y el 5% de ellas presenta una severa disfunción familiar. Asimismo, del 100% de ellas, el 86% presenta un afrontamiento positivo y el 14% presenta un afrontamiento negativo.

El funcionamiento familiar no guarda relación estadística significativa con el afrontamiento de madres con recién nacidos prematuros (Gamma: 0,557, Valor-p: 0,209 > 0,05).

Palabras claves: Funcionamiento Familiar- Afrontamiento de Madres con hijos prematuros

ABSTRACT

The present investigation of descriptive correlational type was carried out with premature newborn mothers in the Department of Neonatology of the Belen Hospital of Trujillo, during the months of July - August of 2016, with the purpose of determining the relationship that exists between family functioning and the coping of mothers with premature sons. The sample was constituted by 59 mothers with premature newborns, to which were applied two instruments: APGAR family questionnaire to measure the family functioning and the questionnaire of coping mothers with premature children. The results obtained show that 100% of mothers, 83% a high family function, 12% presents moderate family dysfunction, 5% of them presents a severe family dysfunction. In addition, 100% of them, 86% presents a positive coping and 14% presents a negative coping. Likewise, 100% of them, 86% presents a positive coping and 14% presents a negative coping.

Family functioning is unrelated to statistical significant with coping of mothers with newborns premature. (Gamma: 0,557, p-Value-: 0,209 > 0,05).

Key words: Family functioning - coping mothers with premature children.

I. INTRODUCCIÓN

La prematuridad es un problema de salud pública que constituye la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazo. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres (50).

La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos (49).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1961 clasificó a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: prematuro general: < 37 semanas, prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días, muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32

semanas; y extremadamente prematuro: menores de 28 semanas. Asimismo, pudo reconocerse que no siempre el niño con peso menor de 2,500 g había nacido antes de las 38 semanas de gestación, por lo que en ese mismo año la OMS, a través de la Academia Americana de Pediatría y en el Segundo Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Londres 1970), se decidió que el peso y la edad eran directamente proporcionales e indivisibles para clasificar adecuadamente a los recién nacidos (39).

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando, y cada año mueren más de un millón de bebés prematuros debido a complicaciones en el parto. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive (39).

En Suecia y Dinamarca, por ejemplo; tienen incidencias menores del 6%. En España ha duplicado en una década el número de bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación. En el 2012 nacieron más de 33.000 niños prematuros, mientras que en 1997 fueron 17.000, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Mirando aún más atrás, si hace 20 años los prematuros apenas suponían un 5% de los nacimientos, ahora ya son un 10%. De éstos, se estima que entre un 1% y un 2% son grandes prematuros, es decir, bebés nacidos antes de la semana 29 de gestación (31).

La frecuencia del parto prematuro en Estados Unidos de Norteamérica es entre 12 y 13%, y en los países europeos entre 5 y 9%. Sin embargo, esta tasa ha crecido por incremento de los partos indicados médicamente (especialmente pre-eclampsia) y de los partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente. En otros lugares con menor desarrollo han aumentado los nacimientos espontáneos producto de partos prematuros con o sin rotura prematura de membranas (RPM), por incremento de la infección bacteriana ascendente (IBA) y de nuevos factores detectados (24).

En América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños, 135,000 por prematuridad. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo),

entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas tales como: problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral (41) (55). En Chile las cifras se han mantenido estables durante la última década, siendo ésta aproximadamente del 5% (6).

Actualmente la incidencia de los partos prematuros en el Perú va de 5 a 10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente de parto prematuro previo, la sobredistensión uterina que se ve cuando el feto es muy grande, embarazos gemelares, la falta de controles prenatales, la desnutrición, y las infecciones vaginales no tratadas, entre otros (30).

Un promedio de 150 bebés prematuros nacen mensualmente en el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima), esta cifra representa el 10% de los nacimientos atendidos cada mes en esta institución. En el 2006, se atendieron 16 mil 400 partos, de los cuales, el 8.8% correspondió a bebés prematuros. De esta cifra, el 2.2% son recién nacidos con menos de mil 500

gramos de peso y que tuvieron menos de 32 semanas de edad gestacional, es decir una prematuridad extrema (30).

En el Hospital Belén de Trujillo, lugar donde se realizará la presente investigación, se registró una incidencia de 3768 nacidos vivos durante el año 2015, de los cuales 437 fueron prematuros (< 37 ss EG), constituyendo el 12% de recién nacidos, cifra que irá probablemente en aumento debido a las causas mencionadas (13). La mortalidad neonatal es aún elevada en el recién nacido pretérmino (RNPT), a pesar de la mejoría de la asistencia perinatal, con valores globales del 4 al 6%, dependiendo del grado de prematuridad, es la segunda causa de mortalidad infantil en las sociedades desarrolladas. La dificultad de no conocer exactamente la edad gestacional, hace que se emplee como parámetro de referencia el peso del nacimiento, de forma que aquel que pesa <2500g es un prematuro de bajo peso, si pesa <1500g es prematuro de muy bajo peso, si es inferior a 1000g se considera prematuro de extremo bajo peso y la mortalidad perinatal está muy relacionada con ello (10).

El recién nacido prematuro (RNP) es un bebé que nace de un embarazo menor de 37 semanas de gestación o que tenga 259 días de embarazo. La definición más precisa es la que señala que prematuridad es

sinónimo de inmadurez; éste grado de inmadurez establecería la relación del prematuro con su medio y determinaría su capacidad para resolver problemas. De esta capacidad, además de la asistencia que se le brinde, dependerá su futuro inmediato y a largo plazo (39).

El nacimiento de un recién nacido prematuro es inevitable, trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen estrés en los miembros de una familia, siendo éste considerado generalmente un acontecimiento negativo; incluyen el percibir la sensación de fracaso de tener un recién nacido enfermo, el temor a la muerte, la alteración de apego de madre – hijo, la interrupción de la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección, y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este periodo (53).

Al ser trasladados los recién nacidos prematuros a una unidad neonatal son violentamente separados de sus madres y entregados al aparataje de la tecnología de punta y al cuidado de personal de enfermería muy bien entrenado. En este escenario, el bienestar de la madre es la primera prioridad. Una vez cumplida su función biológica del parto, se le permite abandonar el hospital y hacerse cargo de problemas domésticos (otros hijos, esposo, etc), el régimen de visitas no dependerá ya de los deseos de la madre

y de la familia, sino más bien de lo dispuesto por el equipo de salud del hospital. El recién nacido prematuro es prácticamente secuestrado, para ser atendido por equipos de salud en constante rotación. La madre, si bien reconocida como representante de su hijo, pasa a ser más visita que madre, mientras se le indica a su hijo todo tipo de análisis y tratamientos, muchas veces traumáticos y de dudosa necesidad, casi siempre sin el consentimiento informado de las madres (53).

Los recién nacidos prematuros internados pueden permanecer en terapia de neonatología un promedio de dos meses dependiendo de su edad gestacional, peso de nacimiento y su patología. Es evidente que el proceso tecnológico ha conseguido aumentar la supervivencia de los recién nacidos y resolver de forma satisfactoria muchas patologías que hasta hace poco tenían un pronóstico desfavorable aumentando su permanencia en la terapia neonatal. Pero qué pasa con su medio ambiente en la terapia, con respecto al ruido, la luz. El ruido es una constante en las unidades de terapia neonatal; además el neonato está prácticamente expuesto a una luz brillante con algunas diferencias entre día y noche (24).

Las madres pueden llegar a presentar estrés como consecuencia de la presencia de algunos factores, ellos son la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio madre - hijo, además de ello con respecto a la condición del bebé, las madres se encuentran en una constante decisión de permitir la aplicación de medidas terapéuticas por parte del personal de salud para estabilizar la condición del bebé; observando día a día que ellas esperaban tener en brazos un bebé saludable que ahora se convierte en un bebé intubado, internado en la unidad de neonatología, con catéteres, conectados a ventilador mecánico para poder mantenerlo con vida, llevando un tratamiento para la mejora de su salud, teniendo en cuenta que el tiempo de permanencia en el hospital es una situación que lleva a la tristeza, angustia, impidiéndoles cumplir su rol de madres (28).

Dentro de los grandes soportes emocionales y sociales que requieren las madres de los recién nacidos prematuros, se encuentran la red de apoyo familiar, como primera instancia y sin menos importancia, el apoyo otorgado por el equipo de salud que trabaja y atiende a su recién nacido prematuro, debido a que son ellos los que entregan día a día los informes evolutivos de su bebé, además actúan como entes protectores de la

madre, frente al sentimiento de duelo o crisis que las invaden, al sentirse partícipes de esta situación tan desgarradora para la mujer y su familia. (28)

El comportamiento materno puede ser influenciado por muchos factores y diversas situaciones, es por ello que la madre debe tener fortaleza, ser capaz de entregar a su bebé lo mejor de ella, aunque las situaciones o las circunstancias la conduzcan a otro lugar, aún más desconocido por ella (28).

El recién nacido prematuro necesita apoyo de enfermería, pero no debemos dejar de lado que su soporte vital es la madre. Nuestro rol no sólo termina en la atención al recién nacido prematuro, al contrario es un inicio, pues tenemos a la madre a quien debemos brindarle todo el soporte emocional para que ella pueda ser capaz de encaminar sus sentimientos y convertirse en la aliada de su hijo, creando y reforzando cada día sus lazos maternos (52).

Las madres cuando se enfrentan a una situación altamente tensional o de estrés, como el caso de su hijo prematuro hospitalizado, pueden ocupar mecanismos habituales de afrontamiento, utilizar sus experiencias previas, tratando de solucionar así el problema y de recuperar el equilibrio

perdido mediante mecanismos adaptativos. Si estos mecanismos no tienen éxito, se movilizan recursos internos y externos de emergencia en la solución de problemas. Si el problema continúa se produce una desorganización por el aumento de la tensión y existe el desequilibrio entre el problema presente y los recursos disponibles para solucionarlo, la madre sufre un duelo anticipado al sentir que su hijo puede morir y con esto también hay una gradual retirada del vínculo madre - hijo (8).

El proceso de la maternidad representa una crisis vital que afecta a todo el grupo familiar; pero la madre atraviesa una doble crisis: la crisis circunstancial dada por la internación del bebé. Se han estudiado las reacciones emocionales de las madres ante este suceso, observando la presencia de desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima. Al mismo tiempo, se menciona la existencia de problemas de autoestima en las madres de los bebés nacidos prematuros, argumentando que muchas madres experimentan sensación de fracaso (37) (21)

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 las madres 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 (21).

La experiencia demuestra que la internación en los ambientes neonatales provoca reacciones diversas en las madres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también la comunicación con los profesionales que asisten al RNPT. Esto puede generar cambios y ocasionar crisis, modificando la rutina cotidiana tanto de las madres 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 madre y 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 problemas (12).

El afrontamiento de las madres ante esta situación estará en función de los recursos psicológicos personales, de los apoyos del entorno recibidos (amigos y familia) y de las actitudes de los profesionales del servicio de neonatología. La desorganización emocional adquiere más trascendencia cuando las madres han pasado por tratamientos largos de reproducción asistida (7).

La hospitalización del recién nacido prematuro condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior, por lo que requiere de manera especial de su familia en conjunto con el equipo de salud, para obtener un cuidado holístico. Cuando las madres tienen un hijo en condición crítica de salud se les plantea un futuro incierto, lo que demanda al equipo de salud desde el principio gran cantidad de cuidados y atención hacia ellos; ya que precisan de apoyo para aceptar su situación actual y superar la crisis situacional vivida (12).

Con la hospitalización del prematuro, se produce un trastorno en la vida familiar y una desorganización de las madres, pues no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, se produce un derrumbe de las conductas normales y surgen diversas necesidades de acuerdo al problema y gravedad del estado de salud del niño (14).

Con la mayor instrumentalización se abren mayores expectativas de vida a aquellos Recién Nacidos prematuros, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería debe, desde el momento que el RN prematuro se hospitaliza, intentar incorporarlo a su familia, estimulando la visita de la madre, promoviendo la mantención de la lactancia materna, tratando de acercar a las madres al cuidado de su hijo, informando de su evolución y estado de salud para aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida (35).

Es fundamental para las madres sentirse integradas en la toma de decisiones, información, acceso a la historia clínica, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; en resumen, se trata de favorecer la participación de ellas como un miembro más del equipo que atiende a su hijo. La oportunidad de las madres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a elaborar estos sentimientos de pérdida y facilita el acercamiento hacia él. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada (2).

La familia, unidad básica de la sociedad que constituye la base importante para el desarrollo humano, es definida como “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común”, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia; es la encargada de brindar los cuidados básicos de bienestar y salud a sus miembros. Esto la convierte en el factor más importante para el desarrollo emocional, físico y social del recién nacido prematuro (1)

La familia se convierte en mediador no sólo de su crecimiento físico, sino también psicológico, social, espiritual y cultural. Ignorar esta dimensión psicológica relacional o dejarla al azar, puede conducir a un trastorno de la vinculación que incide en alteraciones del desarrollo, maltrato, abandono, y/o amplifica handicap neurológicos (16).

Se concibe a la familia también como un sistema que implica una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros; es decir, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han

visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar (34).

Para el logro de este papel, la familia debe cumplir adecuadamente con sus funciones, esto es lo que se llama funcionamiento familiar. Una familia saludable en todas sus relaciones y aspectos, así como también la estabilidad de cada uno de sus miembros, ayudarán a que el recién nacido prematuro se desenvuelva en un ambiente adecuado y además mantenga buenas relaciones con sus familiares. Entre las funciones que debe cumplir la familia tenemos: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual, y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como un sistema de apoyo (19).

Cuando existe un problema en la familia, como la internación en el hospital del recién nacido prematuro, éste puede ser tomado como un indicador de disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia, altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo (54).

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable del recién nacido prematuro (40).

Además, establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede

ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, como en el caso que tengan un bebé prematuro (38).

La funcionalidad de la familia se evalúa a través de un instrumento denominado APGAR Familiar diseñado por Gabriel Smilkstein en 1978, como un instrumento para los Equipos de Atención Primaria destinado al análisis de la función familiar. Fue validado al español en 1996 en el estudio “Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar”. Gracias a él los miembros de la familia perciben de manera subjetiva el funcionamiento familiar y su grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos en un momento determinado (51).

Con este instrumento se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares que necesitan un seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Existen situaciones en las cuales es necesario usar este cuestionario, por ejemplo; cuando la familia se ve involucrada en el cuidado de uno de sus miembros o ante la nueva enfermedad de uno de ellos, así como ante una clara disfuncionalidad familiar. El Apgar constituye, en síntesis, un instrumento

útil para determinar si la familia es un recurso para el paciente o si más bien contribuye a su enfermedad (29).

La sigla APGAR procede de los cinco componentes de la función familiar: adaptability (adaptabilidad), partnertship (cooperación), growth (desarrollo), affection (afecto) y resolve (capacidad resolutive). La adaptabilidad es la capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis; la participación es la capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos; el gradiente de crecimiento es la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia; el afecto es la capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia; y la resolución es la capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo, recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia (29).

En esta dimensión se considera importante evaluar si la familia cuenta con apoyo, y por tanto, con la posibilidad de tener a quien pedir ayuda. Se espera que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente

y afectiva que permita compartir los problemas. Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular (29).

Además, el sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios. La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios, para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros (16).

Consideramos que la capacidad de adaptación es uno de los indicadores más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios que tienen que enfrentar constantemente; las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia

para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital", y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas) (5).

Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. Dentro de la familia debe existir también una expresión emocional sincera donde se expresen y se compartan sentimientos libremente, se hablen de los problemas, se intenten lidiar con ellos y se tomen decisiones compartidas (5).

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción

entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Una familia funcional es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con su etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno. La disfunción familiar es el patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia, y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas (35).

Los conflictos son parte del diario vivir, al igual que las conductas inadecuadas se vuelven rutinarias; así también se observa que la violencia intrafamiliar se desarrolla en forma continuada, y lo peor de todo es que los miembros de la familia se acostumbran a este ambiente que es a todas luces inadecuado. Cualquier factor de estrés importante como por ejemplo un traslado, el desempleo, o la hospitalización de algún familiar, puede causar conflictos existentes que afecten a los miembros de la familia. Éstos tienen síntomas comunes y pautas de comportamiento como resultado de sus experiencias dentro de la estructura familiar, lo que refuerza el comportamiento disfuncional. No es fácil aceptar la realidad, pero es necesario poder hacerlo ya que hará ver los elementos positivos y negativos; esto a su vez permitirá cambiar lo negativo y reforzar lo positivo. No es posible cambiar lo que ya ha

pasado en la familia; pero si se pueden reconocer los problemas y buscarle solución para iniciar el cambio que lleve a vivir en paz consigo mismos, con la familia y con la comunidad (48).

Se caracteriza a esta familia como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional, se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. De manera que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia o presencia de problemas dentro de ésta; sino que consiste en la forma de encararlos y resolverlos, esta práctica constituye el ejercicio cotidiano que permite el desarrollo de la familia en general y de cada uno de sus miembros en particular (48).

En una familia donde uno de los integrantes que recientemente se ha incorporado, resulta ser demasiado inmaduro, causa un profundo trastorno en la familia. La visión del niño distinto del imaginado no es como el que era soñado, unido a unos primeros días o meses de cúmulo de información sobre su salud y un incierto pronóstico, tanto de supervivencia como de

integridad a medio y a largo plazo, dificulta profundamente el establecimiento de la relación con el hijo. El grado de aceptación del hijo influye muy positivamente en su evolución final. Cuando la aceptación familiar no es óptima, pueden aparecer más frecuentemente trastornos de adaptación y de comportamiento familiar, tal como sobreprotección y los malos tratos. Esto trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana en los miembros de una familia, siendo éste considerado generalmente un acontecimiento positivo. Estos cambios pueden ser percibidos como negativos y provocar una fuerte tensión al interior del núcleo familiar (46).

El nacimiento prematuro interrumpe el proceso de "anidación psicobiológica" de los padres y el recién nacido, ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación. Los primeros, para crear un lugar físico y psíquico para ese nuevo integrante de la familia, lo que los lleva a una reorganización y maduración a lo largo de los meses del embarazo que les permite prepararse para el nacimiento. El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a los padres como al recién nacido prematuro no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el hijo, la madre y el padre. Ésta puede agravarse por la situación de internación del RNPT en el hospital (22) (50).

Las madres desde el primer contacto con la prematurez, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del bebé. El cuidado hacia el hijo prematuro es ambivalente, lo maltratan y abandonan o lo sobreprotegen. Se deteriora la imagen de sí mismo, la relación de pareja y la interacción con los otros hijos, lo que muchas veces culmina en la ruptura matrimonial (44).

Intentar comprender las emociones de las madres de niños prematuros implica necesariamente experimentar paso a paso sus vivencias y comprender una realidad afectiva sumamente deteriorada. El conflicto emocional se inicia generalmente en el embarazo, con síntomas de aborto u hospitalizaciones repetidas, que certifican la condición de riesgo del bebé. Ello se ve reflejado a través de fuertes sentimientos de rabia, culpa y angustia que perduran a lo largo de toda la hospitalización. Sin embargo, el verdadero sufrimiento comienza posterior al parto, cuando pierden las esperanzas de tener un hijo sano. La mayoría de las madres se sienten culpables e impotentes frente a la prematurez de su hijo, a quien percibe pequeño y deforme. Ante este, emplean diferentes estrategias de afrontamiento para responder a las demandas, tanto externas como internas que desbordan sus recursos, intentando así, poder adaptarse a esta situación (48).

Una de las dificultades que experimentan especialmente las madres de prematuros es la incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo. En la primera semana de vida, las madres refieren estar incapacitada para tomar contacto inmediato con su bebé posterior al parto, sea por la prematurez y labilidad de éste o por sus propias condiciones de salud. Ello hace imposible el apego, inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y dificulta las visitas posteriores. Los vínculos afectivos continúan entorpeciendo dada la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de la madre, lo que crea la sensación de no ser correspondido y genera en las madres sentimientos de tristeza y soledad, especialmente durante la primera semana de vida (48) (34).

Las madres de prematuros atraviesan distintos estados emocionales a lo largo de la hospitalización. Inicialmente se encuentran en estado de *shock*, confundidas e incapaces de concentrarse y de recibir información. Luego aparece el *miedo*, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos (ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego), se sienten débiles, frágiles e incompetentes. Sufren ansiedad relacionada con las posibilidades de supervivencia de sus hijos o con las posibles secuelas (37).

La *culpa* sobreviene en forma inevitable, se deteriora la autoestima. Luego aparece la *depresión*, se tornan tristes, apesadumbradas, desesperanzadas, con constante temor a la muerte. Al no poder modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparece *la rabia*, se vuelven agresivas y fuera de control con el equipo de salud, consigo misma e incluso con Dios. Finalmente, y en forma solapada, aparece el *celo y la rivalidad*; el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé, y es por ello que muchas veces se sienten minusválidas y extrañas frente a sus hijos. La negación es un mecanismo de defensa del inconsciente y es posible encontrarlo acompañando de cualquiera de las etapas anteriores (37)

La internación del bebé es percibida como un estresor por las madres, el cual deben afrontar. El concepto de estrés psicológico es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos, y pone en peligro su bienestar (37).

Las madres, quienes son susceptibles de presentar mayor estrés ante la imposibilidad de ejercer su rol, ya que sus bebés están internados y los horarios de visita son restringidos, provoca en ellas una crisis emocional fuerte,

generando sentimientos de impotencia, estrés, angustia, ansiedad y depresión, mucho mayor que en las madres de los recién nacidos a término. Ellas se enfrentan a la realidad del nacimiento con la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperados, sobre todo por la ausencia del contacto con su bebé (37)

La madre ha tenido que pasar por problemas y por períodos de incertidumbre sobre el estado de salud de su hijo y una interrupción del vínculo con su bebé, siendo este muy importante entre la madre y su recién nacido para favorecer un óptimo crecimiento y desarrollo del niño. La falta de apoyo social, la fatiga, el dolor, el sufrimiento, el bajo nivel socioeconómico, la depresión, la falta de bienestar materno y la actitud de ser madre pueden afectar su respuesta, la calidad de las interacciones y las representaciones maternas de apego con el bebé (31).

En relación a las funciones parentales, Caplan (1960), menciona 4 situaciones que la madre debe afrontar cuando nace su bebé prematuro: la probabilidad de que este muera; la sensación de frustración por no haber podido gestar a su bebé el tiempo necesario; la renovación del vínculo con su bebé luego de varios días de incertidumbre; y por último, la adaptación a las características específicas del bebe prematuro. Los autores postulan que las

madres deben realizar un gran esfuerzo para poder afrontar positivamente esta situación (15).

Klaus y Kennell (1978) definen esta experiencia como una crisis, como un período de tensión, en el cual las madres afrontan el problema y desarrollan nuevos recursos en base a sus reservas internas y al sostén de otras personas. Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (21).

Estos autores enfocan el afrontamiento como un factor estabilizador, ya que puede ayudar a los sujetos a sostener su adaptación psicosocial en períodos estresantes. Categorizan dos enfoques principales dentro del afrontamiento, por un lado, la orientación y actividad de la persona en respuesta a un estresor, es decir el foco del afrontamiento; y por el otro lado, el método que los individuos utilizan para afrontar. Esto último refiere a sí la respuesta está vinculada principalmente con respuestas cognitivas (incluyen la reevaluación del problema, el aprender de la experiencia, y realizar

comparaciones y cultivar el sentido del humor) o conductuales (brindar ayuda a otras personas) (21).

El afrontamiento es el fruto de las evaluaciones y reevaluaciones que el individuo hace respecto a su relación con el entorno, bien sea intentando cambiarlo, modificando el significado de la realidad o aumentando la comprensión del fenómeno. Por otra parte señalan con la palabra “manejar” que el afrontamiento no tiene que indicar necesariamente control sobre el entorno ya que hay situaciones estresantes que no pueden dominarse y por tanto, lo mejor será desarrollar estrategias que minimicen el impacto. Así mismo indican que el afrontamiento es un proceso que no tiene que ver con los resultados, y por tanto consideran que no hay unas estrategias mejores que otras, sino que dependerá la adecuación al contexto (21).

De la definición anterior se pueden interpretar diferentes elementos. El primero es que el afrontamiento es un proceso continuo y como tal cambia de acuerdo a la situación, ya que involucra una evaluación constante. Por lo tanto, existe una amplia gama de estrategias de afrontamiento que hacen de él un fenómeno multidimensional. Sin embargo, no se descarta la existencia de estilos de rasgos, al ser algunas estrategias de afrontamiento más estables que otras en determinados eventos (25).

Un segundo elemento es que el afrontamiento al depender del contexto implica que la persona enfrentará la situación de acuerdo a cómo percibe las demandas y los recursos que posee. Además, las experiencias previas del sujeto pueden influir en las estrategias futuras dependiendo del resultado que haya obtenido en ellas (25).

Tercero, la manera en que se afrontan las situaciones no se clasifica como buena ni mala, sino que corresponde a los esfuerzos que hace el sujeto por manejar el evento. A pesar de que no se considera que un proceso de afrontamiento sea adaptativo o desadaptativo, se dice que pueden ser mejores o peores que otros dependiendo de la persona, el momento (corto o largo plazo) y las circunstancias específicas en que se produce el evento estresante. Es debido a esto, que el resultado del proceso de afrontamiento debe ser medido e investigado de forma independiente a los esfuerzos que ejecuta el individuo para afrontar la situación (25).

A su vez el afrontamiento debe ser entendido como un esfuerzo que implica que las acciones del individuo pueden ser perfectamente cogniciones de la persona o intentos de comportamiento en lugar de resultados. Sea cual sea el caso, el esfuerzo realizado por la persona tiene

una misma finalidad; restablecer la homeostasis, es decir, adaptarse a la situación. Esto implica un equilibrio entre aquello que es demandado y las capacidades del individuo (41).

Dada las perspectivas anteriores y dependiendo de éstas, el afrontamiento se puede clasificar de acuerdo a tres puntos de vista: 1. Según el método, pudiendo ser activo (se actúa sobre la situación), pasivo (no se movilizan esfuerzos para solucionar el problema) o evitativo (se intenta huir de la situación o de sus consecuencias); 2. Según la actividad, donde encontramos que puede ser cognitivo o conductual; y 3. Según el foco, donde se encuentra el afrontamiento centrado el problema (se intenta alterar el problema) y en la emoción (se intenta regular la respuesta emocional).(41)

Lazarus considera como recursos aquellas propiedades del individuo como salud y energía; el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante; creencias positivas, verse a uno mismo positivamente, puede considerarse como un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluyen aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas; técnicas para la resolución de problemas, incluyen

la habilidad para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado; habilidades sociales, se refiere a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas y aumentan la capacidad de atraer su cooperación y apoyo (26).

Otro recurso que considera Lazarus está el apoyo social; el hecho de tener de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible es un recurso de afrontamiento muy útil para superar situaciones de estrés. Recursos materiales, hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporciona el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo (26).

Lazarus & Folkman (1986) propusieron ocho estrategias de afrontamiento: 1) Confrontación: esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. 2) Planificación: solución del problema. Se da durante la evaluación de la

situación. 3) Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. 4) Distanciamiento: esfuerzos de la persona por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte. 5) Autocontrol: afrontamiento activo en tanto indica los sentimientos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales. 6) Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos que tiene una situación estresante. 7) Escape o evitación: implica el empleo de estrategias tales como beber, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. Y 8) Búsqueda de apoyo social: esfuerzos que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros (27).

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Lazarus y Folkman señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares (27).

Se sabe que la mayoría de madres primíparas tienen mayor dificultad en el cuidado a sus hijos, debido a que es una nueva experiencia y aprender nuevos cuidados a realizar para el cuidado de su hijo; más aún si se trata de un hijo prematuro, el cual requiere cuidados minuciosos y especiales. Por otro lado, una madre múltipara tiene ya los conocimientos necesarios sobre cómo cuidar a un nuevo hijo, y solo aprenderá los cuidados especiales a realizar con su hijo prematuro, según instrucciones del personal de salud. Favoreciendo así su desarrollo físico y mental (33).

A través de los años se han realizado estudios sobre el afrontamiento familiar, por lo que a continuación se mencionarán algunos de ellos; los cuales sirvieron de base para la realización de la presente investigación:

Mora, A y Rojas, A (2005). En Colombia, realizaron un estudio sobre “Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer”, obtuvieron como resultados la existencia de un funcionamiento familiar caracterizado por una cohesión amalgamada y una adaptabilidad caótica, una disciplina complaciente, falta de control y de límites claros, lo que se deduce como la presencia de una severa disfunción familiar al compararlo con el presente estudio (36).

Parra, Moncada, Oviedo, y Volcanes (2009), realizaron un estudio sobre: “Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal”, en Venezuela. Obtuvieron como resultados que en manifestaciones emocionales destacó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto, con 13,6%. La dimensión conductual reflejó 13,4% para cambio de hábitos, con descuido de la apariencia personal. En manifestaciones cognitivas, el 10,1% fue para pérdida de la atención por estímulos relevantes auditivos. Se consideró disminuir las manifestaciones del estrés de los padres mediante la elaboración de lineamientos basados en técnicas cognitivas-conductuales (43).

Palacio (2011), realizó un estudio de investigación sobre: “Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología”, en Córdoba – Argentina. Obtuvo como resultados que el 63% de los padres presentaron un estrés moderado en cuanto a la manera en que perciben el ambiente físico y tecnológico; en cuanto al nivel de estrés en los padres según los cuidados y tratamientos que observan en sus hijos hospitalizados un 58% indicó un alto nivel de estrés, en cuanto al nivel de estrés en padres de acuerdo a la comunicación con el equipo de salud el 52% de los encuestados refirió un moderado nivel de estrés y, respectivamente el nivel de estrés expresado

según la interacción con sus hijos hospitalizados el 61 % de los padres expresó un nivel alto de estrés (42).

Caruso, A. (2011). En Buenos Aires – Argentina, estudio sobre: “El Afrontamiento ante la internación de un hijo Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”, La muestra estuvo conformada por 40 padres, casi la totalidad de los padres (el 94,1%) no sabía que su hijo podía de nacer en forma prematura, ni tuvo tiempo de prepararse para vivir una situación como esta. A su vez, consideran que el nacimiento anticipado no fue provocado por algo que ellos han hecho (85,3%), ni causado por una tercera persona en relación a ellos o a su familia (88,2 %). En relación a la percepción de esta crisis vital el 26,5 % de los padres consideran a la misma como una amenaza y el 44,1% la considera como un desafío. Finalmente, una amplia cantidad de padres (76,5%) considera que hay algo positivo al enfrentar esta situación. (9)

López, R; Díaz, C y Moreno, K. (2011). En Cartagena – Colombia, realizaron un estudio titulado: “Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de Pretérminos”, La muestra estuvo conformada por 277 padres, los resultados indican que 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). Se concluyó que 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 (32).

Arenas, Y y Salgado, C. (2013), En Colombia-Bogota, realizaron un estudio titulado: "Vivencias de los Padres de Niños Hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos" Obtuvieron como resultados que la familia se constituye en su sistema primario de apoyo aportando a la experiencia elementos que la hacen soportable, como el acompañamiento, la solidaridad, la ayuda económica, permitiendo el fortalecimiento de los lazos afectivos existentes. La participante Catherine afirma: "mi mamá, el esposo de mi mamá y mi hermanita, ellos tres son los que me han apoyado y uno se siente bien; ellos son la fortaleza, el bebé llegó y eso ha sido la unión de toda la familia"; de esto se infiere que en esta familia existe una alta funcionalidad familiar (3).

El rol de la enfermera y del personal de salud es fundamental, para ayudar tanto a prevenir la aparición de la crisis como para su resolución.

Así, la solución de este problema dependerá del manejo que tengan las madres de la situación, de la existencia de factores equilibradores, percepción realista de los acontecimientos vividos, del cuidado de los profesionales y apoyo de la red social en la comunidad (23).

El actual cambio de paradigma observado en enfermería nos lleva a una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en el cual la familia ocupa un lugar preponderante. El recién nacido prematuro requiere de manera especial de su familia para obtener un cuidado holístico, ya que la hospitalización de un bebé en estado crítico condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior (23).

Durante nuestras prácticas pre-profesionales pudimos observar que las madres con hijos prematuros pasan por una etapa difícil de sobrellevar, con altos niveles de estrés y emociones negativas. Las reacciones más frecuentes de las madres ante la situación de tener un recién nacido prematuro hospitalizado suelen ser: incredulidad, culpa e impotencia, pero sobre todo temor y ansiedad ante la enfermedad y sus consecuencias; y si en la familia no existe interacción, una comunicación clara, adaptabilidad entre sus miembros, esto va a afectar negativamente a sus integrantes, sin poder encontrar una salida a la crisis, sin tener estilos de afrontamiento para luchar

contra ello; convirtiéndose entonces en la denominada “disfunción familiar”, o “mal funcionamiento familiar”; y esto implicaría al mismo tiempo un decrecimiento para superar adversidades prolongadas, necesitando entonces reconocer el problema que les está afectando y buscarle una solución, comprendiendo que no es posible cambiar lo que ya ha pasado en la familia y poder mantener la paz entre sus integrantes.

Esta situación se agrava si la enfermera se muestra hostil ante el dolor que presenta la familia, por ello; desde el momento en que el recién nacido se hospitaliza, se debe intentar incorporar al recién nacido prematuro con su familia, estimulando las visitas, promoviendo la lactancia materna, incorporando a las madres en su cuidado e informando de su evolución con una información clara y extensa, para aminorar la angustia y la desesperanza, fomentar los lazos afectivos evitando la rotura del vínculo materno-filial. Somos unas de las principales fuentes de apoyo para las madres por establecer una relación de apoyo más cercana con los mismos, facilitando la reducción del estrés, el afrontamiento de la enfermedad y el cuidado de su hijo.

En los últimos años se ha producido un aumento en la demanda de la tasa de prematuridad, con lo que la supervivencia de los prematuros ha mejorado, pero la capacidad de intervención ha aumentado la incidencia de

efectos secundarios y complicaciones a largo plazo, elevando los costes sociales y emocionales para la familia. Es de vital importancia estudiar y analizar las respuestas de afrontamiento de los padres ante esta situación de hospitalización de sus bebés, y aún más siendo éstos prematuros, porque el nacimiento de un hijo prematuro y su internación es un suceso para el cual las madres no están preparadas, constituyéndose en un evento estresante para las mismas. Ante este problema emplean diferentes estrategias de afrontamiento para responder a las demandas, tanto externas como internas que desbordan sus recursos, intentando así adaptarse a la situación.

A la luz de los enfoques psicológicos tradicionales, la familia ha sido un especial objeto de estudio y siempre ha emergido como una instancia central en el desarrollo psíquico del ser humano. Es en este último ámbito donde reside la posibilidad de encuentro con una visión interdisciplinaria de la familia como promotora del desarrollo integral del ser humano, elemento que fundamenta la comprensión sistémica del asunto que aquí se propone.

Con miras a lograr este propósito, se busca conocer y comprender el funcionamiento familiar en las familias con hijo prematuro, ya que conocer esa realidad ayudará a enfermería a desarrollar acciones para contribuir a la adaptación de la familia, a lo largo de su recorrido con un recién

nacido prematuro y al fortalecimiento de sus relaciones, y así poder cumplir con brindarle seguridad, protección y realización, evitando de esta manera que el neonato quede sin apoyo y amor familiar.

Surge entonces la necesidad de evaluar en nuestro medio el afrontamiento de las madres unido al funcionamiento familiar que ellas presenten, con la finalidad de que se elaboren estrategias de intervención que ayuden a establecer una relación de confianza y ayuda, acompañarles en las dificultades que vayan surgiendo. En este espacio se averigua la adaptación y reorganización familiar en función del estado de salud del prematuro; son momentos adecuados para observar cómo actúan las madres ante su hijo hospitalizado rodeado de alarmas, aparatos que contribuyen a mejorar la respiración, cables que le rodean, las horas y frecuencias de visitas; y cómo es la relación con el personal de salud.

Sabemos que las madres pasan por momentos difíciles, bien por haber recibido una mala noticia con respecto a la evolución médica de su hijo o bien por la propia carga emocional y estrés mantenido que conlleva la situación. Es entonces en estos momentos donde enfermería se encargará de crear un clima que favorezca la ventilación emocional. Lejos de ser lo óptimo, la labor desarrollada en esta unidad representa un esfuerzo humano y

profesional que refleja la esperanza de algunos por mejorar en un futuro la deteriorada realidad afectiva de las madres de bebés prematuros.

Por lo expuesto anteriormente se decidió establecer la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento de madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre Funcionamiento familiar y afrontamiento de las madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

Objetivos Específicos:

- Identificar el funcionamiento familiar de madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.
- Identificar el afrontamiento en las madres con recién nacidos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

HIPOTESIS:

H₁: El Funcionamiento familiar se relaciona significativamente con el afrontamiento de madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

Hipótesis Nula: El Funcionamiento familiar no se relaciona significativamente con el afrontamiento de padres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología - Hospital Belén de Trujillo, 2015.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MATERIAL DE ESTUDIO

2.1.1. Población

El universo de estudio estuvo comprendido por todas las madres con hijos prematuros siendo un total de 437 en un año. Del total de nacimientos en el 2015 el 12% son recién nacidos prematuros.

2.1.2. Muestra

Para definir el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95 % y un nivel de presión de 6%;

lo que da como resultado 59 madres con hijos prematuros hospitalizados en los meses de Julio y Agosto del 2016. (Ver Anexo N° 5).

2.1.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Madres con recién nacidos prematuros hospitalizados en Cuidados Intermedios del Departamento de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo.
- Madres de recién nacidos prematuros hospitalizados 7 días o más.

Criterios de Exclusión:

- Madres que no deseen participar en el estudio.

2.1.4. Unidad de Análisis

Cada una de las madres con recién nacidos prematuros hospitalizados en el Departamento de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo, que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.2. MÉTODO

2.2.1. Tipo de estudio

Este estudio es del tipo descriptiva, correlacional, de corte transversal que va a describir la relación entre las variables identificadas en esta investigación en un momento determinado con una finalidad aplicada.

2.2.2. Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta el siguiente diseño según Hernández Sampieri. (18).

$$M = X1 \text{ ——— } X2$$

En donde:

M = Madres de recién nacidos prematuros

X 1 =Funcionamiento familiar

X 2 =Afrontamiento en las madres

2.2.3. Operacionalización de Variables

Variable X1: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Definición Conceptual:

Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad) (40).

Definición operacional:

Se midió a través del APGAR familiar elaborado por Smilkstein (1978), y validado al español en 1996 en el estudio “Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar” por JA Bellón Saameño, A Delgado Sánchez, J de D Luna del Castillo, P Lardelli Claret. Se operacionalizará de la siguiente manera (53):

- **Alta Función Familiar** : 7-10 pts.
- **Moderada Disfunción Familiar** : 4-6 pts.
- **Severa Disfunción Familiar** : 0-3 pts.

Variable X2: AFRONTAMIENTO DE LAS MADRES**Definición conceptual:**

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que son constantemente cambiantes, y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Es un factor estabilizador, ya que puede ayudar a las madres del prematuro a sostener su adaptación psicosocial en períodos estresantes (26).

Definición operacional:

Se operacionalizó de la siguiente manera:

- **Afrontamiento Negativo:** 19- 57 pts.
- **Afrontamiento Positivo:** 58-95 pts.

2.2.4. Procedimientos para la recolección de información,

Instrumentos a utilizar:

Para la aplicación del presente estudio se tramitó la autorización correspondiente a la dirección del Hospital Belén de Trujillo. Obtenida la autorización, se dialogó con la jefa del Departamento de Enfermería para la aplicación de los instrumentos a las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología, fue mediante el cuestionario de Apgar familiar y el cuestionario de Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros. Luego se solicitó la autorización de las madres, donde se les explicó la finalidad de la investigación y su deseo de retirarse de la misma cuando ellas así lo contemplen. Se aplicó los instrumentos durante 2 meses, en un tiempo aproximado de 30 minutos para cada madre.

Los resultados de la investigación fueron informados al personal de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo.

Para el logro de los objetivos de la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

PRIMER INSTRUMENTO:

El test de APGAR Familiar, diseñado para poder analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros, elaborado por Smilkstein (1978), y validado al español en 1996 en el estudio

“Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar”, consta de dos partes:

- **Primera Parte:** Datos informativos como edad.
- **Segunda Parte:** Test de APGAR Familiar. La sigla APGAR procede de los cinco componentes de la función familiar: adaptability (adaptabilidad), partnertship (cooperación), growth (desarrollo), affection (afecto) y resolve (capacidad resolutive). El APGAR Familiar consta de 5 preguntas que pueden ser contestadas con tres posibles respuestas: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) o casi nunca (0 puntos). (VER ANEXO N°1).

SEGUNDO INSTRUMENTO:

Cuestionario de Afrontamiento de Madres con hijos Prematuros elaborado por Folkman y Lazarus (1988) Validado por Bonifacio Sandin y Paloma Chorot y modificado por las autoras de la presente investigación. El Cuestionario Consta de 19 ítems donde cada ítem tiene cinco alternativas, las cuales están estructuradas en sentido positivo y negativo. Se presentan en una escala de Likert: Los ítems en sentido positivo son: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13,16 y se califica de la siguiente manera: nunca=1punto, pocas veces=2 puntos, a veces=3 puntos, frecuentemente=4 puntos y casi siempre=5 puntos y los ítems en sentido negativo son: 2, 3, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18,19 y se califica de la siguiente manera: nunca=5punto; pocas veces=4, a veces= 3,

Frecuentemente=2 y casi siempre=1. El puntaje total del instrumento es de 95 pts. (Ver Anexo N°2).

Validez y Confiabilidad de Instrumentos

- VALIDEZ

Para la validez del cuestionario sobre Afrontamiento de madres con hijos prematuros se sometió a la crítica de jueces. Para ello se contó con la participación de 6 enfermeras expertas en el área quienes revisaron y formularon recomendaciones que fueron tomadas en cuenta para la elaboración final del instrumento (Ver Anexo N° 6).

El instrumento fue validado con una muestra piloto de 30 madres con hijos prematuros en el Hospital Regional Docente de Trujillo. La prueba piloto permitió evaluar la redacción, comprensión, practicidad y tiempo de aplicación del instrumento, proporcionando a la vez las bases necesarias para la prueba de confiabilidad.

El cuestionario de APGAR FAMILIAR no fue sometido a Jueces por ser un instrumento validado y recomendado para su uso (Ver Anexo N° 1).

- CONFIABILIDAD

Para la medición del nivel de confiabilidad de los instrumentos se empleó el Coeficiente Alpha de Cronbach índice de confiabilidad que permite estimar la congruencia interna y homogeneidad de una medición integrada, por varios

elementos o sub parte. En este índice cuantitativo sus valores varían de 0,61-0,80 y proporciona una estimación de la confiabilidad de los instrumentos. Según esta técnica el Cuestionario de APGAR FAMILIAR califico 0,642 esto indica que el instrumento tiene una fiabilidad de magnitud alta, con respecto al Cuestionario de Afrontamiento de Madres fue necesario precisarla a través de la aplicación de una prueba piloto para verificar si los ítems miden lo que se desea medir, el valor de dicho coeficiente es igual a 0.742. (Ver Anexo N° 2).

2.2.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de las madres a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar y se respetó su derecho a retirarse de la misma si el caso lo amerita. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes aplicando el principio de anonimato.

2.2.6. Análisis estadístico de datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando el software SPSS versión 24.

Luego se realizó la tabulación siempre y cruzada. Los resultados se presentaron mediante las tablas estadísticas de siempre y doble entrada, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio, así mismo se ilustraron con gráficos de frecuencia absoluta y relativa. Para determinar la relación entre las variables del estudio se aplicó la prueba de Independencia de Criterios Gamma y el nivel de significancia estadística se clasificará con $p < 0.05$.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

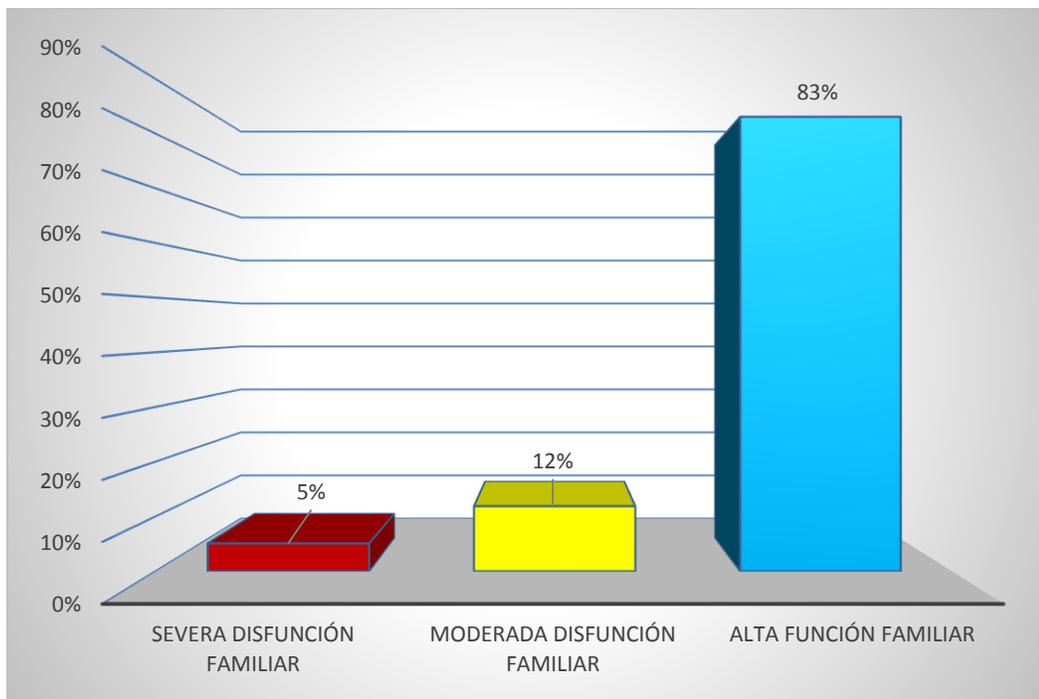
**Funcionamiento Familiar de Madres con Hijos Prematuros del
Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.**

| Funcionamiento familiar | Recuento | % |
|--------------------------------|-----------------|----------|
| Alta Función Familiar | 49 | 83 |
| Moderada Disfunción familiar | 7 | 12 |
| Severa Disfunción familiar | 3 | 5 |
| Total | 59 | 100 |

Fuente: Información obtenida del test aplicado por las autoras

GRÁFICO N° 1

**Funcionamiento Familiar de Madres con hijos prematuros del
Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.**



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2

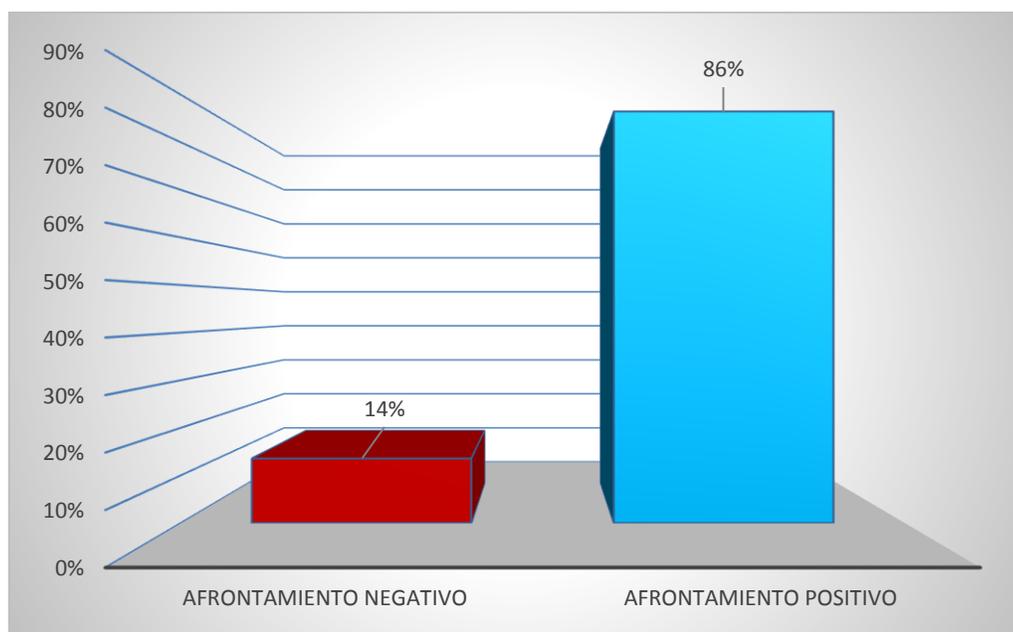
**Afrontamiento de Madres con Recién Nacidos Prematuros del
Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.**

| Afrontamiento de las madres con hijos prematuros | Recuento | % |
|---|-----------------|----------|
| Afrontamiento positivo | 51 | 86 |
| Afrontamiento Negativo | 8 | 14 |
| Total | 59 | 100 |

Fuente: Información obtenida del cuestionario aplicado por las autoras

GRÁFICO N° 2

Afrontamiento de las madres con recién nacidos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3

Funcionamiento Familiar y Afrontamiento de Madres con Hijos Prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

| Funcionamiento familiar | Afrontamiento de las madres con hijos prematuros | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------|-------------------------------|----------|-----------------|----------|
| | Afrontamiento negativo | | Afrontamiento positivo | | Total | |
| | Recuento | % | Recuento | % | Recuento | % |
| Alta Función Familiar | 5 | 8.5 | 44 | 74.6 | 49 | 83 |
| Moderada disfunción familiar | 2 | 3.4 | 5 | 8.5 | 7 | 12 |
| Severa Disfunción familiar | 1 | 1.7 | 2 | 3.4 | 3 | 5 |
| Total | 8 | 14 | 51 | 86 | 59 | 100 |

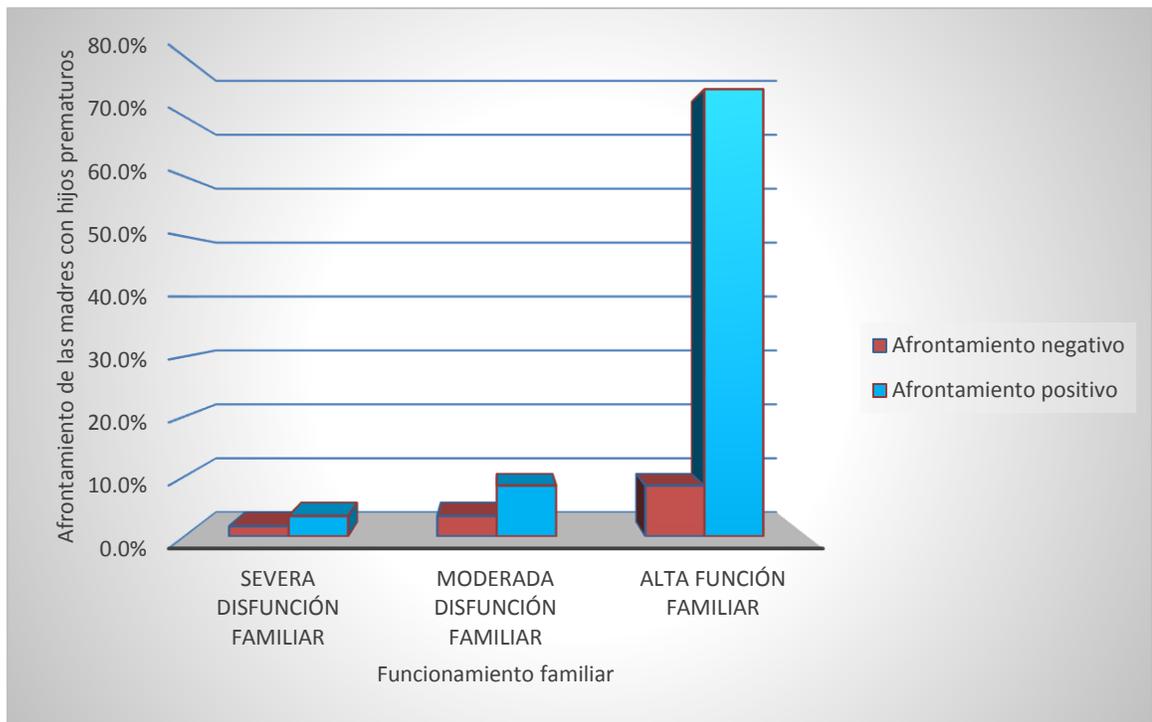
Fuente: Información obtenida del test y el cuestionario aplicado por las autoras.

Gamma: 0,557 Valor-p: 0,209 > 0.05

No Existe Relación Significativa entre variables.

GRÁFICO N° 3

Funcionamiento Familiar y Afrontamiento de Madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.



Fuente: Tabla N° 3

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La **Tabla N° 1** muestra el recuento de 59 madres con recién nacidos prematuros que constituye el 100%, de las cuales el 83% tiene una alta función familiar, el 12% una moderada disfunción familiar, y el 5% presenta una severa disfunción familiar (Grafico N°1).

Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos encontrados por Arenas, Y y Salgado, C. (2006), En Colombia-Bogotá, realizaron un estudio titulado: “Vivencias de los Padres de Niños Hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos” Obtuvieron como resultados que la familia se constituye en su sistema primario de apoyo aportando a la experiencia elementos que la hacen soportable, como el acompañamiento, la solidaridad, la ayuda económica, permitiendo el fortalecimiento de los lazos afectivos existentes. La participante Catherine afirma: “mi mamá, el esposo de mi mamá y mi hermanita, ellos tres son los que me han apoyado y uno se siente bien; ellos son la fortaleza, el bebé llegó y eso ha sido la unión de toda la familia”; de esto se infiere que en esta familia existe una alta funcionalidad familiar (3).

Por otro lado, el presente estudio de investigación difiere con los resultados obtenidos por Mora, A y Rojas, A (2005), quienes en Colombia realizaron un estudio sobre “Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer”, obtuvieron como resultados la existencia de un funcionamiento familiar caracterizado por una cohesión amalgamada y una adaptabilidad caótica, una disciplina complaciente, falta de control y de límites claros, lo que se deduce como la presencia de una severa disfunción familiar al compararlo con el presente estudio (37).

El funcionamiento familiar según Smilkstein (2012), en The family APGAR, refiere que las madres evaluadas presentan un funcionamiento familiar alto, lo que hace referencia a Hernández (2011), cuando define a la familia como un sistema, que está constituida por una red de relaciones y responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; ésta se adapta a las diferentes exigencias del medio externo y mantiene un constante equilibrio entre sus fuerzas homeostáticas y sus capacidades de transformación, siempre con el propósito de asegurar continuidad y crecimiento en sus integrantes. De esta manera se asume que las familias de donde provienen las madres existe una estabilidad familiar que conlleva a la solución de conflictos que día a día ellas enfrentan (17).

En el presente estudio se observa que los resultados obtenidos de moderada y severa disfunción familiar, las madres no han sabido reestructurar ni preservar su estabilidad familiar por lo que ha conllevado a la crisis que no se ha podido solucionar de una manera efectiva y se hace necesidad de una orientación familiar para mejorar su funcionamiento evitando rasgos conflictivos; y así de esta manera las madres puedan afrontar el problema del prematuro hospitalizado, al que tuvieron alguna vez en sus vientres y lo soñaron con ideal y sano.

Durante la gestación las madres elaboran una imagen mental de su hijo y al nacer éste se juntan imaginariamente tres niños: el hijo imaginado de sus sueños y fantasías, el feto invisible pero real y el recién nacido que ahora pueden ver, oír y tocar. Es así como experimentan algún grado de desilusión respecto a su recién nacido como parte de la nueva experiencia de la maternidad, lo que se incrementa ante la presencia de prematurez; por lo que tienen mucho que superar cuando el nacimiento se da antes de lo previsto y no se presenta la formación de la identidad (20).

En el ciclo vital familiar la presencia del recién nacido modifica la situación de la pareja y de todos los miembros de forma sustancial. Estas modificaciones en tareas, roles y rutinas son notorias desde la etapa prenatal.

La disposición familiar durante la gestación es crucial para brindar un ambiente en el cual pueda existir el vínculo con el recién nacido, cuando la salud de la madre o del recién nacido se ve alterada durante la etapa perinatal, este problema se antepone a la ansiedad habitual y genera mayor estrés familiar (3).

El trabajo con familias es pertinente para enfermería dado que la familia hace parte de sus sujetos de cuidado, lo que favorece el desarrollo del conocimiento científico disciplinar al entender situaciones familiares relacionadas con su nivel de funcionamiento, orientando al profesional para el diseño de planes de intervención ajustados a las necesidades de cuidado de estas unidades sociales. Por lo tanto, es posible evidenciar la importante labor de enfermería en este escenario, y a partir de los resultados del estudio, se puedan realizar propuestas de intervención para favorecer la salud familiar en los grupos que falta mejorar este aspecto; y en los otros para fortalecer esa unión familiar.

La enfermera neonatóloga debe adoptar una actitud cálida de respeto, comprensión y empatía hacia los grupos familiares, donde la atención se torne más integral, disminuyendo la intensidad de los sentimientos y emociones que experimenta la familia y por ende las madres, al tener a su hijo

hospitalizado y aún más siendo éste prematuro que necesita estar en una incubadora para mantener su temperatura corporal y sujeto a procedimientos de manera permanente.

La **Tabla N° 2** muestra el afrontamiento de madres con hijos prematuros, donde se observa que del 100% de ellas, el 86% presenta un afrontamiento positivo, sin embargo, el 14% presenta un afrontamiento negativo (Grafico N° 2).

Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos encontrados por López, R; Díaz, C y Moreno, K. (2011), Cartagena – Colombia, quienes realizaron un estudio titulado: “Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de Pretérminos”, La muestra estuvo conformada por 277 padres, los resultados indican que el 85.9% de los padres de los niños Pretérminos tienen un afrontamiento eficaz (32).

Caruso, A. (2011). En Buenos Aires – Argentina, estudio sobre: “El Afrontamiento ante la internación de un hijo Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”, La muestra estuvo conformada por 40

padres, casi la totalidad de los padres (el 94,1%) no sabía que su hijo podía de nacer en forma prematura, ni tuvo tiempo de prepararse para vivir una situación como esta. A su vez, consideran que el nacimiento anticipado no fue provocado por algo que ellos han hecho (85,3%), ni causado por una tercera persona en relación a ellos o a su familia (88,2 %). En relación a la percepción de esta crisis vital el 26,5 % de los padres consideran a la misma como una amenaza y el 44,1% la considera como un desafío. Finalmente, una amplia cantidad de padres (76,5%) considera que hay algo positivo al enfrentar esta situación (9).

Existen investigaciones con referencia al estrés que sufren las madres y padres frente a esta situación, las cuales también fueron consideradas en el presente estudio y difieren a los hallazgos encontrados; por ejemplo: Parra M, Moncada Z, Oviedo S, y Volcanes M (2009), realizaron un estudio sobre: “Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal”, en Venezuela. Obtuvieron como resultados que en manifestaciones emocionales destacó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto, con 13,6%. La dimensión conductual reflejó 13,4% para cambio de hábitos, con descuido de la apariencia personal. En manifestaciones cognitivas, el 10,1% fue para pérdida de la atención por estímulos relevantes auditivos. Se consideró disminuir las manifestaciones del

estrés de los padres mediante la elaboración de lineamientos basados en técnicas cognitivas-conductuales (45).

Palacio M (2011), realizó un estudio de investigación sobre: “Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología”, en Córdoba – Argentina. Obtuvo como resultados que el 63% de los padres presentaron un estrés moderado en cuanto a la manera en que perciben el ambiente físico y tecnológico; en cuanto al nivel de estrés en los padres según los cuidados y tratamientos que observan en sus hijos hospitalizados un 58% indicó un alto nivel de estrés, en cuanto al nivel de estrés en padres de acuerdo a la comunicación con el equipo de salud el 52% de los encuestados refirió un moderado nivel de estrés y, respectivamente el nivel de estrés expresado según la interacción con sus hijos hospitalizados el 61 % de los padres expresó un nivel alto de estrés (44).

Los resultados obtenidos nos llevan a analizar que la mayoría de las madres (86%) tienen un afrontamiento positivo ante esta situación, debido a que presentan un funcionamiento familiar estable, pero mucho más allá de ello, que aquí implica la familia como la clave de la solución de la crisis, están los profesionales de la salud atentos a las necesidades del recién nacido. Por lo tanto, conocer lo que puede estar pasando en estos momentos, ayuda a

reorientar las acciones en nuestro quehacer, hacer, entender sus manifestaciones o comportamientos, lo cual implica comprender sus sentimientos, especialmente cuando se presenta como un evento inesperado, no contemplado dentro de sus expectativas ante el nacimiento de su hijo; ya que el sueño de esas madres era un recién nacido sano, sin patología alguna y al que puedan llevar a casa.

La enfermera es la encargada de dar enseñanza y orientación a las madres y su familia, y para disminuir esta ansiedad, confusión y crisis que viven día a día, se debe dar en forma unificada, continua, donde la comunicación con la familia esté distribuida entre el equipo de salud, sin que modelos profesionales en particular sean responsables de tal cuidado. Esto puede disminuir la confusión, ansiedad e incluso los sentimientos de hostilidad en las madres complicando la relación enfermera - paciente. Todo esto pondrá a prueba la paciencia de las madres y exigirá mucha confianza en el equipo profesional, ya que también ellos van a tener que adaptarse a esta nueva situación; de esta manera afrontarán de manera positiva la situación (17).

Primero deben sobreponerse al impacto que genera ver a su RNPT conectado a equipos e intentando comprender la problemática de su hijo. De a poco las madres se familiarizan con las técnicas, con los protocolos

que se cumplen, con el lenguaje utilizado por el equipo de salud. A medida que el RNPT vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, las madres podrán acceder más fácilmente a él, se les permitirá el contacto piel a piel y podrán reconstruir ese vínculo o apego que los recién nacidos prematuros necesitan para que al estar en contacto con su mamá escuchando su voz, los latidos del corazón, le hagan recordar sus vivencias prenatales (17).

Los sentimientos y las emociones son parte del afecto; los primeros son un fenómeno afectivo que se expresa a través de reacciones subjetivas moderadas de placer y displacer. Las segundas son fenómenos subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración; ambos ayudan a los individuos a adaptarse a las oportunidades y desafíos que enfrentan durante situaciones importantes de la vida. Al momento de cuidar de la salud del prematuro, se deben integrar todos los aspectos, evitando tratar sólo el físico y considerando los otros en última instancia olvidando que la enfermedad los compromete igualmente (12).

Los resultados obtenidos, aunque en un mínimo porcentaje (14%), nos llevan a analizar que tal vez estas madres no llevan una estabilidad en su funcionamiento familiar, o tal vez sí, pero ello unido a lo que pueden recibir en el hospital como una negación por parte de la enfermera, o percibir

un ambiente hostil y ver a su hijo prematuro sin poder sonreírle, aumentan un afrontamiento negativo que va a ir más allá de una crisis.

Está el recién nacido enfermo, aislado del ambiente, dificultando su contacto con las demás personas. Estos prematuros se encuentran generalmente conectados a monitores, catéteres y otros aparatos; inmersos en esta situación están las madres, asustadas muchas veces, con un enorme sentimiento de frustración, golpeadas por el dolor de ver un momento tan esperado transformado en un periodo de angustia, desesperación e incertidumbre (17).

Las múltiples funciones o la inexperiencia muchas veces, pueden llevar a ignorar o no comprender las respuestas de las madres ante la hospitalización del recién nacido. Por lo tanto, conocer lo que puede estar pasando en estos momentos, puede ayudar a reorientar las acciones en nuestro quehacer, hacer, entender sus manifestaciones o comportamientos, lo cual implica comprender sus sentimientos, especialmente cuando se presenta como un evento inesperado, no contemplado dentro de sus expectativas ante el nacimiento de su hijo (17).

El hecho de ver a sus hijos en una incubadora, conectados a bombas de infusión entre otros equipos, provoca en ellos un estado de depresión; esto ocasiona una barrera física que impide un contacto más íntimo con sus hijos, siendo relegada su relación afectiva a una mínima expresión donde sólo pueden observarlos, hablarles y cuando se les permite, acariciarlos brevemente. Por lo tanto, es importante preparar a las madres para el primer encuentro con sus hijos, poniéndolas al tanto de las condiciones de la unidad y de los cuidados que están recibiendo en esos momentos, para disminuir con esto su ansiedad, facilitar su acercamiento e identificación y garantizar el inicio del vínculo afectivo entre ellas y el recién nacido.

La **tabla N° 3** muestra la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento de las madres con hijos prematuros, donde se observa que del 83% de madres que presenta alta función familiar, el 8,5% presenta afrontamiento negativo y el 74,6% presenta afrontamiento positivo, del 12% de madres que presenta moderada disfunción familiar, el 3,4% presenta afrontamiento negativo y el 8,5% presenta afrontamiento positivo. Del 5% de madres que presenta severa disfunción familiar, el 3,4% presenta afrontamiento positivo, 1,7% presenta afrontamiento negativo. (Grafico N°3)

Aparentemente se presenta una relación positiva estadísticamente entre ambas variables, sin embargo, la prueba gamma con un valor-p > 0,05 nos confirma que el funcionamiento familiar no se relaciona significativamente con el afrontamiento de madres con hijos prematuros del Departamento de Neonatología. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

En los resultados obtenidos podemos analizar que así las madres tengan una severa disfunción familiar o moderada disfunción familiar, el mayor porcentaje siempre recae en que ellas afrontan positivamente el problema de tener un recién nacido prematuro hospitalizado. Y en las que presentan una alta función familiar, el 74,6% presenta afrontamiento positivo, que es un porcentaje mayor. Por lo tanto, implica que no necesariamente por tener una disfunción familiar afrontarán negativamente la situación, ya que los resultados demuestran todo lo contrario, aunque ya hemos visto que la familia es el principal promotor para que la situación mejore y sea menos estresante, también está probablemente la atención y la comunicación que emplea la enfermera durante la visita de las madres haciéndoles partícipes del cuidado del prematuro.

Ante la hospitalización del recién nacido, el equipo de salud debe procurar una comunicación con las madres donde se proporcionen elementos

para su adaptación ante la situación, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales, situar al bebé en su contexto familiar; es así como las alternativas que se planteen deben apuntar hacia el cuidado humanizado, evitando su desplazamiento por la labor administrativa que igualmente deben realizar (3).

El lenguaje empleado en el momento de proporcionar la información a las madres acerca del estado de sus hijos les debe permitir comprender lo que sucede en estos momentos evitando malas interpretaciones y aclarando sus dudas. Dar a conocer las normas institucionales, haciéndoles comprender el porqué de las mismas; este es un elemento que causa generalmente inconformidad en las madres y la familia. En este aspecto sería bueno reevaluar las normas de algunas instituciones ya que tanto padres como hijos se encuentran en un momento crítico para el inicio y establecimiento de sus vínculos afectivos (3).

Por lo tanto, el equipo de salud debe constituirse en un sistema de apoyo real con el cual las madres se puedan identificar. Así mismo, poner a su alcance otros sistemas de apoyo (trabajo social, psicología...) que pueden ayudar a enfrentar la crisis de este momento.

Cuando se educa a las madres acerca de los cuidados que pueden proporcionar a sus hijos durante la visita, se logrará mayor seguridad y preparación para el momento del alta; esto fortalece sus habilidades cuando ya han tenido la experiencia de la crianza. Es este el momento que permite al equipo de salud promover la lactancia materna, haciendo énfasis en la importancia desde lo emocional tanto para el recién nacido como para la madre. Una necesidad sentida entre las madres de los recién nacidos, es el disponer de un lugar en el cual la madre pueda “descansar” durante el tiempo de espera para las visitas (17).

La experiencia de las madres frente a la hospitalización es un hecho que los conmueve profundamente; no es fácil sobrellevar un momento como éste cuando se espera el nacimiento de un hijo sano que cumpla con sus expectativas. La alegría de la espera se transforma muchas veces en momentos indescriptibles e incomprensibles; es entrar a luchar por la fragilidad de la vida frente a la posibilidad de la muerte, entender que aunque se quiera no se puede llegar más allá de lo que la ciencia, la tecnología y la ética permiten. No sólo las madres de estos niños están sometidos a la tensión emocional que esta situación impone; de igual manera están sus familias y quienes se sienten comprometidos en su cuidado (17).

Aquí sufre la familia y hay que reconocer que el equipo de salud también se encuentra expuesto e involucrado en la situación; no es fácil enfrentar el dolor ajeno cuando no nos ponemos en el lugar de quien vivencia una circunstancia como ésta. De ahí la importancia de conocer y entender lo que puede estar aconteciendo en estos momentos para no sólo llegar a tratar la enfermedad sino por el contrario, cuidar al enfermo teniendo presente su integralidad.

V. CONCLUSIONES

1. El 83% de madres con recién nacidos prematuros presenta una alta función familiar, el 12% presenta moderada disfunción familiar y el 5% de ellas presenta una severa disfunción familiar.
2. El 86% de madres con recién nacidos prematuros presenta un afrontamiento positivo, sin embargo, el 14% presenta un afrontamiento negativo.
3. El Funcionamiento Familiar y el Afrontamiento de Madres con hijos Prematuros no guardan relación estadística significativa ($p=0,209$), donde se observa que del 83 % de madres que presenta alta función familiar, el 8,5% presenta afrontamiento negativo y el 74,6% presenta afrontamiento positivo, del 12% de madres que presenta moderada disfunción familiar, el 3,4% presenta afrontamiento negativo y el 8,5% presenta afrontamiento positivo. Del 5% de madres que presenta severa disfunción familiar, el 1,7% presenta afrontamiento negativo y el 3,4% presenta afrontamiento positivo.

VI. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación se propone las siguientes recomendaciones para los Profesionales de Enfermería:

1. Ejecutar talleres de relación de ayuda donde las enfermeras desarrollen habilidades comunicativas para afrontar de manera positiva la situación de afrontamiento con las madres.
2. Realizar investigaciones cualitativas sobre las vivencias de las madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en otras instituciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUERA I. Buenas ideas para Educar a los Hijos: Valores por Descubrir. 1ra ed. Madrid: editorial CCS; 2013. p. 34-36.
2. AMAT M, LEÓN G. Salud comunitaria y familiar en el Perú. 1ra ed. Lima: editorial: UAP; 2013. p. 34-36.
3. ARENAS Y, SALGADO C. “Vivencias de los Padres de Niños Hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos” [Tesis de Enfermería]. Colombia: Universidad del Valle; 2013.
4. ÁVALOS L. Recién nacido de Pretérmino. [Internet]. 2012. [Accesado 06/11/15]. Disponible en: <http://www.pediatríaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf>.
5. AYLWIN N, SOLAR O. Trabajo social familiar. 3ra ed. Chile: editorial: C.I.P- Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012. p. 105-111.
6. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO, MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. [Internet] 2012. [Accesado el 15/12/15]. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=254.
7. BRANDON B, TULLY K, SILVA S, MALCOM W, MURTHA A, TURNER B. Las Respuestas emocionales de las Madres de Prematuros tardíos y Nacidos a Término. Artículo Asociación de la Mujer y Enfermeras Neonatales. Estados Unidos. Noviembre 2013; 40 (6): 719-731.
8. CABALLERO E, FERNÁNDEZ, P. La familia en el entorno de cuidados críticos. [Internet]. 2011. [Accesado: 13/04/16]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>

9. CARUSO A. "El Afrontamiento ante la internación de un hijo Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales" [Tesis de Psicología]. Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2011.
10. Centro de Estadística del Hospital Belén de Trujillo, 2015. Oficina de Epidemiología.
11. DÍAZ, R. Revista de Obstetricia y Ginecología. Chile. [Internet] 2013 [Accesado el 04/11/15]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-7526&script=sci_serial
12. FERNÁNDEZ P, CABALLERO E, LIRA M. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Revista Biomédica. Lima. Mayo 2009.3 (4): 40-42.
13. FOLKMAN S, LAZARUS R, DUNKEL CH, DELONGIS A, GRUEN R. Dinámica de un Encuentro Estresante: La Evaluación Cognitiva, Afrontamiento y los Resultados se encuentran. 5ta ed. Estados Unidos: editorial Copyright, 1986.
14. GAMBINA I, SOLDERA G, BENEVENTO B, TRIVELLATO P, VISENTIN S, CAVALLIN S. Postpartum Psychosocial distress and late preterm delivery. Journal of Reproductive & Infant Psychology. 2012; 29 (5) p. 472 – 479.
15. GONZALES F. Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros. Revista de Relación Temprana de Apego. Bilbao. 2013; (48): 61-80.
16. GUTIÉRREZ D. Dinámica familiar y patología. Prensa Médica. México. 2011; 13(6): 53-66.
17. HERNANDEZ D, FLORES S. Relación de ayuda: Intervención de Enfermería para Padres de Recién Nacidos Hospitalizados en la UCIN. Artículo Científico División en Epidemiología y Servicios de Salud. Mexico. 2008; 10(3):125-129.
18. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA A. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: editorial Mc Graw Hill; 2010. p. 136 – 144.
19. HORWITZ N. Familia y salud familiar: Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Chile. 2011;6(1):144-150

20. Jirado N y Parra D. Vivencias de los Padres de Niños Hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*. Bogotá. Octubre 2010;8 (2):125:129.
21. KLAUS M, KENNELL J. La relación madre-hijo. Impacto de la Separación o Perdida Prematura en el Desarrollo de la Familia. 2vol. 3ra ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1978. p. 24,25.
22. KIMMELMAN M. En Anexo 12 de Orientaciones Técnicas para Seguimiento de Prematuros menor 1.500 grs y/o menor 32 semanas. *Revista Biomédica*. Chile. Mayo 2012; 3(4):1:20.
23. LADEWIG P. *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*. 5ta ed. España: editorial McGraw-Hill; 2012.
24. LARÉE M. Ambiente Terapéutico del Recién Nacido Prematuro en una Unidad Neonatal. *Artículo Acta Pediatrica*. México. 2011; 32(1):5-14.
25. LAZARUS R. *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*. *Psychosomatic Medicine*. 55 ed. New York: Editorial Plenum Pres. 1993. p. 234-247.
26. LAZARUS R. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Reviews. Psychosomatic Medicine*. 44 ed. New York: Editorial Plenum Pres. 1993. p. 1-21.
27. LAZARUS R, FOLKMAN, S. Estrés y procesos cognitivos. *Los Moldes de la Mente*. Barcelona. [Internet]. 1986. [Accesado 16/12/15]. Disponible en: <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>(39)
28. LEZMA Y. "Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012" [Tesis para Título de Especialista de Enfermería en Neonatología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
29. LIMA JS, LIMA M, JIMÉNEZ N, DOMÍNGUEZ I. Consistencia Interna y Validez de un Cuestionario para Medir la Autopercepción del estado de Salud Familiar. *Rev Esp Salud Pública*. Septiembre 2012; 86(5): 509-521.

30. LÓPEZ L. “Cerca de 150 bebés prematuros nacen al mes en Maternidad de Lima”. Perú. [Internet]. 2012. [Accesado 07/11/15]. Disponible en: <http://peru21.pe/noticia/72898/cerca-150-bebes-prematuros-nacen-al-mes-maternidad-lima>.
31. LÓPEZ M. Los Niños Prematuros Se Salvan, Pero Hay Secuelas. España. [Internet]. 2011. [Accesado 07/11/15]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2008/04/15/sociedad/1208210401_850215.html
32. LÓPEZ R, DÍAZ C Y MORENO K. “Condiciones Biológicas, Sociales y Familiares Asociadas al Afrontamiento Familiar ante el Nacimiento de Pretérminos” [Tesis para Licenciada en Enfermería]. Colombia: Universidad de Magdalena; 2011. (47)
33. MAMANI Y. “Factores Socioculturales y su Relación con el Nivel de Conocimientos del Cuidado del Recién Nacido en Madres Primíparas” [Tesis para Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre; 2012.
34. MAROTO G, CASTAÑO E, GARCÍA MM, HIDALGO R, MATEO I. Paternidad y servicios de salud. Rev. Esp.2013; 83(2): 267 – 278.
35. MONTOYA, J. Aprendiendo a ser padres educando de forma positiva. 1ra ed. Madrid: editorial CCS; 2013. p. 205-212.
36. 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” [Tesis de Psicología]. Colombia: Universidad Pontificia Javeriana; 2006.
37. OIBERMAN, A. Nacer y Después. Aportes a la Psicología Perinatal. 1era ed. Argentina: editorial JCE Ediciones; 2012.p. 45-46.
38. OLSON D, RUSSELL C, DSPRENKLE D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. Rev Enferm Herediana EE.UU. 1989; 6(2): 56-58.
39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nacimientos Prematuros. Informe de Acción Global: OMS; 2013.Nota descriptiva: N°363.

40. OVIEDO C, LIRA P, ITO N, GROSSO E. Causas de Nacimiento Pretérmino entre Madres Adolescentes. *Ginecol Obstet Mex.* 2011; 75(1):17-23.
41. OZKAN S, KUTLU Y. Evaluation of coping strategies, social support, and depressive symptoms in spouses of patients with hematological cancer. *Tubitak.* 2010; 6(1):925-936.
42. PALACIO M. “Estrés en Padres con Hijos Hospitalizados en Neonatología” [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2011.
43. PARRA M, MONCADA Z, OVIEDO S, VOLCANES M. “Estrés en Padres de los Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal” [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Los Andes; 2009.
44. PÉREZ F. *Obstetricia.* 3° ed. Chile: editorial Mediterráneo. 2012. p.43-46.
45. PIEMONTESI S, HEREDIA D. Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Manuales de Psicología.* España.2009; 25(1):102-111.
46. POLAINO-LORENTE A, MARTÍNEZ CANO P. *Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia.* 1er Vol. 6 ed. España: editorial RIALP; 2006. p.
47. RAMEZANI T, HADIAN SHIRAZI Z, SABET SARVESTANI R, MOATTARI M. Family – centered care in neonatal intensive care unit, a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014 Oct; 2(4): 268 – 78. (49)
48. RAGGI M. *Psicopatología Evolutiva. ADHD.* [Internet]. 2013 [Accesado 10/11/15]; Disponible en: <http://www.usal2.tizaypc.com/contenidos/contenidos/3/USAL%20Ficha%20-%20Familia.pdf>.
49. RIVERO R. *El Prematuro.* [Internet]. 2012. [Accesado el 7 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.pediatriaperu.org/images/stories/el_prematuro.pdf.

50. RODRÍGUEZ D. La visión del bebé prematuro. [Internet]. 2012. [Accesado el 23 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.babysitio.com/bebe/prematuros_vision.php.
51. SMILKSTEIN G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*. 2012. 6(6):1231- 9.
52. VIEIRA M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev. Chil. Pediatr*. 2011;74(2):197-205.
53. VILLANUEVA L, CONTRERAS A, PICHARDO M, ROSALES J. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 76(9):542-8.
54. WALSH F. Conceptualization of normal family functioning. *Rev Cabana Med Gen Integr*. New York.1987; 13(6): 3-44.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Autor: Smilkstein (1978).

Validado al español en 1996 en el estudio "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar".

Fecha:

Edad:

Instrucciones:

Marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal:

| | CASI NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE |
|--|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | | | |
| ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | | | |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | | | |
| ¿Está Satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | | | |
| ¿Siente que su familia le quiere? | | | |
| PUNTUACION TOTAL | | | |

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Autor: Smilkstein (1978).

Validado al español en 1996 en el estudio "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar".

Fecha:

Edad:

Instrucciones:

Marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal:

| | CASI NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE |
|--|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Está Satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Siente que su familia le quiere? | 0 | 1 | 2 |
| PUNTUACION TOTAL | | | |

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

ANEXO N° 2

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DE MADRES CON HIJOS
PREMATUROS**

Elaborado por: Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

Modificado por: Bach. Díaz Huaylla Lizbeth

Bach. Sevillano Flores Yenny

Instrucciones:

En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Para contestar debe leer con detenimiento y marcar con una "X" en la alternativa que considere.

| Formas de afrontamiento | Escala | | | | |
|---|--------|-------------|---------|----------------|--------------|
| | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| 1. Trato de buscar las causas del nacimiento de mi hijo(a) prematuro para poder enfrentarme a él. | | | | | |
| 2. Estoy convencida de que haga lo que haga las cosas siempre van a salirme mal. | | | | | |
| 3. Me comporto de mal humor con los demás. | | | | | |
| 4. Cuando se me viene a la cabeza el problema de mi bebé trato de concentrarme en otras cosas. | | | | | |
| 5. Les cuento a familiares o amigos cómo me siento en algunas oportunidades. | | | | | |

| Formas de afrontamiento | Escala | | | | |
|---|--------|-------------|---------|----------------|--------------|
| | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| 6. Acudo a la iglesia a orar por la salud de mi bebé. | | | | | |
| 7. Trato de solucionar el problema siguiendo pasos que mejoren la salud de mi bebé. | | | | | |
| 8. Pido consejos a algún pariente o amigo para afrontar mejor el nacimiento anticipado de mi bebé. | | | | | |
| 9. Pido ayuda espiritual al sacerdote o pastor de mi iglesia. | | | | | |
| 10. Considero que fui la principal causante del nacimiento de mi bebé prematuro. | | | | | |
| 11. Me siento indefensa e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación de mi bebé. | | | | | |
| 12. Procuro no pensar en el problema de salud de mi bebé prematuro. | | | | | |
| 13. Hago frente al problema de mi bebé prematuro poniendo en marcha varias soluciones concretas. | | | | | |
| 14. Me doy cuenta de que por mí misma no podía hacer nada para resolver el nacimiento de mi bebé prematuro. | | | | | |
| 15. Practico algún deporte para olvidarme de que mi niño prematuro es de riesgo. | | | | | |
| 16. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al nacimiento de mi hijo prematuro. | | | | | |
| 17. Intento olvidarme de todo. | | | | | |
| 18. He notado que mi rendimiento en el trabajo ha disminuido. | | | | | |
| 19. Mi salud física se ve afectada con el nacimiento de mi bebé prematuro. | | | | | |

GRACIAS POR PARTICIPAR!

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**PUNTAJES DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DE MADRES
CON HIJOS PREMATUROS**

Elaborado por: Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

Modificado por: Bach. Díaz Huaylla Lizbeth

Bach. Sevillano Flores Yenny

Instrucciones:

En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Para contestar debe leer con detenimiento y marcar con una “X” en la alternativa que considere.

| Formas de afrontamiento | Escala | | | | |
|---|--------|-------------|---------|----------------|--------------|
| | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| 1. Trato de buscar las causas del nacimiento de mi hijo(a) prematuro para poder enfrentarme a él. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Estoy convencida de que haga lo que haga las cosas siempre van a salirme mal. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Me comporto de mal humor con los demás. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Cuando se me viene a la cabeza el problema de mi bebé trato de concentrarme en otras cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Les cuento a familiares o amigos cómo me siento en algunas oportunidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Formas de afrontamiento | Escala | | | | |
|---|--------|-------------|---------|----------------|--------------|
| | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| 6. Acudo a la iglesia a orar por la salud de mi bebé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Trato de solucionar el problema siguiendo pasos que mejoren la salud de mi bebé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Pido consejos a algún pariente o amigo para afrontar mejor el nacimiento anticipado de mi bebé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Pido ayuda espiritual al sacerdote o pastor de mi iglesia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Considero que fui la principal causante del nacimiento de mi bebé prematuro. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Me siento indefensa e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación de mi bebé. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Procuero no pensar en el problema de salud de mi bebé Prematuro. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Hago frente al problema de mi bebé prematuro poniendo en marcha varias soluciones concretas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Me doy cuenta de que por mí misma no podía hacer nada para resolver el nacimiento de mi bebé prematuro. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Practico algún deporte para olvidarme de que mi niño prematuro es de riesgo. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al nacimiento de mi hijo prematuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Intento olvidarme de todo. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. He notado que mi rendimiento en el trabajo ha disminuido. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Mi salud física se ve afectada con el nacimiento de mi bebé prematuro. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ANEXO N° 3

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

CONFIABILIDAD

| Estadísticas de fiabilidad | |
|----------------------------|------------|
| Alfa de Cronbach | N de items |
| .642 | 5 |

Con un coeficiente de 0,642 que pertenece al intervalo (0,61-0,80) podemos decir que el instrumento tiene una fiabilidad de magnitud alta. (Ruiz Bolivar, (2002) y Panllega y Martins (2003)).

VALIDEZ

| Estadísticas de total de elemento | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Item | Media de escala si el item se ha suprimido | Varianza de escala si el item se ha suprimido | Correlación total de items corregida | Alfa de Cronbach si el item se ha suprimido |
| Item 1 | 6.5667 | 1.840 | .449 | .561 |
| Item 2 | 6.6667 | 1.747 | .490 | .539 |
| Item3 | 6.5333 | 2.120 | .346 | .612 |
| Item 4 | 6.6667 | 2.092 | .238 | .670 |
| Item 5 | 6.5000 | 1.983 | .490 | .552 |

EL Ítem 4 tiene correlación menor a 0.30 podría eliminarse y eso hace que el valor de alfa de Cronbach sea 0,670 pero dado que el valor global de alfa de Cronbach tiene una fiabilidad de magnitud alta no recomendamos eliminar el ítem 4.

ANEXO N° 4

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DE MADRES CON HIJOS PREMATUROS

CONFIABILIDAD

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .742 | 19 |

Un coeficiente de .742 que pertenece al intervalo (0,61 – 0,80) podemos decir que el instrumento tiene una fiabilidad de magnitud alta (Ruiz Bolívar, (2002) y Pallela y Martins(2003)).

VALIDEZ DE ITEMS

| Estadísticas de total de elemento | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Item | Media de escala si el item se ha suprimido | Varianza de escala si el item se ha suprimido | Correlación total de items corregida | Alfa de Cronbach si el item se ha suprimido |
| Item1 | 62.0333 | 87.620 | .163 | .746 |
| Item2 | 61.6000 | 79.903 | .609 | .707 |
| Item3 | 61.8000 | 85.683 | .346 | .729 |
| Item4 | 62.8000 | 89.269 | .124 | .748 |
| Item5 | 62.0667 | 91.375 | .086 | .747 |
| Item6 | 62.6667 | 81.816 | .384 | .725 |
| Item7 | 61.1333 | 91.154 | .190 | .740 |
| Item8 | 61.9667 | 88.033 | .205 | .740 |
| Item9 | 63.0667 | 80.547 | .408 | .722 |
| Item10 | 62.3667 | 85.757 | .254 | .737 |
| Item11 | 62.5667 | 76.737 | .564 | .706 |
| Item12 | 61.6000 | 85.972 | .359 | .729 |
| Item13 | 61.4333 | 88.392 | .250 | .736 |
| Item14 | 63.1333 | 86.809 | .306 | .732 |
| Item15 | 60.9333 | 87.375 | .333 | .731 |
| Item16 | 61.7000 | 88.631 | .267 | .735 |
| Item17 | 61.8333 | 88.006 | .163 | .746 |
| Item18 | 62.7000 | 81.734 | .403 | .723 |
| Item19 | 62.2000 | 81.959 | .550 | .714 |

Alfa de Cronbach fiabilidad de magnitud alta .742

ANEXO N° 5

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realiza cuando queremos estimar la proporción poblacional.

Tamaño de muestra:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}, \text{ si la población es finita,}$$

Los tamaños resultantes se multiplican por el efecto de diseño (deff).

Donde:

- P es la proporción esperada en la población,
- e es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para la proporción,
- deff es el efecto de diseño,
- N es el tamaño de la población.

Cálculo usando EPIDAT 4.1 Según referencia del año 2007.

Datos:

Tamaño de la población: 75
Proporción esperada: 50,000%
Nivel de confianza: 95,0%
Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

| Precisión (%) | Tamaño de la muestra |
|---------------|----------------------|
| 6,000 | 59 |

Tenemos un tamaño de muestra mínimo y óptimo de 59 madres de hijos prematuros.

ANEXO N° 6



JUICIO DE EXPERTOS DEL PROYECTO DE TESIS

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE MADRES CON HIJOS PREMATUROS DEL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO, 2016."

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | PROFESIÓN | COLEGIATURA | FIRMA | FECHA |
|----|---------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------|----------|
| 1 | Silvia Palacios belí | Lic Enfermería | RNE CFP 863 2881 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 5/II/16 |
| 2 | Patricia Acevedo Fernández | Lic Enfermería | 22486 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 8/II/16 |
| 3 | Nimía María Neirón Flores | Lic Enfermería | 15293 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 13/II/16 |
| 4 | Edelmira Montes Horru | Lic. Enfermería | 14510 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 18/II/16 |
| 5 | Rodolfo del Amor Corral Morillo | Exp. Eng. Químico | 23134 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 23/II/16 |
| 6 | Cecilio Reyes Alvaro | Lic. Enfermería | 46166 | <i>[Handwritten Signature]</i> | 23/02/16 |

