

2009

Estudio comparativo entre modalidades de internación y tipos de afrentamiento familiar según patrones funcionales de Gordon en el servicio de neonatología

Ané, Victoria

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/313>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CÁTEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL

“Estudio comparativo entre modalidades de internación y tipos de afrontamiento familiar según patrones funcionales de Gordon en el servicio de neonatología”.

**Docente: Celaya, Laura Adriana
Barg, Mónica.**

Estudiantes:

- **Ané, Victoria.**
- **Mendizábal, Javier.**
- **Solis, Julia**

8

Mar del Plata marzo del 2009.

Índice general

Capítulo I	
1.- Introducción al problema	pág. 2.
2.- Formulación del problema	pág. 3.
3.- Justificación del problema	pág. 3.
4.- Objetivos	pág. 5.
5.- Cronograma de actividades	pág. 6.
Capítulo II	pág. 7.
1.- Marco teórico	pág. 7.
2.- A.- Variables	pág. 20.
2.- B.- Indicadores de la variable dependiente	pág. 22.
3.- Esquema de variables	pág. 25.
Capítulo III	pág. 29.
1.- Diseño metodológico	pág. 29.
1.- A.- Tipo de estudio	pág. 29.
1.- B.- Población de estudio	pág. 29.
1.- C.- Técnica e instrumentos de recolección de datos	pág. 29.
2.- Procesamiento de datos	pág. 29.
Capítulo IV	
IV Presentación y análisis de datos	pág. 32.
V Conclusión	pág. 124.
VI Recomendaciones	pág. 125.
VII Anexos	pág. 126.
1) Copia encuesta	pág. 126.
2) Solicitud de permiso para realización de encuesta	pág. 131.
VIII Bibliografía	pág. 133.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I.- 1.- Introducción al problema

La internación de un hijo no es una situación esperada y, mucho menos, planificada desde el núcleo familiar. En consecuencia, la familia atraviesa una crisis importante y experimenta sentimientos nuevos, mayormente negativos y desgastantes. El impacto sobre la familia se ve magnificado en el caso particular del neonato ya que el nacimiento de un bebé, en cada familia es una historia singular, única. Esta individualidad genera una situación irrepetible afectada por diversos factores que condicionan su nueva realidad tales como la construcción psíquica de un hijo ideal, embarazos no deseados, la primer gesta y el surgimiento de un nuevo rol que no se aprende ni transfiere, el vínculo por construir y la adaptación a una vida que había comenzado a organizarse y ahora debe reorganizarse abruptamente para comenzar de nuevo.

Teniendo en cuenta que ninguna familia está preparada para la internación de un hijo en forma repentina, se pueden observar diferentes estrategias de afrontamiento familiar y diferentes respuestas ante situaciones similares.

Diversos autores han estudiado a la familia en crisis y han sido muchas las conclusiones a las que arribaron. La familia es analizada desde múltiples puntos de vista ya que las diversas ciencias sociales y humanas enriquecen el conocimiento que de este grupo se tiene y realizan diferentes aportes, desarrollando una trama en la cual se reconoce la familia como un grupo primario fundador de cultura, orden social, educación, salud, lenguaje, riqueza psíquica para la maduración. Es así como la sociología, la antropología, la historia amplían el conocimiento del objeto para su entendimiento desde la complejidad del ser en relación con el medio.

Desde nuestra disciplina, la cual se encuentra inmersa en el trabajo en conjunto con la familia y el cuidado humano, se realizan observaciones y valoraciones que permiten acciones de enfermería para mejorar las estrategias de afrontamiento.

En esta situación de crisis que atraviesa la familia, se pueden visualizar e identificar claramente las estrategias para el afrontamiento. En el desarrollo de esta investigación, trataremos de ahondar en el estudio del afrontamiento familiar y cómo se presenta en las diferentes modalidades de internación, teniendo en cuenta que existen los tipos de modalidad, abierta y cerrada, respectivamente.

La modalidad de internación cerrada es previa a la modalidad abierta. Se destaca por tener una forma de organización en la cual la familia visita al bebé en horarios estrictos (generalmente cada 3 horas). El objetivo principal de la restricción horaria tiene su fundamento en el mayor control de infecciones por la disminución de momentos de contacto y contaminaciones cruzadas. De esta forma el aislamiento permitiría no solo

disminuir el riesgo de infecciones sino además organizar mediante los horarios de visita las actividades que requieren tratamiento y/o cuidados. Tal vez si no dejamos de lado el contexto podemos observar también una imposición para tomar el control sobre la salud del otro y aumentar sin límites el poder del profesional sobre la persona cuidada y su familia. Este modelo responde a una corriente de pensamiento verticalista, biológica y paternalista donde el médico, el profesional de salud, tiene el poder sobre la persona y su familia en forma absoluta, él toma las decisiones y en definitiva el control de la situación. La modalidad abierta posibilita un mayor tiempo de la familia en contacto directo, reforzando y aumentando el vínculo familiar, y fundamentalmente: “disminuyendo el tiempo de internación por aumento ponderal y de capacidades reflejadas en el desarrollo y la maduración”¹. Además de permitirle a la familia mejor organización y mayor disponibilidad de horarios para estar con su hijo, aprender progresivamente de los cuidados que necesita, participar activamente en su tratamiento.

I.- 2.- Formulación del problema de investigación:

¿Qué relación existe entre la modalidad de internación respecto del afrontamiento familiar según patrones funcionales de Gordon en los servicios de neonatología de la Clínica Colón y el Hospital Privado EMSA de la ciudad de Mar del Plata en el año 2009?

I.- 3.- Justificación

Nuestra disciplina, en permanente interacción con otras profesiones, no escapa a las transformaciones que generan los cambios en salud desde diferentes puntos de vista. No sólo hablamos de la construcción cognitiva y epistemológica, sino también del surgimiento de nueva tecnología, adaptaciones evolutivas (sociológicas, antropológicas) e incluso interrelaciones profesionales más complejas. El progreso hacia el complejo de la transformación modifica la visión de ver nuestra profesión haciendo necesario abandonar la segmentación; ello implica procesos de ida – vuelta que generan una construcción continua permitiendo entender al mundo (incluido el cliente) como algo muy complejo donde la construcción debe ser tan global como nuestra capacidad lo permita. Es por eso que los profesionales se ven unidos en un equipo de salud, y el cliente deja de ser una patología, sino una persona única con una identidad particular acompañada de un entorno afectivo (familiar, laboral, cultural, etc.) y un entorno social ambiental tan significativo que es quien hace que el ser sea un sujeto y no un objeto. Este nuevo paradigma no sólo ha abierto puertas conceptuales, también físicas. La apertura de áreas cerradas en modalidades que permitieran mayores horarios de visitas o inclusive la internación conjunta son reflejo de esto.

¹ Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. “Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal, significados atribuidos por el equipo de salud” Revista on – line Latino – am Enfermagem 2007 marzo – abril. Pág. 1 www.eerp.usp.br/rlae

El cambio de los horarios de visita a irrestrictos o la internación conjunta son respuesta de este nuevo pensamiento. Como dice Sola: “El verdadero cuidado centrado en la familia logra tremendos beneficios para todas las familias y provee las bases para brindar un apoyo organizado y sistemático. Es en definitiva *“un estilo de vida”* del grupo asistencial”².

Claro está, que las visiones se acompañan de un mar epistemológico que enumera los beneficios de esta tendencia. A nivel personal estos cambios han movilizad o necesidades de adaptación, aprendizaje e indefectiblemente inquietudes, preguntas... problemas, problemas en nuestra subjetividad, en nuestra práctica profesional, en las relaciones entre profesionales del equipo de salud que no comparten el estilo de vida enunciado por Sola, entre nosotros y este “intruso” (la familia) en el ya abierto servicio que convivirá mientras dure la internación, al cual se deberá cuidar, con el cual también debemos construir..

Los cuidados están centrados tanto en el paciente como en la familia. Así conforman un núcleo que debe ser abordado como tal. El interés de ésta investigación se centra en profundizar cómo es el afrontamiento familiar desde las diferentes modalidades de internación y en describir si existen diferencias en el afrontamiento relacionados con los tipos de internación.

Más específicamente hablando de servicios como el de neonatología donde “Antes de la segunda guerra mundial la madre fue separada del prematuro, pues la madre que anteriormente amamantaba al hijo prematuro pasó a ser vista como una amenaza a la fragilidad de él y como fuente de infecciones, siendo, por lo tanto, impedida de mantener contacto con él, mirando sólo a través de ventanas”³.

La enfermería vive junto al paciente y acompaña a la familia durante toda la internación. Sabemos que cuanto menor sea el tiempo en lograr el afrontamiento familiar eficaz más allá de la modalidad de internación mayor será el beneficio en el recupero de la salud del paciente ... “son ampliamente reconocidos, siendo apuntada la ganancia ponderal del niño, la reducción del tiempo de internación, en las conductas comportamentales y cognitivas del bebé y en el modelaje de la arquitectura del cerebro bien como benéfica para el tratamiento y recuperación del niño hospitalizado”⁴, de los vínculos familiares, de los roles, de su vida como familia.

La iniciativa de esta investigación no sólo es comparar la modalidad de internación en relación al afrontamiento, sino abrir la puerta a nuevas investigaciones que apoyen a los cuidados centrados en la familia.

² Sola, Augusto; Rogido Marta “Cuidados especiales del feto y el recién nacido” Vol. 1. Cap. IV, pág. 277. Ed. Científica Interamericana. Argentina. Año 2001

³ Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. “Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal, significados atribuidos por el equipo de salud” Revista on – line Latino – am Enfermagem 2007 marzo – abril. Pág. 2 www.eerp.usp.br/rlae

⁴ Ob. Id. Pág. 6. www.eerp.usp.br/rlae

I.- 4.- Objetivos:

Se ha considerado necesario establecer los objetivos de la siguiente forma.

Objetivo general:

- Conocer la relación existente entre las modalidades de internación abierta y cerrada en el servicio de neonatología y los tipos de afrontamiento familiar de los padres con un hijo internado en ese servicio.

Objetivos específicos:

- Identificar tipos de afrontamiento en la modalidad de internación abierta y cómo se presenta el afrontamiento familiar en neonatología.
- Identificar tipos de afrontamiento en la modalidad de internación cerrada y cómo se presenta el afrontamiento familiar en neonatología.
- Comparar tipos de afrontamiento y las modalidades de internación abierta y cerrada respecto de al afrontamiento familiar en neonatología.

I.- 5.- Cronograma de actividades

MES AÑO 2008	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO 2009	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO 2010	FEBRERO	MARZO	
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA Y DEFINICION DEL PROBLEMA	■																											
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PLAN DE TRABAJO									■																			
PRUEBA PILOTO															■													
APLICACION DEL INSTRUMENTO															■													
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS																								■				
ELABORACION Y PRESENTACION DEL INFORME FINAL																										■		

Capítulo II

II.- 1.- Marco teórico

La internación de un bebé en una unidad de cuidados intensivos es una situación estresante, y más aún, cuando se trata de un recién nacido muy pequeño e inmaduro o gravemente enfermo. Los cuidados de estos pequeños constituyen un desafío para la enfermería.

Aquí se desarrollarán algunos conceptos claves que tienen que ver con esta realidad imprevista y avasalladora para la familia que aún hoy es el motivo de nuestro estudio.

Las modalidades de internación, respecto de las visitas, han ido cambiando con el correr de los años, a causa de las investigaciones y la experiencia de cada espacio donde se organiza un servicio ya sea de neonatología, terapia de cuidados intensivos, guardias, pabellones de quemados y de todo aquel que se haya querido aislar de infecciones en particular.

La modalidad cerrada, consta de visitas de los padres restringidas que son organizadas cada tres horas. Los fundamentos los encontramos si miramos hacia atrás y hacemos una recorrida por la historia de la neonatología.

En la década de 1880 en los hospitales norteamericanos las madres permanecían juntas con sus recién nacidos. En algunos lugares de Europa nunca se cambió esa costumbre.

“en los servicios para prematuros del francés Pierre Budin (primer neonatólogo moderno) se recibía a la madre y se le permitía colaborar en la asistencia de su hijo”...⁵. El mismo Pierre inducía a las madres a amamantar a sus hijos prematuros. Es irónico que el deseo inicial de Pierre fuera difundir sus métodos y esto llevó a la exclusión de las madres del servicio de neonatología. Martin Cooney, discípulo de Pierre, realizó una exposición en Berlín en 1896, con su “kinderbrutanstalt” (incubadora de niños); en la cual se criaban niños prematuros. En las exhibiciones no se permitía que las madres participasen de la asistencia de sus hijos. Muchos servicios hospitalarios neonatales tomaron su ejemplo.

A principios de la década de 1900 se registra gran índice de morbimortalidad en los pacientes hospitalizados, y esto resultó en aislamiento estricto. Se producían las visitas, las medidas introducidas para evitar la propagación de enfermedades y el control de infecciones termino por excluir a las madres del servicio de neonatología.

En Chicago, en el hospital Sarah Morris se fundó el primer centro hospitalario para prematuros (1923). Siguiendo los preceptos de Pierre, se impulsaba la producción de leche materna en el hogar, y se internaba a la madre a colaborar en la asistencia de su bebé. Posteriormente a esto, se adoptaron un conjunto de disposiciones estrictas tales como manipuleo esencial de los niños, riguroso aislamiento y exclusión total de visitantes.

Luego de la segunda guerra mundial aparecen diferentes enfoques respecto de la asistencia neonatal.

⁵ Marshall Klaus y John Kennell, “asistencia del recién nacido de alto riesgo”, Cap. 7, Pág. 165. Ed. Atlántida Año 1995.

En un estudio sobre la asistencia domiciliar de prematuros en New Castle –on-time, Millar observo que el índice de mortalidad era apenas mayor al índice de mortalidad de los pacientes hospitalizados.

En África del sur, en el hospital Baragwantah de Johannesburgo, tuvo éxito un plan creado por Kahn y colaboradores, el cual consistió permitir a las madres la participación en la asistencia y la alimentación de sus hijos, en forma reforzada, cuando ellas estaban en el hospital debido a la escasez de personal especializado. Esta innovación logro la disminución de la mortalidad neonatal.

De esta manera entendemos que la modalidad cerrada fue inicialmente muy estricta, y paulatinamente ha ido cambiando, hasta comenzar a permitir la presencia de las madres, y de a poco la participación en los cuidados de sus hijos.

Teniendo en cuenta los aportes que nos proporcionan estas fuentes como Edith Ylali Vega, focalizando la historia de la neonatología y las perspectivas actuales podemos agregar que: “hace apenas 30 años se consideraba a los niños prematuros como muy frágiles y débiles, por lo que se aconsejaba tocarlos y manejarlos lo menos posible, dilema que permanece hasta hoy con respecto a donde y cuanto intervenir”⁶ ...“los cuidados neonatales en el siglo veintiuno no pueden seguir basándose en el cuidado optimo del recién nacido, considerado como tratamiento del paciente”. El cuidado debe centrarse en la familia, con el recién nacido incluido en ella (Sola y Rogido, 2001).

A comienzos de la década del 50, los hospitales de pediatría de EEUU permitían la visita de los padres durante una hora, dos veces por semana en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Posteriormente y tardíamente se reconoció que para la recuperación del bebe internado es fundamental el soporte de la familia, su padre y su madre. “El primer estudio que investigo la posibilidad de permitir el ingreso de los padres y madres se realizo en 1964, en la Universidad de Estandford (Crolsmit y Cols, 2001)”⁷.

Siguiendo los estudios de Edith Vega, observamos que durante 20 años se estudio la conveniencia de permitir a las madres entrar a la terapia neonatal, luego del nacimiento del niño que requiere internación; estimulando el contacto físico y al colaboración en las rutinas de alimentación, higiene, etc. Se temía que esto aumente el riesgo de infección, las investigaciones demostraron que no aumento la sepsis neonatal, sino por el contrario las madres son mas cuidadosas en el lavado de manos y los detalles del cuidado, que el personal de salud responsable de los bebes. Así como tampoco se altera la organización del personal.

“A partir de 1970 se genera una corriente de humanización en la asistencia neonatal, incluyendo la participación activa de la pareja durante el parto y la aceptación del alojamiento conjunto madre-hijo, facilitando de este modo el redescubrimiento de las ventajas de la lactancia materna” (Klauss Kenell)⁸.

La separación de la madre del neonato, basada en el aumento del riesgo de infección en los recién nacidos de alto riesgo, ha sido muy estudiada y altamente criticada, ya que actualmente este concepto carece de fundamento metodológico.

⁶ Edith Ylali Vega, “El psicoterapeuta en neonatología” Ed. Lugar. Cap. 1, Pág. 22, Buenos Aires. Año 2006.

⁷ Ob. Id. Cap. 1, pág 19.

⁸ Marshall Klauss y John Kennell, “asistencia del recién nacido de alto riesgo”, Cáp. 1, Pág. 26.

Como dijimos anteriormente las modalidades de internación se han ido modificando con el tiempo, por lo tanto teniendo en cuenta que la participación de los padres es insustituible, para el equipo de salud neonatológico constituye un reto el “cuidado centrado en la familia”.

La neonatología ha evolucionado, desde la atención del recién nacido puertas adentro y horarios de visitas rígidos de los padres, hacia, la integración de la familia al equipo de salud que atiende a su hijo.

...“comenzamos hace muchos años acompañando e informando a los padres durante su visita, luego se implemento la residencia para las madres que vivían lejos, para evitar el desapego. Comprendimos que nuestro esfuerzo **técnico** era inútil sino cultivábamos el vínculo de cada prematuro con su familia” (Rossato norma. Sanatorio Trinidad, 2008).⁹

El tipo de internación posibilitará mayor o menor tiempo de contacto familia - hijo pudiendo afectar el vínculo que se establece entre este binomio, se define por vínculo el lazo afectivo que une al bebé con sus padres, este comienza antes del nacimiento, pero se intensifica cuando el bebé nace. Cuando el nacimiento del bebe representa un hecho traumático, el vínculo se afecta de manera relevante. Los padres esperan tener un hijo sano que nazca en término correspondiente, es por esto que el nacimiento prematuro, y los problemas de salud que puede presentar un bebé, trae aparejada una situación que generalmente es muy diferente a la idealizada. Estos padres experimentan sentimientos de culpa, frustración, ansiedad, temor, desesperanza, miedo, enojo, preocupación, inseguridad, tristeza y desesperación. Todos estos sentimientos negativos atentan contra el vínculo padres-hijo y representan una crisis para la familia.

...“el vínculo es una función biológica elemental para la experiencia del niño, ya que le brindará amor, seguridad y protección”¹⁰. Frente a la enorme crisis que atraviesa el recién nacido y sus padres, el equipo neonatal puede realizar acciones que ayuden a la adaptación, y brindar cuidados que mejoren la salud del niño y fortalezcan el vínculo. “el verdadero cuidado centrado en la familia logra tremendos beneficios para todos y provee las bases para brindar un apoyo organizado y sistemático en definitiva un estilo de vida del grupo asistencial”¹¹.

El cuidado debe centrarse en la familia, no sólo en el bebe, es decir, en el bebe como miembro de un núcleo familiar que enfrenta una situación difícil para todos, tanto para el niño como sus padres.

Los padres deben ser los primeros cuidadores, ya que el niño “es de ellos”, y la familia constituye nuestro enfoque de cuidado.

⁹ Ob. Id. Cap. 7, Pág. 168.

¹⁰ Griami Gruadas, José María. “Neonatología pediátrica”, 3ra Edición. Cap. 9. Pág. 167. Ed. Médica Panamericana. Año 2002. Argentina.

¹¹ Sola, Augusto; Rojido Marta “Cuidados especiales del feto y el recién nacido” Vol. 1. Cap. IV, pág. 275. Ed. Científica Interamericana. Año 2001. Argentina.

El recién nacido necesita de su madre para poder crecer y desarrollarse en su integridad. La madre es insustituible para satisfacer todas sus necesidades emocionales y físicas. Es por esto cuando se produce la separación madre-hijo, el vínculo se ve afectado de manera importante, e inevitablemente tanto los padres como el bebé se ven afectados por la internación del niño. Teniendo en cuenta los conceptos desarrollados por Marshall Klaus y John Kennel, podemos identificar los pasos del vínculo afectivo:

- Planificación del embarazo
- Confirmación del embarazo
- Movimiento fetales
- Aceptación del feto como individuo
- Nacimiento
- Vista del bebé
- Contacto con el bebé
- Cuidados

Considerando que el embarazo es un proceso de que genera cambios físicos, sociales y psicológicos; implica una serie de etapas de adaptación. Tanto en el periodo pre-natal como post-natal, existen factores que pueden influir y producen estrés. Cuando el vínculo se ve afectado en alguna de sus etapas, es necesario apoyar a la familia y realizar acciones e interacciones orientadas a mejorar la comunicación e intensificar el vínculo familiar.

La unidad de cuidados intensivos neonatales es un lugar creado para cuidar a los recién nacidos con una variedad de trastornos. El grupo más grande de los recién nacidos que necesitan cuidados es de los prematuros.

Un prematuro es un bebé que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional, dependiendo del grado de prematuridad, tiene algunos órganos poco desarrollados o inmaduros.

Otros recién nacidos necesitan atención por dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones que requieren cirugía, etc.

Estos bebés se colocan en incubadoras, o cunas que permitan mantener el calor y lograr la termorregulación. A su vez, debe de ser de fácil acceso para el personal.

Generalmente están expuestos a numerosas intervenciones invasivas, que permiten conocer su estado de salud y posibilitan el control continuo.

La unidad de cuidados es un lugar muy ajetreado que a veces no coincide con ser un lugar tranquilo, sin sobre estímulos para los bebés.

Los padres necesitan tiempo y espacio para conocer a su bebé, familiarizarse, y aprender a cuidarlos para luego continuar en su casa.

Es por esto, que en los últimos tiempos han cambiado las formas de las unidades, para permitir a las familias estar más tiempo con sus hijos, para lograr la intimidad y el conocimiento, haciendo las visitas más flexibles a favor del vínculo afectivo

A veces los padres sienten que no pueden cuidar a su bebé, que se encuentra controlado por aparatos de alta tecnología. Sin embargo su presencia y acompañamiento es muy importante para el bebé.

“El recién nacido ha escuchado la voz de su madre, incluso antes del nacimiento, y está acostumbrado a ella y, a menudo, responde mejor a los intentos de calmarlo que realizan sus padres.

El contacto piel a piel (también llamado canguro), en el cual el bebé se acuesta directamente sobre el pecho de su mamá es reconfortante para el recién nacido y refuerza la vinculación afectiva¹².

En la práctica de la enfermería se observa cómo el nacimiento de un bebé prematuro o de alto riesgo es una crisis emocional aguda para la familia. Causa desorganización en los roles familiares y generalmente no logran la aceptación de lo ocurrido.

La atención de enfermería en la unidad neonatal está orientada al cuidado del bebé y ayudar a los padres a atravesar el proceso de aflicción. Es muy importante permitir la expresión de sentimientos, proporcionar apoyo, contestar a sus preguntas y facilitar la comunicación.

El padre es quien visita primeramente al bebé, y asume un rol de comunicador hasta que la madre pueda realizar la visita. Es muy importante que pueda tocar al bebé e iniciar un proceso de vinculación siguiendo un ritmo personal.

En la mayoría de los casos, el bebé no puede alimentarse tomando el pecho, y esto suele ser una crisis emocional que afecta al vínculo. La madre debe realizar lo que está a su alcance, y sólo ella lo puede hacer por su bebé. “Extraer leche y guardarla es un acto positivo que mejora en forma definitiva la relación madre– hijo”.¹³

Con el correr de los días, los padres se van familiarizando con la unidad y van conociendo a su bebé. El hecho de poder realizar cuidados a su bebé favorece la vinculación.

Se han realizado numerosos estudios acerca del cuidado canguro, entendiendo por éste el cuidado piel a piel. “Es un método para alzar a los recién nacidos sosteniéndolo en forma vertical sobre el pecho de la madre y con la piel de ambos en contacto”¹⁴ ...”No todos los prematuros desarrollan secuelas negativas, pero está comprobado que se logran buenos resultados cuando hay buena interacción con la madre, dependiendo de algunos factores como sensibilidad, y las cualidades que el recién nacido aporte a la relación. Estos son: Atención, expresión facial y la comunicación vocal”¹⁵.

Las dificultades en el establecimiento del vínculo podrán establecer un proceso de aflicción que se puede clasificar en diferentes etapas, que comprenden el mismo comportamiento. Estas son en primer lugar la conmoción. “Esta primera fase presenta negación, incertidumbre y aislamiento de la realidad. Se sienten aturdidos, y aparecen mecanismos de defensa para salir de la situación de pérdida potencial. Es menos dolorosa si no se han encariñado con el bebé aún”¹⁶. Otra etapa es la de búsqueda donde se tratará de

¹² Kopelman, Arthur E. “Nuevo manual MERCK de información médica general”. Cap.:2 “Problemas en los recién nacidos” Pág. 1772. Ed. Océano, España.

¹³ Reeder, Martin, Koviak, “Enfermería materno infantil” 17ª Edición. Pág. 1999. Ed. Nueva editorial Interamericana, Méjico 1995.

¹⁴ Quiróga, Ana. “Cuidado canguro”. Comentario sobre la investigación de Nev Madalynn “Kangaroo Care: Is it for anyone?” en la revista “Temas de enfermería neonatal” Pág. 22. Vol. 23. Revista N° 5 septiembre – octubre 2004.

¹⁵ Ibid. Pág. 23.

¹⁶ Reeder, Martin, Koviak, “Enfermería materno infantil” 17ª Edición. Pág. 1204. Ed. Nueva editorial Interamericana, 1995.

encontrar respuesta o razón. Se observan conductas de ira, culpa, hostilidad y sensación de vacío. Una tercera etapa corresponde a la desorientación donde la depresión o falta de energía o motivación se presentan. Una cuarta etapa corresponde a la reorganización donde se evidencian síntomas de adaptación a la realidad, concepto que se ve evidenciado en el afrontamiento familiar con posibilidades de desarrollo.

Con respecto al tipo de recién nacido que ingresa al servicio, uno de ellos es el prematuro. Muchos de estos recién nacidos nacen justo unas semanas antes y no experimentan problemas relacionados con su prematuridad. Sin embargo cuanto más prematuro es el bebé, más propenso a sufrir algunas complicaciones graves y aún potencialmente mortales. El nacimiento muy prematuro es la causa más frecuente de internación neonatal en el recién nacido. Los recién nacidos muy prematuros tienen un elevado riesgo de problemas crónicos, especialmente un desarrollo tardío y trastornos del aprendizaje. Tales trastornos ocurren porque los órganos internos no han tenido tiempo suficiente para desarrollarse y madurar adecuadamente antes del nacimiento.

El tratamiento implica mejorar las complicaciones, como el síndrome de distrés respiratorio y altos niveles de bilirrubinemia. Los recién nacidos muy prematuros son alimentados por vía intravenosa hasta poder tolerar la alimentación por sonda y finalmente la alimentación vía oral. Un recién nacido prematuro puede necesitar ser hospitalizado por días, semanas o meses. La supervivencia de los prematuros ha aumentado en las últimas décadas en forma espectacular. En la mayoría de los prematuros, el pronóstico a largo plazo es muy bueno y se desarrollan normalmente. Sin embargo aquellos recién nacidos muy prematuros (frecuentemente antes de 28 semanas de embarazo) tienen un mayor riesgo de muerte y de graves problemas incluyendo retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia o ceguera. Afortunadamente sólo una minoría de los recién nacidos muy prematuros que evolucionan tienen estos problemas. Lo que frecuentemente se presenta son problemas en el aprendizaje que requieren cuidados especiales.

La participación de los padres en el cuidado de sus hijos es fundamental para lograr la adaptación en la internación, la aceptación de la realidad, la superación de la crisis producirá el fortalecimiento del vínculo. Entendemos por participación el hecho de formar parte, de intervenir de compartir el cuidado del bebé. Los padres deben formar parte del equipo de cuidado del bebé, y a su vez conforman con el bebé un núcleo familiar, que es el centro de nuestros cuidados. De esta forma ya no hablamos del bebé como el único receptor de cuidados, sino de cuidados centrados en la familia. Cuando hablamos de participación, podemos observar que esta puede ser de forma, activa, pasiva o nula. Esto tiene que ver con las etapas que la familia atraviesa durante la internación de su hijo.

Se llama participación activa, a la cual los padres cumplen un rol de cuidadores comprometidos, que realizan acciones, intervienen en el abordaje del bebé en forma progresiva. Ejemplo de esto son tocarlo, acariciarlo, hablarle, cambiarle los pañales, cuidar de la higiene del bebé, alimentarlo (en la medida de lo posible), participación consciente y protagónica.

Se denomina participación pasiva, a la cual los padres están pero no intervienen demasiado, quizás por temor, ejemplo de esto son: mirarlo y permanecer, no establecer vínculo afectivo exteriorizado.

Se llama participación nula, a la no participación, ejemplo de esto es no visitar al bebe en la unidad de cuidados, ni preguntar por él (siempre que la salud de los padres lo permita)

Es muy importante organizar y planificar los cuidados. Desde el equipo de salud debemos dar a los padres su lugar, y permitirles desarrollar su rol de padres en la situación que atraviesan. Deben dejar de actuar como visitas y actuar como padres. Este es un punto de partida de un vínculo afectivo fuerte y estrecho.

La participación activa y progresiva es la clave para afrontar la crisis de la internación para los padres, y tratar de transformar esta experiencia difícil e inesperada en una oportunidad para el fortalecimiento de los sentimientos.

El parto es un momento de gran trascendencia que modifica la vida del niño como la de sus padres. A partir de ese momento, el bebé tiene total dependencia del cariño y cuidado de sus padres para la satisfacción de sus necesidades tanto emocionales como físicas.

No todos los recién nacidos son sanos, por esto no todos pueden acceder con sus madres a los sectores de internación conjunta. Los recién nacidos prematuros y otros con otras enfermedades deben ser internados, para la asistencia de estos se crearon los servicios de neonatología con cuidados intensivos, intermedios, etc. En el programa arquitectónico de estos servicios no se tuvieron en cuenta a los padres y a sus familias, siendo éstos, los verdaderos dueños de casa.

El nacimiento de un niño prematuro modifica y condiciona la vida de la familia y su entorno y produce situaciones nuevas para la que los padres no están preparados. Con la internación del neonato hay una angustia inicial, del superar el día a día en el difícil camino lleno de temores.

Quienes trabajan en áreas de cuidados intensivos neonatales saben de todo lo que implica la internación con respecto a los padres y de la importancia que adquiere entonces la mano cálida, la oreja, el consuelo y todo lo que asegure una mejor contención de la familia.

Como se comentó anteriormente el nacimiento de un neonato antes de término condiciona y modifica la vida de la familia, supone una situación de crisis para estos, los nueve meses de embarazo brinda a los futuros padres la oportunidad de prepararse tanto psicológicamente como físicamente para el nacimiento de su bebé. Cuando este lapso de tiempo se ve reducido, como lo es en los embarazos de riesgo, los progenitores se ven desprevenidos, no están preparados para este nacimiento anticipado; “la madre todavía está alejada de la cadena psicoafectiva que la llevará al establecimiento del vínculo con su hijo, es decir, todavía no está capacitada para superar la conmoción que producirá la separación anatómica tan precoz, no se siente preparada para la adaptación de un bebé particular y se sienta fracasada para iniciar el nacimiento de una nueva relación que combinará sus propias necesidades y fantasías con la de un ser separado biológicamente de ella, procesos que son necesarios para la elaboración del primer vínculo, el cual constituye la fuente primaria de donde manarán después todos los vínculos que entablará el niño en sus contextos de desarrollo y que pondrá en marcha la cadena necesaria que valla facilitando la conducta de apego en la relación materna infantil”¹⁷. Este nacimiento antes del término dificulta este proceso de fijación y de configuración de la identidad materna el cual conlleva a establecer

¹⁷ Dr. B. Sáenz Rico “la familia en el marco hospitalario: neonatología centrada en la familia”. Pág., 3 www.db.doyma.es

la conducta de apego, esta cadena se puede ver afectada por la internación del hijo recién nacido, poniéndose en marcha un espiral negativo de transacciones desfavorables de la madre con su hijo.

En el momento que el bebé es internado en UTI neonatal las informaciones son vividas como negativas por los padres. Estos experimentan sentimientos de tristeza, enojo, incertidumbre, etc., frustrando así el vínculo, embarcándose en un duelo anticipatorio. Todo esto se desarrolla en el entorno peculiar de una UTI neonatal; en la cual el recién nacido permanecerá internado. Esta unidad de cuidados constituye un entorno singular de asistencia médica invasiva o no. Los padres pueden tener esta percepción y hasta sentirla perturbadora, por esto las internaciones neonatales ofrecen un plan de actuación que integra y ayuda a consolidar el entorno de desarrollo del recién nacido, proporcionando una atención biofísica, pero también su desarrollo emocional y su integración con la familia.

El Dr. Sáenz Rico enfatiza la importancia del binomio núcleo familiar – neonato diciendo: ...“los modelos más contemporáneos en la atención en UTI neonatal ponen el énfasis en la red de fuerzas que interactúan en el seno de los sistemas familiares”¹⁸, estos modelos han contribuido a que se identifiquen variables que reducen las tensiones que se supone para la familia la internación de un hijo en UTI neonatal.

En la internación también se atiende de forma contenedora a la familia poniendo énfasis en:

- “las necesidades psicológicas y emocionales del núcleo familiar, y especialmente la madre
- Facilitar lo mas tempranamente la relación madre-hijo
- Intentar dar respuestas lo más contenedoras posibles al primer encuentro madre-hijo, elemento primordial en el establecimiento de la fijación materno infantil
- Realizar un plan individualizado para el núcleo que potencia sus conductas maternas
- Dar información adaptada a las capacidades de los padres, es un espacio de contención en la que ellos pueden expresar su angustia”¹⁹.

En el servicio de neonatología tendrá como objetivo además, el potenciar que se establezca el vinculo padre-hijo ayudando a crear un lazo emocional, que posibilite el acercamiento y conocimiento de su propio estilo de vinculación. Por estos motivos es que veremos y compararemos las diferentes modalidades de internación en neonatología.

Como profesionales hemos decidido analizar las conductas de la familia desde un marco que nos pertenece ya que consideramos a los diagnósticos de enfermería, la herramienta clave para la construcción de nuestros cuidados y por lo tanto podemos analizar desde nuestro objeto de estudio las modalidades de internación. Además continuamos con la idea de abrir paso a nuevas investigaciones a partir de nuestra construcción desde un lenguaje que nos es común.

Para lograr una estructura que permita la progresión que represente diferentes etapas del afrontamiento primero definiremos los conceptos y después se establecerá la relación que tendrán éstos.

¹⁸ Dr. B. Sáenz Rico “la familia en el marco hospitalario: neonatología centrada en la familia”. Pág., 4 www.db.doyma.es

¹⁹ Dr. Galván, P. “Atención en salud matema-infantil.” www.quenoosseparen.info

Para formular los diagnósticos enfermeros se hace mención a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Que define el diagnóstico enfermero como:

“Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”²⁰

Los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA relacionados al afrontamiento familiar son:

Afrontamiento familiar ineficaz: discapacitante: Estado en el que una familia demuestra un comportamiento destructivo como respuesta a una incapacidad para manejar los factores de estrés internos o externos debido a la carencia de recursos adecuados (físicos, psicológicos, cognitivos y de conducta). Este diagnóstico se caracteriza por presentar principalmente (debiendo estar presente) el descuido del cliente, decisiones o actuaciones que son perjudiciales para el bienestar económico y social, descuido de las relaciones con otros miembros de la familia. O en forma secundarias (Pueden estar presentes) distorsión de la realidad en lo que respecta al problema de salud del cliente, intolerancia, rechazo, renuncia, abandono, reacciones psicósomáticas, llevar demasiado lejos los signos de enfermedad del cliente, agitación, depresión, agresión, hostilidad, dificultades para reconstruir una vida plena para la persona, preocupaciones por el cliente excesivas y prolongadas o el cliente desarrolla una independencia inactiva ineficaz

Otro diagnóstico de enfermería se denomina: **afrontamiento familiar ineficaz: comprometido:** El estado en el que una persona importante (miembro de la familia o amigo íntimo) que habitualmente proporciona apoyo, está prestando un apoyo, consuelo, ayuda o ánimos insuficientes o ineficaces y que son necesarios para que el cliente controle o domine tareas de adaptación en relación con un problema de salud. Lo definen características subjetivas como: El cliente expresa o confirma una preocupación o una queja sobre la respuesta de esa persona allegada a su problema de salud, la persona allegada expresa preocupación por sus propias reacciones; por ejemplo miedo, duelo anticipado, culpabilidad, ansiedad hacia la enfermedad, incapacidad otras crisis de situación o de desarrollo del cliente. La persona allegada describe o confirma una comprensión o conocimientos insuficientes, que interfieren con las conductas eficaces de apoyo y ayuda.

Y objetivas que corresponden a que la persona allegada intenta conductas de apoyo y ayuda con resultados menos que satisfactorios o la persona allegada evita la comunicación personal o se comunica de forma limitada y temporal con el cliente en momento de necesidad o la persona allegada demuestra conductas desproporcionadamente protectoras (demasiado o insuficiente) con respecto a las capacidades o necesidad de autonomía del cliente.

Dentro de los diagnósticos también encontramos al **afrontamiento familiar: Posibilidad de desarrollo:** El control eficaz de las tareas de adaptación por parte de un miembro de la familia implicado en el problema de salud del cliente y, que ahora está mostrando el deseo y la disposición de mejorar la salud y el crecimiento de sí mismo y del cliente. Presentando características como cuando el miembro de la familia intenta describir el creciente impacto de la crisis sobre sus propios valores, prioridades, objetivos, o relaciones o el miembro de la familia se dirige hacia la promoción de la salud y enriquecimiento del estilo de vida que

²⁰ NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier España; 2005-2006.

apoya y controla los procesos de maduración, revisa y negocia los programas de tratamiento, y generalmente elige experiencias que optimizan el bienestar o el individuo expresa interés en tomar contacto personal en un grupo de ayuda mutua con alguien que haya experimentado una situación similar.²¹

Desde enfermería entonces se establece que a partir de una crisis la familia no demostrará eficacia en el afrontamiento cuando presente características de ineficacia; reflejadas en los diagnósticos que marcan incapacidad para afrontar o el uso de estrategias para afrontar que no son suficientes.

En búsqueda de un instrumento que permita la recolección de datos de la familia, que presente ventajas con respecto a la velocidad de obtención del dato y una fuerte validación colectiva científica el aporte de la psicología en este sentido es transcendental. Se han desarrollado diversos estudios que han dado por resultado instrumentos de recolección de datos muy útiles: FACES III, APGAR Familiar, FES y F-COPES. Se considera este último es más adecuado como instrumento de valoración del afrontamiento familiar ya que: “Identifica las estrategias de afrontamiento de la familia y cómo resuelven problemas. Cuestionario de 29 ítems autoadministrado. No sirve en niños menores de 12 años. Muy útil para diagnosticar familias con posible afrontamiento ineficaz que requieren ayuda y soporte en situaciones de crisis”.²² El análisis previo de estos tipos de instrumentos ha permitido guiar a los investigadores ampliando la interpretación de el afrontamiento y considerando las estrategias externas de apoyo en grupos y religión como indicador tan necesario como las estrategias internas que se observan a diario en los servicios cerrados en el análisis por patrones funcionales. Es por ello que se complementa el desarrollo posterior de los patrones funcionales de Gordon con el modelo ABC-X y la construcción del instrumento F-COPES.

A partir de las crisis que deben enfrentar las familias a lo largo de su ciclo vital, Reuben Hill en 1958 establece el modelo ABC-X “(tipos de eventos, recursos y crisis familiares), este se enfoca sobre tres variables: A es el evento provocador y estresor, B son los recursos o fortalezas de la familia en el momento del evento y C es el significado atribuido al evento por la familia (individual y colectivamente). Estas tres variables en interacción conducen a la crisis (X)”²³

En 1982 McCubbin tomó como base el modelo ABC-X propuesto por Hill resaltando la importancia de las definiciones de “estresor, como una situación para la cual la familia ha tenido poca o ninguna preparación previa, y de crisis como cualquier cambio agudo o decisivo, a partir del cual los viejos patrones son inadecuados”²⁴

²¹ Carpenito L., R.N., M.S.N. “Manual de diagnóstico de enfermería” Pág 1 a 10. Cuarta edición. Ed. interamericana Mc Graw – Hill. Año 993.

²² Morales Asencio, José Manuel. “Guía de actuación para la continuidad de cuidados en situaciones de afrontamiento familiar inefectivo” Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud.

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0237.pdf>

²³ HILL Reuben, citado por HERNÁNDEZ, Ángela. Estructura, Marco de referencia, Patrones de interacción y Psicoterapia de Familias Urbanas en Colombia. Santa fe de Bogotá, 1991, 132p. Trabajo de grado (Psicóloga). Universidad Santo Tomás de Aquino. Facultad de Psicología.

²⁴ *Ibid.*, p. 34.

Con estos presupuestos el modelo doble ABC-X²⁵ agrega un componente más a cada uno de los factores propuestos por Hill: A (evento estresor) - interactuando con B (recursos de la familia) - interactuando con C (definición que la familia hace del evento)- produce X (la crisis). En este modelo la doble A incluye el evento estresante, la severidad del impacto o sufrimiento que causa y las tensiones previas que afectan la vida familiar.

En el contexto del modelo doble ABC-X, un estresor se define como un evento vital, normativo o no normativo, que afecta la familia como unidad en un punto específico del tiempo y que produce un cambio en ella como sistema social.

McCubbin, Larser y Olson proponen la existencia de dos tipos de estrategias de afrontamiento familiar, “estrategias internas y externas”,²⁶

Las estrategias internas de afrontamiento familiar se refieren a la forma en la cual los individuos se enfrentan a las dificultades utilizando los recursos existentes dentro de su propia familia. Dentro de este grupo se encuentra la reestructuración, que hace referencia a la habilidad para redefinir las experiencias estresantes de manera que sean más aceptables y manejables, permite ver cómo la familia cambia su punto de vista gracias a la confianza en su capacidad para manejar sus problemas; y la evaluación pasiva que es la capacidad de la familia para equilibrar las conductas más activas incluidas en otros factores, esta estrategia se enfoca sobre los comportamientos menos activos que podría desplegar una familia ante el estrés. Para adoptar una actitud más pasiva se minimizan la propia responsabilidad y la iniciativa para enfrentar las dificultades (el evento estresante se solucionará por sí sólo).

La reestructuración se define como la capacidad familiar para redefinir situaciones problemáticas en una forma más racional y aceptable, de modo que tales dificultades sean más manejables. Fish y cols definen el concepto de reestructuración como la “capacidad de cambiar el contexto o punto de vista conceptual y/o emocional dentro del cual se vive una situación, para ubicarla en otro marco que ajuste los hechos de igual o mejor forma, cambiando así su significado”,²⁷

Para equilibrar las conductas más activas incluidas en otros factores, esta estrategia se enfoca sobre los comportamientos menos activos que podría desplegar una familia ante el estrés. Para adoptar una actitud más pasiva se minimiza la propia responsabilidad y la iniciativa para afrontar las dificultades.

Ambas estrategias describen la habilidad familiar para definir el evento estresor como un reto que pueden superar (reestructuración) o como algo que se solucionará por sí sólo con el paso del tiempo (evaluación pasiva). En general las familias pueden enfrentar más efectivamente el estrés si logran desarrollar explicaciones de cómo ocurrió el evento, por qué sucedió y cómo el entorno social podría ser modificado para superar la situación indeseable.

La reestructuración es el proceso cognoscitivo que determina la intensidad de las reacciones emocionales, ejerciendo control a través de la percepción, dado que la evaluación cognoscitiva de un evento o tensión puede ayudar a neutralizar el impacto, minimizando el peligro y afianzando la autoconfianza en el dominio de ciertas tareas.

²⁵ APORTES a la Psicología. Modelo de trabajo preventivo con familias en extrema pobreza. 2 ed. Bogotá: Universidad Santo Tomás de Aquino, 1992. p. 185-193. Año 1. Serie 2.

²⁶ HERNÁNDEZ Ángela. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Santa fe de Bogotá: editorial el Búho. p. 79.

²⁷ *Ibid.*, p. 80.

La evaluación pasiva opera como una respuesta de evitación de los problemas y tiende a reflejar una actitud más pesimista hacia los asuntos por resolver.

Las estrategias externas de afrontamiento familiar se refieren a las conductas de los miembros de la familia dirigidas a conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia. Son de tres tipos: obtención de apoyo social, es la habilidad para utilizar los recursos de familiares, amigos, vecinos, etc.; búsqueda de apoyo espiritual, es la capacidad familiar para acercarse a ese tipo de soporte; movilización familiar para obtener y aceptar apoyo, habilidad de la familia para buscar recursos de la comunidad y aceptar ayuda.

Cabe resaltar que el éxito en el afrontamiento no depende sólo de lo que hace la familia sino de qué tanto hace. Unger y Powell afirman que “las familias usan distintas clases de redes de apoyo según la necesidad que quieran satisfacer”²⁸ por tal razón Olson, McCubbin y Cols incluyeron como fuentes de apoyo el espiritual, el social, los amigos, vecinos, parientes y las instituciones de la comunidad.

La importancia del apoyo espiritual en el manejo de situaciones problema radica en que éste contribuye a mantener la unidad familiar, preservar la autoestima individual y permitir la reducción de la ambigüedad social, siendo punto de referencia de normas y expectativas sociales que guían a las familias en momentos de crisis. Las familias que usan este recurso buscan el consejo de sacerdotes, asisten a los servicios de la Iglesia, participan en sus actividades y tienen fe en Dios.

Por su parte, la búsqueda de apoyo social es entendida como la transacción interpersonal que muestra preocupación emocional y la habilidad para pedir y recibir este y otros tipos de apoyo e influye sobre la capacidad de la familia para afrontar los estresores normativos y no normativos en la solución de problemas.

Las redes informales de apoyo funcionan con base en un sentido de reciprocidad que se expresa en una mutua obligación para las partes involucradas, el apoyo dado por estas redes puede ser más genuino en la medida en que no está adscrito a ningún rol, de manera que las personas pueden ofrecer su apoyo más espontáneamente, basadas sobre una relativa equidad.

La utilización de esta estrategia implica el mantenimiento de vínculos con los amigos y la comunidad durante las dificultades, buscando consejo en parientes, vecinos, amigos y personas que hayan enfrentado circunstancias similares y les puedan brindar información al respecto.

De esta forma, con el aporte de un instrumento muy utilizado por la psicología que evalúa a la familia en crisis presenta estrategias de afrontamiento que están evidenciadas por las conductas que observará enfermería en la familia que debe afrontar una crisis y por lo tanto se valora el tipo de afrontamiento que presenta esta familia. La presencia y la ausencia de estrategias así como también conductas positivas y negativas descritas en los diagnósticos serán la base de la medición que lleven a concluir que tipo de afrontamiento presenta cada familia.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

²⁸ HERNÁNDEZ, Ángela, Op cit., p. 47 – 50.

“Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.”²⁹

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

La utilización de los patrones funcionales orientará la investigación observando en las familias determinadas conductas que se relacionan con el afrontamiento familiar. Por un lado algunas de ellas corresponden a estrategias para afrontar crisis y por otro lado conductas que se relacionan con las necesidades insatisfechas, déficit, incapacidades que se observan en cada uno de los patrones.

El análisis de los datos de valoración estructurados por patrones posibilitará diagnosticar afrontamiento familiar ineficaz discapacitante, comprometido o afrontamiento familiar: Posibilidad de desarrollo para de esta forma determinar si cada familia presenta un tipo de afrontamiento ineficaz o eficaz.

A nivel Nacional han sido pocas las investigaciones realizadas en el área de familia relacionadas con estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis. Se ha encontrado una publicación de Vega, Edith denominada “El psicoterapeuta en Neonatología” donde el mayor aporte se debe al contexto socio - histórico en el cual evolucionan las modalidades de internación y cómo se presenta la familia ante la internación y cómo el terapeuta se relaciona y trata a la familia.

En el año de 1.991 Ángela Hernández Córdoba de la Universidad Santo Tomás (Colombia) llevó a cabo un proyecto de investigación descriptivo denominado “Estructura, Marco de referencia, Patrones de interacción y Psicoterapia de Familias Urbanas en

²⁹ Gordon, Marjory. “Diagnóstico enfermero”. Ed. Mosby/Doyma, 3ra edición, España, 1996. Cap. 5 pág. 74

Colombia” y cuyos objetivos fueron identificar y comparar las características de la estructura y la dinámica interaccional de los diversos tipos de familia, descritos a partir de sus condiciones sociodemográficas y de su estadio de desarrollo; proponer un marco conceptual que redefina los criterios de ajuste individual y familiar, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y cultural, y el desarrollo evolutivo de la familia y sus miembros y por último proponer alternativas terapéuticas congruentes con la idiosincrasia, que faciliten el desarrollo de los individuos y de sus familias.

Los instrumentos empleados para el desarrollo de esta investigación fueron el Inventario Familiar de Eventos y Cambios Vitales, (FILE) y la Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis, (F-COPES).

A grandes rasgos los resultados arrojados por la investigación fueron los siguientes: las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias colombianas corresponden, en primer lugar a la reestructuración, y luego en su orden, la búsqueda de apoyo espiritual, de apoyo social, las actitudes de pasividad y movilización para obtener ayuda especializada.

Además se ha analizado el uso de la Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis, (F-COPES) en la investigación denominada: “La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la comunidad de Madrid”. Llevada a cabo por Berástegui Pedro-Viejo Ana en España con publicación en el año 2005. En búsqueda de un instrumento de solidez científica como el F-COPES fue de gran utilidad el trabajo de enfermería desarrollado por la “Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de salud” denominado “Guía de actuación para la continuidad de cuidados en situaciones de afrontamiento familiar inefectivo”.

II.- 2.- A.- Variables:

➤ **Modalidad de internación:** “Tipo de visita, de cada institución. Las modalidades pueden ser las siguientes:

- **Ingreso irrestricto:** es decir sin horarios, todos los días a todos los sectores de internación neonatal, incluyendo cuidados intensivos.
- **Ingreso restricto:** para este tipo de internación se ofrecen horarios de visita de tres turnos diarios con un período no mayor de una hora y 30 minutos de permanencia.

Variable independiente PRINCIPAL cualitativa nominal dicotómica.

IRRESTRICTO (Abierta)
RESTRICTO (Cerrada)

➤ **Edad:** “Tiempo que la madre ha vivido a contar en años desde que nació”.

Variable independiente moderadora cuantitativa continua.

AÑOS: 15-24;25-34; 35-44; 45 o más.

- **Internación familiar previa:** “Experiencia anterior en la cual un miembro de la familia estuvo durante un período en internación y quien cumple rol de madre, padre o ambas en el pasado lo repite en una nueva oportunidad”.

Variable independiente moderadora cualitativa nominal dicotómica.

SI
NO

- **Número de familiares del núcleo familiar:** “Cantidad de personas que realizan los roles materno y paterno como conjunto de funciones específicas dentro del grupo primario relacionadas con las necesidades de un hijo”.

Variable independiente moderadora cualitativa dicotómica.

Un sólo.
Dos familiares.

Tipos de afrontamiento familiar: “Conjunto de estrategias y conductas relacionadas con la eficacia de adaptarse a un problema de salud de un familiar que presentan los sujetos que cumplen roles dentro del núcleo familiar”. Reflejado en:

- **Afrontamiento familiar ineficaz:** Persona o personas que cumplan roles de madre, padre o ambos que presenten características de los diagnósticos “afrontamiento familiar ineficaz: discapacitante” y “afrontamiento familiar ineficaz: comprometido”. Además de observar ausencia de estrategias de afrontamiento. Considerándolo como algo no deseado, requirente de cuidados de enfermería que construyan conductas y estrategias de afrontamiento eficaz y no beneficioso para el paciente y la familia.
- **Afrontamiento familiar en transición:** Persona o personas que cumplan roles de madre, padre o ambos que presenten características del diagnóstico “afrontamiento familiar: Posibilidad de desarrollo”. Además de observar la presencia de al menos una estrategia de afrontamiento. Considerándolo como algo no deseado, requirente de cuidados de enfermería que estimulen el desarrollo al afrontamiento eficaz y beneficioso para el paciente y la familia
- **Afrontamiento familiar eficaz:** Persona o personas que cumplan roles de madre, padre o ambos que no presenten características del tipo de afrontamiento “afrontamiento familiar ineficaz” y si presenten características del diagnóstico “afrontamiento familiar: Posibilidad de desarrollo”. Además de observar la presencia de más de una estrategia de afrontamiento. Considerándolo como algo deseado, requirente de monitorización de la conservación del presente tipo de afrontamiento por parte de enfermería y beneficioso para el paciente y la familia.

Variable dependiente cualitativa ordinal policotómica.

INEFICAZ.
EN TRANSICION.
EFICAZ.

II.- 2.- B.- Indicadores de la variable dependiente:

- **Patrones funcionales de Gordon:** “Configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo”.
- Adaptación/Stress: Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.
- Valores/Creencias: Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.
- Percepción/Cuidado de la salud: Este Patrón describe, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.
- Rol/Relaciones: Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Adaptación/Stress
Valores/Creencias
Percepción/Cuidado de la salud
Rol/Relaciones

- **Tiempo de internación:** “La vivencia de una internación de un hijo en neonatología constituye una fuente de sufrimiento para los padres, siendo para la familia un elemento inesperado que se vive de forma paralela. Este sufrimiento es compartido por todos los seres queridos del paciente, pero está, además, profundamente

marcado por el tiempo en el que se prolonga la internación del recién nacido, ya que esta es una variable que puede modificar el apego del neonato hacia sus padres y más aún demás familiares. Esta vivencia está cargada de una incertidumbre y sobrecarga emocional y social. Nos referimos al tiempo (estadía), en días que permanece el neonato en internación, en el sector de neonatología. Se mide en semanas”.

- Menos de una semana: todo aquel paciente internado en neonatología que permanece desde el primer al séptimo día.
- Más de una semana: todo aquel paciente internado en neonatología que permanece entre el octavo día y el décimo quinto día.
- Más de dos semanas: todo aquel paciente internado en neonatología que permanece por más del décimo sexto día.

Variable independiente moderadora cuantitativa continua.

DÍAS: 0-7; 8-15;16 o más.

- **Nivel de complejidad**: “Hace referencia al estado de salud del hijo en el servicio de internación delimitando en tres categorías que reflejan la salud desde los hijos con peor pronóstico de vida a mejor pronóstico pero que más allá de su patología requieren internación en neonatología”.
- Recién nacido de alta complejidad: entendemos por este, el bebe grave que corre riesgo de vida, independientemente del peso y de la edad gestacional que presenta. Son los pacientes con prematuridad extrema, pacientes inmunodeprimidos, los que se encuentran en asistencia respiratoria mecánica o con compromiso hemodinámico severo. Es un bebe altamente invadido con elementos indispensables para mantener la vida: TET, catéteres centrales y periféricos, sonda vesical, SOG, vías periféricas
- Recién nacido de mediana complejidad: entendemos por este, el bebe estable, compensado hemodinamicamente, que no necesita ARM. Son los pacientes que presentan prematuridad superando las 32 semanas de gestación, los pacientes que presentan retardo de crecimiento intra uterino, bajo peso al nacer, y se encuentran en recuperación nutricional. Recién nacidos determinados con dificultad respiratoria transitoria leve o los potencialmente sépticos, con requerimiento de oxígeno. Es un bebe medianamente invadido, vías periféricas, SNG, alimentación parenteral.
- Recién nacido de baja complejidad o no complejo: entendemos por este, el bebe sano, nacido de término y con peso adecuado para la edad gestacional que presenta un problema neonatal leve, propio de la edad y la inmadurez física como por ejemplo la hiperbilirrubinemia con requerimiento de luminoterapia. Es un bebe libre de invasiones.

Variable independiente moderadora cualitativa ordinal policotómica.

Recién nacido de alta complejidad.
Recién nacido de mediana complejidad.
Recién nacido de baja complejidad.

II 3.- Esquema de variables:

I.- ASPECTOS FAMILIARES	I.-1.- EDAD
	I.-2.- NUMERO DE FAMILIARES DEL NÚCLEO FAMILIAR
II.-ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACION	II.-1.- TIEMPO DE INTERNACION
	II.-2.- NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL NEONATO
	II.-3.- EXPERIENCIA PREVIA

		PATRONES FUNCIONALES DE GORDON			
		PERCEPCIÓN/ CUIDADO DE LA SALUD	ROL/RELACIONES	ADAPTACION AL ESTRÉS	VALORES CREENCIAS
III.- TIPO DE AFRONTAMIENTO	III.-1.- EFICAZ	1.-PREGUNTA Y PARTICIPA ACTIVAMENTE SOBRE EL TRATAMIENTO Y PARTICIPA ACTIVAMENTE SOBRE LOS CUIDADOS	1.- SOLICITA AYUDA A VECINOS/ AMIGOS 2.- REACCION POSITIVA (LO TOCA/ INTENTA CALMARLO) AL LLANTO DEL NEONATO. 3.- LLAMA AL NEONATO POR SU NOMBRE 4.- LA INTERNACION NO ROMPE LA ARMONIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES	1.- SE INVOLUCRA EN EL ASEO DEL NEONATO 2.- DA EL PECHO/ ALIMENTO AL NEONATO 3.- ACTITUD ACTIVA ANTE EL PROBLEMA DE INTERNACION 4.- ACEPTA O BUSCA APOYO PSICOLOGICO 5.- VISITA AL NEONATO 6.- TOCA AL NEONATO	1.- SE APOYA EN CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS 2.- MANIFIESTA TENER FE
	III.-2.- EN TRANSICION	1.-PREGUNTA SOLO DUDAS QUE CONSIDERA RELEVANTES SOBRE EL TRATAMIENTO 2.- PREGUNTA SOLO DUDAS RELACIONADAS A LOS CUIDADOS	1.- PIENSA EN SOLICITAR AYUDA A VECINOS/ AMIGOS 2.- REACCION POSITIVA (NO LO TOCA/ NO INTENTA CALMARLO PERO SOLICITA AYUDA AL LLANTO DEL NEONATO 3.- SOLO LE HABLA AL NEONATO POR MOMENTOS 4.- LA INTERNACION DEMANDA ESFUERZOS POR MANTENER LA ARMONIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y NO SIEMPRE SE CONSIGUE	1.- SOLICITA PERO NO REALIZA EL ASEO DEL NEONATO 2.- DA EL PECHO/ALIMENTO AL NEONATO PERO NO LO MIRA CUANDO LO HACE 3.- ACTITUD ACTIVA PERO NO DIRECCIONADA AL PROBLEMA DEL NEONATO 4.- PREGUNTA PERO NO ACEPTA APOYO PSICOLOGICO 5.- VISITA AL NEONATO SIN INGRESAR 6.- EXPRESA DESEOS DE TOCARLO PERO NO LO HACE	1.- PREGUNTA O SOLICITA APOYO PARA LA PRACTICA DE CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS 2.- MANIFIESTA EL DESEO DE TENER FE.
	III.-3.- INEFICAZ	1.- NO PREGUNTA Y NO PARTICIPA EN EL TRATAMIENTO. 2.- NO PREGUNTA Y NO PARTICIPA EN LOS CUIDADOS.	1.- NO SOLICITA AYUDA A VECINOS/ AMIGOS 2.- NO HAY REACCION AL LLANTO DEL NEONATO 3.- NO LLAMA AL NEONATO POR SU NOMBRE 4.- LA INTERNACION PROVOCA RUPTURAS EN LA ARMONIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y NO SE RESUELVEN	1.- NO REALIZA NI DETECTA NECESIDAD DE ASEO DEL NEONATO 2.- NO DA EL PECHO/ALIMENTO NI DETECTA LA NECESIDAD DE ALIMENARLO 3.- ESPERA PASIVA DE LA RESOLUCION DEL PROBLEMA DEL NEONATO 4.- NO BUSCA NI ACEPTA APOYO PSICOLOGICO 5.- NO VISITA AL NEONATO 6.- NO TOCA AL NEONATO	1.-NO SE APOYA EN CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS 2.- MANIFIESTA NO TENER FE.

IV.- TIPO DE INTERNACION	IV.-1.- ABIERTA
	IV.-2.- CERRADA

	PERCEPCIÓN/ CUIDADO DE LA SALUD	ROL/RELACIONE S	ADAPTACION AL ESTRÉS	VALORES CREENCIAS	
E	1.- (SI) 2 puntos 2.- (SI) 2 puntos	1.- (SI) 2 puntos 2.- (SI) 2 puntos 3.- (SI) 2 puntos 4.- (SI) 2 puntos	1.- (SI) 2 puntos 2.- (SI) 2 puntos 3.- (SI) 2 puntos 4.- (SI) 2 puntos 5.- (SI) 2 puntos 6.- (SI) 2 puntos	1.- (SI) 2 puntos 2.- (SI) 2 puntos	28
T	1.- (AVECES)1 punto 2.- (AVECES)1 punto	1.- (AVECES)1 punto 2.- (AVECES)1 punto 3.- (AVECES)1 punto 4.- (AVECES)1 punto	1.- (AVECES)1 punto 2.- (AVECES)1 punto 3.- (AVECES)1 punto 4.- (AVECES)1 punto 5.- (AVECES)1 punto 6.- (AVECES)1 punto	1.- (AVECES)1 punto 2.- (AVECES)1 punto	14
I	1.- (NO) 0 puntos 2.- (NO) 0 puntos	1.- (NO) 0 puntos 2.- (NO) 0 puntos 3.- (NO) 0 puntos 4.- (NO) 0 puntos	1.- (NO) 0 puntos 2.- (NO) 0 puntos 3.- (NO) 0 puntos 4.- (NO) 0 puntos 5.- (NO) 0 puntos 6.- (NO) 0 puntos	1.- (NO) 0 puntos 2.- (NO) 0 puntos	0

TIPO DE AFRONTAMIENTO	INDICADORES DE LOS PATRONES			TOTAL
	SI = 2 PTS.	A VECES = 1 PT	NO = 0 PTS.	
EFICAZ	8 A 14 SI 7 SI + 2 A VECES	12 A VECES + 2 SI 11 A VECES + 3 SI 10 A VECES + 3-4 SI 9 A VECES + 4-5 SI 8 A VECES + 4-6 SI 7 A VECES + 5-7 SI 6 A VECES + 5-8 SI 5 A VECES + 6-9 SI 4 A VECES + 6-10 SI 3 A VECES + 7-11 SI 2 A VECES + 7- 12 SI	6 NO + 8 SI 5 NO + 9-8 SI + 0-1A VECES 4 NO + 10-8 SI + 0-2 A VECES 3 NO + 11-8 SI + 0-3 A VECES 2 NO + 12-8 SI + 0-4 A VECES 1 NO + 13-8 SI + 0-5 A VECES	16-28
TRANSICION	6 SI + 3-0 A VECES 5 SI + 4-0 A VECES 4 SI + 7-2 A VECES 3 SI + 11-4 A VECES	14 A VECES 13 A VECES + 1 SI 12 A VECES + 1-0 SI 11 A VECES + 2-0SI 10 A VECES + 2-0 SI 9 A VECES + 3-1 SI 8 A VECES + 3-1 SI 7 A VECES + 4-2 SI 6 A VECES + 4-2 SI 5 A VECES + 5-3 SI 4 A VECES + 5-3 SI 3 A VECES + 6-4 SI 2 A VECES + 6-4 SI 1 A VECES + 7 -5 SI	9 NO + 5 SI 8 NO + 6 SI 7 NO + 7 SI 6 NO + 7-2 SI + 1-6 A VECES 5 NO + 6-1 SI + 3-8 A VECES 4 NO + 5-0 SI + 5-10 A VECES 3 NO + 4-0 SI + 7-11 A VECES 2 NO + 3-0 SI + 9 -12 A VECES 1 NO + 2-0 SI + 11 A 13 A VECES	10-15
INEFICAZ	4 SI + 1-0 A VECES 3 SI + 3-0 A VECES 2 SI + 5-0 A VECES 1 SI + 7-0 A VECES	9 A VECES 8 A VECES 7 A VECES + 1-0 SI 6 A VECES + 1-0 SI 5 A VECES + 2-0 SI 4 A VECES + 2-0 SI 3 A VECES + 3-0 SI 2 A VECES + 3-0 SI 1 A VECES + 4-0 SI	14-10 NO 9 NO + 4-0 SI +1 A VECES 8 NO + 3-0 SI + 3-6 A VECES 7 NO + 2-0 SI + 5-7 A VECES 6 NO + 1-0 SI + 7-8 A VECES 5 NO + 9 A VECES	9 - 0

Observación: máximo puntaje obtenible posible = 28 Mínimo puntaje obtenible posible = 0.

II.- 3.- Prueba piloto:

Se realizó una prueba piloto en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata con el fin de someter al instrumento a una población diferente y analizar así los inconvenientes suscitados. En primer término se decidió acotar a 25 preguntas las 29 antes pensadas para evitar el cansancio en los entrevistados y permitir la participación. Además se lo llevo a un cuadro de forma tal que permita la recolección de forma más rápida y sostener el contacto visual con la familia entrevistada.

Después de la experiencia se decide modificar el cuestionario por varios motivos no en su contenido sino en la organización y la forma de tomar el dato. Durante la experiencia se detecto cierta desconfianza y menor colaboración a medida que se realizaban las

preguntas como también se comprobó que las respuestas a veces no representaban lo que identificaría el “NO” con un aspecto de determinado diagnóstico. Por lo tanto se dividió la entrevista reduciendo la cantidad de preguntas a los familiares y estableciendo una planilla de observaciones que el personal de enfermería podrá realizar evitando la contaminación de las respuestas reforzado además con un espacio para anotaciones dentro de la grilla que permite poner la duda del observador para después ser leída por el interprete de datos y determinar si ese dato corresponde así a algún tipo de afrontamiento. De esta manera la entrevista es más corta con un espacio donde se da la posibilidad de abrir la pregunta cerrada a modo de confirmar que el dato recibido es bien interpretado para determinar posteriormente el tipo de afrontamiento relacionando la respuesta con el diagnóstico. El ejemplo más claro se ha establecido cuando se preguntaba por el apoyo psicológico; las personas que presentaban un aparente afrontamiento eficaz respondían que no habían buscado apoyo ya que no lo consideraban necesario para (siendo un aspecto positivo que quedaría asentado como negativo) y no se relacionaba con aspectos negativos como negación, abandono o cualquier tipo de pasividad. Por otro lado al indagar sobre religiones o creencias fue necesario distinguir en las respuestas si era una incapacidad para enfrentar la crisis o si en verdad no profesaban o no creían en religiones o creencias en las cuales se apoyaban y en su defecto también aclarar que creencias comprendían desde ritos y tradiciones culturales y nuevos sujetos de adoración (el sol, gauchito gil, la pachamama, los gualichos, etc.) en los cuales buscaban alivio espiritual.

También se estableció una forma de grilla para completar con “X” de forma que de mayor libertad al encuestador.

Capítulo III

Diseño metodológico

III.- 1.- A.- Tipo de estudio y diseño

Para la presente investigación se ha seleccionado un estudio comparativo y observacional, de tipo cuantitativo. El tipo de estudio será transversal ya que las muestras se realizarán a lo largo del segundo semestre del año 2008 en observaciones y entrevistas en una sola oportunidad y analítico explicativo ya que se establecerán relaciones entre los tipos de afrontamiento, modalidades de internación y otras variables como tiempo de vínculo y experiencias previas que demanden afrontamiento.

III.- 1.- B.- Población de estudio

Con respecto a la población será: toda familia que presente: núcleo familiar tradicional, madre o padre que no vivan juntos por cualquier circunstancia, o familiar muy cercano que cumpla rol materno o paterno, sin importar el número de hijos en cualquiera de los casos. (Se descartan amigos y demás familiares ya que al ser servicio de neonatología consideramos fundamentales a quienes cumplan rol de madre y rol de padre). Se estima realizar una muestra de tipo probabilística tomando de forma aleatoria simple a aquellos bebés ingresados a los respectivos servicios de Neonatología los días pares entre los meses agosto a noviembre inclusive del año 2008. De esta manera se tomarán dos grupos. Uno de ellos corresponde a modalidad cerrada en el hospital privado EMSA y otro grupo a modalidad abierta de la clínica Colón. Para llevar a cabo la investigación se aplicará como procedimiento observación no – participante y entrevistas).

III.- 1 C.- Instrumentos a utilizar para la recolección de datos:

Los instrumentos a utilizar serán por un lado una hoja de registro de observaciones que comprenden características de las distintas categorías de afrontamiento y una guía de entrevista que contenga preguntas mixtas (abiertas y cerradas). Se utilizará además como elemento de recolección de datos las historias clínicas correspondientes a los bebés internados en el servicio.

El instrumento se aplica a la población total tomando a quien cumpla el rol materno o paterno ya sea que se encuentren juntos o separados. Se utiliza para ello, por un lado, la entrevista que consta de dos partes: Una primera con los antecedentes y características demográficas relacionadas con el bebé en internación y una segunda con una secuencia de preguntas derivadas de los patrones funcionales de Gordon de tipo cerrada con las opciones “SI”; “NO” y “A VECES” sumado a la posibilidad de preguntar el porqué de su respuesta con el fin de que el encuestador ratifique posteriormente si la pregunta corresponde a la posterior interpretación de afrontamiento. Más allá de la entrevista se establecieron otros ítems en una planilla de valoración donde el personal de enfermería responde de la misma

manera a las observaciones de las relaciones entre la familia y el afrontamiento a la internación.

Según la definición de los diagnósticos se establece para la interpretación de los datos que:

- La cantidad de preguntas diseñadas guarda relación con la importancia de cada diagnóstico de enfermería y la relación con el tipo de afrontamiento.
- Las preguntas son indicadores de afrontamiento establecidos a partir de los patrones funcionales de Gordon.
- La sumatoria de valores arrojados en las encuestas y observaciones otorgará puntajes sobre el cual se determinará los tipos de afrontamiento.
- Se definirá con el mayor porcentaje de “SI”, “NO” y “A VECES” el tipo de afrontamiento.
- Entendiendo lo dinámico del afrontamiento teniendo mucha importancia las otras variables intervinientes se interpreta que la familia está “pasando de un tipo de afrontamiento a otro y en este momento se presenta esta característica”. Siendo la variedad de respuestas muy variadas y llevadas a una tabla donde guardan relación los “SI”, “NO” y “A VECES” teniendo en cuenta esta particularidad.

III.- 2.- Procesamiento de datos

El procesamiento de datos se realizará a través del programa EPI INFO VERSION 3.5. El cual presenta una serie de subprogramas internos para manejar datos epidemiológicos en formato de cuestionario y para organizar diseños de estudio y presentar resultados en un texto que pueda formar parte de un informe. Este programa ha sido diseñado conjuntamente por el CDC (Center of Disease Control) de Atlanta y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Este programa produce listados, frecuencias, tablas y estadísticas de los archivos de Epi Info o dBASE. Con órdenes simples se pueden seleccionar registros que cumplan determinados criterios, ordenarlos o listarlos, hacer frecuencias o cruces de variables, poner los resultados en una nueva variable, etc. Los resultados se pueden dirigir a la pantalla, a la impresora o a un archivo en disco. El programa permite relacionar entre sí todas las variables propuestas y analizar la covariación de las mismas. Los resultados arrojados por dicho programa se presentarán en tablas de doble entrada que mostrarán frecuencias y porcentajes, acompañadas de gráficos de barras que permitan interpretar más fácilmente los resultados. En relación a funciones estadísticas, se utilizarán también la media aritmética y la mediana para cada tabla.

CAPÍTULO IV.-

Presentación y análisis de datos

En primer término se presentarán los datos en general desplegando las variables con los números arrojados por cada indicador que presentaba tanto la entrevista como la planilla de observación. Después en detalle quedarán expuestas las tablas de cada relación de variables con su respectivo gráfico e interpretación.

La información recogida por el instrumento correspondió a una población de 100 núcleos familiares correspondiendo 50 a un servicio cerrado y 50 a un servicio abierto estableciendo dos poblaciones de cantidad iguales para posteriormente presentar la comparación entre las diferentes modalidades de internación. Se descartaron 4 unidades de análisis por no completarse correctamente y otras 13 unidades por no tener el consentimiento del núcleo familiar para la entrevista ya que no era de carácter obligatoria ni requisito institucional de la internación; para aumentar la fiabilidad de la información obtenida.

DISTRIBUCIONES DE LOS TOTALES OBTENIDOS

A.- Aspectos familiares:

1.- EDAD. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico A.- 1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de las edades de las madres con un hijo internado en neonatología del total de los encuestados distribuyéndose en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las madres con un hijo en el servicio de neonatología según la edad de la madre en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
15 A 24	21	22,8%	22,8%	
25 A 34	50	54,3%	77,2%	
35 A 44	17	18,5%	95,7%	
45 O MAS	4	4,3%	100,0%	
Total	92	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En la primera tabla se observa que en el total de la población más de la mitad (el 54,3%) pertenece al grupo etario de 25 a 34 años teniendo en segundo lugar con el 22,8% al intervalo siguiente de menor edad entre 15 y 24 y el mismo porcentaje 22,8% se encuentran la población de más de 35 años.

2.- NÚMERO DE INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico A.- 2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de cómo se componen en número de núcleo familiar las familias con un hijo internado en neonatología del total de los encuestados distribuyéndose en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según la cantidad de personas que conforman el núcleo familiar en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Núcleo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	13	14,1%	14,1%
2	79	85,9%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En el gráfico que esta contiguo a la tabla se observa que de la población total, la gran mayoría (85,9%) posee un núcleo familiar compuesto por dos integrantes y el resto de la muestra está conformado por un solo integrante que comprende madre soltera o que ha deshecho el vínculo conyugal.

B.- Aspectos de la internación:

1.- MODALIDAD DE INTERNACIÓN. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico B.- 1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de las familias con un hijo internado en neonatología del total de los encuestados distribuyéndose según la modalidad abierta de la Clínica Colón y modalidad cerrada del EMHSA.

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según la modalidad de internación en las instituciones Clínica Colón con modalidad abierta y EMHSA con modalidad cerrada en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Modalidad internacion	de	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
ABIERTA		46	50,0%	50,0%	
CERRADA		46	50,0%	100,0%	
Total		92	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En la tabla y el gráfico queda demostrado que para cada modalidad la población se encuentra dividida en dos mitades iguales de tal forma que la posterior comparación sea a número de muestras iguales.

2.- TIEMPO DE INTERNACIÓN. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico B.- 2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de cómo se agrupan las familias teniendo en cuenta el tiempo de internación que su hijo lleva internado en neonatología del total de los encuestados distribuyéndose en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según el tiempo de internación en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Tiempo de internacion	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
< DE UNA SEMANA	37	40,2%	40,2%	
> DE DOS SEMANAS	28	30,4%	70,7%	
> DE UNA SEMANA	27	29,3%	100,0%	
Total	92	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: La tabla muestra como del total de los bebés internados en los servicios de neonatología un número importante de ellos (40%) se encuentra dentro de su primer

semana de internación y con porcentajes muy similares se encuentran los que han estado más de una semana y más de dos semanas.

3.- NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL NEONATO. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico B.- 3.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de cómo según la complejidad en la patología de cada neonato se presentan en ambos servicios de neonatología del total de los encuestados distribuyéndose en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según el nivel de complejidad del neonato en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Nivel de complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALTA	27	29,3%	29,3%
BAJA	31	33,7%	63,0%
MEDIANA	34	37,0%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Dentro de la complejidad de los neonatos en ambos servicios la tabla muestra a grupos similares con respecto a los porcentajes siendo ligeramente mayor los que presentaban complicaciones o patologías de mediana gravedad (37%) en segundo lugar los de baja gravedad (33,75) y en tercero los de alta complejidad con el 29,3%.

4.- EXPERIENCIA PREVIA. La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico B.- 4.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de cómo se agrupan las familias teniendo en cuenta si la familia tuvo alguna experiencia previa en una situación de afrontamiento similar a la internación que su hijo lleva en neonatología del total de los encuestados distribuyéndose en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según la experiencia previa de los padres a una situación de afrontamiento en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Experiencia previa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	73	79,3%	79,3%
SI	19	20,7%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En este caso la tabla muestra dos grupos muy diferenciados la gran mayoría de los núcleos familiares con un hijo en neonatología no han tenido una experiencia previa de afrontamiento ocupando el 79,3% de los entrevistados mientras que el 20,7% restante si tuvo alguna experiencia de afrontamiento similar a la que esta pasando en el momento de la entrevista.

C.- Aspectos del afrontamiento:

1.- TIPO DE AFONTAMIENTO: La distribución es la siguiente:

Tabla y gráfico C.- 1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la distribución de cómo se agrupan las familias dependiendo el tipo de afrontamiento que presentaron al momento de la aplicación del instrumento (entrevista y observaciones) en ambos servicios de neonatología; el total de los encuestados se distribuyen en los siguientes intervalos

Título: “Distribución de las familias con un hijo en el servicio de neonatología según el tipo de afrontamiento en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Tipo de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EFICAZ	31	33,7%	33,7%
INEFICAZ	21	22,8%	56,5%
TRANSICION	40	43,5%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: La siguiente tabla hace evidente la presencia de un grupo menor de los núcleos familiares encuestados que presenta el tipo de afrontamiento ineficaz siendo del 22,8% con casi el doble (43,5%) se encuentran los núcleos en período de transición y un porcentaje menos al de transición pero mayor al tipo ineficaz se encuentran los de tipo de afrontamiento eficaz con el 33,7%.

Indicadores de la variable:

PATRONES FUNCIONALES DE GORDON:

1.- PERCEPCION/ CUIDADO DE LA SALUD:

1.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por tratamiento.

Tabla y gráfico C.- 1.-1.-1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad para participar del tratamiento de su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la participación en el tratamiento del hijo internado en neonatología según el tipo de afrontamiento en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

PARTICIPAN DEL TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	37	40,2%	40,2%
NO	47	51,1%	91,3%
SI	8	8,7%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: La tabla muestra como algo más de la mitad de los núcleos familiares no participan del tratamiento durante la internación (51,1%) otro grupo numeroso (40,2%) sólo participa a veces y sólo el 8,7% participa del tratamiento de su hijo internado en el servicio de neonatología.

2.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por cuidado.

Tabla y gráfico C.- 1.-1.-2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas

con la capacidad para participaren el cuidado de su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la participación en el cuidado del hijo internado en neonatología según el tipo de afrontamiento en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

PARTICIPAN DEL CUIDADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	42	45,7%	45,7%
NO	37	40,2%	85,9%
SI	13	14,1%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la participación del cuidado se nota un incremento comparado a la participación del tratamiento siendo mayor los aspectos más positivos del afrontamiento siendo el 14,1% los que si participan el 45,7% los que lo hacen a veces y el 40,2% no participan en el desarrollo de los cuidados.

2.- ROL/RELACIONES

1.- Calmarlo al llanto.

Tabla y gráfico C.- 1.-2.-1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad de afrontamiento de los padres ante la necesidad de seguridad y protección de su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la respuesta de los padres ante el llanto del neonato según el tipo de afrontamiento en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

SI LLORA LO CALMAN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	50	54,3%	54,3%
NO	9	9,8%	64,1%
SI	33	35,9%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto al vínculo, en relación de si el núcleo familiar lo calma cuando llora un porcentaje menor 9,8% no ha creado el lazo relacional que le permita acercarse al bebe mientras más de la mitad de ellos (54,3%) lo hacen a veces y el 35,9% si calma a su hijo cuando llora.

2.- Núcleo reconoce la identidad del bebé por el nombre.

Tabla y gráfico C.- 1.-2.-2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad de los padres para desarrollar un vínculo afectivo que se refleje en el reconocimiento de la identidad del bebé no solo como hijo sino también como persona como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a “si llaman por su nombre a su hijo” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

LLAMAN AL BEBE POR SU NOMBRE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	28	30,4%	30,4%
NO	33	35,9%	66,3%
SI	31	33,7%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Dentro de la relación vincular entre el núcleo familiar y el hijo internado en relación a si lo llaman por su nombre se observan porcentajes similares siendo ligeramente mayor el de los padres que no lo llaman por su nombre 35,9% seguido de los que si lo hacen con el 33,7% y aquellos que solo lo hacen a veces con el 30,4%.

3.- Búsqueda del núcleo familiar de apoyo en familiares o vecinos.

Tabla y gráfico C.- 1.-2.-3.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la entrevista realizada al el núcleo familiar relacionadas con la capacidad para buscar ayuda para el afrontamiento en familiares y vecinos como forma de actitud pasiva que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a “la búsqueda de apoyo en familiares o vecinos” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

BUSCAN APOYO EN FAMILIARES O AMIGOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	33	35,9%	35,9%
NO	18	19,6%	55,4%
SI	41	44,6%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la búsqueda de apoyo en familiares y vecinos como forma de aumentar el afrontamiento la mayoría de los núcleos familiares se ha apoyado en terceros cercanos en un total de 44,6%, en segundo término se observa que el 35,9% lo ha hecho a veces y en menor medida con sólo el 19,6% no ha buscado apoyo de este tipo.

4.- Integridad de la armonía del hogar.

Tabla y gráfico C.- 1.-2.-4.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las respuestas de la entrevista realizada al núcleo familiar relacionadas con la capacidad para mantener la armonía del hogar durante la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a “mantener la armonía del hogar” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

HAN MANTENIDO LA ARMONIA DEL HOGAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	34	37,0%	37,0%
NO	18	19,6%	56,5%
SI	40	43,5%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la relación dentro del núcleo familiar y la capacidad para mantener la armonía del hogar durante el período de internación se observa que el mayor porcentaje 43,5% corresponde a los núcleos que si lograron mantener la armonía del hogar en segundo término un porcentaje similar de 37% corresponde a los que han mantenido la armonía por momentos y el 19,6% no han podido mantener la armonía en el hogar.

3.- ADAPTACIÓN AL ESTRÉS:

1.- Visita al bebé.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad para tener contacto visual y aceptar la internación de su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a si “visitan a su hijo” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

VISITAN AL BEBE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	8	8,7%	8,7%
NO	2	2,2%	10,9%
SI	82	89,1%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a situaciones que evalúan el estrés la tabla muestra como la gran mayoría de los núcleos familiares si visitan al bebé (89,1%) apenas el 8,7% lo hace a veces siendo las posibilidades que asista al servicio pero no desee ingresar o que esperen fuera del servicio los reportes médicos y el 2,2% no visita al bebé no por factores económicos, ni impedimento por puerperio inmediato o incompatibilidad por horarios y trabajo del padre por ejemplo sino porque no están preparados aún para hacerlo.

2.- Contacto físico con el bebé.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad para crear el vínculo a través del tacto con su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a si “tocan a su hijo” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TOCAN AL BEBE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	47	51,1%	51,1%
NO	7	7,6%	58,7%
SI	38	41,3%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la capacidad del núcleo familiar para tocar al neonato se observa que la mayoría corresponde a padres que a veces lo tocan (51,1) otro porcentaje similar lo tocan de forma activa (41,3%) y en un porcentaje muy menor no lo hacen (7,6%).

3.- Higiene del bebé.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-3.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la capacidad para aumentar el vínculo y establecer roles materno, paterno, cuidador con su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a si “cambian el pañal a su hijo” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

CAMBIAN EL PAÑAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	42	45,7%	45,7%
NO	30	32,6%	78,3%
SI	20	21,7%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto al cuidado de la higiene del neonato y la observación del indicador de afrontamiento se observó que el mayor porcentaje corresponde a aquellos padres que lo hacen cuando se lo pide, o sea a veces con el 45,7% el 32,6% no cambia los pañales de su hijo y en menor porcentaje el 21,7% si lo hace de forma activa.

4.- Alimentación del bebé.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-4.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con la participación de los padres en la alimentación de su hijo por cualquier vía que involucre una situación de demanda de roles y que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a “alimentación del bebé” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

ALIMENTAN AL BEBE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	22	23,9%	23,9%
NO	31	33,7%	57,6%
SI	39	42,4%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la alimentación sin tener en cuenta la vía de acceso a la leche se observó que la mayoría de las madres alimentan a sus hijos 42,4% en segundo lugar las

que no lo hacen 33,7% y en menor medida se encuentran aquellas que lo hacen sólo si se lo piden o cuando lo hacen no tienen contacto visual con su hijo siendo el 23,9%.

5.- Actitud activa del núcleo familiar.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-5.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a las observaciones realizadas sobre el núcleo familiar relacionadas con las actitudes activas de los padres para participar de la internación de su hijo como forma de actitud activa que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a las “actitudes activas” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

ACTITUDES ACTIVAS DE LOS PADRES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	41	44,6%	44,6%
NO	35	38,0%	82,6%
SI	16	17,4%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a lo actitudinal de los padres relacionado con las necesidades generales de sus hijos se observó que la mayoría a veces a tenido actitudes activas (44,6%) o las actitudes no fueron capaces de ser dirigidas al verdadero problema mientras que el 38% no ha tenido conductas activas y en menor medida el 17,4% si las ha tenido.

6.- Apoyo psicológico.

Tabla y gráfico C.- 1.-3.-6.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la entrevista realizada sobre el núcleo familiar relacionada con la búsqueda de apoyo psicológico de forma pasiva que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a la “búsqueda de apoyo psicológico” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

BUSCAN APOYO PSICOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	24	26,1%	26,1%
NO	27	29,3%	55,4%
SI	41	44,6%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Con respecto a la tabla se observa una mayoría del 44,6% que ha buscado apoyo psicológico o por creencias personales no lo han considerado como una posibilidad de mejorar el afrontamiento familiar en segundo término encontramos a un 29,3% que no han buscado apoyo psicológico y un 26,1% que han preguntado sobre profesionales o han demostrado interés por consultar a un profesional considerando estas actitudes como a veces.

4.- VALORES/ CREENCIAS:

1.- Apoyo religioso.

Tabla y gráfico C.- 1.-4.-1.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la entrevista realizada sobre el núcleo familiar relacionadas con la necesidad del apoyo religioso o en una creencia espiritual que de forma pasiva le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación a la “búsqueda de apoyo religioso” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

BUSQUEDA DE APOYO RELIGIOSO O CREENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	25	27,2%	27,2%
NO	46	50,0%	77,2%
SI	21	22,8%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En la tabla se arrojan resultados que muestran que la mitad de los entrevistados (50%) no tienen a la religión como instrumento para afrontar crisis, mientras que el 27,2% sólo lo ha hecho a veces correspondiendo apoyos circunstanciales por la visita de religiosos, el estímulo de otro núcleo familiar a compartir creencias (estampitas, santos particulares, etc.) y en menor medida se encuentran los padres que si se apoyan en la espiritualidad (22,8%).

2.- Apoyo en la fe.

Tabla y gráfico C.- 1.-4.-2.-: La siguiente tabla con su respectivo gráfico brinda información respecto a la entrevista realizada sobre el núcleo familiar relacionadas con el apoyo en la fe religiosa u de cualquier otro tipo que no corresponda a respuestas negadoras de la realidad de su hijo y como forma de actitud pasiva que le permita afrontar en mejor medida la internación de su hijo en el servicio de neonatología.

Título: “Distribución de la capacidad de afrontamiento de los padres en relación al “apoyo en la fe” en las instituciones Clínica Colón y EMHSA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIENEN FE EN ALGO O ALGUIEN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A VECES	26	28,3%	28,3%
NO	36	39,1%	67,4%
SI	30	32,6%	100,0%
Total	92	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa en la tabla que no se registran grandes diferencias entre los tres grupos siendo el mayor de 39,1% correspondiente a aquellos padres que no se apoyan en la fe en una situación de afrontamiento mientras que el 32,6% si lo hace y el 28,3% se ha apoyado en la fe por momentos o desean tener fe.

A continuación se analizarán las variables presentadas arriba expuestas en tablas y gráficos mostrando la relación entre las modalidades de internación y los tipos de afrontamiento:

I.- Modalidad ABIERTA

I.- A.- Aspectos familiares

I.- A.- 1.- Edad

Tabla y gráfico I.- A.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la edad de las madres. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según edad de las madres con hijos internados en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Edad	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
15 A 24	4	3	4	11
Row %	36,4	27,3	36,4	100,0
Col %	17,4	75,0	21,1	23,9
25 A 34	12	0	9	21
Row %	57,1	0,0	42,9	100,0
Col %	52,2	0,0	47,4	45,7
35 A 44	5	1	5	11
Row %	45,5	9,1	45,5	100,0
Col %	21,7	25,0	26,3	23,9
45 O MAS	2	0	1	3
Row %	66,7	0,0	33,3	100,0
Col %	8,7	0,0	5,3	6,5
TOTAL	23	4	19	46
Row %	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

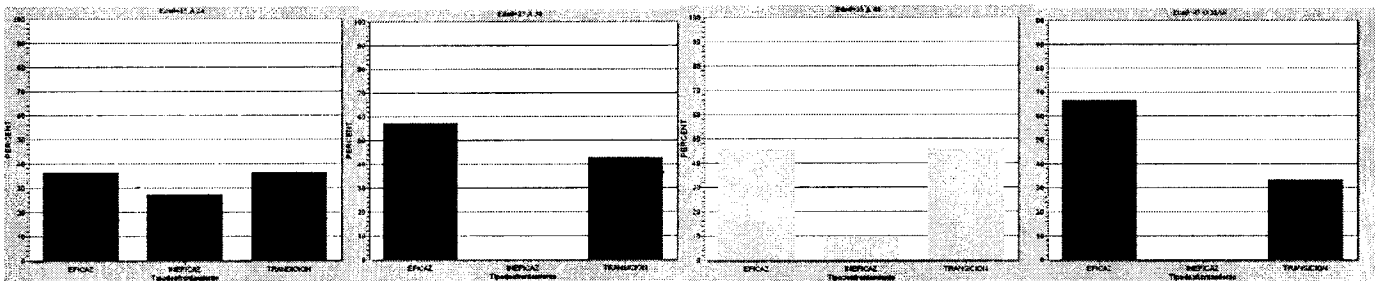
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
7,4593	6	0,2804

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMHSA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según edad de las madres con hijos internados en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V. Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Puede observarse que en la modalidad abierta para todos los grupos etarios el porcentaje de afrontamientos ineficaces fue el menor e incluso en los grupos etarios de “25 a 34 años” y “45 o más años” no se presentaron afrontamientos ineficaces. Es notorio además que el afrontamiento eficaz iguala o supera a los porcentajes de afrontamiento en transición en todos los grupos etarios. En el grupo de menor edad (15 a 24 años) se observa una distribución más equitativa siendo el grupo con mayor porcentaje de afrontamiento ineficaz (27,3%). El grupo con mayor afrontamiento eficaz es el de 45 o más años aunque las 3 unidades no son significativas pero cabe destacar que más de la mayoría (57,1%) del grupo etario 25 a 34 (también el más numeroso) presenta afrontamiento eficaz.

I.- A.- 2.- Número de integrantes del núcleo familiar

Tabla y gráfico I.- A.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según el número de integrantes del núcleo familiar. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el número de integrantes del núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Núcleo familiar	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
1	1	2	4	7
Row	% 14,3	28,6	57,1	100,0
Col %	4,3	50,0	21,1	15,2
2	22	2	15	39
Row	% 56,4	5,1	38,5	100,0
Col %	95,7	50,0	78,9	84,8
TOTAL	23	4	19	46
Row	% 50,0	8,7	41,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

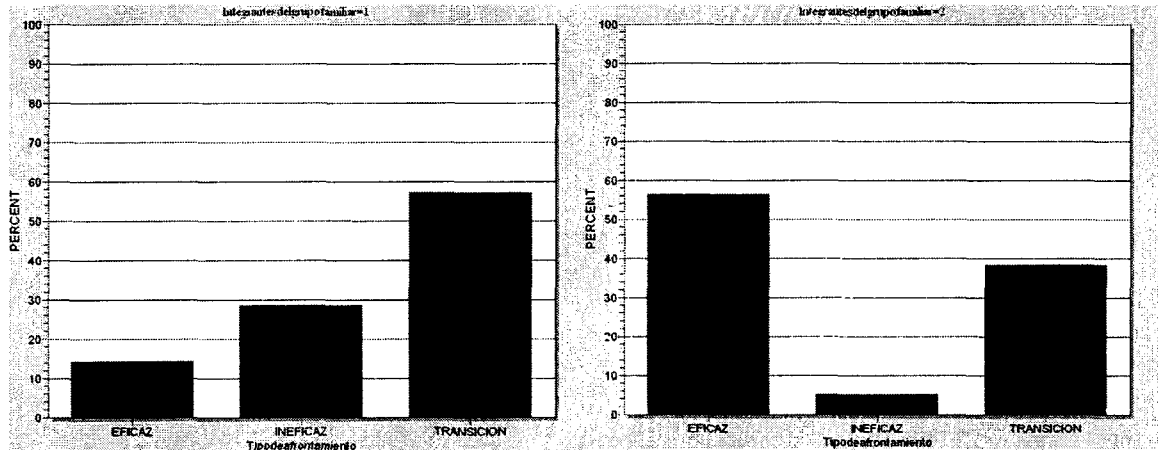
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
6,3586	2	0,0416

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el número de integrantes del núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa para aquellos núcleos de un sólo integrante un mayor porcentaje de afrontamiento en transición (57,1%) un poco menos del 20% como afrontamiento ineficaz y en menor porcentaje (14,3%) afrontamiento eficaz. En el caso de los que el núcleo se compone de 2 integrantes el afrontamiento eficaz es mucho mayor comparado con el grupo de 1 integrante (56,4%) sino que también es la mayoría de su propio grupo siendo el ineficaz el menor con 8,7%; número muy inferior al que presenta el grupo que se compone de 1 integrante. Con respecto al afrontamiento en transición en el grupo de 2 integrantes se encontró en tercer lugar con el 34,9%.

I.- Modalidad ABIERTA

I.- B.- Aspectos de la internación

I.- B.- 1.- Modalidad de internación

Tabla y gráfico I.- B.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra de qué manera se distribuye en la modalidad abierta los tipos de afrontamiento.

Título: “Distribución del tipo de afrontamiento según la modalidad abierta en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Tipo de afrontamiento	Frequency	Percent	Cum Percent	
EFICAZ	23	50,0%	50,0%	
INEFICAZ	4	8,7%	58,7%	
TRANSICION	19	41,3%	100,0%	
Total	46	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En la modalidad abierta se observa que el tipo de afrontamiento ineficaz es notoriamente inferior (8,7%) a los otros dos tipos siendo el mayor el afrontamiento eficaz con la mitad de la población de la muestra y seguido a éste se encuentra el tipo de afrontamiento en transición con el 41,3%.

I.- B.- 2.- Tiempo de internación

Tabla y gráfico I.- B.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según el tiempo de internación del neonato en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el tiempo de internación del hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Tiempo de internacion	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
< DE UNA SEMANA	9	3	9	21
Row %	42,9	14,3	42,9	100,0
Col %	39,1	75,0	47,4	45,7
> DE DOS SEMANAS	9	0	3	12
Row %	75,0	0,0	25,0	100,0
Col %	39,1	0,0	15,8	26,1
> DE UNA SEMANA	5	1	7	13
Row %	38,5	7,7	53,8	100,0
Col %	21,7	25,0	36,8	28,3
TOTAL	23	4	19	46
Row %	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

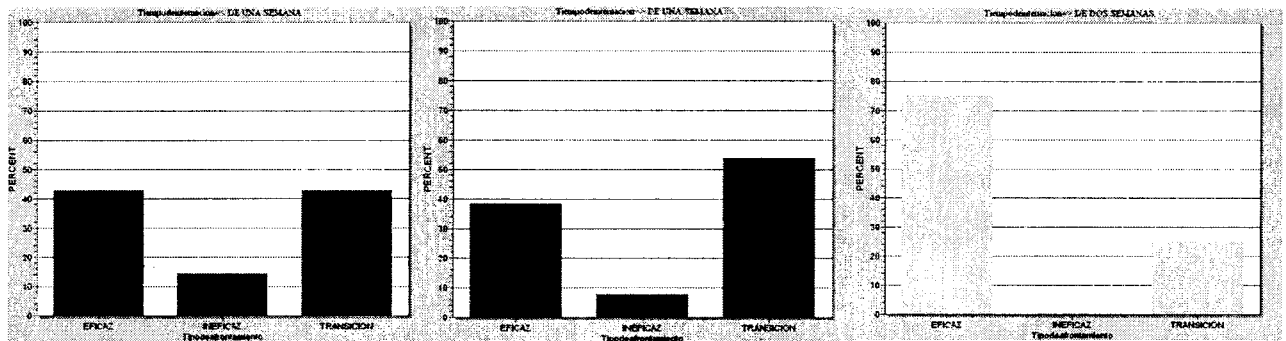
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
5,1533	4	0,2719

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el tiempo de internación del hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta en el grupo que tuvieron menos de una semana de internación una igualdad de afrontamiento eficaz y transición con el 42,9% y el 14,3% presentó afrontamiento ineficaz. En el grupo de más de una semana el mayor porcentaje fue del tipo en transición (53,8%), seguido del eficaz con 38,5% y el ineficaz de 7,7%. Por último en grupo que tuvo a su hijo internado por más de dos semanas no presenta tipo ineficaz siendo el mayor porcentaje de tipos eficaces con el 75% y el resto en transición 25%. Puede observarse como el afrontamiento ineficaz disminuye a medida que progresa el tiempo de internación mientras aumentan los porcentajes de tipo eficaz o transición. Es notoria la mayoría de afrontamiento eficaz en el grupo de más de dos semanas de internación como así también la mayoría de afrontamiento ineficaz para aquellos que llevan menos de una semana de internación.

I.- B.- 3.- Nivel de complejidad del neonato

Tabla y gráfico I.- B.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la complejidad del neonato en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el nivel de complejidad del neonato internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo– Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Nivel de complejidad	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
ALTA	4	2	8	14
Row	% 28,6	14,3	57,1	100,0
Col %	17,4	50,0	42,1	30,4
BAJA	10	0	4	14
Row	% 71,4	0,0	28,6	100,0
Col %	43,5	0,0	21,1	30,4
MEDIANA	9	2	7	18
Row	% 50,0	11,1	38,9	100,0
Col %	39,1	50,0	36,8	39,1
TOTAL	23	4	19	46
Row	% 50,0	8,7	41,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

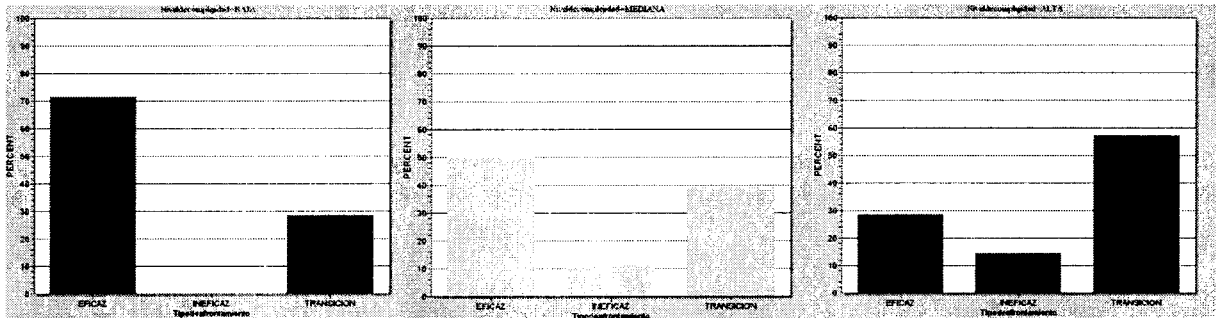
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
5,8379	4	0,2116

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el nivel de complejidad del neonato internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo–Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En el caso de la complejidad del neonato es notorio también la mayoría de afrontamiento eficaz con el 71,4% en el grupo de baja complejidad y en relación con otros grupos; disminuyendo progresivamente a medida que aumenta la complejidad. Además en este grupo no se presentan casos de afrontamiento ineficaz aumentando a medida que también aumenta la complejidad del neonato siendo en la alta complejidad de 14,3%. Lo mismo ocurre para el tipo de afrontamiento en transición los porcentajes aumentan a medida que aumenta la complejidad del neonato mostrando en aquellos de baja complejidad el 28,6%, en la mediana complejidad el 38,9% y el de alta complejidad el 57,1% siendo este el mayor del grupo.

I.- B.- 4.- Experiencia previa

Tabla y gráfico I.- B.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la experiencia previa de los padres a una internación o situación de estrés similar. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la experiencia previa de los padres a la internación de un hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Experiencia previa	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
NO	18	4	16	38
Row	% 47,4	10,5	42,1	100,0
Col %	78,3	100,0	84,2	82,6
SI	5	0	3	8
Row	% 62,5	0,0	37,5	100,0
Col %	21,7	0,0	15,8	17,4
TOTAL	23	4	19	46
Row	% 50,0	8,7	41,3	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

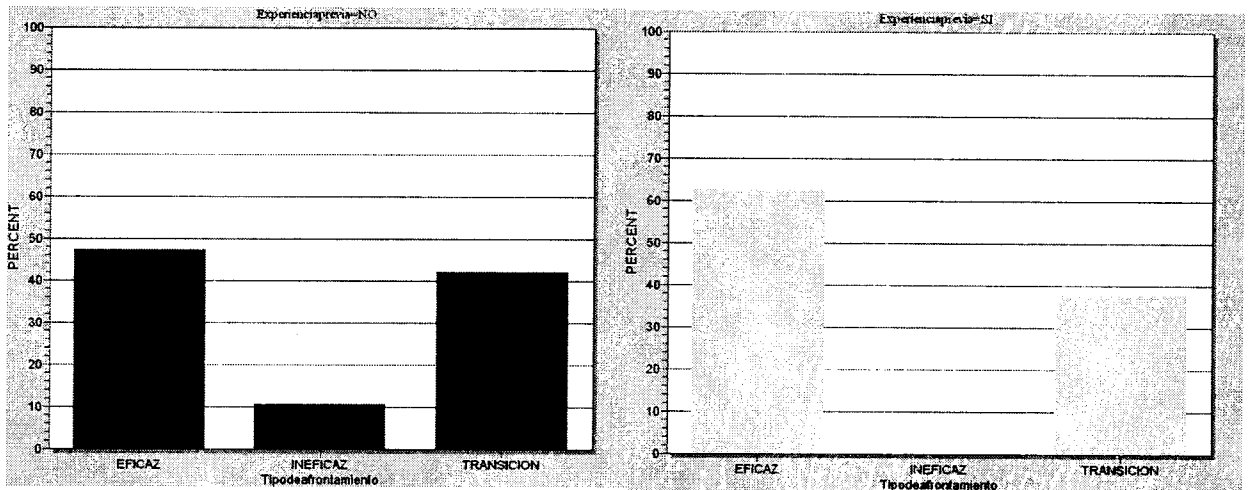
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
1,1787	2	0,5547

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la experiencia previa de los padres a la internación de un hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En este caso se presenta para aquellos que tuvieron una experiencia previa de afrontamiento una mayoría de tipo eficaz con el 62,5% siendo levemente inferior en aquellos que no tuvieron experiencia previa con el 47,4%, notoriamente aquellos que tuvieron experiencia previa no presentaron afrontamiento ineficaz en cambio aquellos que no tuvieron experiencia previa alcanza el porcentaje inferior del grupo con 10,5%. Ambos grupos presentan porcentajes similares de afrontamiento en transición.

I.- Modalidad ABIERTA

I.- C.- Aspectos del afrontamiento

I.- C.- 1.- Indicadores de la variable dependiente según los patrones funcionales de Gordon:

I.- C.- 1.- 1.- PERCEPCIÓN/ CUIDADO DE LA SALUD:

I.- C.- 1.- 1.- 1.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por tratamiento.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 1.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la participación y/o preguntas del núcleo familiar sobre el tratamiento que recibe su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la participación del núcleo familiar en el tratamiento de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
PARTICIPAN DEL TRATAMIENTO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	15	0	8	23
Row	%	65,2	0,0	34,8	100,0
Col %		65,2	0,0	42,1	50,0
NO		3	4	11	18
Row	%	16,7	22,2	61,1	100,0
Col %		13,0	100,0	57,9	39,1
SI		5	0	0	5
Row	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %		21,7	0,0	0,0	10,9
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

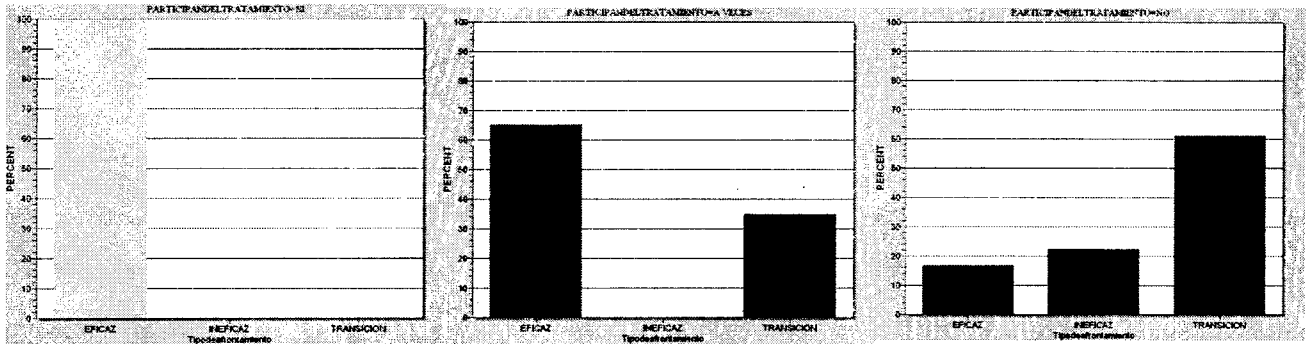
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
17,7991	4	0.0014

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la participación del núcleo familiar en el tratamiento de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se puede observar que aquellos padres que si participan del tratamiento del neonato han mostrado el total del grupo afrontamiento eficaz no registrándose casos de afrontamiento ineficaz o transición. Para el grupo que participa a veces del tratamiento se evidencia también en su mayoría (65,2%) afrontamiento eficaz y como en el grupo anterior no se registran valores de afrontamiento ineficaz pero si de transición con el 34,8%. En el grupo de aquellos que no participan la mayoría corresponde al tipo en transición con el 61,1% seguido del tipo ineficaz con el 22,2% (siendo en el único grupo que presenta este tipo de afrontamiento) y afrontamiento eficaz con el 16,7%. Se presenta así mayor afrontamiento en aquellos que participan en disminución hacia aquellos que lo hacen a veces o no lo hacen. Del mismo modo se observa mayor afrontamiento en transición a medida que participan menos del tratamiento y se muestra afrontamiento ineficaz en aquellos que no participan.

I.- C.- 1.- 1.- 2.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por cuidado.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 1.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la participación y/o preguntas del núcleo familiar sobre los cuidados que recibe su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la participación del núcleo familiar en el cuidado de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
PARTICIPAN DEL CUIDADO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	12	0	13	25
Row	%	48,0	0,0	52,0	100,0
Col %		52,2	0,0	68,4	54,3
NO		3	4	6	13
Row	%	23,1	30,8	46,2	100,0
Col %		13,0	100,0	31,6	28,3
SI		8	0	0	8
Row	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %		34,8	0,0	0,0	17,4
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

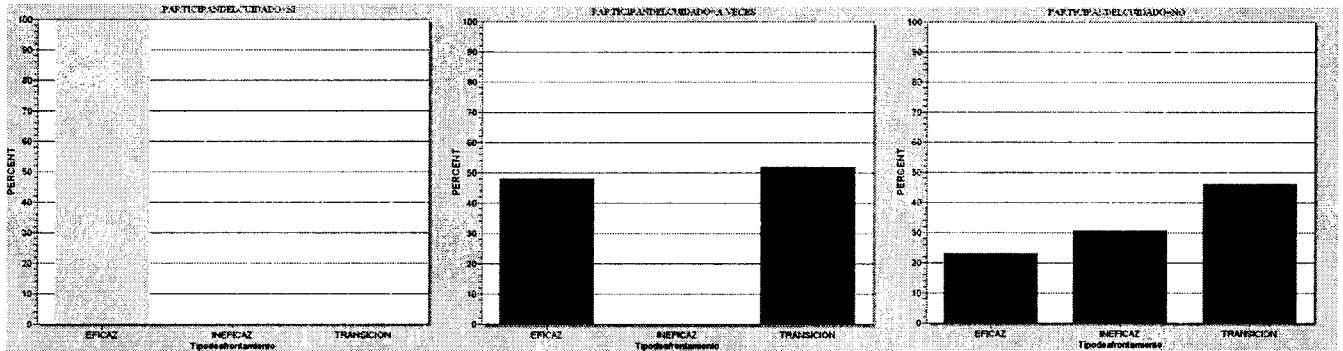
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
20,1292	4	0,0005

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la participación del núcleo familiar en el cuidado de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: De manera similar a aquellos que participan con el tratamiento para aquellos que participan del cuidado de su hijo, aquellos que si lo hacen presentaron en su totalidad afrontamiento eficaz sin casos de afrontamiento ineficaz o transición. En el grupo que participa del cuidado “a veces” tampoco se registran valores de afrontamiento ineficaz siendo en su mayoría en transición con el 52% y con valor muy similar de tipo eficaz con el 48% en el grupo que no participa del cuidado se observa un porcentaje inferior no sólo del grupo sino de toda la población de modalidad abierta de afrontamiento eficaz con el 23,1%, seguido de el ineficaz con 30,8% y para la mayoría del grupo se encuentra el de transición con 46,2%. Es notoria la progresión descendente del tipo eficaz a medida que se participa menos de los cuidados y también la aparición de afrontamiento ineficaz solamente en aquellos que no participan

I.- C.- 1.- 2.- ROL/ RELACIONES

I.- C.- 1.- 2.- 1.- Calmarlo al llanto

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 2.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según el rol del núcleo familiar al calmarlo ante el llanto de su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el rol del núcleo familiar al calmarlo ante el llanto de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
SI LLORA LO CALMAN	VECES	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	7	4	14		25
Row	% 28,0	16,0	56,0		100,0
Col %	30,4	100,0	73,7		54,3
NO	1	0	1		2
Row	% 50,0	0,0	50,0		100,0
Col %	4,3	0,0	5,3		4,3
SI	15	0	4		19
Row	% 78,9	0,0	21,1		100,0
Col %	65,2	0,0	21,1		41,3
TOTAL	23	4	19		46
Row	% 50,0	8,7	41,3		100,0
Col %	100,0	100,0	100,0		100,0

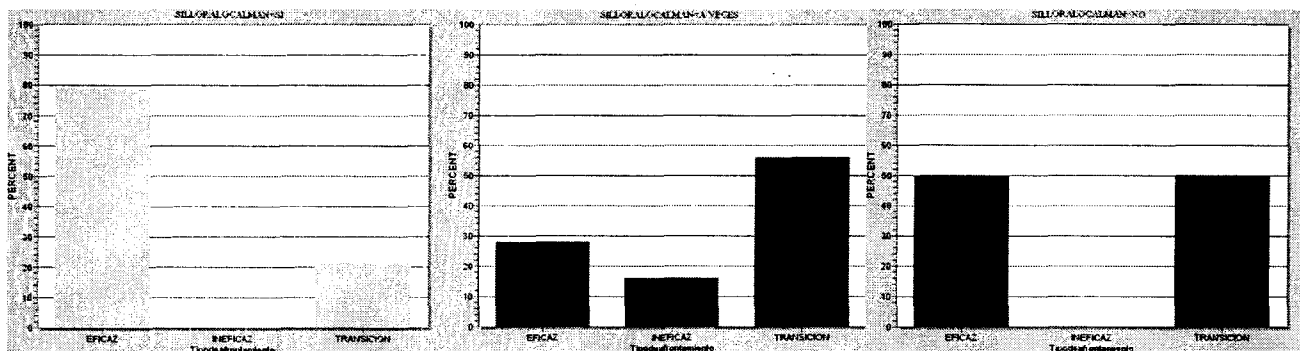
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
12,1946	4	0,0160

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según el rol del núcleo familiar al calmarlo en el llanto de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que para aquellos que calman al bebé cuando llora se presenta una mayoría de afrontamiento eficaz con el 78,9% en segundo lugar el tipo de transición con el 21,1%. Aquellos que lo calman “a veces” la mayoría de ellos presentan tipo de afrontamiento en transición con el 56%, de tipo eficaz con el 28% e ineficaz con el 16%. Se descartan al grupo que no lo calman cuando llora por presentar sólo dos unidades de análisis. Se presenta entonces mayor afrontamiento eficaz cuando el núcleo lo calma cuando llora, además aquellos que si lo calman no presentan afrontamiento ineficaz como si lo hacen aquellos que lo hacen “a veces” aunque su mayoría corresponde a la transición.

I.- C.- 1.- 2.- 2.- Núcleo reconoce la identidad del bebé por el nombre

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 2.- 2.- :- La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
LLAMAN AL BEBE POR SU NOMBRE		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	6	0	8	14
Row	%	42,9	0,0	57,1	100,0
Col %		26,1	0,0	42,1	30,4
NO		2	2	5	9
Row	%	22,2	22,2	55,6	100,0
Col %		8,7	50,0	26,3	19,6
SI		15	2	6	23
Row	%	65,2	8,7	26,1	100,0
Col %		65,2	50,0	31,6	50,0
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

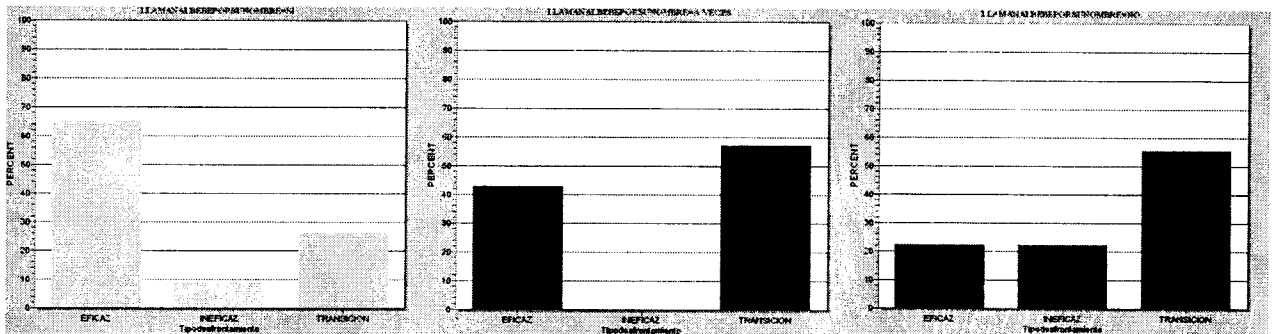
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
8,2904	4	0,0815

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se puede observar como en el grupo de aquellos que "si" llaman a su hijo por el nombre un mayor porcentaje de tipo eficaz de 65,5% siendo la mayoría de los tres grupos en segundo lugar se encuentra el tipo en transición con 26,1% y el tipo ineficaz con el 8,7%. En el grupo de aquellos que "a veces" lo llaman por su nombre muestra un mayor porcentaje en el tipo de transición 57,1% (siendo el mayor de los tres grupos) seguido del 42,9% sin presentarse de tipo ineficaz. En aquellos que no lo llaman por su nombre encontramos al mayor porcentaje del grupo y de los demás grupos también al tipo ineficaz con el 22,2% teniendo el mismo valor que del tipo eficaz para su grupo siendo el mayor el de transición con 55,6%. Se continúa presentando el aumento de los tipos de afrontamiento eficaz a medida que aumentan las respuestas afirmativas y un mayor porcentaje de afrontamiento ineficaz para las respuestas negativas. También se observan grandes porcentajes de afrontamiento en transición para aquellos que no lo llaman por su nombre o lo hacen "a veces".

I.-C.- 1.- 2.- 3.- Búsqueda del núcleo familiar de apoyo en familiares o vecinos.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 2.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos ante la internación del bebé en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSCAN APOYO EN FAMILIARES O AMIGOS	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	6	2	10	18
Row	%	33,3	11,1	55,6	100,0
Col %		26,1	50,0	52,6	39,1
NO		2	0	5	7
Row	%	28,6	0,0	71,4	100,0
Col %		8,7	0,0	26,3	15,2
SI		15	2	4	21
Row	%	71,4	9,5	19,0	100,0
Col %		65,2	50,0	21,1	45,7
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

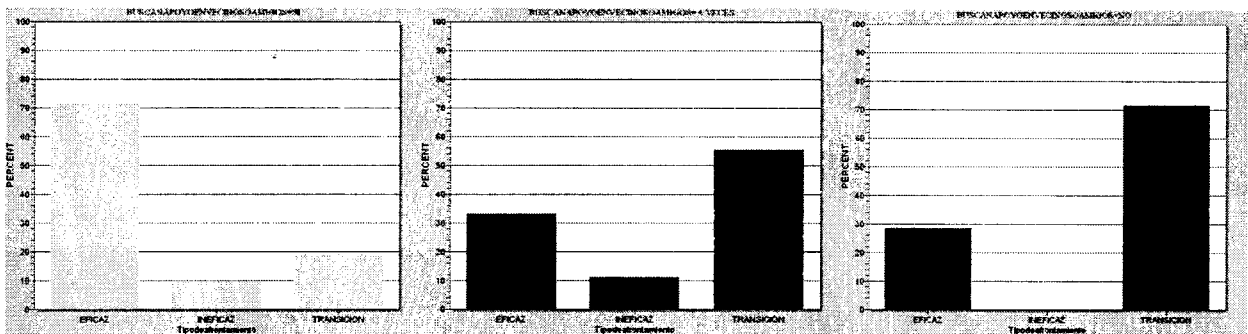
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
9,2590	4	0,0549

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta el mayor afrontamiento eficaz en aquellos que "sí" buscan apoyo en vecinos o familiares con el 71,4% en aquellos que lo hacen "a veces" el 33,3 y aquellos que "no" el 28,6% disminuyendo entonces a medida que buscan menos apoyo. En el caso del afrontamiento ineficaz se observa cómo a pesar de no presentar porcentajes en aquellos que "no" buscan apoyo si se observa en los que lo hacen "a veces" con el 11,1% y en los que "sí" buscan apoyo el 9,5%. Además se presentan grandes porcentajes de afrontamiento en transición en aquellos que no buscan apoyo en familiares o vecinos con el 71,4%, como también en aquellos que lo hacen "a veces" con el 55,6% y siendo de sólo 19% para aquellos que "sí" buscan apoyo en familiares o vecinos.

I.- C.- 1.- 2.- 4.- Integridad de la armonía del hogar

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 2.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
HAN MANTENIDO LA ARMONIA DEL HOGAR		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	6	1	10	17
Row	%	35,3	5,9	58,8	100,0
Col %		26,1	25,0	52,6	37,0
NO		1	2	2	5
Row	%	20,0	40,0	40,0	100,0
Col %		4,3	50,0	10,5	10,9
SI		16	1	7	24
Row	%	66,7	4,2	29,2	100,0
Col %		69,6	25,0	36,8	52,2
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

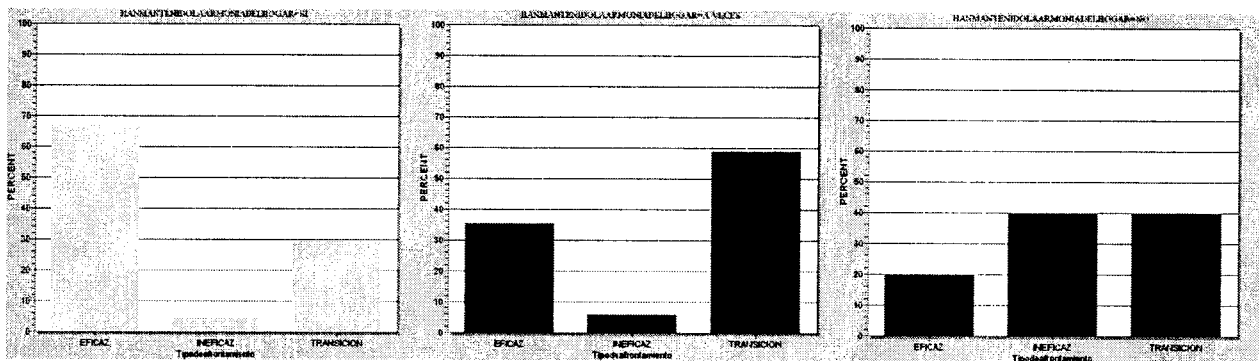
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
11,4456	4	0,0220

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta en los núcleos familiares que si han mantenido la armonía del hogar la mayoría de tipo eficaz con el 66,7% (siendo la mayoría para todos los grupos), en segundo lugar el tipo en transición con el 29,2% y a pesar de haber mantenido la armonía se presenta con el 4,2% el de tipo ineficaz. En el grupo que ha mantenido la armonía "a veces" se observa un menor porcentaje de afrontamiento eficaz con el 35,3%, un mayor grupo en transición con el 58,8% (el mayor de todos los grupos) y un aumento en el tipo ineficaz en relación con los que "si" de 5,9%. En aquellos en que no han mantenido la armonía del núcleo familiar se evidencia un notorio aumento del tipo ineficaz con el 40% (siendo la mayor de todos los grupos) que es igual a los de tipo en transición cifra inferior a los que "si" han mantenido la armonía pero algo inferior a aquellos que lo han mantenido "a veces" y una evidente disminución progresiva también de aquellos que no han mantenido la armonía del núcleo y han conseguido el afrontamiento eficaz con un 20%.

I.- C.- 1.- 3.- ADAPTACIÓN AL ESTRÉS:

I.- C.- 1.- 3.- 1.- Visitan al bebé.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
VISITAN AL BEBE		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	0	1	1	2
Row	%	0,0	50,0	50,0	100,0
Col %		0,0	25,0	5,3	4,3
SI		23	3	18	44
Row	%	52,3	6,8	40,9	100,0
Col %		100,0	75,0	94,7	95,7
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

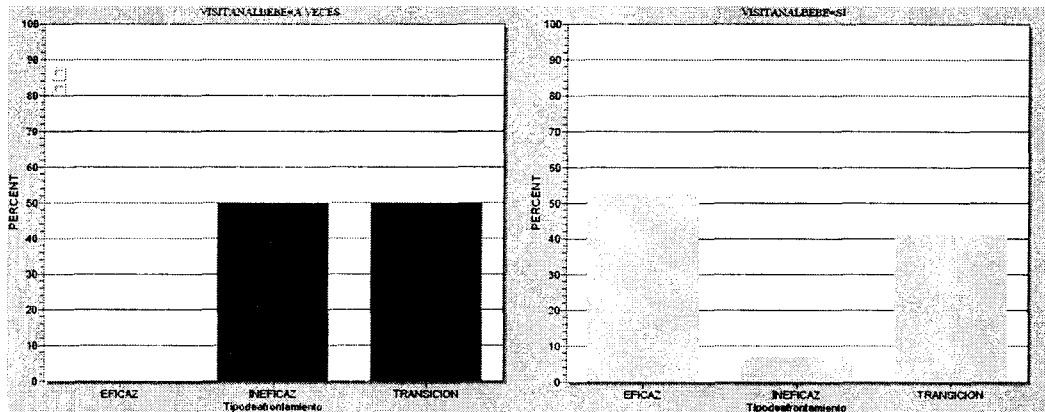
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
5,1860	2	0,0748

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que en la modalidad abierta no se presentaron núcleos familiares que no visiten a su hijo en la internación. Por un lado se presentan los que lo han hecho "a veces", o sea, aquellos que han ido al servicio de neonatología pero la situación de estrés no les ha permitido ingresar con solamente dos unidades de análisis con lo cual los porcentajes no pueden considerarse, aún así ninguno de ellos presenta afrontamiento eficaz. Por otro lado encontramos a la gran mayoría de los núcleos que "si" visitan al neonato en el servicio con más de la mitad 52,3% con afrontamiento de tipo eficaz, en segundo lugar con el tipo en transición con el 40,9% y a pesar de "si" visitar a su hijo un 6,8% a mostrado afrontamiento ineficaz.

I.- C.- 1.- 3.- 2.- Contacto físico con el bebé.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
TOCAN AL BEBE	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	1	4	15	20
Row	%	5,0	20,0	75,0	100,0
Col %		4,3	100,0	78,9	43,5
SI		22	0	4	26
Row	%	84,6	0,0	15,4	100,0
Col %		95,7	0,0	21,1	56,5
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

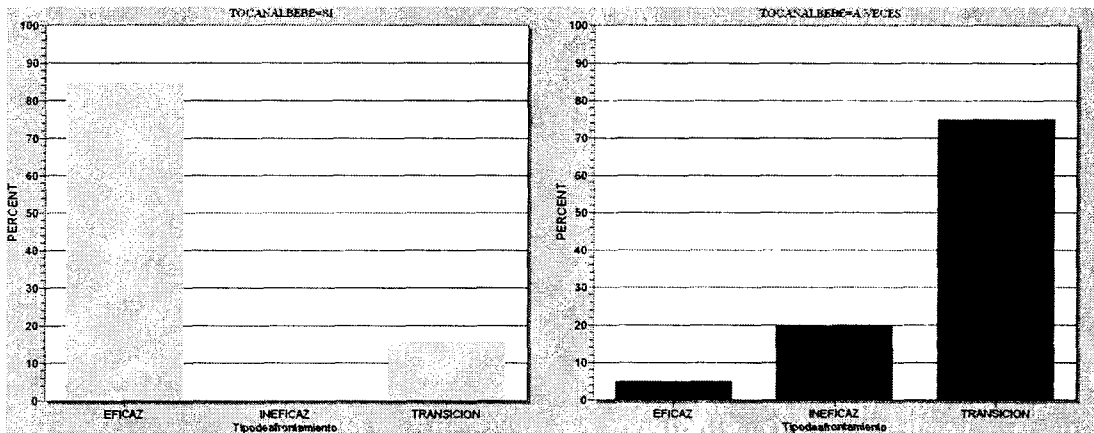
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
29,2575	2	0,0000

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: De manera similar al indicador si visitan a su hijo encontramos que no se presentan casos en la modalidad abierta de núcleos familiares que no toquen a su hijo internado en el servicio de neonatología. Por un lado encontramos que para aquellos que "si" lo hacen no se presenta afrontamiento ineficaz siendo su mayoría el tipo eficaz con el 84,6% y el 15,4% corresponde a los que a pesar de tocarlo se encuentran en afrontamiento en transición. Por otro lado para aquellos que lo hacen "a veces" si se presenta afrontamiento ineficaz con el 20% siendo la mayoría los que presentan afrontamiento en transición con el 75% (mucho mayor a los que si lo tocan) y con apenas el 5% para aquellos que presentaron afrontamiento eficaz en aquellos núcleos familiares que lo tocan "a veces", número significativamente inferior a aquellos que "si" lo hacen.

I.- C.- 1.- 3.- 3.- Higiene del bebé.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cubrir necesidades básicas como dentro la higiene se encuentra cambiar el pañal a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cambiar el pañal a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
CAMBIAN EL PAÑAL	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	9	0	16	25
Row	%	36,0	0,0	64,0	100,0
Col %		39,1	0,0	84,2	54,3
NO		1	4	2	7
Row	%	14,3	57,1	28,6	100,0
Col %		4,3	100,0	10,5	15,2
SI		13	0	1	14
Row	%	92,9	0,0	7,1	100,0
Col %		56,5	0,0	5,3	30,4
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

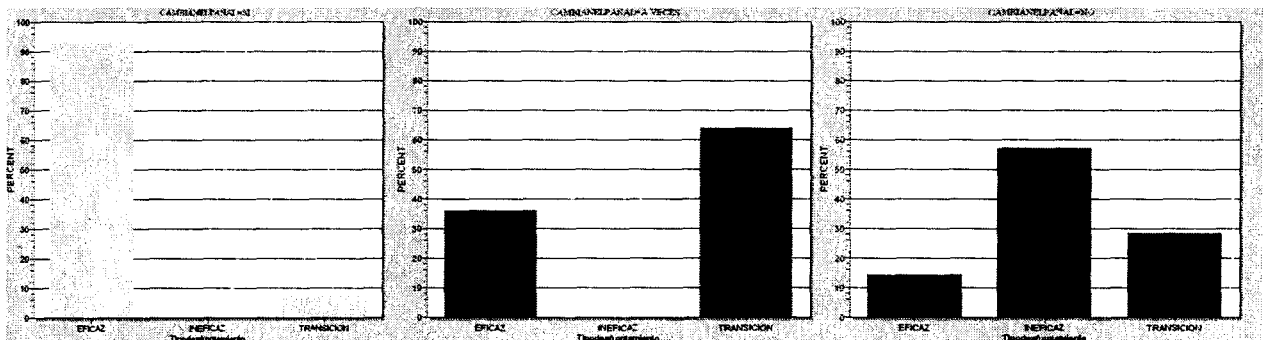
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
37,5423	4	0,0000

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cambiar el pañal a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta para aquellos núcleos que cambian el pañal de su hijo internado en el servicio de neonatología que aquellos que "si" lo hacen presentan en su gran mayoría (y el mayor de los otros grupos) afrontamiento eficaz con el 92,9%, el 7,1 corresponde a los que presentaron de tipo en transición. Además no se presenta afrontamiento ineficaz tanto en los que "si" cambian el pañal como en aquellos que lo hacen "a veces". Éstos presentan un porcentaje mucho mayor de tipo transición con el 64% (el mayor de los 3 grupos) seguido de un 36% de tipo eficaz. En aquellos que no cambian el pañal de su hijo se observa el valor más bajo de afrontamiento eficaz con el 14,3%, seguido del tipo en transición con el 28,6 y el mayor porcentaje de tipo ineficaz con el 57,1% único presente en los tres grupos, evidenciando significativamente la relación entre "no" cambiar el pañal con el afrontamiento ineficaz.

I.- C.- 1.- 3.- 4.- Alimentación del bebé.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cubrir necesidades básicas como la alimentación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para alimentar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
ALIMENTAN AL BEBE	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	4	0	6	10
Row	%	40,0	0,0	60,0	100,0
Col %		17,4	0,0	31,6	21,7
NO		4	4	6	14
Row	%	28,6	28,6	42,9	100,0
Col %		17,4	100,0	31,6	30,4
SI		15	0	7	22
Row	%	68,2	0,0	31,8	100,0
Col %		65,2	0,0	36,8	47,8
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

Single Table Analysis

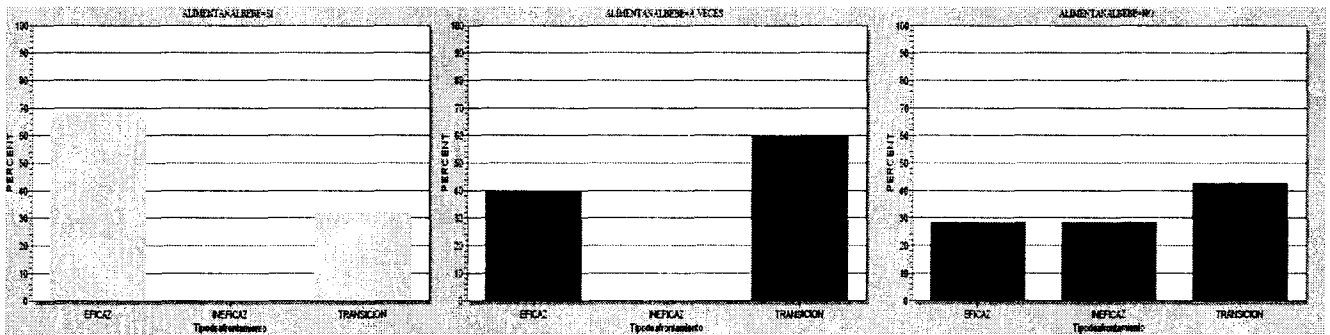
Chi-square df Probability

13,4168 4 0,0094

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para alimentar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que en el grupo que "si" han alimentado a su hijo internado en el servicio de neonatología el mayor porcentaje corresponde al afrontamiento de tipo eficaz con el 68,2% (el mayor de los tres grupos) y con el 31,8% de tipo en transición no habiendo afrontamiento ineficaz en este grupo al igual que en el grupo que lo alimenta "a veces" donde se presenta como mayor porcentaje el tipo en transición con 60% (el mayor de todos los grupos) y un 40% de tipo eficaz valor menor que aquellos que si lo han alimentado. En el grupo que no ha alimentado a su hijo durante la internación se observa un 28,6% de tipo ineficaz (solamente en este grupo se presenta) siendo igual al de tipo eficaz (menor a los otros dos grupos) y de tipo en transición de 42,9%.

I.- C.- 1.- 3.- 5.- Actitud activa del núcleo familiar.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 5.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
ACTITUDES ACTIVAS DE LOS PADRES	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	14	2	13	29
Row	%	48,3	6,9	44,8	100,0
Col %		60,9	50,0	68,4	63,0
NO		1	2	3	6
Row	%	16,7	33,3	50,0	100,0
Col %		4,3	50,0	15,8	13,0
SI		8	0	3	11
Row	%	72,7	0,0	27,3	100,0
Col %		34,8	0,0	15,8	23,9
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

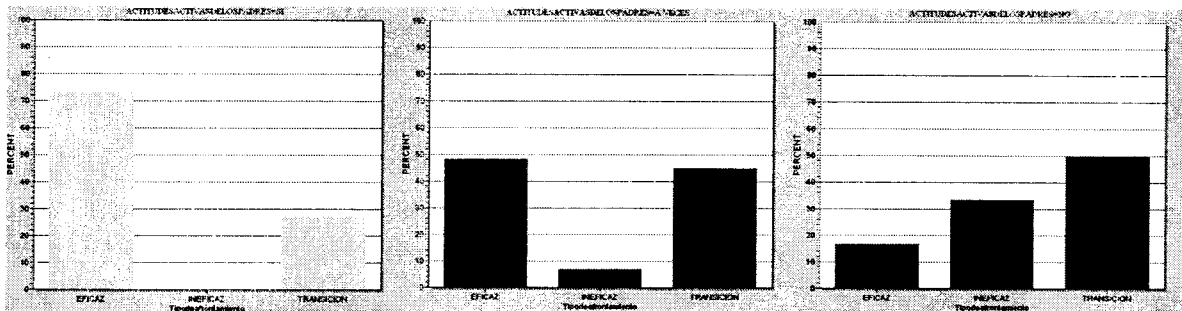
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
8,4611	4	0,0761

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Para aquellos "si" presentan actitudes activas frente a la internación se observa que la mayoría presenta afrontamiento eficaz con el 72,7% siendo el mayor de todos los grupos, no se presenta afrontamiento de tipo ineficaz y si se presenta en un 27,3% afrontamiento en transición. Para aquellos que lo hacen "a veces" el porcentaje mayor corresponde también al afrontamiento eficaz (aunque en menor medida) con el 48,3% valor similar a los de tipo en transición con el 44,8 presentándose en menor porcentaje el de tipo ineficaz con 6,9%. Para aquellos que "no" presentan actitudes activas es notoria la disminución de afrontamiento eficaz comparada con los otros grupos siendo el porcentaje más bajo del grupo con 16,7% le sigue el afrontamiento ineficaz con 33,3% (siendo el mayor porcentaje de todos los grupos) y con el 50% el mayor para su grupo y también para los demás el tipo de afrontamiento en transición.

I.- C.- 1.- 3.- 6.- Apoyo psicológico.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 3.- 6.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de la internación de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo– Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSCAN APOYO PSICOLOGICO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	4	1	7	12
Row	%	33,3	8,3	58,3	100,0
Col %		17,4	25,0	36,8	26,1
NO		1	3	7	11
Row	%	9,1	27,3	63,6	100,0
Col %		4,3	75,0	36,8	23,9
SI		18	0	5	23
Row	%	78,3	0,0	21,7	100,0
Col %		78,3	0,0	26,3	50,0
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

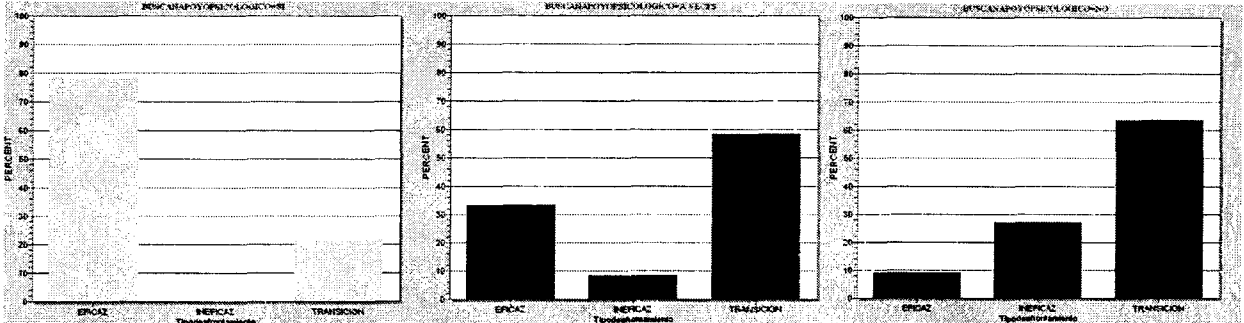
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
18,6921	4	0,0009

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta para aquellos "si" han buscado apoyo psicológico el mayor porcentaje para su grupo y los demás con el 78,3% afrontamiento de tipo eficaz siendo de 21,7% de tipo transición sin presentarse valores de tipo ineficaz. En el grupo que han buscado apoyo psicológico "a veces" se observa menor porcentaje de afrontamiento eficaz en relación con los que sí han buscado apoyo con el 33,3%, un incremento del tipo en transición con 58,3% y la aparición de un porcentaje de 8,3% de núcleos familiares que han intentado buscar apoyo psicológico y a pesar de ello muestran afrontamiento ineficaz. El grupo de los que no han buscado apoyo el afrontamiento eficaz es muy inferior con el 9,1% siendo el menor de los tres grupos mientras que el ineficaz pasa a ser el mayor de todos los grupos con el 27,3% y el afrontamiento en transición se presenta con el mayor porcentaje del grupo y en relación con los demás grupos con el 63,6%.

I.- C.- 4.- VALORES/ CREENCIAS

I.- C.- 1.- 4.- 1.- Apoyo religioso

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 4.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de la internación de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSQUEDA DE APOYO RELIGIOSO O CREENCIA		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	8	0	4	12
Row	%	66,7	0,0	33,3	100,0
Col %		34,8	0,0	21,1	26,1
NO		8	4	13	25
Row	%	32,0	16,0	52,0	100,0
Col %		34,8	100,0	68,4	54,3
SI		7	0	2	9
Row	%	77,8	0,0	22,2	100,0
Col %		30,4	0,0	10,5	19,6
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

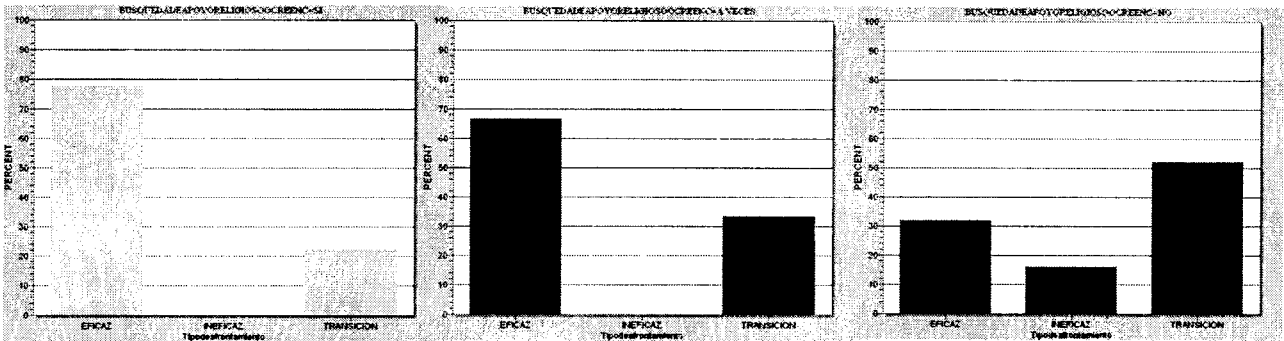
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
8,7060	4	0,0689

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta en el grupo de aquellos que "si" buscan apoyo religioso una mayoría de 77,8% de afrontamiento familiar siendo el mayor de todos los otros grupos el siguiente es el tipo en transición con el 22,2 ya que no se presenta afrontamiento ineficaz al igual que en aquellos que buscan apoyo religioso "a veces" y donde se repite la característica también de que la mayoría corresponde al eficaz con el 66,7% y el de en transición de 33,3%. En el caso de los que "no" buscaron apoyo religioso se registra el único porcentaje de afrontamiento ineficaz con el 16% y el más bajo de los afrontamientos eficaces con el 32% y el mayor porcentaje del grupo y en relación a los otros dos con el 52%.

I.- C.- 4.- 2.- Apoyo en la fe.

Tabla y gráfico I.- C.- 1.- 4.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad abierta respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de la internación en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
TIENEN FE EN ALGO O ALGUIEN		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	5	2	6	13
Row	%	38,5	15,4	46,2	100,0
Col %		21,7	50,0	31,6	28,3
NO		6	2	9	17
Row	%	35,3	11,8	52,9	100,0
Col %		26,1	50,0	47,4	37,0
SI		12	0	4	16
Row	%	75,0	0,0	25,0	100,0
Col %		52,2	0,0	21,1	34,8
TOTAL		23	4	19	46
Row	%	50,0	8,7	41,3	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

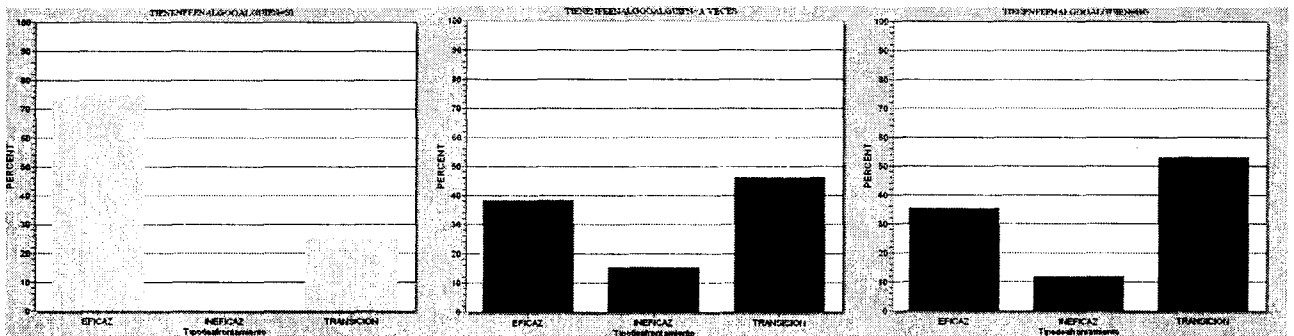
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
6,9869	4	0,1366

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad abierta según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo– Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: se observa como en casi todos los gráficos que para aquellos que "si" buscaron apoyo en la fe la mayoría corresponde al afrontamiento eficaz siendo el mayor de todos los grupos con el 75% y el 25% al afrontamiento en transición no presentándose afrontamiento ineficaz. En el grupo que ha buscado apoyo en la fe "a veces" se presenta el mayor porcentaje en afrontamiento en transición con el 46,2% seguido del eficaz con el 38,5 y el 15,4% en el tipo ineficaz siendo notoriamente el mayor de todos los grupos ya en el caso de los que "no" buscaron apoyo en la fe han conseguido afrontamiento eficaz el 35,3% siendo el menor porcentaje de todos los grupos mientras que el 52,9 pertenece a los que se encuentran en transición con respecto al afrontamiento (el mayor porcentaje de todos los otros grupos) y el 11,8% presentaron afrontamiento ineficaz.

II.- Modalidad CERRADA

II.- A.- Aspectos familiares.

II.- A.- 1.- Edad de las madres.

Tabla y gráfico II.- A.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la edad de las madres. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según edad de las madres con hijos internados en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO

Edad	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
15 A 24	1	4	5	10
Row %	10,0	40,0	50,0	100,0
Col %	12,5	23,5	23,8	21,7
25 A 34	5	10	14	29
Row %	17,2	34,5	48,3	100,0
Col %	62,5	58,8	66,7	63,0
35 A 44	2	2	2	6
Row %	33,3	33,3	33,3	100,0
Col %	25,0	11,8	9,5	13,0
45 O MAS	0	1	0	1
Row %	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %	0,0	5,9	0,0	2,2
TOTAL	8	17	21	46
Row %	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

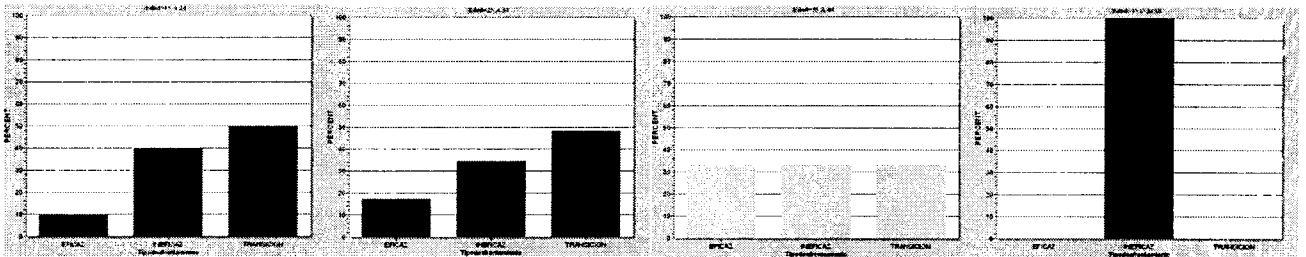
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
3,2762	6	0,7735

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según edad de las madres con hijos internados en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observan predominancias de todos los grupos etarios en el afrontamiento ineficaz y de transición. No debe considerarse un dato significativo al grupo de 45 o más años ya que corresponde a 1 sola unidad de análisis. Cuanto más joven es el grupo se evidencia mayor porcentaje de afrontamiento ineficaz y de igual manera con el afrontamiento en transición. De forma inversa el afrontamiento eficaz aumenta a medida que avanzan las edades. Se evidencia una meseta de igualdades en los diferentes tipos de afrontamiento al llegar al grupo etario de 35 a 44 años con el 33,3%.

Comparación entre modalidades (ver pág. 47): Se presenta en la modalidad abierta mayor porcentaje de afrontamiento eficaz en todos los grupos etarios como también predomina mayor afrontamiento ineficaz en todos los grupos etarios en la modalidad cerrada. El tipo en transición se ve en porcentajes similares en ambos sin ser significativos.

II.- A.- 2.- Número de integrantes del núcleo familiar

Tabla y gráfico II.- A.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según el número de integrantes del núcleo familiar. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el número de integrantes del núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Nucleo familiar	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
1	2	3	1	6
Row	% 33,3	50,0	16,7	100,0
Col %	25,0	17,6	4,8	13,0
2	6	14	20	40
Row	% 15,0	35,0	50,0	100,0
Col %	75,0	82,4	95,2	87,0
TOTAL	8	17	21	46
Row	% 17,4	37,0	45,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

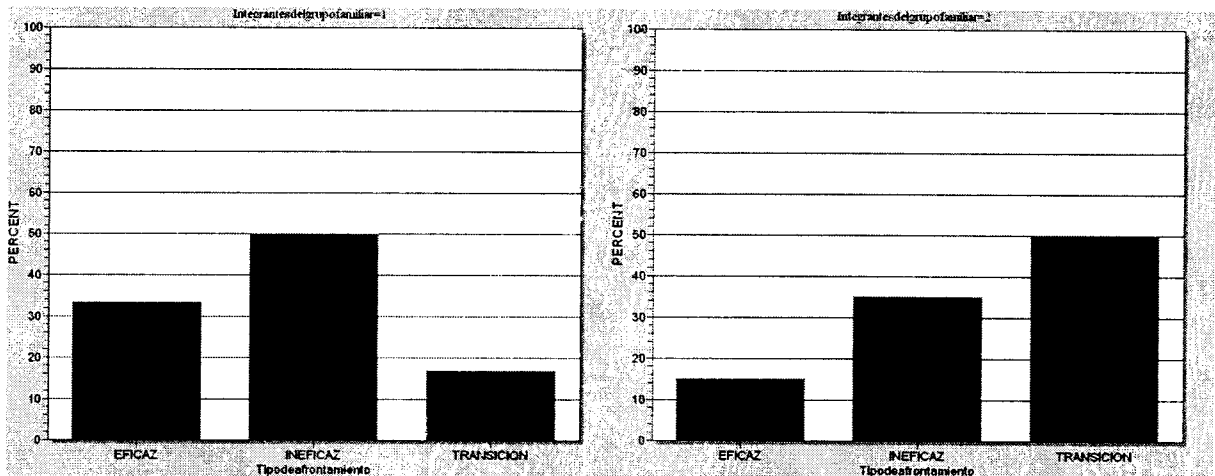
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
2,5958	2	0,2731

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el número de integrantes del núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa notoriamente como aquellos núcleos familiares de 1 sólo integrante, presentan en su mayoría afrontamiento ineficaz con el 50% en segundo lugar se encuentra el tipo eficaz con el 33,3% y en transición 16,7%. El grupo de núcleo familiar con 2 integrantes presenta menos capacidad para afrontar eficazmente ya que sólo el 15% es de tipo eficaz el 50% se encuentra en transición y un importante 35% es de tipo ineficaz.

Comparación entre modalidades (ver pág. 49): Se han encontrado diferencias entre las modalidades ya que para los núcleos familiares que tienen 1 sólo integrante el afrontamiento eficaz es mayor en la modalidad cerrada mientras que para 2 integrantes es mayor pero en la modalidad abierta. Con el afrontamiento ineficaz es en los dos grupos mayor el porcentaje en la modalidad cerrada coincidiendo con la variable anterior. En el tipo de afrontamiento en transición es mucho menor en la modalidad cerrada para los que tienen 1 integrante y menor en la modalidad abierta para los que tienen 2 integrantes.

II.- Modalidad CERRADA

II.- B.- Aspectos de la internación

II.- B.- 1.- Modalidad de internación

Tabla y gráfico II.- B.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra de qué manera se distribuye en la modalidad cerrada los tipos de afrontamiento.

Título: “Distribución del tipo de afrontamiento según la modalidad cerrada en el servicio de Neonatología en la Clínica Colón en el período Mayo– Octubre del 2009”.

Tipo de afrontamiento	Frequency	Percent	Cum Percent	
EFICAZ	8	17,4%	17,4%	
INEFICAZ	17	37,0%	54,3%	
TRANSICION	21	45,7%	100,0%	
Total	46	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: La distribución muestra en la modalidad cerrada una mayoría de afrontamiento en transición con el 45,7% seguido de un 37% de afrontamiento ineficaz y un 17,4% de afrontamiento eficaz.

Comparación entre modalidades (ver pág.50) : Se evidencia un mayor porcentaje de afrontamiento eficaz en la modalidad abierta (50%) con respecto a la cerrada (17,4%) como también así es mayor el porcentaje ineficaz en la modalidad cerrada (37%) contra (8,7%) en la modalidad abierta. Del tipo d afrontamiento en transición los porcentajes son similares de algo más del 40% en ambos casos.

II.- B.- 2.- Tiempo de internación

Tabla y gráfico II.- B.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según el tiempo de internación del neonato en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el tiempo de internación del hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Tiempo de internacion	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
< DE UNA SEMANA	1	7	8	16
Row %	6,3	43,8	50,0	100,0
Col %	12,5	41,2	38,1	34,8
> DE DOS SEMANAS	5	4	7	16
Row %	31,3	25,0	43,8	100,0
Col %	62,5	23,5	33,3	34,8
> DE UNA SEMANA	2	6	6	14
Row %	14,3	42,9	42,9	100,0
Col %	25,0	35,3	28,6	30,4
TOTAL	8	17	21	46
Row %	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

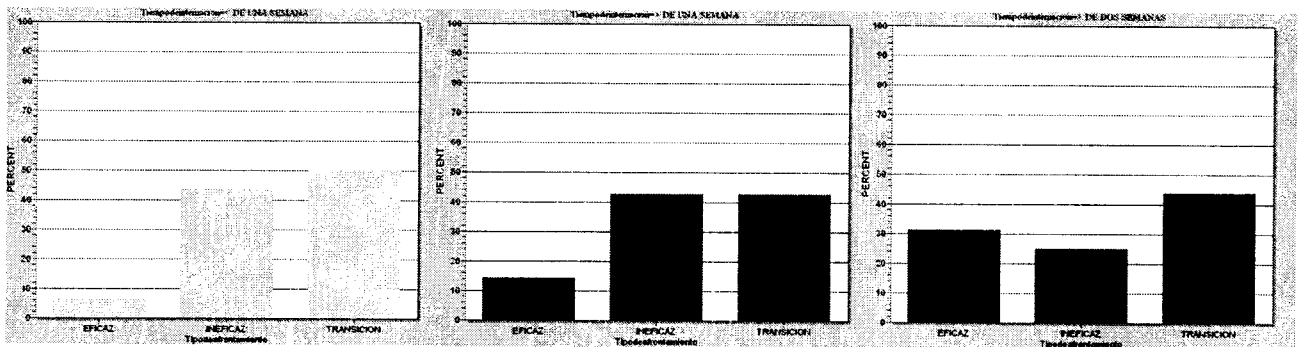
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
4,0401	4	0,4006

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el tiempo de internación del hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo– Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa en la modalidad cerrada para los tiempos de internación menores a una semana porcentajes elevados de afrontamiento en transición (50%) e ineficaz (43,8%) y uno notoriamente inferior correspondiente al afrontamiento eficaz con el 6,3%. A medida que transcurre el tiempo se ve un aumento del afrontamiento eficaz siendo en mayor de una semana de 14,3% y mayor de 2 semanas 31,3%. Para la transición se muestran valores muy similares en todos los tiempos de internación, en cambio los de tipo ineficaz se mantienen y sólo disminuyen hasta el 25% cuando superan las 2 semanas.

Comparación entre modalidades (ver pág.52): Se evidencia que el afrontamiento es mayor no sólo a medida que pasa el tiempo para las dos modalidades sino que también se presenta en mayores porcentajes en todos los grupos de la modalidad abierta. De igual manera el afrontamiento ineficaz disminuye con el tiempo siendo mayor en la modalidad cerrada y el tipo en transición tiene valores similares a diferencia de una disminución en la modalidad abierta después de dos semanas de internación. Es significativa la progresión hacia el afrontamiento eficaz pudiéndose inferir que la modalidad abierta predispone al afrontamiento eficaz tanto como el paso del tiempo de internación.

II.- B.- 3.- Nivel de complejidad del neonato

Tabla y gráfico II.- B.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la complejidad del neonato en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el nivel de complejidad del neonato internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Nivel de complejidad	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
ALTA	1	7	5	13
Row	% 7,7	53,8	38,5	100,0
Col %	12,5	41,2	23,8	28,3
BAJA	3	5	9	17
Row	% 17,6	29,4	52,9	100,0
Col %	37,5	29,4	42,9	37,0
MEDIANA	4	5	7	16
Row	% 25,0	31,3	43,8	100,0
Col %	50,0	29,4	33,3	34,8
TOTAL	8	17	21	46
Row	% 17,4	37,0	45,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

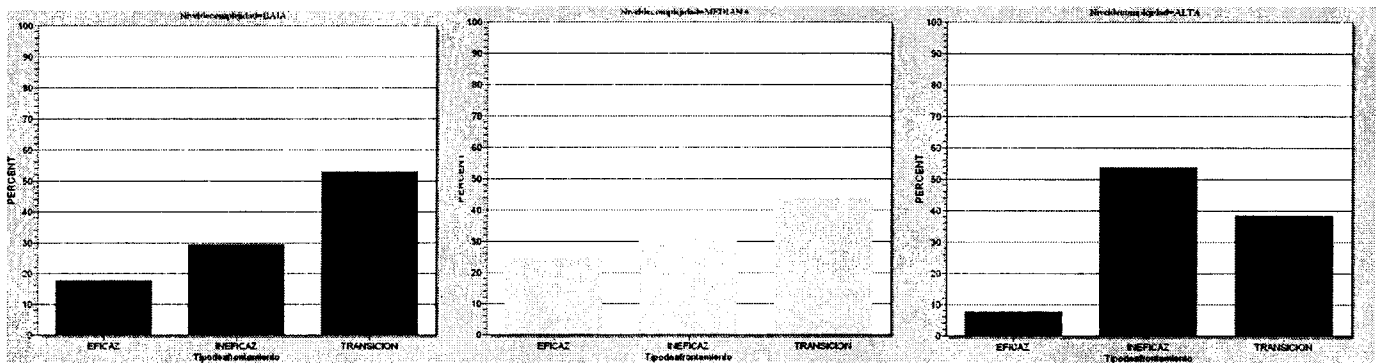
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
3,0005	4	0,5577

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el nivel de complejidad del neonato internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta para los neonatos de baja complejidad el mayor porcentaje de afrontamiento en transición con el 52,9% en segundo lugar con el tipo ineficaz con el 29,4% y eficaz el 17,6. Para los de mediana complejidad se encuentra un aumento tanto en el tipo eficaz (25%) como en el ineficaz (31,3%) siendo no obstante el mayor del grupo el de transición con 43,8%. Para los de alta complejidad predomina el tipo ineficaz con el 53,8% seguido de en transición con el 38,5% y una notable disminución del eficaz con el 7,7%. El afrontamiento ineficaz aumentó con la complejidad del neonato manteniendo valores similares en el afrontamiento en transición y a pesar de un leve incremento en el tipo eficaz para los de mediana complejidad, desciende bruscamente en los de alta complejidad.

Comparación entre modalidades (ver pág. 54): Es muy significativa la disminución del afrontamiento eficaz a medida que se agrava la complejidad de la enfermedad del neonato en las dos modalidades aunque se muestran valores mucho más altos en la modalidad abierta. Inversamente pero con la misma tendencia se ve aumentar el tipo ineficaz a medida que se complejiza la situación del neonato y siendo los valores más elevados en la modalidad cerrada. Por lo tanto se evidencia mayor afrontamiento eficaz en la modalidad abierta y mayor afrontamiento ineficaz en la modalidad cerrada guardando relación además con la complejidad del neonato.

II.- B.- 4.- Experiencia previa

Tabla y gráfico II.- B.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la experiencia previa de los padres a una internación o situación de estrés similar. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la experiencia previa de los padres a la internación de un hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO				
Experiencia previa	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
NO	5	13	17	35
Row	% 14,3	37,1	48,6	100,0
Col %	62,5	76,5	81,0	76,1
SI	3	4	4	11
Row	% 27,3	36,4	36,4	100,0
Col %	37,5	23,5	19,0	23,9
TOTAL	8	17	21	46
Row	% 17,4	37,0	45,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

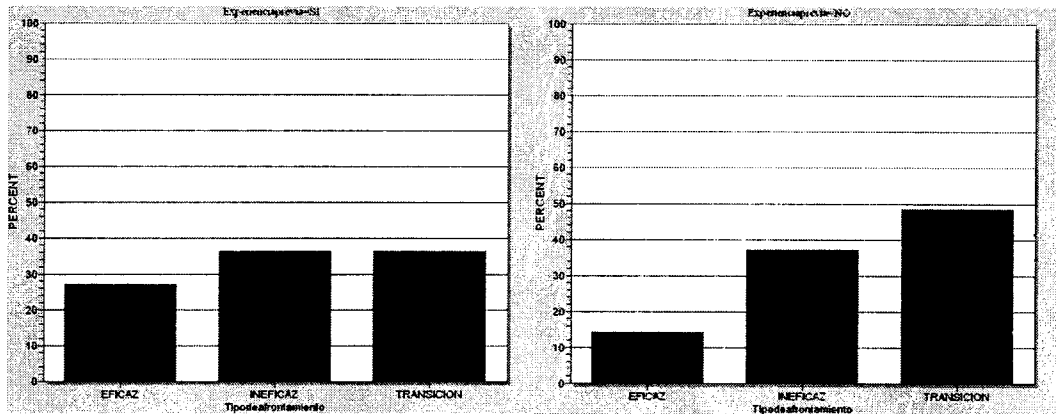
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
1,0863	2	0,5809

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la experiencia previa de los padres a la internación de un hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que para los que han tenido una experiencia previa se conservan valores similares en los diferentes tipos de afrontamiento siendo iguales con 36,4% los de tipo ineficaz y en transición y algo menor con el 27,3% los de tipo eficaz en los que no tuvieron experiencia previa se observa un descenso en el porcentaje de afrontamiento eficaz (14,3%) y valores similares en tipo ineficaz y de tipo en transición.

Comparación entre modalidades (ver pág. 56): La experiencia previa ha permitido mayor afrontamiento eficaz en ambas modalidades siendo significativamente mayor en la de tipo abierta, aunque también se evidencia en este tipo de modalidad mayor porcentajes si no hubo experiencia previa. Los valores de los porcentajes de afrontamiento ineficaz no variaron para la modalidad cerrada pero son muy superiores a la modalidad abierta donde por ejemplo en los que sí tuvieron experiencia previa no se presentaron casos ineficaces y en la modalidad cerrada son del 36,4%.

II.- Modalidad CERRADA

II.- C.- Aspectos del afrontamiento

II.- C.- 1.- Indicadores de la variable dependiente según los patrones funcionales de Gordon

II.- C.- 1.- 1.- PERCEPCIÓN/ CUIDADO DE LA SALUD:

II.- C.- 1.- 1.- 1.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por tratamiento.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 1.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la participación y/o preguntas del núcleo familiar sobre el tratamiento que recibe su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la participación del núcleo familiar en el tratamiento de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
PARTICIPAN DEL TRATAMIENTO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	4	2	8	14
Row	%	28,6	14,3	57,1	100,0
Col %		50,0	11,8	38,1	30,4
NO		2	15	12	29
Row	%	6,9	51,7	41,4	100,0
Col %		25,0	88,2	57,1	63,0
SI		2	0	1	3
Row	%	66,7	0,0	33,3	100,0
Col %		25,0	0,0	4,8	6,5
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

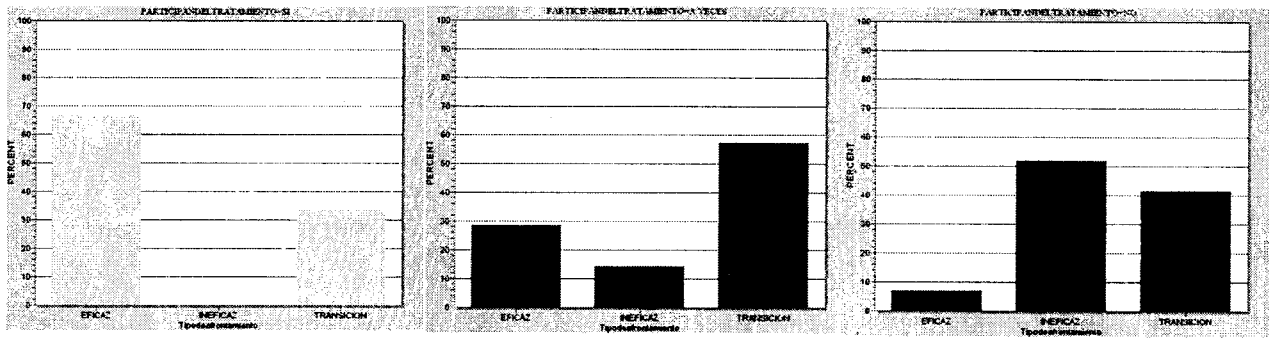
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
12,4188	4	0,0145

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la participación del núcleo familiar en el tratamiento de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que para aquellos núcleos familiares que "si" participaron del tratamiento de su hijo el mayor porcentaje corresponde al afrontamiento eficaz con el 66,7% y en segundo lugar a los que se encuentran en transición con el 33,3% no se presentan casos de afrontamiento ineficaz. Viendo en el grupo de aquellos que participaron "a veces" aparece el afrontamiento ineficaz siendo el menor del grupo con 14,3% en contraposición al grupo de los que "no" participan del cuidado que presenta mayoría en su grupo y comparado con los demás grupos con un 51,7% seguido del eficaz con valores notoriamente inferiores a los que "si" participan del cuidado con el 28,6% y en decrecimiento con aquellos que "no" participan del 6,9%. Aparece el afrontamiento en transición con su mayor porcentaje en aquellos que participan "a veces" (57,1%) y en segundo lugar los que "no" participan con el 41,4%.

Comparación entre modalidades (ver pág. 58): Se observa no sólo un progreso del afrontamiento ineficaz en la modalidad cerrada debido a que hay menor participación en los cuidados del bebé, sino que, por el contrario, se observa mayor afrontamiento eficaz y en la modalidad abierta, debido al aumento de la participación en los cuidados del bebé.

Son notorias las diferencias. Los que no participan del tratamiento y cuidados superan en más del doble en afrontamiento ineficaz y en la modalidad cerrada. En la modalidad abierta el 100% ha presentado afrontamiento eficaz y cuando sí participan, en cambio en la modalidad cerrada no alcanza el 70%. Por lo que se puede inferir que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz y en comparación a la modalidad cerrada.

II.- C.- 1.-1.- 2.- Núcleo familiar participa y/o pregunta por cuidado.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 1.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la participación y/o preguntas del núcleo familiar sobre los cuidados que recibe su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la participación del núcleo familiar en el cuidado de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
PARTICIPAN DEL CUIDADO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	4	1	12	17
Row	%	23,5	5,9	70,6	100,0
Col %		50,0	5,9	57,1	37,0
NO		1	15	8	24
Row	%	4,2	62,5	33,3	100,0
Col %		12,5	88,2	38,1	52,2
SI		3	1	1	5
Row	%	60,0	20,0	20,0	100,0
Col %		37,5	5,9	4,8	10,9
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

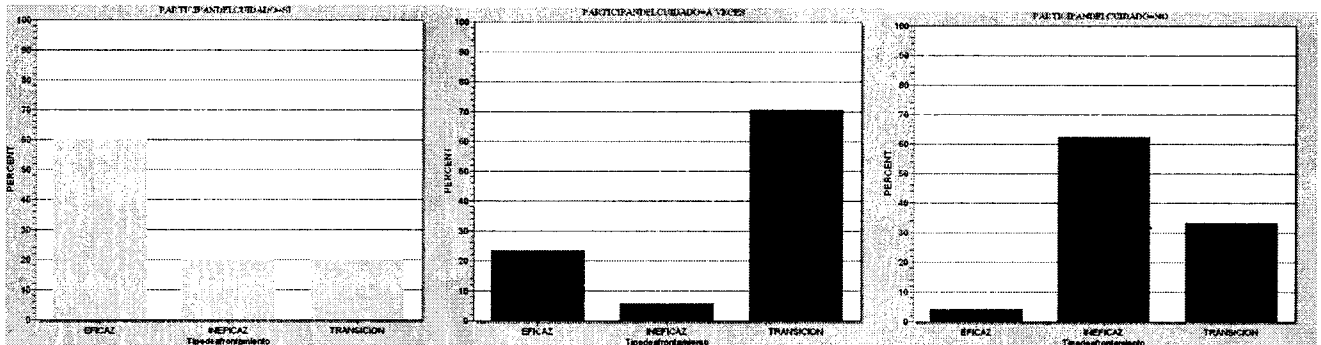
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
20,9033	4	0,0003

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la participación del núcleo familiar en el cuidado de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: se presenta el mayor afrontamiento eficaz en aquellos que "si" participan del cuidado con el 60% mientras en aquellos que lo hacen "a veces" disminuye al 23,5% y en los que "no" participan apenas el 5,9%. En el caso del afrontamiento en transición los que "si" participan del cuidado presentan igual valor que el afrontamiento ineficaz mostrándose un fuerte incremento en los que participan "a veces" con el 70,6% siendo el mayor del grupo y de los otros grupos también y el ineficaz de 5,9%; pasando a los que "no" participan que alcanzan el 33,3% mostrando un incremento en el tipo ineficaz con el 62,5% como líder del grupo y de los otros grupos.

Comparación entre modalidades (ver pág.60): En este caso el afrontamiento eficaz muestra para las dos modalidades una disminución progresiva en relación con la menor intervención en los cuidados. En el caso del afrontamiento ineficaz se evidencian apariciones importantes en aquellos que no participan del cuidado siendo en todos los grupos que se presenta mucho mayor en la modalidad cerrada. Cabe destacar que en la abierta los que participaron de los cuidados a lo hicieron a veces no presentaron afrontamiento ineficaz no así en la modalidad cerrada. Por lo que se puede inferir que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada con respecto a la participación del cuidado del bebé.

II.- C.- 1.- 2.- ROL/ RELACIONES

II.- C.- 1.- 2.- 1.- Calmarlo al llanto

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 2.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según el rol del núcleo familiar al calmarlo ante el llanto de su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el rol del núcleo familiar al calmarlo en el llanto de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
SI LLORA LO CALMAN	VECES	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A		2	9	14	25
Row	%	8,0	36,0	56,0	100,0
Col %		25,0	52,9	66,7	54,3
NO		0	6	1	7
Row	%	0,0	85,7	14,3	100,0
Col %		0,0	35,3	4,8	15,2
SI		6	2	6	14
Row	%	42,9	14,3	42,9	100,0
Col %		75,0	11,8	28,6	30,4
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

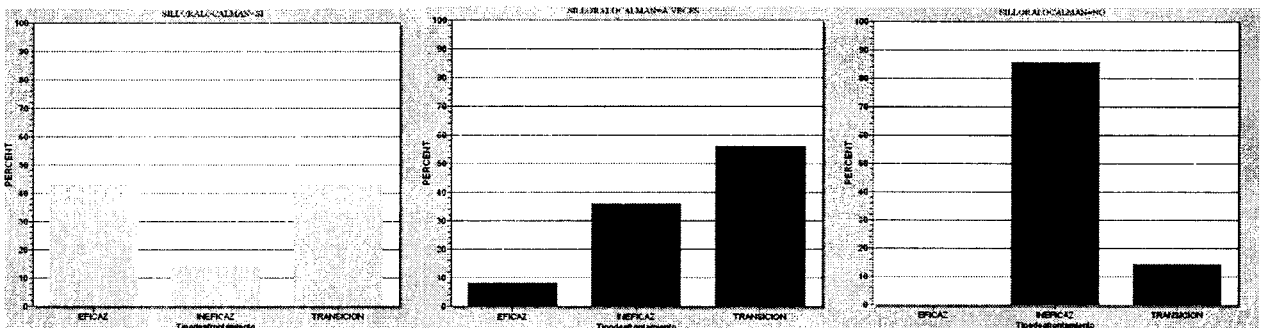
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
16,2808	4	0,0027

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según el rol del núcleo familiar al calmarlo en el llanto de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: se observa en aquellos que "si" calman a su hijo ante el llanto que arrojaron iguales porcentajes de afrontamiento eficaz y de transición siendo del 42,9% mostrando una fuerte disminución del primero para aquellos que lo calman "a veces" y no se presentaron casos eficaces en aquellos que no los calman ante el llanto. Con respecto a la transición aumenta para aquellos que los calman a veces siendo el mayor porcentaje de su grupo con el 56% para disminuir hasta el 14,3% en aquellos que no lo calman. El afrontamiento ineficaz se muestra con un incremento a medida que disminuyen los intentos de calmarlo ante el llanto siendo de sólo 14,3% para los que si lo calman de 36% para los que lo hacen "a veces" y del 85,7% de los que "no" lo calman siendo significativamente mayor el porcentaje en el grupo y con respecto a los demás.

Comparación entre modalidades (ver pág. 62): Nuevamente se ve predominio de afrontamiento eficaz en ambas modalidades en cuanto aumentan los actos de calmar el llanto del neonato pero siendo significativamente mayores en la modalidad abierta. Por lo que se puede inferir que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada. Predominan los valores de afrontamiento ineficaz en la modalidad cerrada siendo de más del doble por ejemplo para aquellos que lo calman “a veces” y en el caso de aquellos que no lo calman es muy superior en la modalidad cerrada siendo de 85,7% y ningún caso en la modalidad abierta.

II.- C.- 1.- 2.- 2.- Núcleo reconoce la identidad del bebé por el nombre

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 2.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
LLAMAN AL BEBE POR SU NOMBRE		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	3	4	7	14
Row	%	21,4	28,6	50,0	100,0
Col %		37,5	23,5	33,3	30,4
NO		2	11	11	24
Row	%	8,3	45,8	45,8	100,0
Col %		25,0	64,7	52,4	52,2
SI		3	2	3	8
Row	%	37,5	25,0	37,5	100,0
Col %		37,5	11,8	14,3	17,4
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

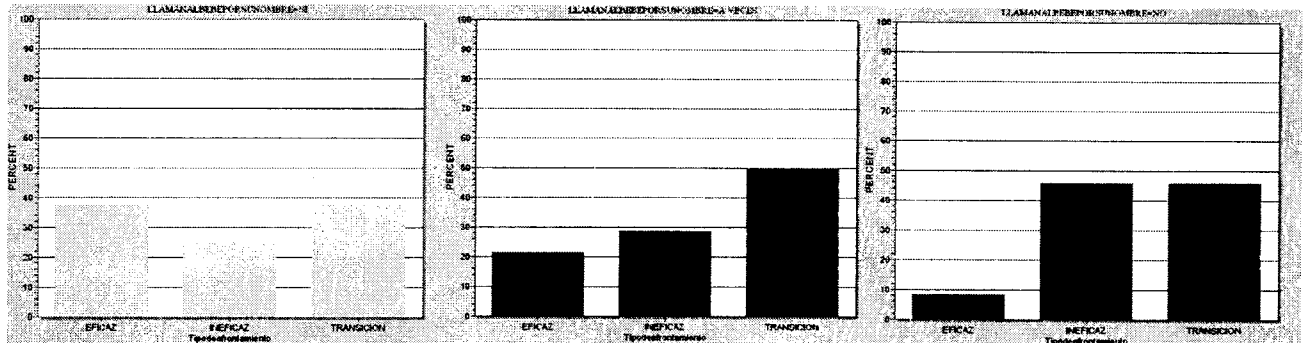
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
4,3857	4	0,3563

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar al reconocer la identidad del bebé por el nombre en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta el afrontamiento eficaz en disminución a medida que los padres no llaman por su nombre al neonato siendo en aquellos que si lo hacen de 37,5%, cuando lo hacen a veces de 21,4% y apenas de 8,3% en aquellos que no lo llaman por su nombre. El afrontamiento en transición muestra valores similares en todos los grupos donde el inferior se encuentra entre los que si lo llaman con el 37.5% el 50% y un incremento progresivo de afrontamiento ineficaz en aquellos que no calman a su hijo con el 45,8% disminuyendo en aquellos que lo hacen a veces con el 28,6% y algo menor con el 25% los que si lo llaman por su nombre.

Comparación entre modalidades (ver pág. 64): Como en casi todas las comparaciones el afrontamiento eficaz disminuye a medida que interviene en menor medida el núcleo familiar siendo mayor los porcentajes de afrontamiento eficaz en la modalidad abierta como muy superiores los de la modalidad cerrada en el caso del afrontamiento ineficaz mientras que los valores del afrontamiento en transición no varían significativamente. Por lo que se puede inferir que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada en relación con el reconocimiento de la identidad del bebé al llamarlo por su nombre.

II.-C.- 1.- 2.- 3.- Búsqueda del núcleo familiar de apoyo en familiares o vecinos.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 2.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos ante la internación del bebé en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSCAN APOYO EN FAMILIARES O AMIGOS	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	2	6	7	15
Row	%	13,3	40,0	46,7	100,0
Col %		25,0	35,3	33,3	32,6
NO		1	6	4	11
Row	%	9,1	54,5	36,4	100,0
Col %		12,5	35,3	19,0	23,9
SI		5	5	10	20
Row	%	25,0	25,0	50,0	100,0
Col %		62,5	29,4	47,6	43,5
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

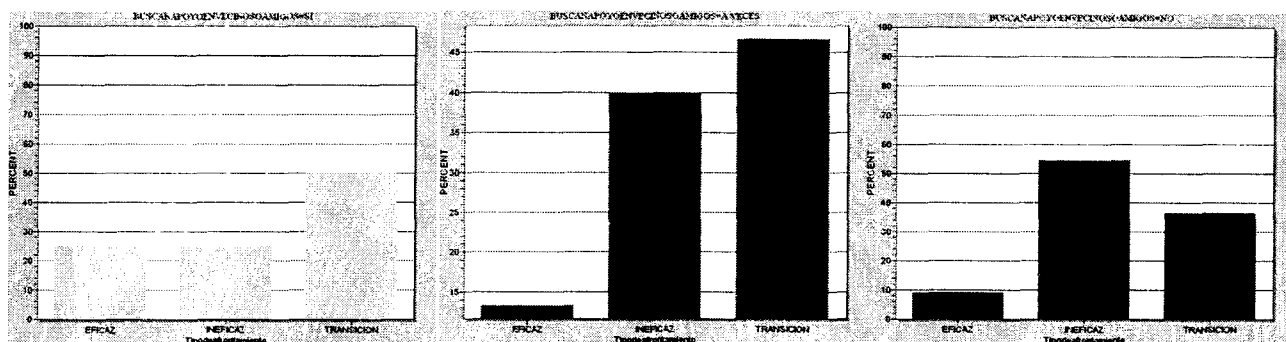
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
3,2697	4	0,5137

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar al buscar apoyo en familiares o vecinos a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta el afrontamiento eficaz en disminución a medida que los padres no buscan apoyo en los amigos o familiares siendo en aquellos que si lo hacen de 25%, cuando lo hacen a veces de 13,3% y apenas de 9,1% en aquellos que no buscan apoyo en familiares o vecinos. El afrontamiento en transición muestra valores similares en todos los grupos donde el inferior se encuentra entre los que si lo llaman con el 36,4% el 50% y un incremento progresivo de afrontamiento ineficaz en aquellos que no buscan apoyo en familiares o vecinos con el 54,5%% disminuyendo en aquellos que buscan a veces con el 40%% y algo menor con el 25% los que si lo buscan apoyo en familiares o vecinos.

Comparación entre modalidades (ver pág. 66): Se evidencia una vez más el aumento del afrontamiento eficaz (en este caso, a medida que buscan apoyo en familiares y vecinos) siendo los porcentajes en la modalidad abierta mucho mayores como en este caso para los que si buscan apoyo en la modalidad abierta presentan el 71,4% en y la modalidad cerrada el 25%, en los que buscan apoyo a veces de un 33,3% de la modalidad abierta pasamos a un 13,3% y en los que no buscan apoyo se encuentran en la modalidad abierta en el 28,6% y en la modalidad cerrada es apenas del 9,1%. En el afrontamiento ineficaz en la modalidad abierta los valores son inferiores en cada grupo encontrándose la particularidad que, a pesar de no haber buscado apoyo no se registra afrontamiento ineficaz. Se observa además que los afrontamientos en transición aumentan en la modalidad abierta a medida que no se busca apoyo y en la modalidad cerrada se ven altos porcentajes como ser la mitad de la población que si busca apoyo o el 40% de los que lo hacen a veces. Se concluye que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada cuando se busca apoyo en familiares o vecinos.

II.- C.- 1.- 2.- 4.- Integridad de la armonía del hogar

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 2.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo– Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
HAN MANTENIDO LA ARMONIA DEL HOGAR		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	2	4	11	17
Row	%	11,8	23,5	64,7	100,0
Col %		25,0	23,5	52,4	37,0
NO		1	10	2	13
Row	%	7,7	76,9	15,4	100,0
Col %		12,5	58,8	9,5	28,3
SI		5	3	8	16
Row	%	31,3	18,8	50,0	100,0
Col %		62,5	17,6	38,1	34,8
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

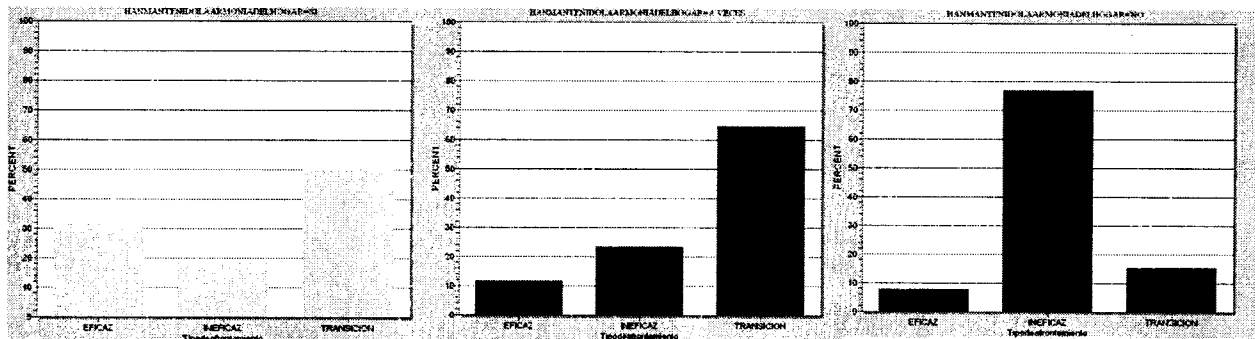
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
14,6898	4	0,0054

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la relación del núcleo familiar para conservar la armonía del hogar a causa de tener a su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que para el afrontamiento eficaz el porcentaje mayor corresponde a los que "si" han mantenido la armonía del hogar con el 31,3% seguido del 11,8% en los que han mantenido "a veces" y el 7,7% en los que no la han mantenido. En el caso del afrontamiento ineficaz se ve lo opuesto siendo el mayor porcentaje para los que "no" han mantenido la armonía con el 76,9% notándose un brusco descenso para los que han mantenido a veces con el 23,5% y el 18,8% para los que si han mantenido la armonía. El afrontamiento en transición el valor mayor corresponde al los que lo han mantenido a veces con el 64,7% seguido por el 50% de los que si han mantenido la armonía (porcentajes mayores de cada grupo) y un 15,4% de los que no han mantenido la armonía en el hogar.

Comparación entre modalidades (ver pág. 68): En la modalidad abierta se repite la tendencia de presentar porcentajes de afrontamiento eficaz mucho mayores con respecto a la cerrada y con la coincidencia de que ambos afrontamientos aumentan desde la falta de armonía en el hogar hasta los que la han mantenido, de igual forma el afrontamiento ineficaz muestra la tendencia en la modalidad cerrada de porcentajes mayores en todos los grupos con respecto a la abierta y también coincide que disminuyen desde la falta de conservación de la armonía hasta los que si la conservan. Los valores de transición se mantienen similares para ambas modalidades. Se concluye que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada teniendo en cuenta la conservación de la armonía en el hogar.

II.- C.- 1.- 3.- ADAPTACIÓN AL ESTRÉS:

II.- C.- 1.- 3.- 1.- Visitan al bebé.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
VISITAN AL BEBE		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	0	5	1	6
Row	%	0,0	83,3	16,7	100,0
Col %		0,0	29,4	4,8	13,0
NO		0	2	0	2
Row	%	0,0	100,0	0,0	100,0
Col %		0,0	11,8	0,0	4,3
SI		8	10	20	38
Row	%	21,1	26,3	52,6	100,0
Col %		100,0	58,8	95,2	82,6
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

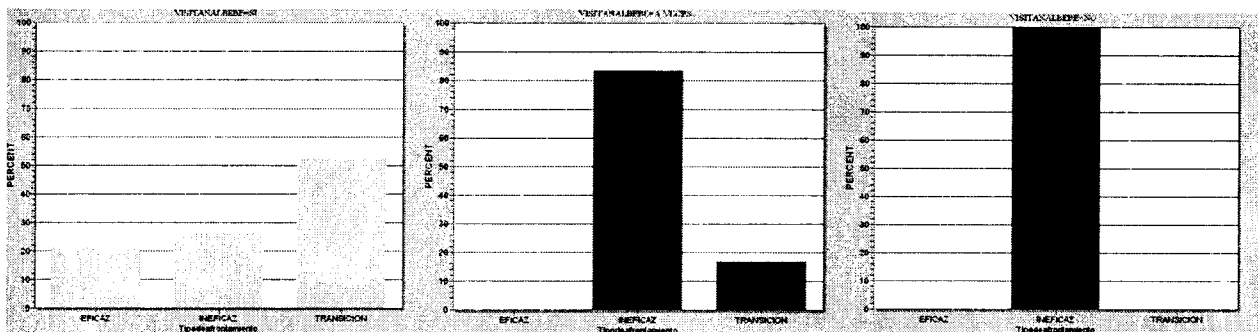
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
10,9140	4	0,0275

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para visitar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que el afrontamiento eficaz en la modalidad cerrada se presenta sólo en aquellos que visitan a su hijo internado con apenas el 21,1% a pesar de si visitarlo los valores de afrontamiento en transición ascienden a 52,6% (o sea, más de la mitad de los núcleos familiares que si visitan a su hijo se encuentran en transición en el afrontamiento a la internación) y los que sólo lo hacen a veces es de 16,7%. Es notorio el afrontamiento ineficaz en quienes no visitan a su hijo y en aquellos que lo hacen a veces si bien el primero corresponde a 2 unidades de análisis y puede no ser un valor suficiente pero en el grupo que lo hacen a veces se alcanza el 83,3% con 5 unidades evidenciando un elevado índice.

Comparación entre modalidades (ver pág. 70): En este caso en la modalidad cerrada solamente se han presentado casos de que no visitan al bebé con resultado de afrontamiento ineficaz y en aquellos que los visitan “a veces” el afrontamiento ineficaz supera en la modalidad abierta en más del 30% y quienes si lo visitan lo supera en un 20%. Por otro lado en la modalidad abierta el afrontamiento eficaz se mostro muy superior en aquellos que si lo visitan en más del 30% mientras que los valores de transición se muestran altos en aquellos que si lo visitaron en la modalidad cerrada y en la modalidad abierta en aquellos que lo hacen a veces, por lo tanto se puede inferir que la modalidad abierta posibilita mayor afrontamiento eficaz y menor ineficaz. Se concluye que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada en relación con la capacidad de adaptación al estrés evidenciado en poder visitar a su hijo en neonatología.

II.- C.- 1.- 3.- 2.- Contacto físico con el bebé.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
TOCAN AL BEBE	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	1	11	15	27
Row	%	3,7	40,7	55,6	100,0
Col %		12,5	64,7	71,4	58,7
NO		0	4	3	7
Row	%	0,0	57,1	42,9	100,0
Col %		0,0	23,5	14,3	15,2
SI		7	2	3	12
Row	%	58,3	16,7	25,0	100,0
Col %		87,5	11,8	14,3	26,1
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

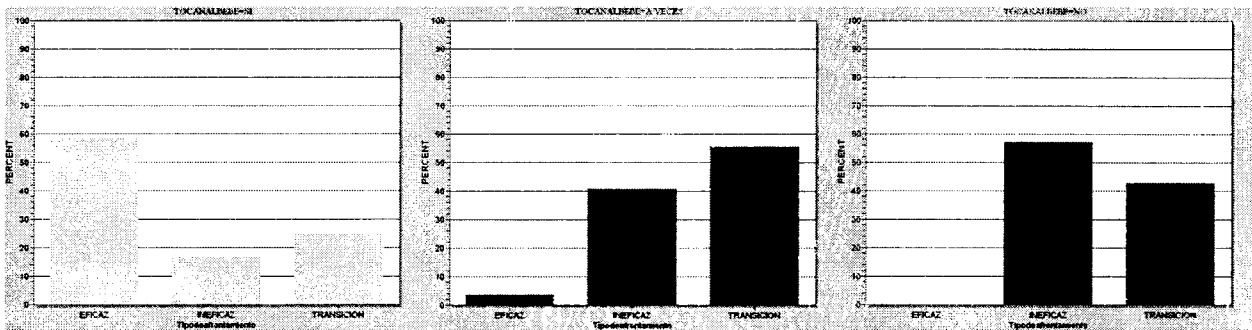
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
19,6185	4	0,0006

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para tocar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: se presenta una disminución significativa para el afrontamiento eficaz con un porcentaje de 58,3% para aquellos que si tocan a su hijo bajando a 3,7% de los que tocan a veces y no se registra afrontamiento eficaz en aquellos que no tocan a su hijo internado en neonatología. Para los que presentaron afrontamiento ineficaz se observa el menor porcentaje para aquellos que si lo tocan con el 16,7% aumentando a medida que disminuye el contacto siendo para los que lo tocan a veces de 40,7% y algo mayor para los que no lo tocan con el 57,1% o sea que más de la mitad de los núcleos familiares que no tocan a sus hijos presentan afrontamiento ineficaz. En el caso del afrontamiento en transición el mayor porcentaje pertenece a los que lo tocan a veces con el 55,6% siendo algo menor para los que no lo tocan con el 42,9 y el 25% para aquellos que si lo tocan.

Comparación entre modalidades (ver pág. 72): En este caso como en el anterior en la modalidad abierta no se evidencian núcleos que no hayan tocado al bebé mientras que en la modalidad cerrada en este grupo más de la mitad presentaron afrontamiento ineficaz y el resto en transición. La modalidad abierta presenta mayores valores de afrontamiento eficaz tanto para los que si lo tocan o lo hacen a veces y los valores de afrontamiento ineficaz son menores en los que lo tocan a veces y no se presenta afrontamiento ineficaz en aquellos que si lo tocan siendo en contrapartida en la modalidad cerrada de 16,7%, por lo tanto se puede inferir que la modalidad abierta posibilita mayor afrontamiento eficaz y menor ineficaz. Por lo tanto se puede concluir que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada en relación con el contacto físico con el bebé.

II.- C.- 1.- 3.- 3.- Higiene del bebé.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 3.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cubrir necesidades básicas como dentro la higiene se encuentra cambiar el pañal a su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cambiar el pañal a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
CAMBIAN EL PAÑAL	EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL	
A	VECES	2	1	14	17
Row	%	11,8	5,9	82,4	100,0
Col %		25,0	5,9	66,7	37,0
NO		0	16	7	23
Row	%	0,0	69,6	30,4	100,0
Col %		0,0	94,1	33,3	50,0
SI		6	0	0	6
Row	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Col %		75,0	0,0	0,0	13,0
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

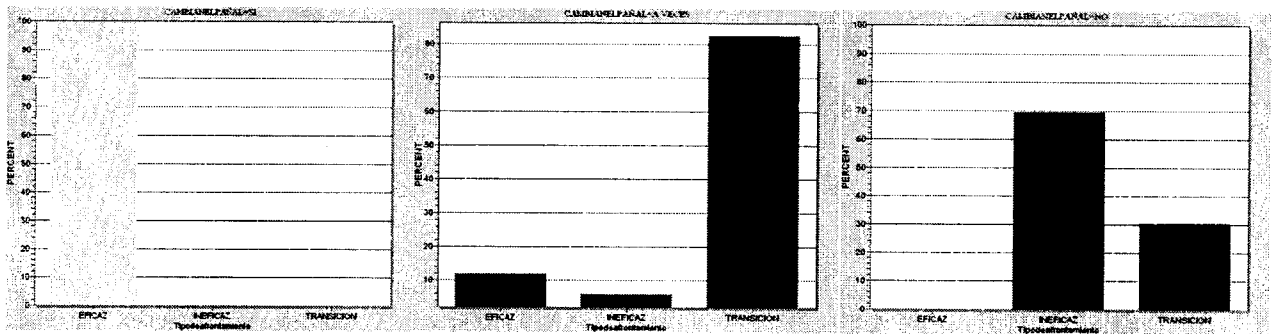
Single Table Analysis

Chi-square	Df	Probability
50,0513	4	0,0000

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cambiar el pañal a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que cada tipo de afrontamiento se presenta significativamente en un grupo determinado. Para aquellos que si intervienen en la higiene de su hijo con el acto de cambiar el pañal se presenta solo afrontamiento eficaz, para aquellos que los cambian a veces predomina el tipo en transición con el 82,4% seguido de un 11,8% de afrontamiento eficaz y un muy menor de ineficaz con el 5,9%. En el caso de los que no cambian el pañal el afrontamiento ineficaz predomina con el 69,9% y sólo lo sigue con el 30,4% el afrontamiento en transición. Así la mayoría de los que no cambian el pañal presentan ineficacia para afrontar la internación; aquellos que lo hacen a veces se encuentran en transición y los que si lo hacen afrontan eficazmente la internación.

Comparación entre modalidades (ver pág. 74): En este caso se observa que en la modalidad abierta permite mayor afrontamiento eficaz ya que en aquellos que no cambian el pañal se encontró al 26,8% mientras que en la modalidad cerrada no se registraron para aquellos que no cambiaban el pañal. Los valores para los que lo hacen a veces o si lo hacen son significativamente mayores. La modalidad cerrada muestra mayores porcentajes de afrontamiento ineficaz ya que si bien en ninguna modalidad se presentó para aquellos que si cambian el pañal tampoco ocurrió para aquellos que lo hacen a veces en la modalidad abierta mientras que en la cerrada fue de 5,9%. Los valores de afrontamiento en transición son similares en ambas modalidades siendo más notoria en los grupos que los cambian a veces. Se concluye que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada observado en el cambio del pañal del bebé.

II.- C.- 1.- 3.- 4.- Alimentación del bebé.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 4.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para cubrir necesidades básicas como la alimentación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para alimentar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
ALIMENTAN AL BEBE		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	2	2	8	12
Row	%	16,7	16,7	66,7	100,0
Col %		25,0	11,8	38,1	26,1
NO		1	14	2	17
Row	%	5,9	82,4	11,8	100,0
Col %		12,5	82,4	9,5	37,0
SI		5	1	11	17
Row	%	29,4	5,9	64,7	100,0
Col %		62,5	5,9	52,4	37,0
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

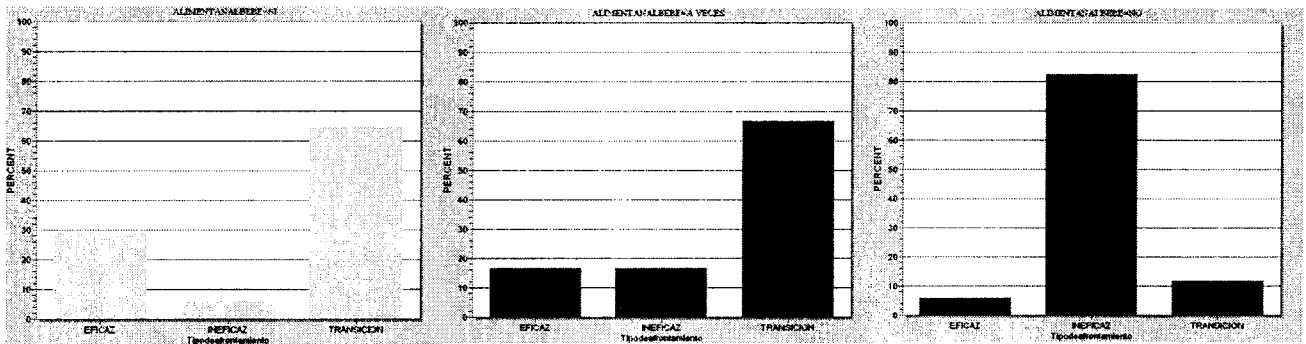
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
24,7581	4	0,0001

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para alimentar a su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta un predominante afrontamiento ineficaz para aquellos que no alimentan a su hijo siendo del 82,4% disminuyendo significativamente a los que lo hacen a veces con el 16,7% y algo inferior para los que si lo hacen con el 5,9% mostrando mayor afrontamiento ineficaz ante los actos de alimentación de su hijo. El afrontamiento en transición se muestra en mayor porcentaje en aquellos que los alimentan a veces con el 66,7% seguida de los que si lo hacen con el 64,7% valores muy similares en comparación con aquellos que no lo hacen que apenas llega al 11,8% mostrando grandes porcentajes de transición a pesar de alimentar siempre o a veces a su hijo. Los valores del afrontamiento eficaz son bajos en relación a los demás tipos de afrontamiento siendo para los que si lo alimentan de 29,4% los que lo hacen a veces de 16,7% y en descenso hacia los que no lo hacen con el 5,9% evidenciando mayor afrontamiento eficaz a medida que se alimenta al hijo internado.

Comparación entre modalidades (ver pág. 76): Se evidencia una vez más el aumento del afrontamiento eficaz (en este caso, en relación a la alimentación del hijo internado en el servicio de neonatología) siendo los porcentajes en la modalidad abierta mucho mayores como en este caso para los que si lo alimentan en la modalidad abierta presentan el 68,2% en y la modalidad cerrada el 29,4%, en los que lo alimentan a veces de un 40% de la modalidad abierta pasamos a un 136,7% y en los que no lo alimentan se encuentran en la modalidad abierta en el 28,6% y en la modalidad cerrada es apenas del 95,9%. En el afrontamiento ineficaz en la modalidad abierta los valores son inferiores en cada grupo encontrándose la particularidad que, a pesar de no haber buscado apoyo no se registra afrontamiento ineficaz. Se observa además que los afrontamientos en transición aumentan en la modalidad abierta a medida que no se busca apoyo y en la modalidad cerrada se ven altos porcentajes como ser la mitad de la población que si busca apoyo o el 40% de los que lo hacen a veces. Por lo tanto se evidencia que la modalidad abierta predispone hacia el afrontamiento eficaz en comparación a la modalidad cerrada analizando la alimentación.

II.- C.- 1.- 3.- 5.- Actitud activa del núcleo familiar.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 5.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
ACTITUDES ACTIVAS DE LOS PADRES		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	4	0	8	12
Row	%	33,3	0,0	66,7	100,0
Col %		50,0	0,0	38,1	26,1
NO		0	17	12	29
Row	%	0,0	58,6	41,4	100,0
Col %		0,0	100,0	57,1	63,0
SI		4	0	1	5
Row	%	80,0	0,0	20,0	100,0
Col %		50,0	0,0	4,8	10,9
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

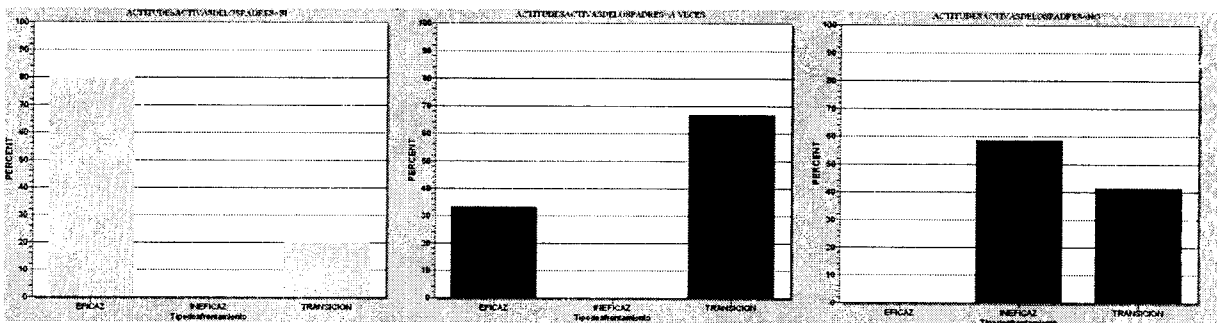
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
30,0297	4	0,0000

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para presentar actitudes activas hacia su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: se observa para el afrontamiento eficaz un porcentaje mayor para aquellos que si tienen una actitud activa siendo del 80% bajando a un 33,3% para aquellos que tienen actitudes activas a veces y no se presenta afrontamiento eficaz en aquellos que no tienen actitudes activas. Para el afrontamiento ineficaz se evidencia que sólo se presenta en aquellos que no tienen actitudes activas siendo más de la mitad de ellos (58,6%) y los que han presentado afrontamiento en transición se encuentran en mayor porcentaje aquellos que presentan actitudes activas ante la internación "a veces" seguido de los que "no" presentan con el 41,4% y algo menos en los que si presentan actitudes activas con el 20%.

Comparación entre modalidades (ver pág. 78): Se presentan en ambas modalidades valores muy similares para aquellos que si tienen actitudes activas siendo el mayor porcentaje de afrontamiento eficaz y le sigue el de transición sin casos de afrontamiento ineficaz. También en aquellos que las tienen a veces donde como diferencia la modalidad abierta posee un 6,9% de afrontamiento ineficaz que no se presenta en la modalidad cerrada. Para aquellos que no presentaron actitudes activas frente a la internación se evidencia mayor afrontamiento eficaz que no alcanza el 20% pero que en la modalidad cerrada no se presenta siendo muy mayor el afrontamiento ineficaz con algo más del 30% en relación al mismo grupo de la modalidad abierta. Por lo tanto la modalidad abierta permite mejor afrontamiento a la internación que la modalidad cerrada en aquellos que no han tenido actitudes activas frente a la internación.

II.- C.- 1.- 3.- 6.- Apoyo psicológico.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 3.- 6.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de la internación de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo– Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSCAN APOYO PSICOLOGICO		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	1	4	7	12
Row	%	8,3	33,3	58,3	100,0
Col %		12,5	23,5	33,3	26,1
NO		4	7	5	16
Row	%	25,0	43,8	31,3	100,0
Col %		50,0	41,2	23,8	34,8
SI		3	6	9	18
Row	%	16,7	33,3	50,0	100,0
Col %		37,5	35,3	42,9	39,1
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

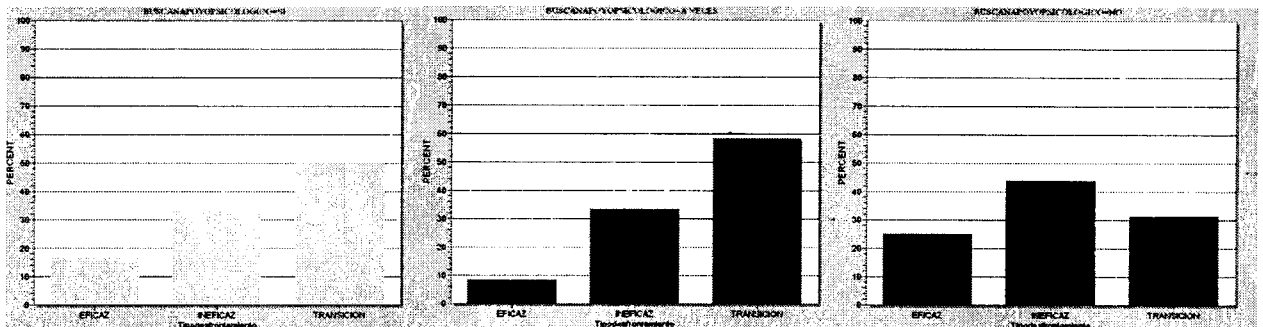
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
2,6347	4	0,6207

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo psicológico a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: En este caso se presentan valores muy dispares ya que para los que presentaron afrontamiento eficaz pareciera no influir el apoyo psicológico ya que el 25% no lo hizo y logro afrontar la internación de los que buscaron "a veces" sólo el 8,3% lo consiguió y el 16,7% de los que si buscaron apoyo lo lograron. Para aquellos que presentaron afrontamiento ineficaz los valores son muy similares más allá de buscar o no apoyo psicológico. Los valores se mantienen iguales para aquellos que si lo buscaron y lo buscaron a veces con el 33,3% y algo mayor para aquellos que no lo buscaron con el 43,8%. Los porcentajes de transición prevalecen en cada grupo; en los que si buscaron apoyo con el 50% en los que buscaron a veces con el 58,3% no siendo así en los que no buscaron apoyo con el 31,3%.

Comparación entre modalidades (ver pág. 80): La modalidad abierta muestra menores porcentajes de afrontamiento ineficaz y de afrontamiento en transición en todos los grupos y a medida que se avanza desde no buscar apoyo a si hacerlo en comparación a la modalidad cerrada. Sin presentarse casos en los que si buscaron apoyo psicológico y en la modalidad cerrada asciende a 33,3% de afrontamiento ineficaz. El porcentaje de afrontamiento eficaz es superior en la modalidad abierta salvo en aquellos que no buscaron apoyo psicológico donde se muestra más de un 10% de afrontamiento eficaz. Por lo tanto la modalidad abierta permite mejor afrontamiento a la internación que la modalidad cerrada en aquellos que no han buscado apoyo psicológico frente a la internación.

II.- C.- 4.- VALORES/ CREENCIAS

II.- C.- 1.- 4.- 1.- Apoyo religioso

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 4.- 1.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “si” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de la internación de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
BUSQUEDA DE APOYO RELIGIOSO O CREENCIA		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	4	3	6	13
Row	%	30,8	23,1	46,2	100,0
Col %		50,0	17,6	28,6	28,3
NO		1	10	10	21
Row	%	4,8	47,6	47,6	100,0
Col %		12,5	58,8	47,6	45,7
SI		3	4	5	12
Row	%	25,0	33,3	41,7	100,0
Col %		37,5	23,5	23,8	26,1
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

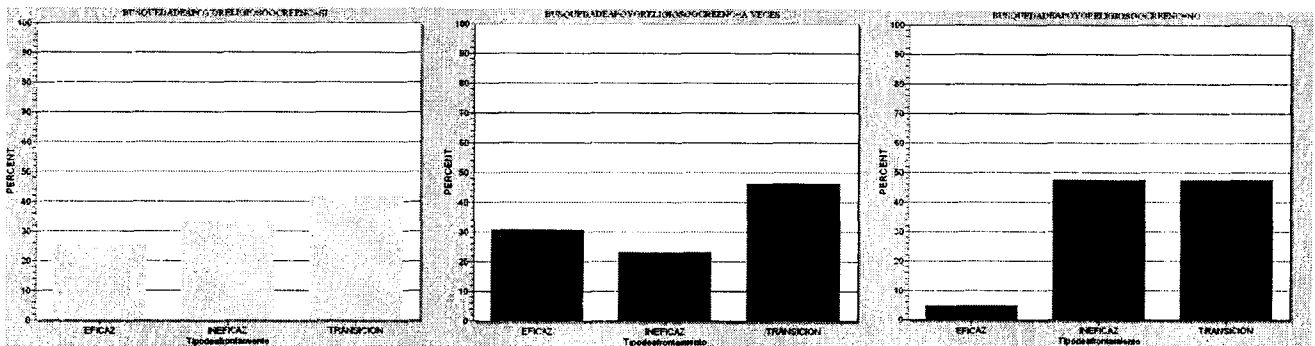
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
5,0898	4	0,2782

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo religioso a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se presenta como porcentaje predominante de todos los grupos el afrontamiento en transición para todos los grupos. De esta manera la mayoría presenta este tipo de afrontamiento más allá de buscar apoyo religioso, hacerlo a veces o no buscarlo. Para los que si lo hacen alcanza el 41,7% para los que lo hacen a veces el 46,2% y para los que no lo buscan el 47,6%. Este valor es igual a los que han presentado afrontamiento ineficaz siendo también muy importante en aquellos que si han buscado apoyo religioso con el 3,3% y algo inferior en aquellos que lo busca a veces con el 23,1%. Para los que presentan afrontamiento eficaz los valores son altos en aquellos que lo buscan a veces pero que sólo alcanza el 30,8% de ese grupo para los que si lo buscan el porcentaje desciende a 25% y desciende aún más para aquellos que no lo buscan con el 4,8%

Comparación entre modalidades (ver pág. 82): Se presenta nuevamente el aumento del afrontamiento eficaz (en este caso, a medida que buscan apoyo religioso) siendo los porcentajes en la modalidad abierta mucho mayores como en este caso para los que si buscan apoyo en la modalidad abierta presentan el 77,8% en y la modalidad cerrada el 25%, en los que buscan apoyo a veces de un 66,7% de la modalidad abierta pasamos a un 30,8% y en los que no buscan apoyo se encuentran en la modalidad abierta en el 33,3% y en la modalidad cerrada es apenas del 4,8%. En el afrontamiento ineficaz en la modalidad abierta los valores son inferiores en cada grupo encontrándose la particularidad que para aquellos con apoyo religioso “a veces” o que “si” han buscado no se presento afrontamiento ineficaz. Se observa además que los afrontamientos en transición aumentan en la modalidad abierta a medida que no se busca apoyo y en la modalidad cerrada se ven altos porcentajes como ser el 47,6% de los que no buscan apoyo religioso o el 46,2% de los que lo hacen a veces. Por lo tanto la modalidad abierta permite mejor afrontamiento a la internación que la modalidad cerrada en aquellos que no han buscado apoyo religioso frente a la internación.

II.- C.- 4.- 2.- Apoyo en la fe.

Tabla y gráfico II.- C.- 1.- 4.- 2.-: La siguiente tabla con el respectivo gráfico muestra información de la modalidad cerrada respecto al tipo de afrontamiento según la adaptación al estrés del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de la internación de su hijo en el servicio de neonatología. El puntaje obtenido para el tipo de afrontamiento fue agrupado de la siguiente manera: Eficaz (de 16 a 28 puntos, transición (de 10 a 15 puntos) e ineficaz (de 0 a 9 puntos). La respuesta “sí” otorga 2 puntos, la respuesta “a veces” 1 y la “no” 0 puntos.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de la internación de su hijo en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.

TIPO DE AFRONTAMIENTO					
TIENEN FE EN ALGO O ALGUIEN		EFICAZ	INEFICAZ	TRANSICION	TOTAL
A	VECES	2	4	7	13
Row	%	15,4	30,8	53,8	100,0
Col %		25,0	23,5	33,3	28,3
NO		2	10	7	19
Row	%	10,5	52,6	36,8	100,0
Col %		25,0	58,8	33,3	41,3
SI		4	3	7	14
Row	%	28,6	21,4	50,0	100,0
Col %		50,0	17,6	33,3	30,4
TOTAL		8	17	21	46
Row	%	17,4	37,0	45,7	100,0
Col %		100,0	100,0	100,0	100,0

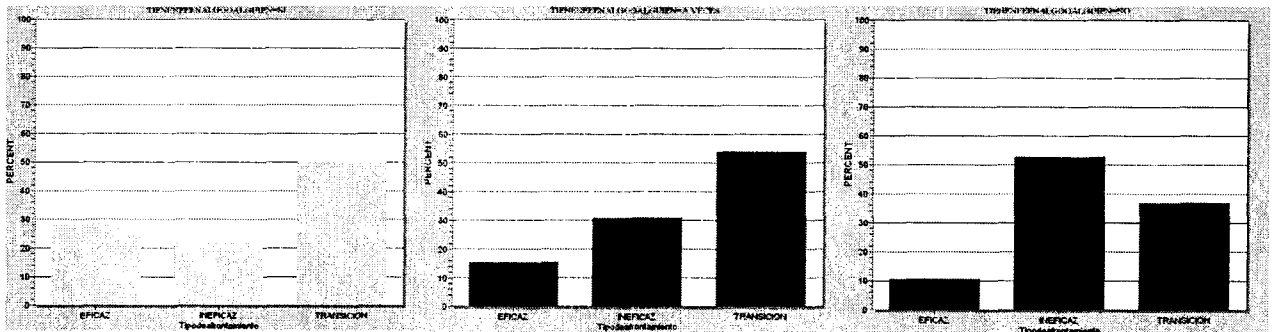
Single Table Analysis

Chi-square	df	Probability
4,4347	4	0,3504

An expected value is < 5. Chi-square not valid.

Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solis J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Título: “Tipo de afrontamiento en la modalidad cerrada según las creencias del núcleo familiar para buscar apoyo en la fe a causa de su hijo internado en el servicio de Neonatología en la Clínica EMSHA en el período Mayo – Octubre del 2009”.



Fuente: Encuesta y observación de afrontamiento familiar realizada al núcleo familiar con un hijo internado en el servicio de neonatología en la Clínica Colón y EMSHA. Ané V, Mendizábal J y Solís J en el período Mayo – Octubre del 2009”.

Interpretación: Se observa que para los que presentaron afrontamiento eficaz el mayor porcentaje corresponde a aquellos que si tienen fe con el 28,6% en el caso de los que tienen a veces desciende al 15,4% y lo que no tienen al 10,5%. Evidenciando que el afrontamiento disminuye con la disminución en la fe. De igual forma el afrontamiento ineficaz disminuye a medida que aumenta la fe de los núcleos ya que los que no tienen presentan el porcentaje mayor de su grupo con el 52,6% bajando a aquellos que tienen fe a veces con el 30,8% y los que si tienen con el 21,4%. Es notorio que el afrontamiento en transición predomina con los mayores porcentajes para los que tienen fe o tienen a veces disminuyendo apenas un 10% aproximadamente en el grupo de los que no tienen fe.

Comparación entre modalidades (ver pág. 82): Se presenta como en la mayoría de los indicadores de afrontamiento en la modalidad abierta mayores porcentajes de afrontamiento eficaz en todos los grupos y la misma progresión entre modalidades desde los que no tienen fe en aumento con los que sí la tienen pasando por los que la tienen a veces. En contra partida los porcentajes de afrontamiento ineficaz son mayores en la modalidad cerrada y mostrando la progresión inversa de disminuir a medida que se observan los grupos de no tener fe tenerla a veces y si tenerla. Los porcentajes de afrontamiento en transición no presentan diferencias significativas. Por lo que se evidencia que en la modalidad abierta permite mejor afrontamiento a la internación con respecto a la modalidad cerrada en relación con la fe del núcleo familiar en algo o alguien.

V CONCLUSIÓN

La comparación entre ambas modalidades con respecto a los tipos de afrontamiento familiar han inclinado la balanza hacia la modalidad abierta. Se ha estructurado el estudio en los patrones funcionales de Gordon que permiten organizar para muchos enfermeros la forma de ver el todo en el otro. Este estudio ha permitido no sólo demostrar la visión holística de la persona que recibe nuestros cuidados inmediatos sino que también hace enfoque a su bagaje, historia y realidad sin poder desmembrar al neonato de su familia motor fundamental para la formación física, psíquica, social biológica, antropológica, cultural, etc. La importancia de los diagnósticos enfermeros en general y de afrontamiento ineficaz y en posibilidad de desarrollo en particular como contenidos teóricos de un punto de partida para planificar nuestros cuidados, demuestran no sólo la implicancia en nuestra actividad profesional diaria, también en otras incumbencias como la investigación .

Los resultados han mostrado cómo el núcleo familiar afronta eficazmente con amplios márgenes en la modalidad abierta, no siendo de esta manera en la modalidad cerrada en su totalidad. Más allá de cuántos indicadores sumaran para alcanzar el afrontamiento eficaz, el porcentaje total fue mayor en la modalidad abierta respecto de la modalidad cerrada. En la mayoría de los casos el afrontamiento en transición no mostró diferencias significativas siendo interesante evaluar en todo caso hacia qué tipo de afrontamiento (eficaz o ineficaz) se dirigía dicha transición al momento de tomar la muestra. Se han reconocido como indicadores clave la visita al bebé al servicio o el contacto entre el núcleo con el bebé, ya que las respuestas negativas condicionaron estrictamente hacia el afrontamiento ineficaz

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al comenzar la investigación hemos podido arribar a los siguientes resultados:

El tipo de afrontamiento que predomina en la modalidad abierta es el eficaz y se relaciona con la mayor participación de la familia en el cuidado del bebé.

El tipo de afrontamiento que predomina en la modalidad cerrada es el ineficaz, y esto se debe a la menor participación de la familia en el cuidado del bebé.

La comparación entre modalidades muestra por un lado que podemos concluir que la modalidad abierta permite el desarrollo de mejores condiciones que favorecen el afrontamiento familiar a la situación de internación, y en definitiva a la recuperación del bebé ya que se observan mejores respuestas en lo relacional, en la adaptación al estrés y al cuidado y percepción de la salud de este. Por otro lado las variables independientes moderadoras muestran que los aspectos negativos (la mayor complejidad del neonato, edades de riesgo de las madres, la falta de experiencia previa a una situación familiar, etc.) presentan mejor afrontamiento también en la modalidad abierta con respecto a la cerrada.

Es por eso que consideramos haber construido un interesante aporte para las familias que deben esperar detrás de las puertas de un servicio intentando con menos herramientas el afrontamiento a la internación de su hijo. Además este bebé se verá favorecido en muchos niveles al estar en mayor contacto con su núcleo familiar y por último estimamos un material de consulta para aquellos profesionales que puedan tener opinión o voto frente a la posibilidad de abrir un servicio en beneficio de quienes realmente lo necesitan nuestro cliente y parte de su esencia que es el núcleo familiar.

VI RECOMENDACIONES

Con el fin de complementar los datos expresados como parte de un nuevo conocimiento deseamos dejar en este trabajo algunas recomendaciones relacionadas con el afrontamiento y las modalidades de internación enumerándolas de la siguiente manera:

- 1.- Antes de solicitar ingresar en un servicio a hacer una investigación, más allá de la modalidad, es recomendable obtener la aceptación de los profesionales enfermeros en primer lugar, en segundo con el equipo de trabajo y en tercer lugar hacer el pedido formal al director del establecimiento. Más allá de presentar el problema de investigación y sus objetivos por escrito a estos tres grupos mencionados es recomendable también presentar por escrito cual es la idea del instrumento a utilizar. En nuestro caso nos fue difícil acceder a los servicios de internación ya que por un lado los colegas pueden sentirse invadidos, los del equipo de salud disconformes con el trabajo y no prestar colaboración y por sobre todo tanto el equipo como el director pueden sentir cuestionada en este caso la modalidad que presenta la institución por sobre todo si la hipótesis infiere que la suya no es la más adecuada para el afrontamiento eficaz.
- 2.- Creemos que algunas variables podrían haber tenido peso sobre todo al finalizar la toma de la muestra cuando tuvimos tiempo y oportunidad de entrevistar a los núcleos familiares, como ser, el número de hijos que tiene el núcleo familiar, el nivel socio - económico o el tiempo que dispone el núcleo para poder permanecer en el servicio.
- 3.- Tener un primer encuentro con los padres del bebé que se encuentra en neonatología para poder conocerlos y buscar el momento en el que ellos estén predispuestos a participar ya que en los horarios previos y posteriores al informe médico la atención del núcleo está totalmente desviada hacia el reporte.
- 4.- Si obtienen colaboración para tomar la muestra del personal del servicio se recomienda acompañar en varias unidades de análisis al profesional para presenciar que los datos se recojan correctamente y sin interpretaciones erróneas. Además es de utilidad entregar una copia escrita que explique el significado de cada ítem para evitar interpretaciones incorrectas o descartar unidades que como en nuestro caso se presentan pocas por mes transcurrido. Más allá de estos imponderables creemos haber aportado una relación significativa entre el afrontamiento eficaz y la modalidad abierta estimulando así a abrir los servicios cerrados influido por las investigaciones que comprueban los beneficios del neonato sumados a nuestro aporte de los beneficios para el núcleo familiar ante la internación de su hijo en neonatología.
- 5.- Se presenta a pie de las tablas el valor de ji cuadrado y de probabilidad con la intención de brindar la posibilidad de tal información a cualquier persona que utilice como fuente los datos obtenidos y presentados del instrumento aplicado.

VII ANEXOS

ANEXO I

PLANILLA DE DATOS DE LA FAMILIA.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACIÓN

APELLIDO:	Nº DE HISTORIA CLÍNICA:
EDAD:	Nº DE INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR
TIEMPO DE INTERNACIÓN	< DE 1 SEMANA
	> DE 1 SEMANA
	>DE 2 SEMANAS
MODALIDAD DE INTERNACIÓN	ABIERTA
	CERRADA
NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL NEONATO	ALTA
	MEDIANA
	BAJA
EXPERIENCIA PREVIA	SI
	NO

ANEXO II

ENTREVISTA PREVIA A LA PRUEBA PILOTO

- 1.- ¿Pasaron en algún momento una experiencia similar a la internación de su hijo?
 - Percepción cuidado de la salud:
 - 1.- ¿Le preguntan al médico y a las enfermeras cómo está tu bebé, o esperas a que te den el informe?
 - 2.- ¿Tratan de participar en el cuidado del bebé?
 - 3.- ¿Se quedan con dudas o vuelven a preguntar si algo no te quedó claro?
 - 4.- ¿Preguntan todo lo que les preocupa, aunque te parezca que no es importante?
 - 5.- Si no estaban cuando el médico dio el informe ¿Le preguntan por tu bebé o esperan a que el médico te informe?
 - 6.- ¿Si no hacen preguntas es porque les quedó claro cuál es el tratamiento de tu bebé o porque no se animan a preguntar o no saben qué preguntar?
 - Rol/ Relaciones
 - 1.- ¿Le piden ayuda a vecinos o amigos para poder organizar tu familia y los horarios que tienen que venir por tu bebé internado?
 - 2.- ¿Le piden apoyo para poder hablar de la situación que están viviendo?
 - 3.- ¿Tratan de tocar al bebé?
 - 4.- Si el bebé puede salir de la cuna/incubadora. ¿Lo levantan?
 - 5.- ¿Le colocan el chupete si llora?
 - 6.- ¿Lo llaman por su nombre al bebé?
 - 7.- ¿Están organizados en su familia?
 - 8.- ¿Han surgido problemas entre los miembros de la familia por causa de la internación?
 - 9.- ¿Le hablan al bebé?
 - 10.- ¿Cómo organizan el trabajo y la atención de los demás miembros de la familia?
 - Adaptación al estrés
 - 1.- ¿Le cambian el pañal o han bañado al bebé?
 - 2.- ¿Les han preguntado o dicho que podían hacerlo?
 - 3.- ¿Lo han alimentado con el pecho o biberón?
 - 4.- ¿Te sacás leche si no puedes alimentar al bebé con el pecho?
 - 5.- ¿Lo visitan seguido o siempre que pueden?
 - 6.- ¿Han buscado apoyo psicológico que les ayude en este momento?
 - 7.- ¿Tratan de alimentarlo aún cuando la mamá no tiene leche?
 - 8.- ¿Lo miran o le hablan al bebé cuando le dan el pecho?
 - 9.- ¿Tienen deseos de tocarlo y te da temor?
 - Valores/Creencias
 - 1.- ¿Creen en Dios? ¿Se apoyan en él en este momento difícil?
 - 2.- ¿Practican alguna religión o creencia particular?
 - 3.- ¿Tienen fe en algo o en alguien?
 - 4.- ¿Le encuentran algún sentido a lo que les está pasando?

ANEXO III

ENTREVISTA DE LA PRUEBA PILOTO

	Familia 1	Familia 2	Familia 3	Familia 4	Familia 5
¿Le preguntan al médico y a las enfermeras cómo está tu bebé, o esperas a que te den el informe?	Si	Si	Si	No	Si
Tratan de participar en el cuidado del bebé?	Si	Si	Si	Si	Si
Pueden aclarar las dudas del tto. o estado del bebé?	No	No	A veces	A veces	A veces
Preguntan todo lo que les preocupa?	Si	Si	No	Si	No
Se animan a preguntar, aunque les parezca que no es importante?	Si	Si	Si	A veces	Si
Para poder organizarse y venir a ver el bebé, piden ayuda a vecinos o familiares?	Si	No	Si	No	A veces
Tocan al bebé?	Si	Si	Si	A veces	A veces
Levantán al bebé?	Si	Si	Si	A veces	A veces
Si llora lo calman?	Si	Si	Si	Si	Si
Lo llaman por su nombre?	Si	Si	A veces	A veces	A veces
Intentan solucionar la deshabitación propia de la internación?	No	No	No	A veces	A veces

Le hablan al bebé?	Si	Si	Si	Si	A veces
Se han podido organizar con el trabajo y la atención de los demás familiares?	Si	No	No	A veces	A veces
Cambian el pañal del bebé?	Si	Si	Si	A veces	A veces
Bañan al bebé?	No	No	Si	A veces	No
Tratan de alimentarlo ustedes?	Si	Si	Si	Si	Si
Visitan al bebé siempre que pueden?	Si	Si	Si	A veces	Si
Te sacas leche si el bebé no puede succionar el pecho?	Si	Si	Si	Si	Si
Han buscado apoyo psicológico?	No	No	No	No	No
Mientras toma el pecho, lo miran o le hablan?	Si	Si	Si	A veces	Si
Creer en dios?	Si	Si	Si	Si	Si
Se apoyan en dios en este momento tan difícil?	Si	Si	A veces	A veces	A veces
Tienen alguna religión o creencia?	Si	Si	No	No	No
Tienen fe en algo o en alguien?	Si	Si	Si	Si	Si
Le encuentran algún sentido a lo que les esta pasando?	A veces	A veces	A veces	No	No

Entrevista: Total 25 preguntas

ANEXO IV

INSTRUMENTO FINAL

Tabla de observación:

Nº	PATRÓN	OBSERVACION	SI	NO	A VECES	NOTA:
1	ADAPTACIÓN AL ESTRÉS	¿Visitan al bebé?			(si pero no ingresan)	
2		¿Tocan al bebé los padres?			(expresan deseos)	
3		¿Cambian los padres el pañal del bebé?			(solo avisan que hay que cambiarlo)	
4		¿Alimentan al bebé?			(alimenta pero no lo mira a los ojos)	
5		Actitudes activas de los padres hacia la internación de su hijo			(activas pero no se relacionan con el bebé)	
6	ROL/ RELACIONES	¿Si llora lo calman los padres?			(si pero solicitan ayuda)	
7		¿Llama al bebé por su nombre?			(le habla pero no lo llama)	

Entrevista

Nº	PATRÓN	PREGUNTA	SI	NO	A VECES	¿POR QUE?
1	PERCEPCION/ CUIDADO DE LA SALUD	¿Preguntan o participan sobre el tratamiento del bebé?			Solo aclaran dudas relevantes	
2		¿Participan o preguntan sobre el cuidado del bebé?			Solo aclaran dudas relevantes	
3	ADAPTACIÓN AL ESTRÉS	¿Han buscado apoyo psicológico?			Preguntaron pero no buscaron	
4	ROL/ RELACIONES	¿Para poder organizarse o venir a ver el bebé, piden ayuda a vecinos o familiares?			Han pensado hacerlo	
5		¿Se ha mantenido la armonía del hogar durante la internación?			Han hecho esfuerzos por mantenerla pero no la consiguieron	
6	VALORES/ CREENCIAS	¿Busca apoyo en alguna religión o creencia?			Han pedido apoyo espiritual	
7		¿Tienen fe en algo o en alguien?			Desearía tener fe	

VII BIBLIOGRAFÍA:

- Sola, Augusto; Rogido Marta "Cuidados especiales del feto y el recién nacido" Ed. Científica Interamericana. Argentina. Año 2001
- Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. "Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal, significados atribuidos por el equipo de salud" Revista on – line Latino – am Enfermagem 2007 marzo – abril. www.eerp.usp.br/rlae
- Marshall Klauss y John Kennell, "asistencia del recién nacido de alto riesgo". Ed. Atlántida Año 1995.
- Edith Ylali Vega, "El psicoterapeuta en neonatología" Ed. Lugar. Buenos Aires. Año 2006.
- Griami Gruadas, José María. "Neonatología pediátrica", 3ra Edición. Ed. Médica Panamericana. Año 2002. Argentina.
- Kopelman, Arthur E. "Nuevo manual MERCK de información médica general". Ed. Océano, España.
- Reeder, Martin, Koviak, "Enfermería materno infantil" 17° Edición. Ed. Nueva editorial Interamericana, Méjico 1995.
- Quiróga, Ana. "Cuidado canguro". Comentario sobre la investigación de Nev Madalynn "Kangaroo Care: Is it for anyone?" en la revista "Temas de enfermería neonatal" Vol. 23. Revista N° 5 septiembre – octubre 2004.
- Dr. B. Sáenz Rico "la familia en el marco hospitalario: neonatología centrada en la familia". www.db.doyma.es
- Dr. Galván, P. "Atención en salud materna-infantil." www.quenoosseparen.info.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier España; 2005-2006.
- Carpenito L., R.N., M.S.N. "Manual de diagnóstico de enfermería" Pág 1 a 10. Cuarta edición. Ed. interamericana Mc Graw– Hill. Año 993.
- Morales Asencio, José Manuel. "Guía de actuación para la continuidad de cuidados en situaciones de afrontamiento familiar inefectivo" Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0237.pdf>
- HILL Reuben, citado por HERNÁNDEZ, Ángela. Estructura, Marco de referencia, Patrones de interacción y Psicoterapia de Familias Urbanas en Colombia. Santa fe de Bogotá, 1991, 132p. Trabajo de grado (Psicóloga). Universidad Santo Tomás de Aquino. Facultad de Psicología.
- APORTES a la Psicología. Modelo de trabajo preventivo con familias en extrema pobreza. 2 ed. Bogotá: Universidad Santo Tomás de Aquino, 1992. p. 185-193. Año 1. Serie 2.

- HERNÁNDEZ Ángela. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Santa fe de Bogotá: editorial el Búho. p. 79.
- Gordon, Marjory. “Diagnóstico enfermero”. Ed. Mosby/Doyma, 3ra edición, España, 1996