

**REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL**

***Funcionamiento familiar con un hijo prematuro en la  
unidad de cuidados intensivos del Hospital Civil “Dr. Miguel  
Silva”***

**Autor: Susana Tena Plaza**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestría en Psicoterapia Familiar**

**Nombre del asesor:  
Dra. Ma. Altagracia Santoyo Medina**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA**

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON UN HIJO  
PREMATURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DEL HOSPITAL CIVIL “DR. MIGUEL  
SILVA”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR**

**PRESENTA:**  
L.E.P. Susana Tena Plaza  
**ASESORA:**  
Dra. Ma. Altagracia Santoyo Medina

RVOE MAES-960402

CLAVE 16PSU0820A

**Morelia, Michoacán**

**ENERO DEL 2009**

## INDICE

<b>Agradecimientos.....</b>	
<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>9</b>
<b>Antecedentes del tema.....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>EL RECIEN NACIDO PREMATURO.....</b>	
<b>1.1 Concepto.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 Factores de riesgo de la madre .....</b>	<b>25</b>
<b>1.3 Aspectos Físicos y Psicológicos del recién nacido prematuro.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4 Complicaciones médicas de un recién nacido prematuro.</b>	<b>35</b>
<b>1.5 Los cuidados del recién nacido prematuro.....</b>	<b>40</b>
<b>1.6 Efectos comunes de la prematurez sobre el desarrollo.....</b>	<b>47</b>
<b>Capítulo II</b>	
<b>LA FAMILIA ANTE EL NACIMIENTO DE UN HIJO RECIEN NACIDO PREMATURO .....</b>	
<b>2.1 Funcionalidad.....</b>	<b>54</b>

<b>2.2 Ciclo vital de la familia.....</b>	<b>59</b>
<b>2.3 Flexibilidad del Sistema familiar.....</b>	<b>62</b>
<b>2.4 Funcionamiento Familiar.....</b>	<b>66</b>
<b>2.5 Enfoque de resiliencia.....</b>	<b>72</b>

### **Capítulo III**

#### **Recién Nacido Prematuro y Relaciones Familiares**

<b>3.1 Recién Nacido Prematuro en el contexto familiar .....</b>	<b>79</b>
--	-----------

#### **3.2 El Recién Nacido Prematuro y las Interrelaciones**

##### **Personales:**

<b>A) Con la madre.....</b>	<b>91</b>
<b>B) Con el padre.....</b>	<b>103</b>
<b>C) Con los hermanos y hermanas.....</b>	<b>106</b>
<b>D) Con los abuelos.....</b>	<b>107</b>

### **Capitulo IV**

#### **Aspecto Metodológico:**

<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>111</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>112</b>
<b>Variables.....</b>	<b>112</b>

<b>Muestra.....</b>	<b>114</b>
<b>Diseño de la Investigación</b> <b>.....</b>	<b>114</b>
<b>Instrumentos de</b> <b>evaluación.....</b>	<b>115</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>117</b>
<b>Análisis y discusión de los</b> <b>datos.....</b>	<b>118</b>
<b>Capítulo V</b>	
<b>Resultados.....</b>	<b>119</b>
<b>Capítulo VI</b>	
<b>Conclusiones.....</b>	<b>131</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>133</b>
<b>Limitaciones.....</b>	<b>135</b>
<b>Referencias</b>	
<b>Anexos</b>	

## **RESUMEN**

Un recién nacido prematuro o pretérmino es aquel que tiene menos de 37 semanas de gestación (Fanaroff-Martin, 1985), pesa 2.5 kg o menos y su longitud es de menos de 48 cm lo anterior como consecuencia de un parto prematuro (Hurlock, 1995).

El prematuro no tiene ningún dominio sobre su entorno, esto cambiará las reglas de interacción con los distintos entornos. (Saenz-Rico, 1995). La internación del recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) provoca reacciones diversas en los padres, que pueden interferir en la organización de la interacción y del funcionamiento familiar (Ruiz, 2005).

El objetivo de la investigación fue evaluar el funcionamiento familiar cuando existe un hijo prematuro dentro de la UCIN.

El estudio se realizó con 43 familias a las cuáles se les aplicó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Dr. Miguel Silva de la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

La metodología utilizada fue de corte transversal, descriptivo, con un enfoque cuantitativo no probabilística con un muestreo por cuotas.

De la 43 familia estudiadas el 84% tienen un involucramiento afectivo funcional, el 98% presentan patrones de comunicación funcionales, el 98% buena capacidad para resolver problemas y el 84% establecen patrones de control de conducta adecuados.

**PALABRAS CLAVE:** Familia, Funcionamiento Familiar, Recién nacido prematuro.

## **SUMMARY**

New born a premature or preterm is the one that has less than 37 weeks of gestation (Fanaroff-Martin, 1985), weight 2,5 kg or less and their length are of less than 48 cm the previous thing as a result of a premature childbirth (Hurlock, 1995).

The premature does not have any dominion on its surroundings, this will change the rules of interaction with the different surroundings. (Saenz-Rico,1995). The internment of new born the premature in the UCIN causes diverse reactions in the parents, that they can interfere in the organization of the interaction and the familiar operation (Ruiz ,2005) .

The objective of the investigation was to evaluate the family function when a premature son within the UCIN exists.

The study was made with 43 families to who Dr. was applied to them to the Questionnaire of Evaluation of the Familiar Operation in the Unit of Intensive Cares Neonatales of the General Hospital. Miguel Silva of the city of Morelia, Michoacán, Mexico.



The methodology used was of cross section, descriptive, with nonprobabilística a quantitative approach with sampling by quotas.

Of the 43 family studied 84% they have functional affective involvement, 98% present/display functional patterns of communication, 98% good capacity to solve problems and 84% establish patterns of conduct control adapted.

**KEY WORDS**: Family, New born, family function, premature.

## **INTRODUCCIÓN**

Un recién nacido prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación como consecuencia de un parto prematuro y pesa 2.5 kg o menos, su longitud es de menos de 48 cm. (Hurlock, 1995).

La tecnología moderna ha permitido que sobrevivan miles y miles de recién nacidos con un peso al nacer inferior a 1.500 gr. (Fanaroff-Martin, 1985).

Décadas de investigaciones científicas han reiterado que se requiere de una variedad de estímulos para alcanzar un desarrollo óptimo y que, por el contrario, condiciones de deprivación sensorial pueden causar serias alteraciones en el desarrollo del cerebro en crecimiento. Antes de nacer, el feto es expuesto a experiencias sensoriales de calidad que

promueven el proceso de sinaptogénesis, el cual comienza alrededor de las 30 a las 32 semanas y continúa en ritmo acelerado hasta mucho después del nacimiento. Los profesionales que trabajan con recién nacidos prematuros o con aquellos que crecen en condiciones donde los estímulos ambientales son limitados o de pobre calidad han descubierto que el desarrollo de estos recién nacidos está en desventaja comparados con recién nacidos de término o que reciben experiencias de calidad en su temprana edad. Los estímulos a los que se expone cualquier recién nacido que pudiera estar a riesgo de deprivación deben ser evaluados con el propósito de determinar si existe la necesidad de suplementar o modular sus experiencias sensoriales para ayudarlo a desarrollarse al máximo de sus capacidades (Vergara, 2004).

La prematuridad tiene efectos a largo plazo. Una gran cantidad de recién nacidos prematuros tienen problemas médicos permanentes o que continúan durante la infancia. Como regla general, cuanto más prematuro sea el recién nacido y más bajo sea su peso al nacer, mayor será el riesgo de que se presenten complicaciones. Sin embargo, se debe recalcar que es imposible predecir los resultados a largo plazo para un recién nacido, en particular basándose solamente en la edad gestacional o en el peso al nacer.

En la actualidad existe una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en la cual la familia ocupa un lugar

preponderante. El niño requiere de manera especial de su familia para obtener un cuidado holístico, ya que la hospitalización de un niño en estado crítico (sea éste un neonato prematuro extremo o de muy bajo peso de nacimiento y/o un lactante o niño mayor con problemas graves de salud), condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior. La familia se convierte en mediador no sólo de su crecimiento físico, sino también psicológico, social, espiritual y cultural. Ignorar esta dimensión psicológica relacional o dejarla al azar, puede conducir a un trastorno de la vinculación que incide en alteraciones del desarrollo, maltrato, abandono, y/o amplifica las desventajas neurológicas (Ruiz, 2005).

La familia, siendo el *contexto social* principal del recién nacido, debería ser incluida en el cuidado de rutina, ayudándolos así a participar en su "rol" de padres desde un principio. Las *actividades* podrían ser adaptadas; por ejemplo, la capacidad de lactar del recién nacido podría tal vez mejorar si la mamá le ofreciera un período de "mamá canguro" antes de lactarlo o si cambiara su posición o la del recién nacido mientras lo lacta; su interacción social podría mejorar si se le simplificara la actividad (hablarle sin mirarlo o mirarlo sin hablarle; abreviarle los períodos de interacción). Otras opciones de intervención irían dirigidas directamente al recién nacido. Por ejemplo, se le podría ofrecer succión no nutritiva por chupón antes de alimentarlo para

ayudarlo a organizar las estructuras oral-motoras para mejorar la succión nutritiva o se le podría ofrecer contención táctil para facilitar su interacción social y capacidad de concentrarse en la succión (Ruiz, 2005).

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados se requieren llevar a cabo investigaciones que permitan integrar a la familia por lo que el objetivo del presente trabajo es evaluar el funcionamiento familiar con hijos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En el capítulo I se habla acerca del recién nacido prematuro, algunos conceptos, así como, riesgos de los mismos y de la madre, aspectos físicos y complicaciones médicas. También se habla acerca de los cuidados especiales que los recién nacidos prematuros necesitan.

En el capítulo II se describe cómo es que la familia recibe la noticia de tener un hijo prematuro y cómo se modifica, ciclo vital y funcionalidad de la misma.

En el capítulo III, se habla acerca de las relaciones interpersonales que existen con el recién nacido y su contexto familiar.

En el capítulo IV se analizan los datos tomando como base el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) el cual consta de 40 reactivos y esta dividido en seis dimensiones: resolución

de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.

Capítulo V, se presentan los resultados, los cuáles muestran que el 84% de las familias tienen un involucramiento afectivo funcional, el 98% presenta patrones de comunicación funcionales, 98% buena capacidad para resolver problemas y 84% establecen patrones de control de conducta adecuados. Y finalmente en el capítulo VI se dan a conocer las conclusiones.

## **JUSTIFICACIÓN**

Estudios recientes han demostrado que un 49% de los recién nacidos prematuros que sobreviven sufren secuelas a los 30 meses de edad; 23% sufren minusvalías graves que se manifiestan en la obtención de puntuaciones de desarrollo mental inferiores a 3 o menos desviaciones estándar por debajo de la media, parálisis cerebrales tan graves que el niño no podía caminar y/o ceguera bilateral. Varios estudios de seguimiento también ponen de manifiesto dificultades de cálculo, trastornos de lenguaje y de la capacidad de atención y de percepción motriz durante la enseñanza primaria en los niños que habían pesado al nacer menos de 750 gr. Aproximadamente la mitad de

estos niños sufrirán problemas más delicados de atención y aprendizaje en una edad más avanzada . Una investigación reciente sobre la evolución de recién nacidos muy prematuros o con un peso al nacer extremadamente bajo señala que la frecuencia de retrasos en el desarrollo nervioso permanecen constantes hasta la década de los 80, lo que indica que , teniendo en cuenta las técnicas y los cuidados actuales, ya se han alcanzado lo límites de viabilidad, para que los recién nacidos prematuros sobrevivan en mayor número(Anales Nestlé, 2001).

En 2006 se registraron en Michoacán 20 mil 656 defunciones, 7.6 % fue de niños de 0 a 14 años (1577). De los fallecimientos de niños, 1006 (63.8%) fueron menores de un año de edad, 164.7 en infantes de 1 a 4 años. De los decesos registrados de menores de un año, 49.5 % falleció por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; 20.9% debido a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 5.6% por influenza y neumonía (INEGI, 2006).

Desafortunadamente el cuidado médico que requieren los recién nacidos prematuros, su estado fisiológico y la inmadurez de su organismo para preservar y desprenderse de manera adecuada ante los estímulos que reciben en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ha dado lugar a que muchos de ellos desarrollen secuelas permanentes.

El recién nacido prematuro al parecer desencadena movimientos significativos en el funcionamiento y dinámica familiar.

El funcionamiento familiar adecuado favorecerá el desarrollo integral a largo plazo disminuyendo así, la incidencia de secuelas y mortalidad neonatal.

El que la familia se involucre adecuadamente favorece el bienestar biopsicosocial del recién nacido para que así logre abandonar la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en menor tiempo y con un mejor desarrollo a largo plazo. Por lo tanto se requiere realizar estudios que involucren a la familia del recién nacido prematuro.

La posibilidad de crear una escuela para padres de recién nacidos prematuros dentro del hospital, integrando un equipo multidisciplinario que se encargue de orientar a los padres en cuanto a cuidados médicos, inquietudes, miedos y sentimientos provocados por el nacimiento de un hijo prematuro lo cual llevaría a un mejor funcionamiento familiar dentro de la UCIN y a largo plazo permitirá disminuir las secuelas en el desarrollo adecuado del individuo, mejor integración familiar y disminución de costos al sector salud.



## **ANTECEDENTES**

La prematuridad era antiguamente una causa importante de muertes infantiles, a comienzo de 1900 la gran morbimortalidad de los pacientes hospitalizados con enfermedades transmisibles hizo que se adoptasen medidas técnicas estrictas de aislamiento preventivo a los pacientes no infectados y a los prematuros, combatiéndose las medidas que permitiesen el acceso de los padres a las unidades, en la creencia de que constituían la fuente de las infecciones. Ya en 1907, Budín en el primer texto de neonatología «*The nursling*» apuntaba hacia la necesidad de inducir a las madres a amamantar a sus hijos prematuros; para ello ideó y preconizó la incubadora de paredes de vidrio que

permitía a la madre ver a su hijo con facilidad, potenciando de esta manera la relación madre-hijo (Saenz-Rico, 1995).

El hospital Sarah Morris de Chicago habilitó el primer centro hospitalario para prematuros en 1923, en el que siguiendo los preceptos de Budín, se favorecía la producción de leche de la madre en el hogar.

Desde los años 60, y en especial desde mediados de los 70, ha habido una sorprendente estabilidad en los porcentajes de morbilidad neonatal, provocando este fenómeno un aumento progresivo de la proporción de niños en situación de vulnerabilidad biológica en el total de la población. Con la disminución de la morbilidad neonatal de los niños prematuros de bajo peso al nacer, surge un nuevo enfoque de intervención, demandándose desde el ámbito hospitalario la actuación de especialistas en desarrollo infantil ante la continua preocupación por parte del cuerpo médico del aumento de la probabilidad de aparición de una mayor morbilidad neuroevolutiva (Saenz-Rico, 1995).

Históricamente el cuidado en las unidades de cuidados intensivos ha estado centrado en las necesidades físicas del niño; las necesidades psicológicas son secundarias e incluso las necesidades de la familia llegan a desaparecer o son aplazadas, consecuentemente las necesidades del niño y la familia no son vistas por igual y habitualmente no se reconoce que el niño depende de su familia para su sobrevivencia y para el alta desde la Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales ( UCIN ). Esta visión biomédica por la explosión tecnológica y la especialización, ha llevado a una fragmentación y deshumanización de los servicios de salud. Los padres son vistos por los profesionales como intrusos dentro de este ambiente altamente tecnificado y no son vistos como un apoyo al crecimiento y desarrollo del niño (Caballero, Fernández 1998).

En la 2ª guerra mundial, comienzan a ponerse en práctica enfoques innovadores en la asistencia del recién nacido de alto riesgo (Saenz-Rico de Santiago 1995).

Durante las últimas tres décadas varias teorías o escuelas de pensamiento han surgido, tratando de explicar el neurodesarrollo del recién nacido prematuro y de identificar el cuidado "ideal" para los recién nacidos dentro de las UCINS. En un inicio se creía que los recién nacidos que nacían prematuros sufrían de deprivación sensorial a consecuencia del acortamiento de su gestación, y que la discrepancia que existía entre el neurodesarrollo de los recién nacidos prematuros y los de término al llegar a las 40 semanas gestacionales era el resultado de dicha deprivación. Esta creencia dio origen a una variedad de programas de estimulación suplementaria que eran de beneficio para los recién nacidos estables y saludables, pero que resultaban ser muy deprimentes para los recién nacidos más

inestables o más enfermos. El Cuidado Individualizado de Apoyo al Desarrollo (CIAD) se basa en la teoría de desarrollo sinactivo neuroconductual propuesta por la Dra. Elsie Vergara.

Un punto clave en esta filosofía de cuidado es la capacidad del personal de la UCIN, inclusive los padres, de entender y reaccionar adecuadamente a las señales de comunicación – estrés y autorregulación – que cada bebé demuestre como resultado de cómo las experiencias sensoriales que está recibiendo están impactando sus subsistemas. Las señales observadas reflejan el nivel de tolerancia del bebé ante cada situación y las reacciones de estrés que está teniendo a consecuencia de que los estímulos percibidos excedan su nivel de tolerancia(Vergara, 2004).

Posteriormente aparece una teoría alterna en la década de los 80s que proponía que , los recién nacidos en las UCINS experimentan exceso de estímulos. Esta línea de pensamiento dio origen a los modelos de intervención neonatal basados en la modulación ambiental que existen hoy día, en los cuales se enfatiza la regulación o disminución de los niveles de luz, sonido, actividad y manejo en general en las UCINS.

Otro enfoque de intervención es el Cuidado Individualizado de Apoyo al Desarrollo (CIAD). El CIAD promueve la participación de la familia en la prestación del cuidado de su bebé, incluyéndola como miembro activo del equipo de atención neonatal(Vergara, 2004).

Con respecto a la prematuridad se han realizado diversos estudios con los cuales se ha llegado a distintas conclusiones; la necesidad de intervenciones educativas tempranas, el desarrollo madurativo del recién nacido de alto riesgo biológico puede ser interferido por factores de índole ambiental y sociofamiliar, la necesidad de apoyo psicológico y pedagógico, entre otros.

También existen modelos integradores que se emplean en la unidad de cuidados intensivos neonatales en los cuales se le da importancia a los padres para comenzar psicológicamente un proceso para la madre este modelo se interesa por las características del núcleo familiar como el ciclo vital de la familia, situación sociofamiliar, factores de riesgo psicosocial, percepción del acontecimiento, apoyo situacional suficiente y capacidad para generar mecanismos de afrontamiento (Saenz-Rico, 1995).

Otro programa es el de Cuidado Materno Canguro, aclamado por sus notables efectos clínicos, significa el contacto piel con piel entre la madre y su bebé recién nacido. Una de las mayores enseñanzas del proyecto CMC es que el recién nacido no debería de ser separado de su madre desde el nacimiento en adelante.

El Método Madre Canguro (MMC), según la OMS, constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del bebé en materia de

calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación y seguridad. En agosto de 2002, en Venezuela, se implantó el exitoso programa. Suecia, Estados Unidos, Perú, Bolivia, Chile, México y Holanda son algunos de los países donde se implementó el plan Canguro con el mismo éxito que en Colombia.

Estos hallazgos han sido de gran impacto en el establecimiento de políticas de salud y programas de intervención alrededor del mundo dirigidos al desarrollo y el bienestar de la niñez mediante la atención temprana. La implementación de políticas y programas de este tipo ha disminuido la prevalencia de deprivación sensorial en muchas regiones del mundo, particularmente en niños de niveles socioeconómicos bajos.

Como ejemplo se pueden señalar los numerosos beneficios que se han atribuido a los programas de "Head Start" (Comienzo Temprano) para pre-escolares de recursos limitados en los Estados Unidos. Los programas de "Arranque Parejo" en México están también enmarcados en conceptos de estimulación temprana. Estos sugieren comenzar la estimulación aun antes del nacimiento, durante la fase prenatal.

El país ha alcanzado importantes logros en materia de salud materna y desarrollo social, sin embargo enfrenta serios rezagos en este campo, lo cual representa un área de oportunidades en la lucha por

lograr mejores condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil.

La mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan a las localidades con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.

Se estima que en el país se embarazan alrededor de 2.5 millones de mujeres y aproximadamente 370,000 partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas. Se menciona que en México diariamente se registran cuatro defunciones maternas y 110 muertes en niños y niñas menores de un año de edad y la mayor parte de estas defunciones son por causas previsibles mediante una buena atención médica.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece como una estrategia el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, teniendo como propósito lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños y niñas desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida se realizan acciones que contribuirán a disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal e infantil, permitiendo además prevenir los defectos al nacimiento, con prioridad en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones, a través de un conjunto de intervenciones agrupadas en cuatro componentes sustantivos y reforzadas por cuatro componentes estratégicos.

El que se lleve a cabo el programa Arranque Parejo coadyuvará a reducir los rezagos que afectan a los pobres, fomentando la creación de redes sociales activas y conjuntando los esfuerzos de sociedad y gobierno en la búsqueda de un sistema universal de salud.

El propósito del Programa Arranque Parejo se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de las niñas y niños, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud en la población. Para dar respuesta a este compromiso, el programa establece un esquema operativo de 16 acciones básicas integradas en cuatro componentes sustantivos así como de 16 acciones de apoyo agrupadas en cuatro componentes estratégicos (Programa Nacional de Salud 2001-2006).

Por lo anterior se puede señalar que tanto en infraestructura como los recursos humanos en el rubro de la salud resultan insuficientes por



lo que es indispensable el apoyo de las familias, una parte que ha sido un poco olvidada dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de sus iniciativas para el "nuevo milenio" ha desarrollado un modelo o marco conceptual de intervención que ha cambiado radicalmente la perspectiva de intervención que se mantuvo por muchos años. Hasta el establecimiento de esta nueva perspectiva, los servicios de salud iban dirigidos primordialmente a corregir la patología existente en el individuo enfocando la intervención exclusivamente en el paciente o cliente. El nuevo marco conceptual se conoce como la *Clasificación Internacional de Función* (CIF, o ICF en inglés). Contrario a la anterior, esta perspectiva se enfoca en la promoción de *función* en personas con algún tipo de limitación, discapacidad, o enfermedad. En lugar de enfocarse en corregir la patología, ésta promueve la *participación* de la persona en actividades en las cuales el o ella interesa o tiene necesidad de participar, tomando en consideración *tres niveles* de prestación de servicios: *el individuo, la actividad, y los factores ambientales*, irrespectivamente de la patología existente.

En México dentro del Hospital Civil de Morelia, Michoacán se lleva a cabo un trabajo con los recién nacidos prematuros, los padres y las madres de los mismos están con ellos en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales (UCIN) en determinados horarios, aquí se ha tratado de llevar a cabo el Programa Mamá Canguro solo que con algunas modificaciones, como son; el que las madres no están las 24 hrs. del día con el recién nacido prematuro, enseñarse a darles de comer por medio de jeringas, entre otras cosas. Durante el tiempo que el recién nacido permanece en la UCIN los padres aprenden a cargar a los recién nacidos prematuros de una manera adecuada, darles masajes, cantarles, tocarlos, hablarles entre otras formas de estimulación. Los recién nacidos están en la incubadora el tiempo que no está la madre en la UCIN son dados de alta cuando el médico valora que la madre está "entrenada" para llevarlo a casa y cuidar de él sin dificultades.

El nacimiento no es el comienzo de la vida, sino sólo una interrupción del patrón de desarrollo que comienza de la época de la concepción. Es el momento en el que el individuo debe realizar una transición del ambiente interno del útero de la madre al mundo externo al cuerpo materno. Al hacerlo así, se tiene que adaptar a ser parásito, completamente dependiente de la madre para su supervivencia, a convertirse en un ser independiente.

El momento en que se realiza la transición, la experiencia perinatal, y los ajustes necesarios para ella, se conoce como "periodo del neonato". Aun cuando el tiempo necesario para que se produzca el cambio de local del cuerpo de la madre al mundo externo es raramente de más de 48 horas, incluso en los partos difíciles, el tiempo necesario para adaptarse al cambio es relativamente largo. La mayoría de los recién nacidos necesitan por los menos dos semanas y aquellos cuyo nacimiento es difícil o prematuro requieren proporcionalmente más tiempo para su adaptación (Hurlock, 1995).

### **1.1 RECIEN NACIDO PREMATURO**

#### **CONCEPTO:**

Un recién nacido prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación como consecuencia de un parto prematuro y

representa de un 8% a un 12% de todos los nacimientos a nivel mundial.

Al nacer, un recién nacido se clasifica como:

\*Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)

\*Término (de 37 a 42 semanas de gestación)

\*Postérmino o postmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación)

Si una mujer tiene el parto antes de 37 semanas, se llama parto prematuro y, con frecuencia, su causa se desconoce. Los embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc) conforman alrededor del 15% de los nacimientos prematuros en el mundo.

El aspecto físico de los recién nacidos prematuros es característico, presentan una cabeza grande, desproporcionada con respecto a las extremidades, tienen una piel muy fina y brillante que transparenta las venas y arterias superficiales, la masa muscular es pobre, con las palmas de las manos y plantas de los pies enrojecidos y con pocos surcos. Los genitales están poco desarrollados con los testículos todavía sin descender hacia el escroto y en las niñas, los labios mayores no cubren a los menores (Davis; Stein, 2007).

La premadurez es mucho más común y peligrosa para el desarrollo posterior que la postmadurez, cuando los recién nacidos pesan 2.5 kg o menos y su longitud es de menos de 48 cm, se dice que son

prematuros. Otra prueba adicional de premadurez es cuando la circunferencia de la cabeza es de menos de 32.69cm y la longitud de la corona a las corvas de menos de 31.7 cm. Puesto que el tamaño del cuerpo, hasta cierto punto, se ve afectado por la herencia, se utilizan criterios adicionales, tales como la situación de nutrición del recién nacido, la osificación y la evaluación neurológica (Hurlock, 1995).

La premadurez tiene mayores probabilidades de presentarse entre los primogénitos y esto explica, en parte, el índice más alto de mortalidad entre los primogénitos. Es también más común entre los recién nacidos de las clases socioeconómicas más bajas y entre los no blancos que entre los blancos. Las mujeres pequeñas tienen mayores probabilidades de dar a luz prematuramente que las de gran tamaño. La premadurez se produce con mayor frecuencia en los nacimientos múltiples que en los nacimientos simples.

Al respecto se han descubierto evidencias firmes de que muchas condiciones provocan la premadurez o contribuyen a ella; el apiñamiento uterino en los nacimientos múltiples, los ambientes prenatales desfavorables que se deben a la mala nutrición de la madre y las enfermedades en momentos críticos del embarazo.

Existen todavía evidencias más firmes de que la premadurez procede de un desequilibrio glandular en el cuerpo materno. Este

desequilibrio se debe, con frecuencia, a las tensiones emocionales prolongadas (Hurlock, 1995).

Los primeros diez minutos después de nacer son críticos en la vida del recién nacido. El **test de Apgar** se trata de una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos, y a veces, a los 10 minutos del nacimiento y permite valorar el estado general del recién nacido.

Los cinco signos que se evalúan son:

\*Ritmo cardíaco: frecuencia del latido del corazón.

\*Respiración: normal, lenta o nula.

\*Tono muscular: fuerza de los movimientos, flexión de las extremidades.

\*Reflejos: si el recién nacido estornuda o tose cuando se le aspira con una sonda nasal, indica una buena respuesta al estímulo.

\*Color de la piel: sonrosado, azulado o pálido

Cada uno de estos parámetros se puntúa de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza una puntuación máxima de 10. Si el resultado es de 8 a 10 puntos, indica que el recién nacido está en buenas condiciones. Si es de 4 a 7, indica que algo no va del todo bien y requiere actuación inmediata. Si es menor de 4, necesita atención de emergencia como respiración asistida o medicamentos. A los cinco minutos se realiza la misma evaluación, valorando la

adaptación del recién nacido observándose que el resultado deberá ser mayor que el primero y superior a 7 puntos.

El test lleva el nombre de su inventora, la Dra. Virginia Apgar, médico anestesista, quien en 1952 propuso estandarizar la respuesta de los recién nacidos a cinco parámetros clínicos.

A lo largo de más de 50 años, este método ha logrado reducir la tasa de mortalidad (tasa de muertes) al poder evaluar y prever complicaciones que conlleven riesgos y posteriormente la muerte del recién nacido y la tasa de morbilidad (tasa de enfermedades) evaluando la vitalidad de los recién nacidos inmediatamente después de nacer (Rovati, 2005).

## **1.2 FACTORES DE RIEGO DE LA MADRE AL DAR A LUZ UN RECIEN NACIDO PREMATURO.**

Los siguientes eventos y afecciones en la madre pueden contribuir a un parto prematuro:

- \*Preeclampsia
- \*Neufropatía
- \*Diabetes
- \*Infección

- \*Cardiopatía
- \*Falta de cuidados prenatales
- \*Mala nutrición
- \*Edad joven (una madre menor de 18 años)
- \*Drogadicción

Una mujer que haya tenido cualquiera de los siguientes problemas está en mayor de riesgo de presentar un parto prematuro:

- \*Parto prematuro previo
  - \*Un nivel alto e inexplicable de alfa-fetoproteína durante el segundo trimestre del embarazo
  - \*Enfermedades o infecciones no tratadas (como infección urinaria o infección de las membranas amnióticas)
  - \*Problemas con el útero o el cuello uterino
  - \*Ruptura prematura de membranas o placenta previa
- (Alabsi, 2007).

Otro de los aspectos que afectan por lo general a las madres es la depresión. Los pacientes con un humor deprimido (es decir, una depresión) presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de las depresiones. En



ellas se manifiesta una pérdida de energía que empeora el rendimiento escolar y laboral y disminuye la motivación para emprender proyectos. La inhibición es su trastorno fundamental, otros síntomas son los cambios en las funciones cognitivas, en el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual). Cambios que casi siempre afectan el funcionamiento social, laboral e interpersonal (Hornstein, 2006).

Los deprimidos presentan una visión pesimista de sí mismos y del mundo, así como un sentimiento de impotencia y de fracaso. Hay pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). La existencia pierde sabor y sentido. Se sienten aislados y abrumados por esa vergonzosa indiferencia hacia sus prójimos (Hornstein, 2006).

### **1.3 ASPECTOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DE UN RECIEN NACIDO PREMATURO.**

Mucho antes de que se realizaran estudios filosóficos, médicos o psicológicos del nacimiento, había muchas creencias tradicionales a ese respecto, estas se centraban en aspectos del nacimiento tales como el mejor día de la semana o la estación del año para nacer, los efectos del nacimiento sobre el niño, tanto en la época del recién

nacido como en el curso de su vida, los efectos de la prematurez y los modos para controlar los riesgos del parto para la madre y el niño.

Uno de los primeros psicólogos norteamericanos, William James (1842-1910) sugirió que la experiencia del nacimiento era tan traumática que dejaba al niño en un estado de shock. Los miembros de la escuela psicoanalítica sugirieron que hay un trauma psíquico como resultado de la ruptura de las relaciones del feto con la madre. Puesto que el nacimiento es el primer riesgo que experimenta el niño (Hurlock, 1995).

Cada experiencia influye en muchos aspectos del desarrollo en forma simultánea, si no es que en todos. Cuando un recién nacido experimenta hambre, llora y se le alimenta, experimenta sensaciones en el estómago, emocionalmente experimenta incomodidad y luego un alivio de la misma, socialmente la atenuación de esta incomodidad por parte de otra persona, lo lleva actuar de distintas maneras como por ejemplo, intelectualmente usar el llanto como una forma de comunicarse y conseguir una respuesta (Danoff, 1983).

Un recién nacido prematuro tiene órganos que no se han desarrollado completamente y, por lo tanto, necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Los problemas de este bebé se centran

en la dificultad para adaptarse al medio extrauterino por su inmadurez y su bajo peso.

Es importante conocer que el recién nacido experimenta su mayor crecimiento en las últimas 8 semanas de embarazo. En las primeras 32 semanas se adquiere 1/3 del peso total y en las últimas 8 semanas los 2/3 restantes. Lo mismo ocurre con la maduración de los órganos fetales, siendo necesarias las últimas 8 semanas de la gestación, para su autonomía extrauterina lo que puede tomar desde semanas a meses.

El período que va del nacimiento a la adquisición del lenguaje está marcado por un desarrollo mental extraordinario. Se ignora a veces su importancia, ya que no va acompañado de palabras que permitan seguir paso a paso el progreso de la inteligencia y de los sentimientos como ocurrirá más tarde (Piaget, 1985).

La dificultad para superar la enorme angustia ante el trauma del nacimiento es la razón más explicativa para comprender la desestimación en que se han tenido hasta hoy los hallazgos señalados por Freud, Abraham, Fenichel, Ferenczi, Rank, y Lietaert Peebolte, etc., con respecto a los núcleos prenatales del psiquismo ( Rascovsky, 1957).

Encontrándose el feto en la ventajosa circunstancia de que los esfuerzos fundamentales de adaptación al mundo real externo son

cumplidos por el organismo materno, puede prescindir de los objetos reales y mantener toda su orientación hacia el mundo interno ideal, constituido por el conjunto de la protofantasías heredadas y almacenadas en el ello.

El niño cuando nace tiene un Yo perceptor y efector suficientemente organizado y que desde tiempo antes estaba en tales condiciones esto lo revela el simple hecho de que un niño es viable y en condiciones de adaptarse al mundo externo real desde dos o tres meses antes del término habitual. Existen por otra parte, argumentos indiscutibles y evidentes para aceptar la existencia de una organización psíquica prenatal y un desarrollo ontogénico del psiquismo paralelo al desarrollo ontogénico de todo el organismo.

Al interrumpirse el suministro de alimentos, oxígeno, calor, etc. por vía del cordón umbilical, se engendra frustración de estas necesidades esenciales y el Yo es forzado a movilizarse reconociendo la existencia de estos suministros en el mundo exterior. Se inicia así una larga experiencia y reconocimiento de los objetos reales externos cuya característica física fundamental está dada por sus dimensiones espaciales y temporales. De esta manera el individuo en desarrollo reconoce el aire donde vuelve a encontrar el oxígeno perdido con el corte umbilical, el pecho donde reencuentra el suministro nutritivo, etc. Por consiguiente la primera función que desarrolla el Yo después

del nacimiento es la de adaptarse a los objetos reales externos de los que depende la subsistencia. Antes de nacer esta función era cumplida por el organismo materno, ésta come, respira, termorregula, etc. para el feto.

Esta relación con los objetos externos realizada por el organismo materno y desconocida para el feto, permite al psiquismo fetal mantener su característica principal, a saber; la intensísima relación del Yo con los objetos internos (Rascovsky, 1957).

Las características de la organización del psiquismo fetal están dadas por la inexistencia de la relación con los objetos externos reales y por la permeabilidad total en la relación del Yo con los objetos internos ideales.

El Yo sigue en su proceso evolutivo, un desarrollo estrictamente paralelo con el desarrollo de su relación con los objetos. Constituye un proceso integrativo que comienza en la relación inicial con el objeto interno durante la organización prenatal y que se completa después del nacimiento con las proyecciones e introyecciones que modifican las representaciones internas originales y también los objetos externos sobre las que se proyectan.

El Yo prenatal es totalmente permeable para los contenidos del Ello puesto que no se ha instituido aún la represión primaria que se

establecerá luego con el nacimiento. El libre flujo de los contenidos y cargas psíquicas desde el Ello al Yo es paralelo al incondicional suministro físico existente a través del cordón umbilical. En esa forma el Yo va reproduciendo las representaciones del Ello. El Yo realiza su metamorfosis mediante vivencias que siguen los patrones de identificación brindados por esas representaciones del Ello (Rascovsky, 1957).

Para la salud mental se piensa que es esencial que el lactante y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continua con su madre (o madre sustituta permanente), donde ambos encuentren satisfacción y disfrute (Trad, 1992).

Bowlby (1958) estructuró uno de los primeros modelos de afectividad-apego. Según este autor, al cumplir el primer año de edad, ya casi todos los pequeños han establecido un lazo con un progenitor o sustituto del mismo y les resulta doloroso romperlo. Asimismo, indica que cuando los niños son separados de la madre durante una hospitalización, sus reacciones tienden a seguir un patrón de tres etapas semejante al proceso de duelo en adultos. La describe como la ira, desesperación y desapego. En la primera de ellas, el chico protesta por la separación con llanto y busca al progenitor. En la segunda, deja de llorar y ya no busca al progenitor. En la última, de

desapego, el lactante reanuda sus actividades normales, pero si se reúne con el encargado de cuidados durante o luego de esta fase, no emitirá respuesta alguna ante él. Bowlby definió el apego como un conjunto de respuesta instintivas (como sonreír, llorar y seguir a alguien) que vinculan a la madre con su pequeño, y sugería que ello tenía como propósito biológico original protegerlo de peligros. Mantener la proximidad entre madre e hijo es el medio conductual de alcanzar esta meta.

Las primeras relaciones de apego del lactante pueden servir de modelo para vínculos posteriores, según teorías de algunos investigadores como Sroufe (1983) se postula que existe cierta coherencia de desarrollo en todas las transformaciones de conducta. Man, Kaplan y Cassidy (1985) describen el modelo de funcionamiento interno del apego como un conjunto de reglas conscientes e inconscientes para organizar la información relativa al apego. (Trad, 1992) Ainsworth(1973) explica el apego como una relación. Ella lo define como un lazo afectivo que una persona forma con otra persona específica.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que para que surja un apego seguro, es más importante la calidad que la cantidad de los contactos. Sin embargo, se ha visto que la separación prolongada de una persona de apego o la inexistencia de ella da lugar

a problemas graves. El lactante que no cuenta con un modelo para relacionarse, casi siempre tiene dificultades para aprender esto más adelante. Aisworth (1973) opina: "el efecto más notable a largo plazo del abandono prolongado y acentuado en la lactancia y primera infancia, fue la incapacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales profundas y significativas; es decir la imposibilidad de entablar apego".

En el caso de que un pequeño cuya permanencia en un hospital o guardería de internado es prolongada, es posible que la experiencia de pérdida se repita varias veces ya que establece un apego transitorio con una serie de enfermeras y encargados de cuidados quienes finalmente se van.

Esta serie de perturbaciones gradualmente pueden provocar que el chico deje de interesarse y acabe por suspender su conducta de apego (Trad, 1992).

El prematuro está sometido a los estímulos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), en un momento especialmente sensitivo del desarrollo neurológico que requiere un soporte ambiental armónico y equilibrado, de tal manera que no sólo el desarrollo cognoscitivo y emocional, sino también el estrato biológico de dicho desarrollo y la estructura y funciones del Sistema



Nervioso Central (SNC) pueden verse influenciadas por la calidad de los estímulos ambientales que reciba. El niño de bajo o excesivo bajo peso al nacimiento no tiene ningún dominio sobre su entorno, ya que sería incapaz de sobrevivir sin la ayuda de la tecnología; está pues, a merced de sensaciones que pueden ejercer efectos perjudiciales sobre el desarrollo del cerebro fetal, es por lo tanto que contamos con un cerebro en un niño de excesivo bajo peso hipersensible más que inmaduro para recibir y procesar la información sensorial, y esto podrá condicionar el comportamiento a largo plazo de este tipo de poblaciones (Saenz-Rico, 1995).

El nacimiento es una de las crisis que el ser humano tiene que enfrentar. Es una verdadera prueba de resiliencia biológica y psicológica. Cambio de temperatura , ruidos, luz, manipulación. Tener que respirar, comer, digerir, etc.,. Sólo tiene algo que lo une a la seguridad de la etapa anterior, el latido del corazón materno. Este cambio coexiste con una crisis de transformación de la madre. Además, es también una etapa importante para la familia, en la que tendrán que asumirse nuevos roles; padre, madre, hermano, abuelo (Martínez, 2003).

Por lo anterior es importante que los padres realicen las acciones siguientes al recién nacido; presencia del padre en el parto y período perinatal, abrazarlo antes de que corten el cordón, colocarlo entre los

senos, iniciar la lactancia cuanto antes, para aprovechar el valor inmunitario del calostro, darle masajes rítmicos muy suaves, hacer que su mirada se encuentre con la de la madre, en cuanto esté alerta, hablarle usando palabras melódicas y tranquilizadoras, mantenerlo al lado de la madre, incorporarlo rápidamente a la familia, incluir al padre en las tareas de estimulación de higiene (Martínez, 2003).

#### **1.4 COMPLICACIONES MEDICAS DE UN RECIEN NACIDO PREMATURO.**

Un recién nacido prematuro tendrá bajo peso al nacer, menos de 5.5 libras (2.500 gramos) y los síntomas comunes en un recién nacido prematuro abarcan:

- \*Problemas respiratorios como enfermedad de la membrana hialina (conocida también como síndrome de dificultad respiratoria o SDR)

- \*Episodios de ausencia de la respiración (apnea)

- \*Alimentación deficiente

- \*Piel delgada, lisa, brillante, casi translúcida

- \*Piel transparente (se pueden ver las venas bajo la piel)

- \*Rasgos de arrugas

- \*Cartílago del oído suave y flexible

- \*Vello corporal

\*Llanto débil

\*Bebés usualmente inactivos que sin embargo pueden presentarse extrañamente activos inmediatamente después de nacer

\*Clítoris agrandado (en las niñas)

\*Escroto pequeño y desprovisto de pliegues (en los niños)

\*Enfermedad de membrana hialina de síndrome de microatelectasia múltiple

\*Taquipnea transitoria

Es posible que el recién nacido prematuro presente baja temperatura corporal y que muestre signos de problemas respiratorios.

El prematuro es diferente al recién nacido de gestación completa y por lo tanto no debemos esperar que actúe como éste ya que comienza a vivir en un ambiente sensorial muy diferente del intrauterino (Velsid, 2006).

Aún cuando muchos niños que nacen prematuramente no sufren a largo plazo los efectos de la premadurez, otros lo hacen. Los peligros más comunes de la premadurez son las dificultades de ajuste a la vida postnatal, sobre todo el establecimiento de la respiración, lesiones cerebrales debidas al estado de subdesarrollo del cráneo para proteger el cerebro durante el proceso del parto y las muertes tempranas.

Los recién nacidos que pesan menos de 1.8 kg al nacer se retrasarán un mes o más en los primeros dieciocho meses de su vida; los que pesan de 1.8 a 2.3kg al nacer, alcanzarán la norma para sus edades hacia los nueve o diez meses de edad (Hurlock,1995).

La experiencia demuestra que la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. Numerosas investigaciones documentan esta situación (Ruiz ,2005).

La conducta de los recién nacidos de bajo peso o extremadamente bajo peso es diferente de la conducta de los recién nacidos a término, y esta diferencia cambiará las reglas de interacción con los distintos entornos. Cuando un niño nace a término y sano, éste está preparado para captar las influencias del ambiente extrauterino con toda su intensidad y puede con relativa rapidez después del nacimiento establecer el control de su conducta y organizar sus funciones fisiológicas, funciones digestivas, etc.; pero cuando nace un neonato pretérmino, esto afecta su habilidad para mantener la organización de su conducta y de sus funciones fisiológicas de forma transitoria o

permanente, según sea la causa de esta desorganización (Saenz-Rico,1995).

Muchos factores influyen en el índice de mortalidad durante el periodo neonatal. Existen diferencias sexuales, por lo que se dice que mueren más niños que niñas, aun cuando tengan el mismo peso al nacer. Las diferencias raciales son marcadas de tal modo que los blancos tienen un índice más alto de mortalidad al nacer. Las mujeres que experimentan embarazos llenos de tensiones tienen más dificultades en el parto y poseen mayores probabilidades de nacer muertos, fallecer poco después del parto o tener alguna deformación congénita.

Dentro de los prematuros, cabe diferenciar a los prematuros grandes, esto es mayores de 34 semanas, con pesos cercanos a los 2 kg, que pueden llegar a requerir controles neonatales especiales, pero que tienen excelentes posibilidades ya que suelen estar maduros para vivir fuera del útero (Hurlock, 1995).

Los menores de 34 semanas requieren internación en terapia intensiva neonatal y mayor será su permanencia en ella cuanto menor sea su edad. Los prematuros de 25 a 28 semanas suelen requerir de 2 a 3 meses de internación. Los menores de 30 semanas y peso menor a 1000 gr tienen alto riesgo de perder la vida, tanto más

cuanto menos especializado sea el centro neonatal en que nacen (Hurlock, 1995).

Un aspecto importante a considerar es el nivel económico de la familia ya que es un factor de influencia, de modo que el índice más alto de mortalidad se produce en las familias de niveles económicos más bajos. La mala dieta prenatal de las madres, en los grupos de bajos recursos económicos, contribuye al elevado índice de mortalidad neonatal. Cuanto más prolongado sea el periodo de gestación, tanto menor será el índice de mortalidad en el periodo neonatal. Finalmente, la mortalidad varía con el tamaño del recién nacido. Cuanto menor sea el recién nacido, tanto mayor será el riesgo de muerte (Hurlock, 1995).

Cuanto más pequeño e inmaduro, mayores son los riesgos de enfermedades del recién nacido. Los sistemas respiratorio, nervioso, digestivo, renal, inmunológico y la visión pueden estar comprometidos.

El sistema respiratorio es uno de los más afectados. Los pulmones, para poder funcionar correctamente y realizar el intercambio de oxígeno hacia los tejidos del recién nacido, necesitan una sustancia llamada surfactante, que impide el colapso de los alvéolos pulmonares. El recién nacido prematuro tiene poco surfactante y esto le impide llenar sus pulmones con el aire ambiental. A este problema

se le denomina síndrome de membrana hialina. Básicamente el recién nacido no puede expandir sus pulmones y respirar por sí solo. Se le debe administrar surfactante artificial y soporte respiratorio con aparatos especiales (Jonson, 2006).

### **1.5 LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO PREMATURO**

En el desarrollo de estrategias para afrontar esta situación de riesgo biológico, el papel de los recursos familiares, así como este nuevo concepto de soporte y cuidado del desarrollo, constituyen dimensiones que hoy por hoy se deben contemplar en la línea de actuación de los servicios de neonatología, bajo este marco de actuación la familia se convierte en objetivo prioritario de intervención en pro de realizar una atención global a los neonatos de alto riesgo biológico.

En la India el masaje infantil forma parte de un ritual ancestral que las madres practican con sus hijos. En Europa, en cambio, apenas hace tres décadas que se aplican este tipo de técnicas de relajación. Según la Asociación Española de Masaje Infantil (AEMI), "los beneficios en los recién nacidos son incuestionables, desde la estimulación positiva de todos sus sistemas vitales (circulatorio, respiratorio, inmunológico, endocrino y nervioso) hasta el alivio de episodios como el estreñimiento, los cólicos, los gases o el siempre

molesto e inconveniente de las secreciones nasales y pulmonares". Pero, quizá, el mayor beneficio radique en la interacción que a través de ellos establecen los padres con sus hijos, una vez que aprenden a darlos. Antes, sin embargo, han de superar las sensaciones de angustia, culpa, ira, temor, negación o ansiedad que sienten ante su hijo prematuro (Sánchez, 2006).

Hay pruebas de que parte del retraso en el desarrollo, común entre los niños prematuros, se podría superar, al menos en forma parcial, si se les proporcionara una mayor estimulación, sobre todo en los primeros días de la vida postnatal. Los recién nacidos prematuros sometidos a caricias, incluso mientras permanecían en sus cunas aisladas de la maternidad, se indicó que eran más activos, recuperaron el peso con mayor rapidez y resultaron más sanos que los que no recibían esa estimulación (Hurlock, 1995).

Bergman, ha estado investigando el proyecto Mamá canguro (CMC) durante doce años. Habla de restaurar el modelo original de cuidado temprano bebé / madre, puede lograr bebés más felices y saludables, en vez del modelo actual de incubadora, botella y alimentar con fórmula.

Bergman (2005) resume que, tomando en cuenta el comportamiento de los animales mamíferos, hay muchos errores en nuestra forma actual de tratar al recién nacido. El se basa en los



recientes descubrimientos de la neuroendocrinología y explica que es el mismo recién nacido quien empieza y dirige el proceso de contacto afectivo, con la ayuda del contacto con la piel de la madre.

El método de Mamá Canguro se lleva a cabo a través de procedimientos especiales que los médicos y los padres deben seguir al pie de la letra, a continuación se mencionan los procesos y requerimientos a seguir:

- Posición Canguro: El bebé se coloca en estricta posición vertical, en medio del pecho de la madre, bajo su ropa. Mientras el niño se mantenga en posición canguro puede ser alimentado en cualquier momento. Cualquier otra persona puede compartir el rol de la madre como un proveedor de la posición. La persona canguro, mientras duerme, debe recostarse medio sentada. La posición se mantendrá hasta que el infante ya no la tolere más o cuando logre regular su temperatura corporal.

- Política de alimentación: lactancia materna exclusiva, siempre que sea posible. El objetivo es lograr una tasa de ganancia de peso cercana a la del crecimiento intrauterino durante el tercer trimestre de embarazo (15-20 gramos por kilo, por día, hasta la 40 semana de la edad postconcepcional).

- El método de Mamá Canguro puede ser ofrecido a los recién nacidos tan pronto como superen problemas relacionados con la

adaptación a la vida extra uterina, la regulación de su temperatura en un ambiente neutral térmico (incubadora) y la habilidad de mamar, chupar y respirar coordinadamente.

La implementación del programa mamá canguro ha traído como consecuencia importantes avances para proteger la vida de los recién nacidos prematuros pues en primera instancia se ha logrado reducir considerablemente la tasa de mortalidad, además se ha conseguido que los niños prematuros respiren mejor, se establezca su frecuencia cardiaca y consigan la temperatura normal de su cuerpo rápidamente (Bergman, 2005).

Expertas neonatólogas también afirmaron que a través de este programa las madres se sienten más cerca de sus hijos y más responsables de ellos, se reafirma su vínculo e incluso se ha notado que estos bebés consiguen pesos más elevados que los de los que nacen con un peso "normal".

Es fundamental para los padres sentirse integrados en la toma de decisiones, información, acceso a la historia clínica, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; en resumen, se trata de favorecer la participación de ellos como un miembro más del equipo que atiende a su hijo. La oportunidad de los padres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a elaborar estos sentimientos de

pérdida y facilita el acercamiento hacia él, es decir se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada (Ruiz ,2005).

Cuando se presenta un parto prematuro y no se puede detener médicamente, el equipo médico se preparará para un parto de alto riesgo. La madre se puede llevar a un centro médico que atienda específicamente recién nacidos prematuros, por ejemplo, una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En algunos casos, a la madre se le pueden administrar esteroides con el fin de ayudar al desarrollo de los pulmones del recién nacido. Al nacer, el recién nacido se lleva a una sala de recién nacidos para casos de alto riesgo y se lo coloca en un calentador o en una máquina llamada incubadora que controla la temperatura del aire.

Debido a que los recién nacidos prematuros usualmente son incapaces de coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación, se les puede colocar una sonda de alimentación en su estómago. En los recién nacidos muy prematuros, la alimentación se puede realizar a través de una vena ( intravenosa).

Si el recién nacido prematuro tiene problemas respiratorios, se le puede colocar una sonda en la tráquea y una máquina llamada

respirador le ayudará a respirar. Igualmente, se le administra oxígeno.

Los cuidados de enfermería son necesarios hasta cuando el recién nacido prematuro alcanza un peso corporal de más o menos 2.260 kg (5 libras) y puede alimentarse por la boca y mantener la temperatura corporal. En los bebés muy pequeños, otros problemas pueden complicar el tratamiento y se puede necesitar un período de hospitalización más prolongado (Ruiz ,2005).

Además de poder “leer” o entender las señales de comunicación de los recién nacidos prematuros, el personal debe poder ayudarles a desarrollar respuestas de autorregulación y a minimizar o evitar sus reacciones de estrés para favorecer su neurodesarrollo durante la estancia hospitalaria y, potencialmente, a largo plazo. Dado que este modelo enfatiza la inclusión de la familia en el cuidado del recién nacido prematuro, otro aspecto fundamental del Cuidado Individualizado de Apoyo al Desarrollo (CIAD) es el apoyo a los padres y la capacitación en su rol como proveedores principales del cuidado de sus niños.

Aunque el CIAD es un modelo individualizado de atención neonatal que requiere capacitación especializada, las siguientes intervenciones basadas en el modelo pueden ser implementadas en las UCINs para promover el neurodesarrollo de los recién nacidos prematuros:

Modulación ambiental: reducir la luz que recibe cada neonato; reducir los niveles de sonido dentro de toda el área de la UCIN, sobre todo, en el ambiente inmediato a la incubadora; reducir los niveles de actividad, tratando de interrumpir lo menos posible el sueño de los recién nacidos prematuros.

Posicionamiento: debido a la falta de control sobre el subsistema motriz, los recién nacidos prematuros tienden a adoptar posturas inadecuadas y muy diferentes a la postura intrauterina. Esto se puede contrarrestar con ayuda externa (nidos, rollos de sábanas) para promover una postura adecuada: cuello en posición neutral, protracción de hombros, flexión de extremidades superiores, manos cerca de la cara, elevación del tronco preferiblemente en decúbito prono (si está conectado a un monitor), flexión y aducción de miembros inferiores. En resumen, se debe promover la flexión generalizada con el cuello en posición neutral.

Succión no nutritiva: una estrategia que ha demostrado ser de gran ayuda para promover la flexión y la autorregulación de los recién nacidos prematuros dentro de la UCIN es la succión no nutritiva (chupón). El chupón debe ser de un tamaño adecuado a la cavidad oral del recién nacido prematuro.

Inclusión de la familia: es importante capacitar y apoyar a la familia para ejercer su rol, el cual es el cuidar de su bebé. Esto puede incluir darle oportunidad para bañar a su bebé, cambiarle el pañal, vestirlo, alimentarlo y contenerlo durante procedimientos dolorosos o estresantes. Estas actividades dan confianza a los padres y los preparan para asumir el cuidado total de su bebé al ser dado de alta, pero el beneficio más importante de la inclusión familiar es que la oportunidad de ejercer el rol paternal facilita la vinculación entre padres e hijo desde la UCIN. (Vergara, 2004)

## **1.6 EFECTOS COMUNES DE LA PREMADUREZ SOBRE EL DESARROLLO POSTERIOR.**

Los recién nacidos prematuros tardan más en alcanzar el auge del crecimiento que caracteriza los primeros meses de la vida. En su primer años los recién nacidos prematuros tienen más enfermedades, sobre todo trastornos respiratorios, y nasofaríngeos. Conforme aumenta su edad, sufren ligeramente más de defectos físicos tales como la mala nutrición, el enanismo y la obesidad. El defecto más grave que se asocia a la premadurez es el de las lesiones ocultas, como resultado de la anoxia.

Los niños prematuros se sientan, se ponen de pie y caminan a una edad posterior que los de plazo completo y los que son más pequeños al nacer son los que tienen un mayor retraso a este respecto. Se encuentran más casos de deficiencias mentales graves entre los prematuros que entre la población en general.

Los niños que nacen prematuramente utilizan el habla pueril durante más tiempo y tienen más defectos de pronunciación que los recién nacidos de plazo completo. Son muy sensibles a los sonidos y los ruidos, conforme aumenta su edad, se distraen con facilidad debido a los ruidos y son más sensibles a los colores y los objetos en movimiento (Hurlock, 1995).

Algunos recién nacidos prematuros son "bebés amables" pero la mayoría son tímidos, petulantes, irascible y negativos. Los rasgos nerviosos, tales como el chuparse el dedo y morderse las uñas, y los trastornos conductuales, tales como berrinches y la tendencia a llorar con frecuencia, son más comunes entre los prematuros.

El no dominar tareas de desarrollo apropiadas para su edad significa que realizarán malas adaptaciones sociales y esto conducirá adaptaciones personales deficientes en muchos casos.

En general, los niños nacidos prematuramente se adaptan mejor durante los primeros años de vida que más adelante. Como recién nacidos, tienden a ser tímidos, a apegarse mucho a sus padres y a ser

más dependientes que los recién nacidos de plazo completo de la misma edad. En los años preescolares y de la escuela primaria, muestran más tipos de conductas problemáticas, sobre todo dificultades de alimentación. La conducta desorganizada e hipercinética, los modales nerviosos y la propensión a los accidentes son especialmente comunes entre los prematuros que sufren lesión cerebral al nacer (Hurlock,1995).

La reacción de la pareja paterna frente a un recién nacido prematuro varía si se trata de un primer hijo o de un hijo que sigue a otros no enfermos.

La posibilidad de aceptar la constitución de una familia a partir de una determinada patología en los hijos recién nacidos depende en buena medida de la capacidad de los padres para reacomodarse a una situación que suma a la exigencia de un rol no desempeñado hasta ese momento, la exigencia intrínseca a la atención especial de la condición patológica. El tipo de respuesta que pueden dar los padres en este caso estará determinada por el estilo particular con que la pareja enfrente situaciones caracterizadas por la exigencia,



comprendiendo en este estilo su capacidad para afrontar dificultades, su convicción acerca de la fortaleza de cada uno y de los dos juntos, su modo particular de organizarse para cumplir tareas y el grado en que desde sus familias de origen se les otorga confianza en cuanto a sus posibilidades de manejarse autónomamente con eficacia.

Cuando se trata de un recién nacido prematuro que sigue a otros hermanos sanos, la situación se complica en parte por que se trata de la adaptación que debe realizar todo el grupo familiar, y no sólo los padres, a la situación de enfermedad (Kornblit, 1996).

Con respecto a la actitud de los padres frente a los hijos caben dos posibilidades; que se produzca cierto abandono hacia ellos, en función de la dedicación exigida por la patología del recién nacido o que se dé una actitud de sobreprotección hacia los otros hijos, por ejemplo con ocultamiento de la situación de enfermedad.

El riesgo de que la familia se estructure disfuncionalmente frente a esta situación tiene que ver con la frecuente delegación que la pareja paterna tiende a realizar, por la cual uno de los padres se dedica con mayor intensidad al recién nacido patológico, y el otro a los restantes hermanos. Si bien ésta es una pauta necesaria en las primeras etapas del contacto madre-hijo, la esterotipia en tal patrón lleva a la constitución de algo así como "dos bandos", que resta posibilidades para un crecimiento armonioso del grupo familiar.

Es común que una madre que ha estado peleando intensamente por la vida de su hijo, se "afloje" en el momento en que éste empieza a recuperarse, iniciando una leve desconexión con él que, como es obvio, no favorecerá su evolución.

Lo disfuncional para el grupo familiar en las primeras etapas de la vida de un recién nacido patológico es que uno de los padres cargue solo con el mayor peso, con el pretexto de ahorrar dolor al otro, considerado como el más débil.

Es también importante favorecer el recontacto precoz de la madre con el resto de los hijos, lo cual, por otra parte, es un factor de ayuda en el proceso de recomposición de la autoestima personal y de la pareja tras el golpe que significa la llegada de un recién nacido patológico. Es importante la participación de los hermanos en el enfrentamiento de la situación y es capital que se marque con claridad que el problema del recién nacido patológico es atribución especial de la pareja paterna y no de ellos.

La aparición de muestras ostensibles de rechazo frente al recién nacido patológico por parte de los hermanos es una función de la particular estructuración del patrón aceptación-rechazo que se da a nivel de todo el grupo familiar, y que la expresión del polo rechazo en el subsistema familiar tiene que ver con la intolerancia al

reconocimiento de tales sentimientos por parte del subsistema parental (Kornblit, 1996).

Los modelos más contemporáneos en la atención al neonato de alto riesgo ponen el énfasis en la red de fuerzas interactuantes en el seno de los sistemas familiares, dichos modelos han contribuido a que se intente identificar las variables capaces de mitigar los efectos de las tensiones que supone para la familia la presencia de un hijo prematuro (Saenz-Rico ,1995).

La hospitalización de un hijo constituye entonces, una crisis familiar paranormativa o accidental, es decir, aquella que se produce por eventos percibidos como catastróficos por la familia. Estos últimos, son eventos inesperados, que representan una amenaza para la supervivencia familiar, y que debido a las circunstancias en que se presenta deja a quien la experimenta con una sensación de intenso desvalimiento (Caballero,Fernández 1998).

Es importante el apoyo cuando llega un recién nacido prematuro a la familia, y que no sólo el equipo médico, en cuanto aporte técnico, participe activamente en las primeras etapas de la atención del recién nacido patológico. Si se trata de una condición aguda que no deja necesariamente secuelas, la participación activa de la familia durante la internación facilitará la conexión con el recién nacido prematuro

cuando éste pueda ser dado de alta. De lo contrario, el período de internación se transforma en un compás de espera tras el cual se produce el “nacimiento”, después que el recién nacido prematuro se considera fuera de peligro, tras una paternidad atribuida al equipo asistencial.

Por el contrario, la participación activa de la familia permite que si la evolución es favorable, sea vivida como un logro del grupo, lo que pasará a formar parte de su haber (Kornblit, 1996).

El repertorio conductual de un recién nacido de muy bajo peso es limitado, por lo que los progenitores deben esforzarse por mantener esas conductas. Las conductas maternas influyen en el funcionamiento del niño y/o viceversa, sin embargo el éxito o fracaso en los esfuerzos adaptativos del recién nacido es proporcional a la habilidad de la madre en reconocer y responder a sus señales y depende del grado de sensibilidad materna para recibir dichas señales y estimarse así misma como modelo de estimulación (Saenz-Rico ,1995).

Todos los humanos pueden estar expuestos, en ciertas ocasiones de sus vidas, a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias de enfrentamiento. El estado de crisis esta limitado en

tiempo y casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, por lo que se puede esperar que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más alto o más bajo. La resolución final de las crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante por un lado y, por el otro, los recursos personales del individuo, en este caso de los miembros de la familia, como actitudes, experiencias, criterios, tradiciones, cohesión, adaptabilidad, fuerza , etc.. así como los recursos sociales, del individuo y de la familia como tal (Martinez,2003).

## **2.1 Funcionalidad**

Se dice que una familia es *funcional* cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con su etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno (Caballero, 1998).

Quien pretenda analizar la función de la familia debe abstraerse de prejuicios e ideas preconcebidas y debe tener el convencimiento de que por un tiempo, va a formar parte del sistema que está analizando.

Entre los aspectos Funcionales de la dinámica familiar se incluyen los flujos, que son de distinta índole y que transportan información y energía. Se valoran aspectos tales como las reglas, creencias, alineamientos, alianzas, coaliciones, triangulaciones, límites y jerarquía al interior de la familia.

Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es importante que la enfermera/o comprenda cuál es el patrón cultural y la identidad étnica de la familia, sus creencias, costumbres y hábitos, de manera que pueda integrar estos aspectos en el cuidado del niño críticamente enfermo (Caballero Muñoz, 1998).

Los teóricos en sistemas familiares ven la familia como un sistema abierto que funciona en relación con un contexto sociocultural mayor y que evoluciona a lo largo del ciclo vital (Hales, 1996).

En relación con el funcionamiento familiar hay muchos factores que influyen, algunas veces son cuestiones culturales otras veces sucesos externos que se presentan como es el tener un hijo prematuro.

La interacción en un sentido biopsicosocial, significa que existen múltiples influencias entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, esta interrelación ocurre en un contexto temporal, de forma que las influencias multigeneracionales y del ciclo vital afectan el funcionamiento y contexto actual (Hales, 1996).

Los miembros de la familia reaccionan ante cualquier cambio solo que de distinta manera, como sabemos son un sistema en el cual si alguien se ve afectado todos los demás empiezan a sentirlo, así es que cuando un recién nacido prematuro llega a la familia es un cambio importante ya que despierta ciertos temores, claro como se sabe un recién nacido implica muchos cambios en la vida de una familia por lo tanto un recién nacido prematuro que necesita más cuidados que los demás.

La teoría familiar sistémica sostiene que los individuos se relacionan entre sí de forma tal que el cambio en un miembro afecta a

otros individuos y al grupo en su conjunto y esto por su parte afecta al primer individuo en una cadena circular de influencias.

Los conceptos de normalidad y patología dependen más de situaciones o contextos particulares, que de criterios objetivos invariables pues, en esencia, función y disfunción, o normalidad frente a patología, deben definirse en relación con el ajuste entre el individuo/familia y su contexto, y las necesidades psicosociales (Hales ,1996).

Las familias tienen distintas maneras de afrontar los problemas o posibles cambios que se presentan dentro del ciclo vital, todo depende de la capacidad para resolver problemas y de la flexibilidad de la misma, si la familia se adapta bien a los cambios que se le presentan tendrá más posibilidades de funcionar de manera adecuada.

El funcionamiento de cualquier familia debe valorarse de acuerdo con su efectividad para organizar su estructura y sus recursos frente a los retos que se le presentan a lo largo del ciclo vital (Hales ,1996).

Uno de los requisitos básicos para que los sistemas familiares funcionen bien es su adaptabilidad familiar (Olson, 1988).

Otra de las dimensiones centrales de la organización familiar es la cohesión. Las familias deben balancear las necesidades de proximidad y conexidad con las diferencias individuales y el distanciamiento.



Las familias con un buen funcionamiento se caracterizan por un claro sentido de unidad familiar, con fronteras permeables que las conectan con la comunidad (Hales ,1996).

Los criterios vertidos con respecto a lo que es funcional o disfuncional han sido diversos, la mayoría de ellos retoman la concepción ideal para facilitar la evaluación familiar, llegándose así a establecer cuatro categorías para determinarlo; funcionamiento sintomático que es visto desde la perspectiva clínica se considera normal a una familia cuando no presenta síntomas de disfunción, o alguno de sus miembros no tiene alguna patología. Es decir, existe bienestar y tranquilidad en el hogar, así, se tendría que la ausencia de síntomas sería sinónimo de salud; funcionamiento familiar óptimo que define a la familia considerando las características ideales, así, las familias óptimamente funcionales son vistas en la cima de un continuum, respecto al promedio de las familias asintomáticas ubicadas en el rango medio y las familias disfuncionales se encontrarán en la parte baja. El término saludable se refiere al éxito o ideal familiar que encaja en el modelo basado en los valores a menudo es considerado en términos de la realización de las tareas familiares, particularmente en el desarrollo afortunado de los hijos (Martinez; Sierra, 2000).

Al conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de la familia se le llama estructura familiar. Existe cinco parámetros dentro de esta estructura que permiten dilucidar lo funcional o disfuncional del grupo familiar. Tales parámetros son: 1) jerarquía o autoridad, 2) límites, 3) alianzas, 4) centralidad o territorio y 5) geografía (González, 2004).

Es muy importante que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo más normal o funcional consiste en que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible.

Una familia adecuadamente organizada tiene sus límites claramente definidos. Los límites son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales.

Las alianzas es el nombre que recibe la asociación, abierta o encubierta, entre dos o más miembros de la familia.

El territorio es el espacio que cada quién ocupa en determinado contexto.

La geografía se refiere al esquema que representa –en forma gráfica y sencilla- la organización de una familia, y proporciona datos para entender la dinámica familiar. Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia al ir a dormir, al comer, al viajar en coche (González, 2004).

## **2.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

La familia tiene que gestarse (gestación), formarse (formación), tiene o debe crecer (extensión), tiene que decrecer (contracción) y tiene que desaparecer (disolución), igual que cualquier organismo vivo o sistema constituido por seres vivos. Pero la familia como institución no desaparece, el ciclo comienza de nuevo cuando ésta da origen a otras familias, cuando sus hijos se casan.

La gestación es el cortejo, la formación se inicia con el matrimonio. La extensión comienza el día que nace el primer hijo y continúa con el nacimiento de todos los hijos y el desarrollo de éstos, lo cual implica también la maduración de la familia. La contracción empieza al dejar la casa los hijos, para estudiar o casarse, y continúa con el envejecimiento y la jubilación de los padres, así como con el matrimonio de todos los hijos, que van a reiniciar el ciclo al formar sus propias familias. La disolución se inicia con la muerte del primer padre, culmina al morir el otro y así termina el ciclo para ella (Martínez, 2003).

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir, constantemente recibe e inicia descargas de y hacia el medio

extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de desarrollo que enfrenta. Como sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres características; tiene una estructura, presenta su desarrollo, desplazándose a través de diferentes etapas que exigen una reestructuración y tiene la capacidad de adaptación, o sea, de acomodarse a las situaciones cambiantes de modo tal que mantiene su continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La familia es en realidad, un sistema vivo, cuyo desarrollo ocurre por estadios dentro de la dimensión temporal: pasa a través de una serie de "épocas", cada una consistente en un periodo de plateau y un periodo de transición. Los periodos de plateau, presentan una estabilidad estructural relativa, mientras que durante las transiciones se verifican transformaciones psicológicas y estructurales profundas. Para decirlo como Minuchin (1971) hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de funciones y capacidades apropiadas, y también se dan períodos de desequilibrio. Estos últimos provocan un salto hacia un nuevo y más complejo estadio en el cual se desarrollan nuevas funciones y nuevas capacidades (Andolfi, 2003).

Las distintas etapas del ciclo de vida familiar están remarcadas por eventos particulares significativos: los nacimientos y las muertes, las separaciones y las uniones, las inclusiones y las exclusiones de los

miembros, por lo tanto se refieren a los cambios estructurales de la familia. Por ejemplo; la separación de la familia de origen y la formación de una nueva pareja, el nacimiento de los hijos, su crecimiento progresivo hasta la desvinculación, el envejecimiento y la separación de la pareja parental por la muerte de uno de los cónyuges.

Junto a estos momentos críticos en la vida de la familia, que pueden considerarse fisiológicos porque pertenecen a su desarrollo, existen otros que no son característicos de la evolución familiar y a menudo no están previstos, por otro lado siguiendo la terminología de Terkelsen (1980), hay dos clases de eventos que impulsan el paso hacia una nueva fase: Eventos normativos esperados, aquellos justamente previsibles, que suceden regularmente en la mayor parte de las unidades familiares y que suscitan transformaciones periódicas globales de la estructura, que siguen a cambios de estatus de los individuos (matrimonio, nacimiento de un niño, entrada en la adolescencia, pasaje a la edad adulta, nacimiento de un nieto, etc.) y después están aquellos eventos para normativos, inesperados o difícilmente previsibles que multiplican las modificaciones de la estructura relacional del sistema familiar (separación, divorcio, muerte imprevista, enfermedad de uno de los miembros, etc. ) (Malagoli, 1992).

Una familia es el resultado de múltiples y complicados vínculos, los cuales hacen las veces de armazón, sistema de soporte o esqueleto de una familia, sin el cual el grupo sería como una masa informe.

A partir del matrimonio hasta el embarazo del primer hijo debe valorarse el encuentro de las familias de origen, la incrustación de personas ajenas al vínculo llegadas del exterior, amigos y parientes; la capacidad de ajustarse al medio externo como pareja; los rituales prematrimoniales y el matrimonial; las expectativas y fantasías frente a la luna de miel, la vivencia real de ésta; la elección de la casa donde vivir; cómo fueron los primeros meses de convivencia, las experiencias de la toma de decisiones conjuntas; los primeros ocultamientos y engaños sobre afectos y hechos concretos; el nivel de satisfacción de necesidades de uno y del otro; el manejo de la frustración y el contacto de la pareja con la realidad social (González, 2004).

### **2.3 FLEXIBILIDAD DEL SISTEMA FAMILIAR**

Es importante saber que dependiendo de cómo sea la familia va a tener distintas maneras de organizarse para resolver un problema y

adaptarse a la situación por la que esta pasando, o también puede suceder que no logre adaptarse y generar un caos en el sistema.

La resolución de problemas hace referencia a la capacidad de una familia para resolver problemas normativos y no normativos a los que se enfrenta para mantener un funcionamiento familiar efectivo (Epstein, 1978). "Las familias con un buen funcionamiento no se caracterizan por la ausencia de problemas, sino por su capacidad para resolverlos" (Hales ,1996).

Las familias que se enfrentan a un problema suelen perder la perspectiva del tiempo. Sus miembros pueden quedar abrumados por sus sentimientos inmediatos, atrapados en el pasado (una relación no resuelta), o paralizados ante un futuro que les atemoriza como la muerte de un miembro importante(Hales,1996).

Cuando una familia se enfrenta a un problema puede caer en caos porque no sabe que hacer o no conoce el problema, por ejemplo cuando un miembro de la familia tiene una enfermedad que la familia no conoce se genera más estrés y ansiedad debido a la falta de conocimiento del problema porque no saben que hacer o como tratarlo y se empiezan a generar muchas preguntas sin respuesta que hacen que los miembros de la familia se desesperen y no sepan que hacer.

Las familias con recién nacidos prematuros no saben como atender a su bebé y tienen que pasar por un período de aprendizaje para saber como alimentar a su bebé, como bañarlo, cargarlo, cambiarlo, etc... debido a que no es un bebé como todos sino que es mucho más pequeño de lo normal y al que no están acostumbrados a ubicar como un bebé.

Por lo general cuando nos enfrentamos ante algo desconocido respondemos con temor ya que no sabemos como reaccionar o solucionarlo, hay algunas personas que reaccionan de manera negativa, negando el problema y pretendiendo que todo esta bien, o la situación les causa mucha ansiedad y prefieren ser distantes ya que así no pueden "dañar" a nadie, hay muchas maneras de reaccionar ante las situaciones difíciles y dolorosas.

Las familias pasan por diferentes etapas y cada etapa tiene ciertas características, éstas producen cambios en la familia debido a que sufren un reacomodo, por ejemplo al principio solo se encuentra la pareja después empiezan a tener hijos y comienzan a producirse cambios debido a la llegada de los hijos, desde el espacio dentro de la casa, los gastos económicos se incrementan, los tiempos entre otras cosas, después hay cierta calma la familia comienza a adaptarse a los nuevos cambios , posteriormente los hijos crecen y comienzan a irse de casa entonces la familia comienza de nuevo a sufrir cambios para



volver a readaptarse y así sucesivamente el sistema familiar constantemente pasa por una serie de cambios y vuelve a la tranquilidad se adapta. (Hales, 1996).

Cabe señalar que la familia moderna reduce por regla general a la pareja de cónyuges más los hijos solteros menores de edad. La familia comienza con la celebración del matrimonio, para tras un cierto período de tiempo (más o menos largo, según el número de hijos) reducirse de nuevo a la pareja de cónyuges. En la medida que aumentan las expectativas de vida, aumenta también el período de tiempo que la pareja pasará sola tras concluir el ciclo familiar. El ciclo familiar concluye en el momento en que los hijos alcanzan la mayoría de edad, han terminado su formación profesional y abandonan el hogar paterno para fundar su propia familia (Hales, 1996).

Si en la familia las relaciones interpersonales son afectuosas, sociables, cálidas y dinámicas, favorecerán la salud mental de las personas. El ser humano es un ser esencialmente social influido profundamente por sus relaciones interpersonales. Las buenas relaciones interpersonales con cada uno de los miembros de una familia propician el bienestar individual, familiar y social, lo que permite una mayor satisfacción emocional (González,2004).

El hallazgo más frecuente que reportan algunos estudios es que en los hogares pobres las relaciones entre los géneros son menos igualitarias que en los sectores medios.

García y Oliveira (1994), encontraron relaciones de género más equitativas en los hogares de mujeres de sectores medios que trabajaban en comparación con las de sectores populares residentes en varias ciudades mexicanas. Las mujeres más favorecidas se involucraban más activamente en la toma de decisiones del hogar, habían tenido un papel destacado en el control de la fecundidad y tenían garantizada la libertad de movimientos. Por el contrario, las mujeres pobres, aunque trabajaran, consideraban, en gran medida, que el marido era el responsable del presupuesto y señalaban que él era la autoridad y el jefe de la casa. Asimismo, en un número importante de situaciones tenían que pedir permiso para salir de la casa. (Secretaría de Educación Pública, 2000).

## **2.4 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

A través del tiempo la familia nunca ha sido la misma, siendo su transformación el resultado de un incesante proceso de evolución. Las formas de la familia se amoldan a las condiciones de vida que privan en un lugar y tiempo dado, de lo que se deduce que la función de

cada uno de los miembros también cambia y evoluciona junto con la familia, aunque siempre conserva una determinada estructura.

El padre y la madre como guardianes psicológicos de la sociedad, cumplen con la responsabilidad primordial de la socialización de cada uno de sus miembros a fin de favorecer el desarrollo de los valores, normas y patrones de conducta que sean aceptables y necesarios para la convivencia dentro del grupo social particular, adaptando así la necesidad individual a las necesidades sociales y viceversa (González, 2004).

El concepto de familia varía de acuerdo con el enfoque de quien lo emite. Acerca de la familia, se han pronunciado poetas, escritores, artistas, juristas, políticos, periodistas, filósofos, teólogos, pedagogos, sociólogos, psicólogos, médicos y psiquiatras. Especialistas en cibernética, teoría de la comunicación, teoría de los sistemas, han hecho sus aportes, ello nos da la idea de la importancia de esta institución (Martinez, 2003).

Para algunos terapeutas familiares, la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grupo primario de adscripción. Para la teoría general de sistemas, todo organismo es un sistema. De acuerdo con este enfoque, la familia es considerada un sistema abierto, o sea, como un conjunto de elementos, ligados entre

sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y con el exterior (Martinez, 2003).

En la familia mexicana actual, la figura preponderante es la madre en cuanto a presencia y cercanía en relación con los hijos. Amén de que el mexicano como padre es ausente por herencia e identificación con su propio padre, la verdad es que las exigencias de la vida moderna contribuyen mucho a fomentar la situación (Sandoval, 1988).

Cualquiera que sea la estructura de la familia, ésta debe cumplir con las funciones que permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante. Para muchos, es una institución formada por sistemas individuales que interaccionan y que constituyen a su vez un sistema abierto. La familia formada por individuos, es también parte del sistema social y responder a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas.

La familia, como unidad social primaria, universal, debe ocupar una posición central para la comprensión de la salud y de la enfermedad, para el diagnóstico y el tratamiento. El primer ambiente social para todos los seres humanos es la familia; en consecuencia, es una institución sociocultural importante (la base de la sociedad), y todos los grupos humanos han diseñado prescripciones y

prohibiciones tradicionales para asegurar que en ella se puedan llevar a cabo sus tareas biológicas y culturales (Sandoval, 1988).

Por lo tanto la familia, como unidad de supervivencia, tiene ciertas metas y funciones específicas en el desarrollo interpersonal de sus integrantes, como son el cuidado de la misma; la satisfacción de las necesidades materiales; la promoción del desarrollo de identidad a nivel personal, familiar y social; desarrollo del aprendizaje y la realización creativa de sus miembros en forma individualizada; la oportunidad para adiestrarse en tareas de participación social, incluyendo el rol sexual (González, 2004).

Familia funcional: Conserva su homeostasis , tiene una estructura adecuada, permeable y abierta que permite el crecimiento en cada uno de sus miembros, es fuente de seguridad e intimidad, afecto y salud.

Familia disfuncional: No hay mecanismos adecuados en la resolución de conflictos, funciona como un sistema cerrado y esta constituido por la falta de estabilidad.

Como unidad de supervivencia, la familia tiene las funciones siguientes: satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros, satisfacer las necesidades físicas, establecer patrones positivos de relaciones interpersonales, permitir el desarrollo de la identidad

individual de cada uno de sus miembros, favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado, promover el proceso de socialización y estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros (Sandoval, 1988).

La familia tiene una estructura psíquica dinámica, que como en el individuo, contiene elementos y leyes de comportamiento universales que aplican en todas las familias del mundo.

Toda estructura psíquica familiar tiene tres sistemas de interacción: a) consciente, b) preconscious y c) inconsciente esto significa que los miembros se moverán permanentemente en una interacción de los tres sistemas y que el conflicto puede presentarse en cada uno de ellos o entre los tres juntos.

Un aspecto importante es el hecho de que la estructura familiar debe pasar por etapas de desarrollo que corresponde, por una parte, al desarrollo individual que cada uno logra, y por otra, pertenecen a etapas de toda la familia como tal. Lo anterior implica que una familia evoluciona y no es posible que permanezca fijada o detenida a etapas de desarrollo que no les corresponde. El desarrollo de una familia debe satisfacer a todo el grupo y al individuo (González, 2004).

El funcionamiento familiar es un fenómeno muy complejo que puede ser evaluado de diferentes maneras, pero cada una de ellas presenta un problema específico.

La evaluación puede estar basada en la observación de los miembros de la familia en interacción; otra manera de evaluar el sistema familiar es recopilar información de cada uno de los miembros para que describan la relación familiar como un todo.

Desde que el ser humano nace, la comunicación es el factor más importante para determinar qué tipos de relaciones interpersonales tiene la persona. A fin de hacer esto, es preciso considerar las características de la comunicación humana; en primer lugar, se le divide en dos áreas básicas: verbal y no verbal. La comunicación no verbal es toda acción. Toda la conducta es comunicación no verbal; es todo mensaje analógico, todo aquel que posee características de lo que transmite (González, J. 2004).

El concepto de normalidad o salud se puede agrupar en cuatro perspectivas básica de acuerdo con las categorías de Offer y Sabshin (1966,1971). Las familias normales pueden definirse en términos de funcionamiento asintomático, funcionamiento promedio, funcionamiento de procesos transaccionales y funcionamiento óptimo.

**Funcionamiento familiar asintomático:** la familia se considera normal al no existir síntomas recientes de disfunción o psicopatología en los miembros de una familia. En esta definición la ausencia de

síntomas equivale a salud. Este concepto ha sido utilizado básicamente para comprender mejor el funcionamiento de las familias "normales" como un grupo homogéneo, en comparación con las familias de pacientes emocionalmente perturbados.

**Funcionamiento familiar promedio:** Las familias cuyo funcionamiento es óptimo están tan desviadas de la norma como las severamente disfuncionales. Ya que la mayoría de las familias tiene problemas ocasionalmente, un problema por sí mismo no implica que la familia no sea normal.

**Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales:** Las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales característicos de todos los sistemas. Lo "normal" se define en contextos temporales y sociales y varía con las diferentes demandas, ya sea internas o externas, que se requieren para la adaptación mediante el ciclo vital de la familia.

**Funcionamiento familiar óptimo:** El término familia sana generalmente se refiere a una familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, en términos de cumplimiento de tareas familiares, principalmente el desarrollo exitoso de las descendencia (Velasco; Luna, 2006).



## **2.5 EL ENFOQUE DE RESILENCIA**

La llegada del recién nacido prematuro a la familia sin duda trae muchos cambios dentro de ella, la misma tiene que adaptarse a diversas situaciones especiales que tienen que aprender, dependerá en gran parte de la familia que estas adaptaciones sean exitosas.

El concepto de resiliencia es decir, la capacidad de soportar las crisis, adversidades y recobrase, ofrece valiosas posibilidades a los enfoques de la investigación, intervención y prevención que procuran fortalecer a las parejas y a las familias (Mucci, 2005).

El enfoque de resiliencia muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a una familia inerme en la cual se determinarán daños. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y, a veces, las transforman en factor de superación de la situación difícil.

Los individuos resilientes son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad , es decir, estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente

hasta madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no se debe considerar como una capacidad estática. Es el resultado de un equilibrio entre diversos factores como son autoestima, seguridad, tipo de familia y la personalidad del ser humano. Uno puede estar más que ser resiliente; lo cual nos permite afirmar que no es que la persona o la familia resilientes estén todo el tiempo poniendo de manifiesto su resiliencia, sino que en los momentos de riesgo, los factores protectores son usados con efectividad para salir airosos de la situación. La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo (Martínez, 2003).

Al consolidar la resiliencia familiar, se fortalece a la familia como unidad funcional y se le da la posibilidad de inculcar esa capacidad para todos sus miembros (Mucci, 2005).

Es común constatar que en los momentos críticos, cada familia presenta distintos modos de enfrentar situaciones similares, o aún utilizando las mismas modalidades, difieren en los resultados que obtienen. Se ha encontrado en realidad, que cuando las familias

deben afrontar más de un evento estresante, su vulnerabilidad y su capacidad regenerativa efectiva, están estrechamente influenciadas también por la forma como ellas viven e interpretan las situaciones críticas que deben afrontar. Esto quiere decir, que la entidad del evento crítico, no está dada solamente por las características del evento mismo sino también, y en gran medida, por las interacciones entre estas, el significado que les atribuye la familia y el momento en el cual se dan (Andolfi, 2003).

La superación de los momentos críticos, aparece unida por lo tanto, no solo a su calidad o intensidad, sino también al grado de "amenaza" que se les atribuye por parte de la familia misma y a los recursos que ella está en capacidad de poner en acción frente a ellos. Por esto, cuando la familia no logra actuar y hacer un cambio se bloquea en una etapa del ciclo vital, interrumpiendo la evolución, pueden surgir problemas y perturbaciones, expresiones de una disfunción momentánea dentro de una familia que no es capaz de afrontar un cierto "evento" y, contemporáneamente, pueden ser considerados un intento para producir un cambio. (Andolfi, 2003).

Entre las condiciones que se asocian al nacimiento y afectan a las actividades de los padres esta el resentimiento de los padres contra el trabajo y las privaciones, si el cuidado del recién nacido en el hogar

requiere más trabajo, más gastos, más noches de insomnio y más privaciones que las que esperaban los padres, todo ello puede conducir a resentimientos contra el recién nacido.

Si el médico se preocupa por las dificultades que tienen el recién nacido para ajustarse a la vida postnatal y se mantiene al niño más tiempo en el hospital que lo normal, los padres se vuelven ansiosos, se preocupan y se sienten infelices. Se preguntan si el recién nacido llegará a ser alguna vez una persona normal, tanto desde el punto de vista físico como del mental.

La preocupación por la supervivencia, sobre todo después de los partos difíciles y prematuros, se realiza cuando el recién nacido debe recibir cuidados especiales e intensos en el hospital y no lo dan de alta durante muchos días o varias semanas, después del tiempo habitual. Esto hace que los padres se preocupen por la capacidad para cuidar de su bebé en el hogar (Hurlock, 1995).

Existen diferentes ambientes que favorecen la resiliencia como son; la presencia de adultos accesibles, responsables y atentos a las necesidades de niños y jóvenes. Pueden ser padres, tíos, abuelos, maestros u otras personas que muestren empatía, capacidad de escucha y actitud cálida. Además es importante que expresen su apoyo de manera que favorezca en los niños y jóvenes un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismos, la existencia de expectativas

altas y apropiadas a su edad, comunicadas de manera consistente, con claridad y firmeza. que le proporcionan metas significativas, lo fortalezcan y promueven su autonomía, y le ofrezcan oportunidades de desarrollo.

Se suele considerar que la resiliencia reside en cada individuo y se descarta a la familia por entender que en este sentido es disfuncional.

Se habla de una concepción sistémica de la resiliencia, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo y se presenta el concepto de resiliencia familiar atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia.

Al ampliar la comprensión del funcionamiento normal de la familia, este concepto brinda un marco útil para identificar y apuntalar ciertos procesos claves que permiten a las familias superar las crisis o los estados persistentes de estrés.

La resiliencia relacional puede seguir muchos caminos variando a fin de amoldarse a las diversas formas, recursos y limitaciones de las familias y a los desafíos psicosociales que se les plantean.

Un conjunto de creencias y narrativas compartidas que fomenten sentimientos de coherencia, colaboración, eficacia y confianza son esenciales para la superación y el dominio de los problemas.

Las intervenciones destinadas a robustecer la resiliencia familiar tienen particular relevancia para sortear los rápidos cambios sociales y la incertidumbre que hoy enfrentan las familias (Mucci, 2005).

Mientras que una crisis o un estado persistente de estrés puede derrumbar a algunas familias; otras emergen de ellos fortalecidas y con mayores recursos.

El enfoque centrado en la resiliencia procura identificar y apuntalar ciertos procesos interactivos fundamentales que permiten a las familias soportar los mecanismos disociadores y recobrase. Al adoptar la perspectiva de la resiliencia se deja de ver a las familias como entidades dañadas y se las empieza a ver como grupos capaces de enfrentar los desafíos reafirmando sus posibilidades de reparación.

Este enfoque se funda en la convicción de que tanto el crecimiento del individuo como el de la familia, pueden alcanzarse a través de la colaboración ante la adversidad.

Las investigaciones sobre resiliencia familiar buscan indagar acerca de la resiliencia individual , destacando la influencia decisiva de las relaciones y del apoyo social para luego proponer una concepción sistemática de la resiliencia desplazando el foco de los rasgos individuales a los procesos de interacción que deben ser comprendidos en su contexto ecológico y evolutivo (Mucci,2005).

Pueden variar las tensiones previsibles en las épocas normativas de transición en el ciclo vital (la jubilación, el divorcio, o un nuevo matrimonio), pasando por la pérdida súbita del empleo o la muerte imprevista de un miembro fundamental de la familia hasta las prolongadas tensiones que impone la migración o la violencia urbana.

La forma en que una familia hace frente a tales desafíos es decisiva para su recuperación o la de los individuos que la integran.

La resiliencia abarca numerosos y variados procesos recursivos a lo largo del tiempo, desde el modo en que una familia se prepara ante una crisis, hasta las disociaciones causadas por sus secuelas inmediatas y adaptaciones mediatas.

Procesos muy eficaces para abordar ciertos desafíos pueden no servir para otros.

La resiliencia relacional incluye los esquemas organizativos, los procesos de comunicación y de resolución de problemas, los recursos comunitarios y la reafirmación de los sistemas de creencia.

Tiene especial importancia una coherencia narrativa que ayude a los miembros de la familia a conferir sentido a sus experiencias de crisis, y genere colaboración, eficacia y confianza en la superación de los retos que sufre la familia (Mucci, 2005).

### **3.1 EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL CONTEXTO FAMILIAR**

La prematurez ha ocupado un lugar significativo a través de los diferentes periodos históricos.

Autores como Palacios, Moreno, Hidalgo (1998) refieren que hasta principios de la década de 1980, los padres carecían de ideas sobre sus hijos, no tenían expectativas respecto a su calendario evolutivo, no se preguntaban por qué actuaban de una u otra manera, estaban desprovistos de creencias relacionadas con su crianza y de valores con respecto a su educación. Además sus conductas como padres estaban fundamentalmente determinadas por las conductas previas de sus hijos, en un juego conducta-respuesta-conducta cuyas reglas venían determinadas por los modelos interaccionistas al uso.

Los bebés humanos, al igual que los de la mayoría de las especies, nacen con un repertorio de conductas y características que ejercen con efectividad una influencia en la conducta de los que le rodean. En los recién nacidos, la señal más importante es el llanto, que es considerablemente efectivo para elicitare respuestas del adulto deseoso de eliminar el llanto del niño. La motivación del adulto parece insistir tanto en su deseo empático o altruista de aliviar el malestar del niño



como un deseo egoísta de poner fin a una señal que considera molesta. Además el adulto considera a los recién nacidos, especialmente si son suyos, especialmente atractivos, hecho que posibilita que los bebés reciban una considerable cantidad de estimulación social (Lamb, 1983).

Es importante considerar a la familia y sus cambios a través de la historia para poder comprender las conductas esperadas socialmente por sus miembros (madre, padre e hijos). Indudablemente la familia mexicana actual es el resultado de la mezcla entre dos culturas que básicamente tenían organizaciones semejantes en cuanto a tradición y costumbres.

Anteriormente la mujer fue vista como un objeto sexual cuya consecuencia fue concebir hijos de hombres que no las consideraban dignas de ser sus esposas y posteriormente no reconocieron a estos hijos que crecieron sin padre y con mucho resentimiento hacia él. Así, el rol de la mujer indígena fue aceptar la tradición local en cuanto a la superioridad del hombre sobre la mujer y el sometimiento de los hombres a los mayores.

Este hecho histórico constituyó un gran impacto para el país, las características propias de esta cultura más las que surgen del proceso de adaptación a las nuevas condiciones favorecen una nueva combinación de rasgos psicosociales los cuales al ser analizados por

Santiago Ramírez, Díaz Guerrero, Octavio Paz, Oscar Lewis (citados por Rodríguez, 1991), los llevará a establecer generalizaciones de tipo ideológico, o también llamados estereotipos. Encontrando que los rasgos que caracterizan a los mexicanos han dado pauta al establecimiento de los estereotipos de machismo y madre abnegada.

La madre abnegada o también llamada síndrome de la mujer sufrida, se caracteriza por un ideal de sumisión entrega, constancia, lealtad, sacrificio, enfatiza el valor de la fertilidad y del ideal hogareño (Martínez, Sierra, 2000).

Uno de los cambios sociodemográficos más importantes que ha tenido lugar en México es el descenso de la fecundidad, que ha llevado a un decremento en el tamaño medio de las familias. Sin embargo, hay que recordar que, debido al efecto de una estructura por edad todavía joven, los aumentos absolutos en el tamaño de la población aún son elevados.

Los resultados de análisis sobre trabajo doméstico en áreas urbanas señalan que se han ampliado las horas que las mujeres pobres dedican a éste, porque ahora se producen artículos o prestan servicios que antes se compraban o buscaban fuera de las unidades domésticas (alimentos parcialmente preparados , por ejemplo) De esta suerte , las mujeres adultas, esposas y madres, amplían el número de horas dedicadas al trabajo de la casa y participan en el

mercado de trabajo, pero no reciben más ayuda por parte de los hombres adultos (García, 1999).

En México existen dos tipos de familias; la llamada familia nuclear que está formada por padre, madre e hijos y la familia extendida muy frecuente en México que es uno de los pocos países en donde todavía se conserva este tipo de organización. Esta familia extendida es aquella formada por los familiares del padre y de la madre, tales como los progenitores de ambos, los hermanos otros familiares cercanos (Sandoval, 1988).

Es importante conocer las características de las familias mexicanas y sus influencias culturales a través del tiempo ya que pueden favorecer o perjudicar la conducta de cada uno de los miembros de la familia, el ambiente prenatal afecta a la adaptación postnatal del recién nacido, cualquier condición en el ambiente prenatal que impide que el feto se desarrolle según calendario normal, dará como resultado más dificultades en el parto y el ajuste postnatal que lo que se experimenta por lo común, esta es la razón por la que el índice de mortalidad es más alto en los recién nacidos cuyas madres sufren mala nutrición o severa drogadicción (Hurlock, 1995).

Un lactante prematuro que haya pasado varios meses en condiciones críticas en la unidad de cuidados intensivos neonatales

(UCIN) ha vivido experiencias sensoriales y contextuales muy distintas a las de uno que se haya desarrollado intrauterinamente hasta la edad de término y que haya crecido en un ambiente hogareño positivo. Posiblemente su participación en actividades típicas de un neonato en crecimiento tales como alimentarse, interactuar socialmente, comunicar sus necesidades, o explorar su ambiente haya sido alterado por su condición física y el ambiente de la UCIN, entre otros factores. Las experiencias de un recién nacido como éste pueden ser algo normalizadas durante la estadía en la UCIN siguiendo el modelo de la Clasificación Internacional de Función (CIF), considerando los tres niveles o aspectos de intervención: primeramente *el ambiente*, luego el *contexto de la actividad* en la cual se interesa que participe el recién nacido y por último, recién nacido directamente. En términos del *ambiente*, se podrían emplear estrategias de apoyo al desarrollo como la modulación ambiental para promover su participación en actividades propias de su edad gestacional. El participar en actividades típicas le permitirá tener experiencias más similares a las de un recién nacido a término. La familia, siendo el *contexto social* principal del recién nacido, podría ser incluída en el cuidado de rutina, ayudándolos así a participar en su "rol" de padres desde un principio. Las *actividades* podrían ser adaptadas; por ejemplo, la capacidad de lactar del recién nacido

podría tal vez mejorar si la mamá le ofreciera un período de "mamá canguro" antes de lactarlo o si cambiara su posición o la del recién nacido mientras lo lacta; su interacción social podría tal vez mejorar si se le simplificara la actividad (hablarle sin mirarlo o mirarlo sin hablarle; abreviarle los períodos de interacción). Otras opciones de intervención irían dirigidas directamente al recién nacido. Por ejemplo, se le podría ofrecer succión no nutritiva por chupón antes de alimentarlo para ayudarlo a organizar las estructuras oral-motoras para mejorar la succión nutritiva o se le podría ofrecer contención táctil para facilitar su interacción social y capacidad de concentrarse en la succión (Saenz-Rico, 1995).

Indudablemente el nacimiento de un recién nacido prematuro genera en el sistema familiar un estado de vulnerabilidad somática y psíquica. Caballero (1998) refiere que este estado puede agravarse con la internación del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos.

El nacimiento prematuro interrumpe el proceso de "anidación psicobiológica" de los padres y el recién nacido, ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación. Los primeros, para crear un lugar físico y psíquico para ese nuevo integrante de la familia, lo que los lleva a una reorganización y maduración a lo largo

de los meses del embarazo que les permite prepararse para el nacimiento.

El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero.

Los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las unidades de Cuidado Intensivos Neonatales (UCINS) cada vez más eficientes cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil. Sin embargo, como era de esperar, estos resultados alentadores de las UCIN han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres.

El proceso de modernización ha contribuido a generar cambios profundos en la familia actual, tanto en su estructura como en su funcionamiento, éstos hacen cada vez más compleja la convivencia familiar; al respecto Florenzano R. (1994) señala algunos factores que han influido en ello, entre los que podemos distinguir: La mayor supervivencia de sus miembros, la mayor movilidad geográfica hace que las familias se separen y pierdan posibilidad de apoyo mutuo, las construcciones urbanas pequeñas que dificultan tener espacio para la

familia, el cambiante rol social de la mujer más centrado en su realización personal y su entrada masiva al mundo laboral, las mayores distancias intraurbanas, significa más tiempo en traslados desde y hacia el hogar disminuyendo el tiempo de interacción familiar y la mayor frecuencia de separaciones hace que la pareja deje de ser el centro emocional de la familia(Caballero,1998).

En un estudio fenomenológico de Jane R. (1998) que relata la experiencia de cuidado de las madres de niños prematuros en UCIN, surgieron las siguientes preocupaciones: aspecto físico recién nacido, pérdida de un embarazo normal, las opiniones y las reacciones de las madres a la sobrevivencia del niño, las sensaciones de desamparo y la insuficiencia como cuidadoras de su hijo, no tener autorización para tocar a su hijo, el miedo de la responsabilidad del cuidado se convierte en una necesidad de sobreprotección, preocupaciones por la normalidad y el desarrollo del futuro, responsabilidad obligatoria de cuidar, de consolar, y de proteger, las emociones experimentadas fluctuantes, cuidado exigente, costos personales y financieros.

Al cabo de varios años, cuando los niños de nacimiento prematuro llegan a las normas correspondientes a los niños de plazo completo, algunos padres, tratando de cubrir el hueco entre ellos y sus coetáneos, los impulsan para que avancen más de lo que les resulta

posible en esa época. Al mismo tiempo, a menudo, los padres siguen dándoles sobreprotección. Esto prolonga simplemente las condiciones ambientales desfavorables que provocan tantos daños psicológicos. El verse empujados hace siempre que los niños se pongan nerviosos. Además, sienten que sus padres son injustos, porque, en un momento hacen todas las cosas en su lugar y, un instante después, los critican por no realizar nada por sí mismos. Los resultados inevitables son sentimientos de inadecuación, falta de confianza propia, resentimientos y antagonismo (Hurlock, 1995).

Respecto al lugar que ocupa el recién nacido prematuro dentro de las diferentes sociedades Trad (1992) señala que es importante analizar las reglas que concurren a su establecimiento, a su composición y a su sobrevivencia; reglas de filiación que precisan la pertenencia a un grupo socialmente definido de parientes, sistemas de parentesco que determinan la manera en que clasificamos o nombramos a los consanguíneos y a los familiares, reglas de herencia y transmisión de bienes, modalidades de alianza matrimonial y reglas de residencia.

Se cree que las causas inmediatas de las dificultades de los niños que gozan de pocas simpatías, son descuidados o se muestran agresivos para con sus compañeros o que tienen dificultades para ingresar en sus grupos de compañeros, reflejan déficit de sus



habilidades de procesamiento social (Rubin, Bream y Rose-Krasnor, en prensa). Se ha sugerido que varios mecanismos intervienen en las conexiones entre tales déficit y las relaciones padre-hijo, por ejemplo los estilos disciplinarios de los padres afectan las capacidades de resolver problemas y el razonamiento de los niños, lo que entonces afecta las interacciones con sus compañeros (Pettit, Harrist, Betes y Dodge, en prensa); la expresividad emocional de los padres influye sobre la comprensión emocional de los niños y esto, a su vez, influye en las relaciones con sus compañeros (Cassidy, 1992); la calidad de la sensibilidad de los padres afecta las relaciones de apego de los niños y éstas, a su vez, influyen sobre su competencia social; y un modelo de estrés general constituye el vínculo (Patterson, 2000).

Las relaciones familiares se sostienen por el apego que constituye la base esencial de los vínculos sociales que unen las generaciones sucesivas en todas las especies animales, pero especialmente en los mamíferos. La teoría de la impronta (o impregnación) ha sido desde hace mucho aplicada por los etólogos del comportamiento animal, y el recién nacido no escapa a este modelo nuclear. Permite comprender cómo inician los comportamientos programados en los dos participantes principales, el recién nacido y su madre, a partir de improntas que, en uno y otra, constituyen los sucesos, las circunstancias, los "momentos de gracia", que favorecen la

manifestación interactiva de sus vínculos y le dan, a uno y otra, un papel funcional es estos intercambios entre ellos(Lebovici, 1936).

También es muy cierto que los padres de la generación actual contribuyen más que en el pasado reciente, con los cuidados de crianza del recién nacido y que cumplen esto perfectamente, en lo cual encuentran satisfacciones que no son inferiores a las que experimentan las jóvenes madres. En efecto, su papel simbólico definido biológicamente por la prematuridad del recién nacido humano, "su neotenia", y por los intercambios sociales universales, contribuirá a la organización de las identificaciones en el funcionamiento mental de cada niño: todos deberán aceptar un día "ser como", por haber estado obligados a renunciar a "tenerlo todo y en seguida". Así, se definirán las reglas de pertenencia psíquica a un sexo y a una generación por medio de los conflictos reprimidos y favorecidos por los azares de la sexualidad infantil, factor de culpabilidad y de vergüenza. Este lugar en la sucesión de las generaciones, se inscribe también en aquel que le hace al recién nacido sus dos progenitores (Lebovici, 1936).

Las influencias parentales han interesado a los psicólogos desde los intentos de Freud de construir una teoría del desarrollo que era determinista y que acentuaba las influencias intrafamiliares tempranas. A lo largo de los 70 años posteriores, han visto la luz una

ingente cantidad de investigaciones y se han producido varias revoluciones teóricas, pero ha pervivido el interés por las influencias parentales. Es ahora, sin embargo, cuando se está prestando considerables atención a la importancia de las influencias extrafamiliares y las experiencias que tienen lugar a partir de los seis o siete años de vida (Lamb, 1983).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia esta ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea (OMS, 2006).

Lo anterior lleva a pensar que la familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una

alteración del desarrollo. Los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente duran toda la vida y sirven como modelos de relación a lo largo de su desarrollo. También dentro de la familia el ser humano experimenta sus primeros conflictos sociales.

### **Definición de salud familiar**

La importancia de la salud dentro de la familia nos lleva también a pensar en la salud familiar y su la definición de la misma para aclarar los distintos conceptos que se tienen de ella. La salud familiar es un proceso único e irreplicable que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, biosicosociales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia.

Los padres y familia del niño, que está en estado crítico sufren un proceso de crisis situacional, que los lleva a seguir un patrón de conductas y a pasar por etapas que es necesario que los profesionales conozcan y sepan intervenir para prevenir desajuste en la vida personal y familiar, por lo anterior se ve afectada la salud familiar de manera importante (Caballero, 1998).

### **3.2 EL RECIEN NACIDO PREMATURO Y LAS INTERRELACIONES PERSONALES.**

A) Con la madre.

La madre encuentra su identidad de madre a partir de su deseo de maternidad y su deseo de embarazo, así como de los intercambios físicos con el feto y sobre todo, con el recién nacido. Es, pues, el recién nacido quien le confiere esta identidad, en la proximidad de las transacciones afectivas y sincronizadas, modales o trasmúdicas y quien la proclama es una madre, su madre.

Para Freud la madre es también calmante "para-excitación", y contribuye a preservar a su bebé contra excitaciones difusas: lo hace dormir.

Se observa en la mujer embarazada una creciente identificación con el niño, a quien ella asocia con la imagen de un "objeto interno", un objeto que la madre imagina se ha establecido dentro de su cuerpo y que permanece allí a pesar de todos los elementos adversos que existen también en ese ámbito. El bebé significa también otras cosas para la fantasía inconsciente de la madre, pero tal vez el rasgo predominante sea la disposición y la capacidad de la madre para

despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna denominado "preocupación materna primaria".

Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte porque está apuntalado en todos los aspectos. El yo reforzado y por lo tanto, fuerte el niño puede, desde muy temprano, organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias.

Cuando el apoyo yoico de la madre no existe, es débil o tiene altibajos, el niño no puede desarrollarse en forma personal, y entonces el desarrollo está condicionado (Winicott, 1960).

Desde la teoría del apego se ha estudiado una transición, el foco ha sido el valor que la interacción afectiva temprana entre madre e hijo, y especialmente el tipo de relación de apego desarrollado, tiene en la posterior adaptación social con el grupo de iguales, especialmente en sociabilidad, reciprocidad y afecto positivo (Esteva, Blasi, 1996).

Los vínculos del recién nacido se establecen con sus compañeros de crianza y se ponen en marcha si los sucesos previstos toman lugar en el ambiente del recién nacido. Así, los vínculos sociales están ligados a una doble impronta, la que la madre le organiza a su bebé, y

aquella que éste constituye en tanto sus capacidades son también bastante ricas y pueden conformar una impronta frente a la aparición de comportamientos llamados maternales. El recién nacido no sigue a su madre para aferrarse a ella, ésta interpreta los llamados, los gestos heredados de las especies llamadas inferiores, como el agarrarse al cuerpo de la madre (Lebovici, 1936).

Los investigadores interesados en el apego han tenido dificultades para elaborar una definición precisa del concepto. La ven al mismo tiempo como un conjunto de conductas y como una relación. Las primeras descripciones del apego hechas por Bowlby hablaban de una serie de conductas instintivas que tenían la función biológica de mantener la proximidad entre la madre y el niño para la protección del segundo. Así, en su libro *Attachment* (1969), se refiere continuamente a la "conducta de apego". Sin embargo, señala que no se puede estudiar por separado al lactante y a su madre, ya que existe lo que él llama un "equilibrio dinámico" entre uno y la otra.

En la conducta de apego influye no sólo la cantidad, sino además la calidad de las interacciones sociales. La madre puede tener mucho contacto con el chico, pero mostrar sentimientos ambivalentes hacia éste. Las interacciones con el lactante pueden diferir según quién las inicie, la madre o él.

Bowlby (1982) explica que la tendencia de la madre ejerce una influencia muy poderosa, más que cualquier inclinación innata del lactante. Este autor concluye que:

“las madres , en mucho mayor medida que el lactante, determinan el grado de interacción que se llevará a cabo.. existen indicaciones claras de que el patrón de apego que manifiesta el niño hacia su figura materna, es en gran parte consecuencia del patrón de maternidad que recibe”.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que para que surja un apego seguro es más importante la calidad que la cantidad de los contactos. Sin embargo, se ha visto que la separación prolongada de una persona de apego, o la inexistencia de ella, da lugar a problemas graves. El lactante que no cuenta con un modelo para relacionarse, casi siempre tiene dificultades para aprender esto más adelante. Ainsworth (1973) opina: “el efecto más notable a largo plazo del abandono prolongado y acentuado en la lactancia y primera infancia, fue la incapacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales profundas y significativas, es decir, la imposibilidad de entablar apego (Trad, 1992).

Bowlby (1979) sugiere que la dicotomía entre las características “innatas frente a las adquiridas”, se puede enfocar mejor como un continuo con características ambientales estables en un extremo, y



ambientales inestables en el otro. Características morfológicas tales como color de los ojos y forma de los miembros, así como conductas que tradicionalmente se consideran como "instintivas", corresponden al primero; y al segundo, peso corporal, reacciones de inmunidad y habilidades aprendidas. Los sistemas conductuales que parecen ser ambientalmente estables, pueden pese a ello ser influidos por cambios en el medio. La adaptación, en el sentido biológico, siempre tiene como fin una mayor supervivencia. El sistema de apego es sólo uno de los muchos sistemas de adaptación generados por el proceso evolutivo.

Para Bowlby (1979), el apego es un sistema organizativo flexible, adaptativo, funcionalmente relacionado; una red de respuestas que emplea el lactante para asegurar la supervivencia de la especie. Este autor sugiere que el principal propósito de esta conducta (es decir, el mantenimiento de proximidad entre madre y lactante), es, en términos biológicos, brindar protección de los peligros. Un efecto colateral casual de dicha proximidad es la habilidad cada vez mayor de aprender a partir de la madre. Ainsworth afirmaba que, puesto que un apego seguro sirve de base para que el niño explore, la moderación del custodio con respecto al vínculo afectivo, en verdad facilita este vínculo al igual que el desarrollo cognoscitivo y social del lactante (Ainsworth, 1973; Ainsworth y cols., 1971).

Las teorías de Bowlby (1979) sostienen que la conducta de apego es instintiva, independiente de impulsos tales como el alimenticio. Menciona la atracción de los lactantes humanos hacia estímulos puramente sociales, sin ningún componente de alimentación. Asimismo, esta conducta suele estar dirigida a niños pequeños o a otros que el lactante no tiene razón para asociar con el acto de proporcionar cuidados. Los estudios de Wolf (1969) acerca del desarrollo de la acción de sonreír, claramente indican una tendencia innata hacia la figura humana.

Existe cierta cantidad de respuestas instintivas que, durante el primer año de vida, se integran a la conducta de apego. Algunas de ellas son succionar, no querer estar a solas, seguir a alguien, llorar y sonreír. El afirma que la conducta de apego tiende a organizarse en sistemas más complejos, a menudo corregidos por metas, los cuales se agrupan en dos clases principales; conducta de señalamiento, que lleva a la madre con el niño, y la de acercamiento, que lleva a éste con la primera. Del mismo modo que gran parte de la conducta humana temprana, la conducta de apego puede organizarse a partir de conductas instintivas, en sistemas de metas corregidas programados genéticamente (Bowlby, 1969). No es necesario que estas conductas se definan en términos de motivación, sino más bien son puestas en movimiento por factores ambientales

desencadenantes que activan el programa genético. Conductas específicas pueden ser modificadas debido a experiencias o cambios en factores del medio.

Aunado a lo anterior se crearon los conceptos de metas definidas y retroalimentación para regir tanto el inicio como la suspensión de acciones. Sugiere que determinadas conductas, como las que intervienen en el apego, pueden considerarse como parte de un sistema vigilado constantemente. El objetivo de la conducta es poner en equilibrio el sistema, o sea, alcanzar una meta definida. En el apego, madre e hijo continuamente vuelven a evaluar la meta con base en cambios internos y en el ambiente, Bowlby opina que este proceso de evaluación es un sistema de retroalimentación, que mide el grado en el que el mecanismo entero se ajusta a la meta fijada.

La conducta dirigida hacia metas significa que la conducta simplemente tiene como finalidad asegurar la proximidad entre la madre y el niño. Si este fuese el único mecanismo que rigiese la conducta de apego, no habría razón para que el segundo abandonase alguna vez a la primera. La conducta corregida por metas sugiere un sistema más complejo gobernado por una meta variable. En el patrón normal de actividad cotidiana, la madre y el pequeño mantienen cierto grado de proximidad acorde con sus percepciones mutuas del ambiente. Si éste no presenta algún peligro inmediato, la primera y el

segundo toleran determinados distanciamientos. Pero si por alguna razón ella o él se sienten alarmados, se inician conductas de señalamiento o acercamiento. Esto implica que la conducta de apego se organiza en una relación dinámica que abarca tanto a la madre como al niño.

Una de las relaciones más estudiadas en los últimos tiempos es la de madre e hijo la cual vale la pena mencionar ya que el recién nacido prematuro y la madre están íntimamente relacionados y el último depende en gran medida de la primera. Se trata de dos seres humanos que disponen de pensamiento y afectividad: la madre se embaraza, al menos en los países industrializados, cuando ella quiere. Su deseo de embarazo le permite imaginar un niño (a) cuya vida ella siente desarrollarse dentro de ella. Las manifestaciones de apego que se organizan ahora en ella, lo que en la ecografía, y el eventual conocimiento del sexo del bebé futuro, le permiten darle a este bebé a su progenitor. Ella lo imagina, le prepara el futuro y emplea sus pensamientos latentes para elegir un nombre representativo del "mandato" de este bebé, un padre muerto o el personaje de un secreto familiar.

Por su parte el recién nacido va adquiriendo la capacidad de representarse a su madre también a través de los intercambios afectivos que comparte con ella.

El diálogo sincronizado y armonizado que marca el baño de afectos en el que viven los dos participantes, se traduce en numerosos diálogos de mímica, de sonidos y verbalizaciones, así el recién nacido anticipa las conductas maternas. Como escribe Winnicott, cuando ve a su madre ve dos cosas, las pupilas de su madre y a su madre mirándolo.

El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como digitales, es decir tanto comunicación no verbal como verbal, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite de forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza analógica. La comunicación analógica además de incluir lo no verbal debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz (Watzlawick, 1981).

Una buena aproximación a la familia debe tener sus bases en la teoría de sistemas y de la comunicación. Pino. G, Poupin L. 1999, definen un sistema como el conjunto de elementos en interacción

dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros.

Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican (Watzlawick, 1981).

El aporte de la teoría de sistemas nos permite visualizar la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que interrelacionan y son interdependientes entre sí. Como describe Minuchin (1982), la familia está constituida por subsistemas, entre éstos encontramos, el subsistema conyugal, parental, filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala Aylwin (2002), existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones.

La evolución requiere de tiempo para adaptarse a los cambios del medio ambiente, más sin embargo, gran parte del mundo industrializado ha cambiado del pecho a la botella así como también el ambiente natural del recién nacido del cuerpo de la madre al ambiente extraño de la cuna o la incubadora en tan solo tres generaciones. Esto es especialmente traumático para el bebé y

Bergman (2005) cita a Lozoff quien ha escrito que estos cambios (alimentar al bebé con biberón, entre otros) recientes en la manera en la que son tratados los recién nacidos pueden estar más allá de los límites de adaptabilidad del recién nacido y para la relación entre la madre y el recién nacido (creando problemas a corto y largo plazo).

El modelo o paradigma original que había evolucionado era el del contacto afectivo de piel con piel, pero desafortunadamente, en nuestra cultura en la que trabajan dos miembros de la familia, el modelo presente se está inclinando más hacia el uso de la incubadora, la botella y la fórmula (Sandoval, 1988).

Una mujer satisfecha y protegida por su compañero tendrá más posibilidades de desempeñar en mejor forma la función maternal que le ha tocado en suerte ya que podrá compartir tal tarea sin tener que sobrellevarla sola. Una madre que cargue sola sobre sus hombros la responsabilidad del cuidado del o de los hijos, también llevará consigo resentimiento, no sólo hacia el que no cumple con la parte que le corresponde en tal quehacer, sino que hará víctimas a los pequeños de este resentimiento haciendo recaer sobre éstos la culpa de sus penalidades y soledad y de la ausencia del compañero (Sandoval, 1988).

Es evidente que corresponde a la madre una parte considerable en la responsabilidad de garantizar que la experiencia social del niño esté estructurada apropiadamente.

Una serie de autores han documentado el hecho de que las madres ajustan cuidadosa y continuamente el tipo de estimulación que ofrecen al niño durante un episodio de interacción, y el hecho de que con la mayor sensibilidad, aunque por lo general inconscientemente, ajustan su conducta hacia él según su percepción de las capacidades del niño (Secretaría de educación pública, 2000).

Acerca de las funciones que desempeña la madre es posible agruparlas en tres categorías; la función de una madre buena en las primeras etapas de la vida de su hijo; sostenimiento (holding), manipulación y postración de objetos.

La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad de identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las relaciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Cualquier falla provoca angustia en el niño e incrementa la sensación de desintegrarse, caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades que en general se describen como "psicóticas".



La manipulación contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo "real" como contrario a lo "irreal". La manipulación deficiente milita contra el desarrollo del tono muscular y contra lo que llamamos "coordinación", y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser.

La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas en ese sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos (Winicott, 1960).

#### B) Con el padre

Hasta hace poco no se ha tenido demasiado en cuenta la naturaleza de las primeras relaciones padre-hijo, o el impacto del padre en el desarrollo del niño. Este olvido del rol de padre en la primera infancia se deriva en parte de nuestras suposiciones sobre la primacía de la relación madre-hijo y, en segundo de la creencia en que la influencia paterna sólo cobra importancia en la última parte de la primera infancia y a comienzos de la niñez propiamente dicha (secretaría de educación pública, 2000).

La tradición ha querido desde hace mucho que uno no se interese en el papel que podrían desempeñar los padres en relación con sus bebés, pues se sobreentendía que ni siquiera los miraban. Luego de los trabajos de Bowlby sobre el apego, se consideraba que los padres tenían por función la de ayudar a sus mujeres en los procesos de maternalización (Lebovici, 1936).

En la versión que privilegia las relaciones diádicas del recién nacido con los adultos que lo crían, no hay diferencia en las funciones parentales: ya no se puede hablar de maternalidad o de paternalidad, sino únicamente de funciones parentales indiferenciadas y descritas bajo el nombre de parentalidad.

El padre puede ayudar a la madre él tiene, también necesidad de ese sostén para paternalizarse, se trata de factores "lejanos, cuya existencia indiscutible hace aleatorias todas las investigaciones que pretenden poner en evidencia factores causales" (Lebovici, 1936).

El menor grado de implicación paterna en la alimentación no supone, sin embargo, que los padres sean menos competentes que las madres para cuidar del hijo recién nacido. Puede medirse la competencia de diversas maneras, siendo una de ellas la medición de la sensibilidad de los padres a las señales proporcionadas por el recién nacido en el contexto de alimentación. Los padres responden tan bien

como las madres a otras señales del niño, tales como vocalizaciones y movimientos de la boca.

En estudios recientes hechos por Philips y Parke (2000) se examinaron los tipos de habla que utilizan los padres y las madres para hablar a los recién nacidos. Los padres al igual que las madres, cambiaban su estilo de hablar habitual al dirigirse al recién nacido. En contraste con el habla dirigida a otro adulto, los padres hablan con frases más cortas, cuando se dirigen al recién nacido, de aproximadamente la mitad de largo que las frases empleadas hablando con adultos. En segundo lugar repiten sus mensajes con mayor frecuencia y, por último, hacen más lento su ritmo de habla al dirigirse al recién nacido.

A pesar de la ideología y retórica actuales respecto a la igualdad de roles para hombres y mujeres, parece que las parejas tienden a adoptar roles tradicionalmente definidos durante los periodos difíciles de transición, como en la etapa que rodea el nacimiento de su primer hijo (Parke, 2000).

La vida de pareja parece algo que ver con la actitud de padre y madre frente al recién nacido. Cuando los dos progenitores trabajan, todo sucede como si los padres, como movidos por un entendimiento tácito, dejaran que las madres "olvidaran" sus fatigas a través de la reanudación del contacto afectivo con sus bebés. Pero cuando son

solo ellos los que trabajan, las madres se ponen felices cuando por las tardes pueden dejar un poco su vigilancia materna y aceptan gustosas que los padres actúen. Cuando padre y madre están juntos cerca del bebé, la calidad de sus interacciones no es muy buena, ni hacia su bebé ni entre ellos.

La interacción entre padre y recién nacido es muy parecida a la que se observa con la madre, pero frecuentemente es más estimulante y violenta. El padre mece verticalmente al recién nacido y tiene tendencia a lanzarlo al aire, a mirarlo desde abajo y a acercárselo a la parte lateral del cuello, que es para él una zona erógena, como no lo es el pecho y sí lo es en la madre. Brazelton confirma la especificidad del intercambio del recién nacido con su padre desde las primeras semanas. Según él los recién nacidos miran a sus padres con ojos más abiertos y los ciclos interactivos son más amplios y más entrecortados.

Muchos de los rasgos evidentes en la interacción padre-hijo en el periodo neonatal caracterizan también las pautas de interacción en la infancia posterior. A partir de las observaciones en el hogar, resultan evidentes las primeras diferencias, entre padre y madre en lo relativo al cuidado. Los padres emplean menos tiempo en la alimentación y el cuidado que las madres. Más aún, cuando interactúan con sus hijos, los padres emplean mayor porcentaje de su tiempo de interacción en

actividades de juego que el que utilizan las madres (Secretaría de educación pública, 2000).

El acceso a la paternalidad y el paternaje dependen también de las capacidades del recién nacido, de su temperamento y de las condiciones históricas que inscriben sus particularidades en un destino humano (Lebovici, 1936).

### C) Con los hermanos y hermanas

Las relaciones del recién nacido con sus hermanos y hermanas no se han estudiado, y pese a ser muy cercanas a las relaciones del recién nacido con sus padres, presentan, sin embargo, especificidades siempre variadas y en evolución.

Si un niño (a) se siente puesto en ridículo por un hermano o hermana que acaba de nacer reacciona con frecuencia de una manera inesperada que disgusta a los padres, pues el recién nacido es rechazado con frecuencia y a veces salvajemente agredido. En el caso de un nuevo bebé que viene demasiado pronto es inevitable más bien un destete brutal. Cuando esto sucede los celos más o menos se enmascaran y luego se compensan con la participación natural de los mayores en los cuidados de crianza. Pero los celos persisten como un sentimiento vivo, aún en niños de más años. Cuando el nacimiento es posterior a un drama familiar, como la muerte anterior de un bebé, los

primogénitos, si existen, han entrado en la tormenta familiar y viven también sentimientos de culpabilidad particularmente dolorosos, pues con frecuencia han sentido deseos de muerte más o menos conscientes en relación con el que ha desaparecido y éstos se reavivan con el nacimiento de un nuevo bebé (Lebovici, 1936).

#### D) Con los Abuelos

Cada vez que nace un niño, nacen al mismo tiempo, los abuelos. Se trata de un hecho biológico y psicológico que forma parte del funcionamiento del hombre, y cuya importancia ha sido ignorada con mucha frecuencia. Hemos constatado que los abuelos y los nietos desempeñan un papel los unos para con los otros por el solo hecho de existir, y que los problemas transmitidos directamente de los abuelos a los padres (en tanto que padres e hijos) no pasan directamente de los abuelos a los nietos (aun cuando los niños imitan a veces las actitudes de sus padres hacia sus abuelos si no los conocen directamente) (Lebovici, 1936).

El bienestar de un recién nacido depende de la diversidad de sus medios propios así como los de su familia y los de la sociedad en la que nace. La naturaleza anterior de las relaciones entre los jóvenes padres y los abuelos afecta inmediatamente la manera en la que las tres generaciones se adaptarán a la nueva experiencia y a sus nuevos papeles. La llegada de un recién nacido afecta a la familia en dos

planos; en el afectivo le aporta gozo a todos y en el estructural desplaza la estructura de generaciones en la nueva familia. Los antiguos niños se vuelven padres y los antiguos padres se vuelven abuelos.

El nacimiento del recién nacido provoca emociones fuertes entre los miembros familiares, emociones que los van a vincular. Ninguna de éstas es tan fuerte como la que sobreviene entre una abuela y un abuelo y la hija que los hace abuelos (Lebovici, 1936).

Quizás no todos los padres reaccionen de la misma manera, pero algunos reaccionan con miedo, no se atreven a tocarle, algunos incluso no quieren ver al recién nacido prematuro y el llanto es la tónica dominante.

Ante el miedo de un fatal desenlace, algunas mamás optan inconscientemente por un alejamiento, tiene miedo a encariñarse por miedo a perderlo, esto no es más que un mecanismo de autodefensa. También se sienten culpables, creen que algo han tenido que ver con el hecho de que su hijo haya nacido prematuramente.

Por suerte, el personal sanitario es consciente de todos los problemas emocionales que giran en torno al nacimiento de un recién nacido prematuro y son lo bastante profesionales como para ayudar en todo lo posible a los nuevos padres, brindándoles el apoyo moral necesario para que la convivencia día a día con el recién nacido

prematureo sea la más óptima, con mucho amor y alegría.

Cuando un recién nacido nace prematuramente, es todo tan rápido que el desconcierto en los padres es bastante alto y el fantasma del miedo aparece en la familia. Una información general sobre el estado del niño y como lo están cuidando, ayuda a que los padres tengan confianza de que todo vaya bien, el personal sanitario tiene siempre presente desde el comienzo las posibles dudas y miedos y ayudan a los papás con todo tipo de consejos para que ese fantasma desaparezca (Velsid, 2006).

Como señala Kimmelman (2002), la hospitalización de un neonato del niño tiene 3 protagonistas: el niño, los padres y el equipo de salud. Siendo los dos últimos moduladores de su crecimiento y desarrollo a través de las interacciones que establecen; esta situación, es un factor de estrés importante para los padres, en que el eje central, es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica, lo que se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros para su cuidado, imagen alejada de su ideal parental. Es fundamental para los padres sentirse integrados en la toma de decisiones, información, acceso a la historia clínica, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; en resumen, se trata de favorecer la participación de ellos como un miembro más del equipo



que atiende a su hijo. La oportunidad de los padres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a elaborar estos sentimientos de pérdida y facilita el acercamiento hacia él. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada (Caballero, 1998).

Es importante que la actitud del neonatólogo ante el recién nacido patológico cumpla a la vez con los requisitos de estar junto a la familia ante la situación adversa, y lo suficientemente separado de ella a nivel emocional como para poder poner en juego los recursos técnicos necesarios. Por lo anterior es importante la inclusión de un equipo interdisciplinario que actúe como continente y obre como freno en cuanto a su absorción por parte de la familia. (Kornblit, 1996).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la población global mundial existen altos índices de nacimientos prematuros en el 2005 nacieron 4.105.000 en EE.UU, en el 2004 el índice de nacimientos prematuros (menos de 37 semanas de gestación) fue del 12.5 % (Nacional Center of Health Statistics).

En México aproximadamente el 8% de los recién nacidos en la última década han sido prematuros y/o de bajo peso es decir, un promedio de 181,840 nacimientos por año según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el Estado de Michoacán, México el 12% de los recién nacidos son prematuros, específicamente en la Ciudad de Morelia nacen alrededor de 5000 de los cuales del 12 al 15 % son prematuros. El recién nacido prematuro es más susceptible a presentar secuelas a largo plazo. El papel de la familia en el desarrollo óptimo del niño es determinante. Las influencias parentales han interesado a los psicólogos desde los intentos de Freud de construir una teoría del desarrollo que era determinista y que acentuaba las influencias intrafamiliares tempranas. Es ahora, sin embargo, cuando se está prestando considerable atención a la importancia de las influencias extrafamiliares y las experiencias que tienen lugar a partir de los seis o siete primeros años de vida (Lamb, 1983).

### **OBEJTIVOS:**

Objetivo General: Conocer el funcionamiento familiar con un hijo prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Objetivo específico: Identificar las áreas de mayor o menor funcionalidad familiar en familias con un hijo prematuro dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

### **VARIABLES**

\*Funcionamiento familiar (Involucramiento Afectivo, Involucramiento Afectivo disfuncional, Patrones de Comunicación disfuncionales, Patrones de Comunicación funcionales, Resolución de Problemas, Patrones de Control de Conducta).

\*Hijo prematuro

#### DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES:

Funcionamiento Familiar: El término familia sana generalmente se refiere a una familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, en términos de cumplimiento de tareas familiares, principalmente el desarrollo exitoso de las descendencia (Velasco y Portilla, 2006).

Recién Nacido Prematuro: Un recién nacido prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación como consecuencia de un parto prematuro. Si una mujer tiene el parto antes de 37 semanas, se llama parto prematuro (Hurlock, 1995).

#### DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Se aplicó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EEF) (Atri y Zetune, 2006) el cual consta de seis factores los cuáles son; Involucramiento Afectivo que representa el grado de interés que muestra la familia y valor que da a cada miembro, Involucramiento Afectivo Disfuncional que tiene que ver con aspectos negativos el funcionamiento familiar, Patrones de Comunicación Disfuncional el cual tiene que ver con aspectos negativos de comunicación verbal y no verbal, Patrones de Comunicación Funcional que tiene que ver con aspectos positivos de la comunicación, Resolución de Problemas que se refiere a control de conducta y roles revela si la familia es capaz de ponerse de acuerdo y Patrones de Control de Conducta que se refiere a patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento.

Recién nacido prematuro; es aquel que se encuentra dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital civil "Dr. Miguel Silva" y nace antes de las 37 semana de gestación.

## **MUESTRA**

La muestra elegida fue no probabilística intencional y consta de 43 familias en las que solo se entrevistó a la madre debido a las limitantes de que solo ellas entraban en la UCIN.

La muestra se realizó con las familias que acudían al Hospital General Dr. Miguel Silva, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, las familias elegidas fueron 43 las cuáles tenían hijos prematuros internados dentro de la unidad debido a su condición, las familias elegidas eran familias de un nivel socioeconómico medio bajo y bajo provenientes de municipios cercanos a la Ciudad de Morelia, Michoacán se entrevistó a las madres ya que eran las que independientemente de la situación siempre se encontraban presentes, en el momento de la entrevista y aplicación del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)(Atri y Zetune, 2006).

**Diseño de la Investigación:** Se trató de una investigación de corte transversal descriptivo, con un enfoque cuantitativo, no probabilístico con muestreo por cuotas.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACION**

### **Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EEF) (Atri y Zetune, 2006)**

El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) (Atri y Zetune, 2006), Escala de tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

El instrumento tiene una estructura multifactorial de seis factores que agrupan los constructos teóricos propuestos que a continuación se mencionan:

El primer factor **Involucramiento Afectivo Funcional** consta de 17 reactivos. En este primer factor todos los reactivos tienen que ver con aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia. Evaluado con los ítems 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38.

El segundo factor **Involucramiento Afectivo disfuncional**, consta de 11 reactivos que tienen que ver con aspectos negativos del

funcionamiento familiar, sobre todo en el nivel afectivo. Evaluado con los ítems 3,6,7,14,15,22,30,32,34,37 y 39.

El tercer factor **Patrones de comunicación disfuncionales** agrupó cuatro reactivos y tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Evaluado con los ítems 5,16,25 y 27.

El cuarto factor **Patrones de comunicación funcionales** quedó formado por tres reactivos que tienen que con aspectos positivos de la comunicación. Evaluado con los ítems 8,36 y 40.

El quinto factor **Resolución de problemas** reúne tres reactivos y engloba áreas como resolución de problemas, control de conducta, y roles; revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo. Evaluado con los ítems 17,23 y 31.

El sexto factor **Patrones de control de conducta** incluyó sólo dos reactivos, ambos pertenecientes al área de control de conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. Evaluado con los ítems 9 y 28.

Este instrumento fue validado y confiabilizado cuya consistencia interna y de las variables cuyos pesos factoriales cargaron en forma importante (igual o mayor a 0.40 [ $>0.40$ ]). Se obtuvieron alfas de Cronbach que para el factor uno fue de 0.92, el factor dos de 0.87, el

factor tres de 0.50, el factor cuatro de 0.61, el factor cinco de 0.41 y el factor seis de 0.53, y para el inventario general fue de 0.92.

### **PROCEDIMIENTO:**

Se realizaron entrevistas con las madres de los recién nacidos prematuros y se aplicó el cuestionario, las entrevistas duraban aproximadamente 45 min. Con cada familia, lo anterior se realizó dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para lo cual debía tener una identificación especial y ropa especial la cual era una bata, cubre bocas y gorro ya que son medidas de higiene y seguridad establecidas por el hospital, los cuestionarios se realizaron en un área especial y personalmente ya que la mayoría de las mujeres necesitaban de ayuda para contestarlos debido a su bajo nivel cultural muchos incluso no sabían leer ni escribir. Se visitaba a las mujeres diario por lo tarde en horarios establecidos por el Hospital que era el mismo en que las madres podían estar con sus hijos (3:00 pm a 4:00 pm y 6:00 pm a 7:00 pm.) se realizaron observaciones de la interacción madre-hijo dentro de la unidad al cargarlos, alimentarlos, tocarlos y hablarles.



Se realizó una ficha de identificación personal en la cuál se tuvo acceso al expediente médico de cada recién nacido prematuro, en la cual se obtuvieron datos personales de la madre y del recién nacido prematuro como referencia médica para verificar las características de los recién nacidos prematuros.

La investigación se llevó a cabo dentro del hospital, para lo cual se realizaron dos entrevistas, en la primera se llenó la ficha de identificación personal contando con poco tiempo alrededor de 20 minutos por persona, posteriormente se realizó una segunda entrevista en la cual se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar, éste se contestó de manera individual.

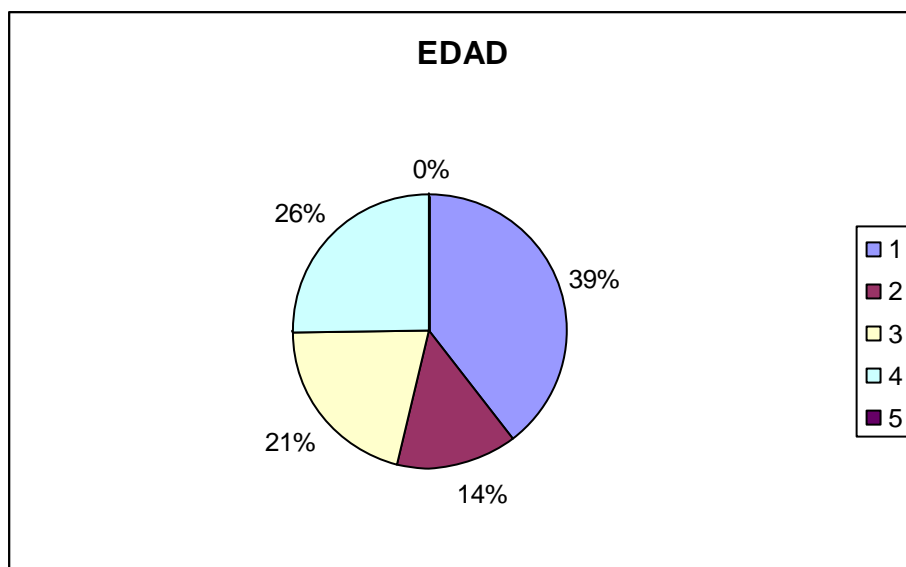
### **Análisis de datos:**

Se utilizó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) (Atri y Zetune, 2006). Dicho instrumento evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar, el cuál consta de 40 reactivos los cuáles se dividen en seis dimensiones; resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.

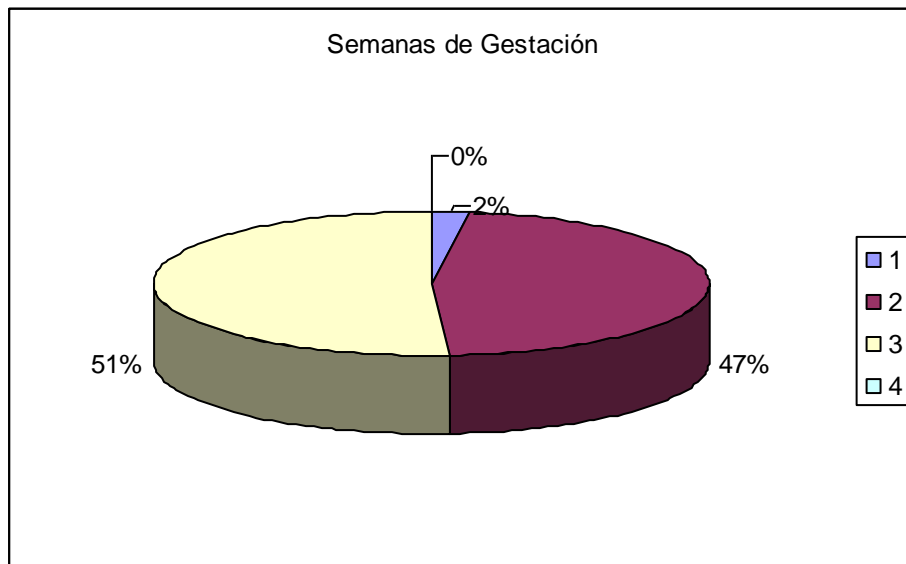
El estudio se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS versión 13 a través del cuál se obtuvieron frecuencias y

porcentajes respecto a: edades de las madres las cuáles se ordenaron de forma decreciente, tipo de parto, peso del prematuro al nacer, calificación del apgar. Asimismo se realizó el análisis porcentual de cada una de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

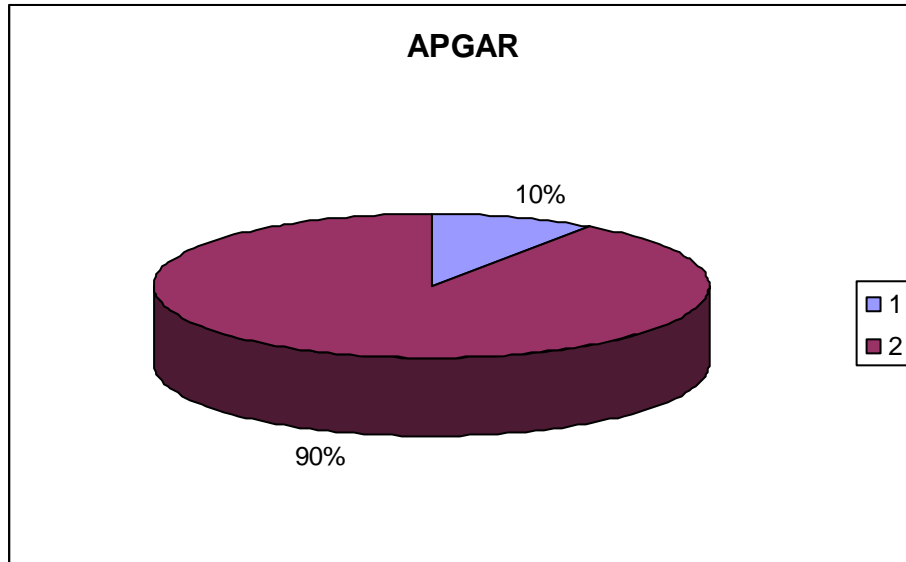
## RESULTADOS



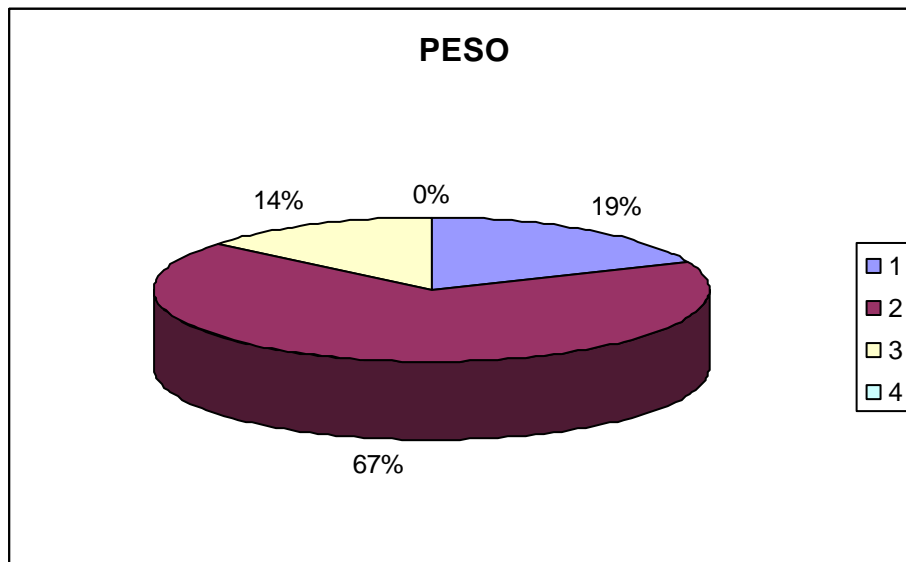
De las mujeres entrevistadas el 39 % se encontraba entre los 20 y 24 años, el 14% entre los 30 y 35 años mientras que el 21% entre los 15 y 19 años para finalmente el 26% entre 25 y 29 años.



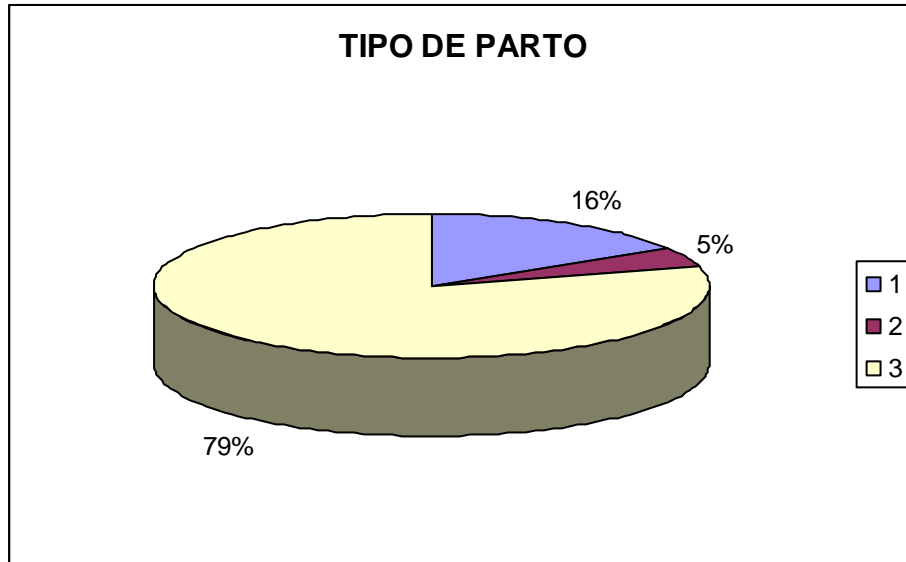
El 2% de los recién nacidos del estudio tenía de 20 a 24 semanas de gestación, el 47% entre 25 y 29 semanas y el 51% entre 30 y 35 semanas de gestación por lo que todos eran recién nacidos prematuros.



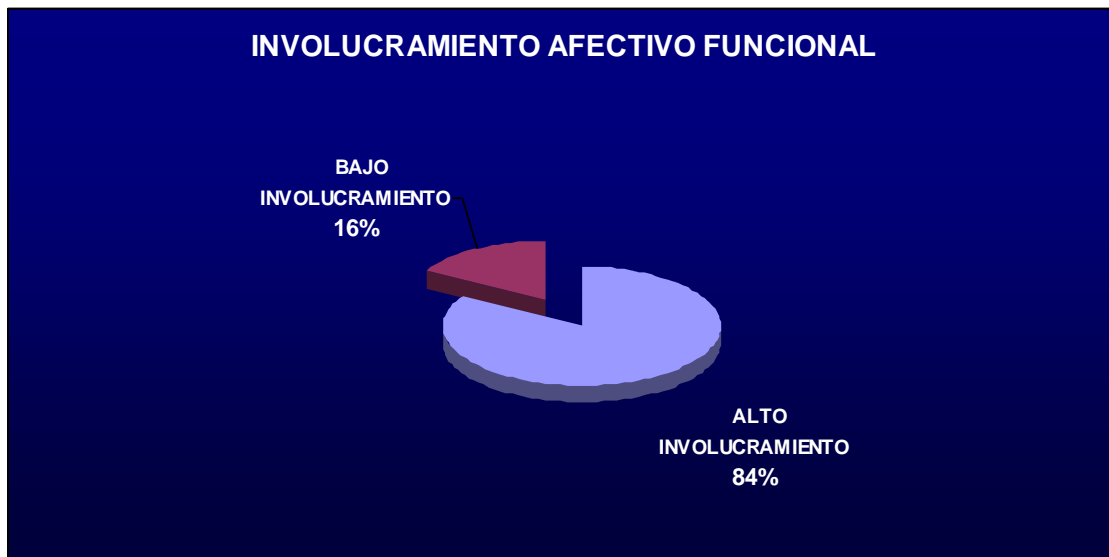
El 10% de los recién nacidos prematuros presentaron una calificación de 1-5 en la prueba del apgar y la gran mayoría el 90% presentaron una calificación de 5-8.



El 19% de los recién nacidos prematuros tuvo un peso de 800kg. - 1,000 kg. al nacer, la mayoría el 67% 1,000 kg. - 2,000 kg. y el 14% peso 3,000 kg. - 3,200 kg.

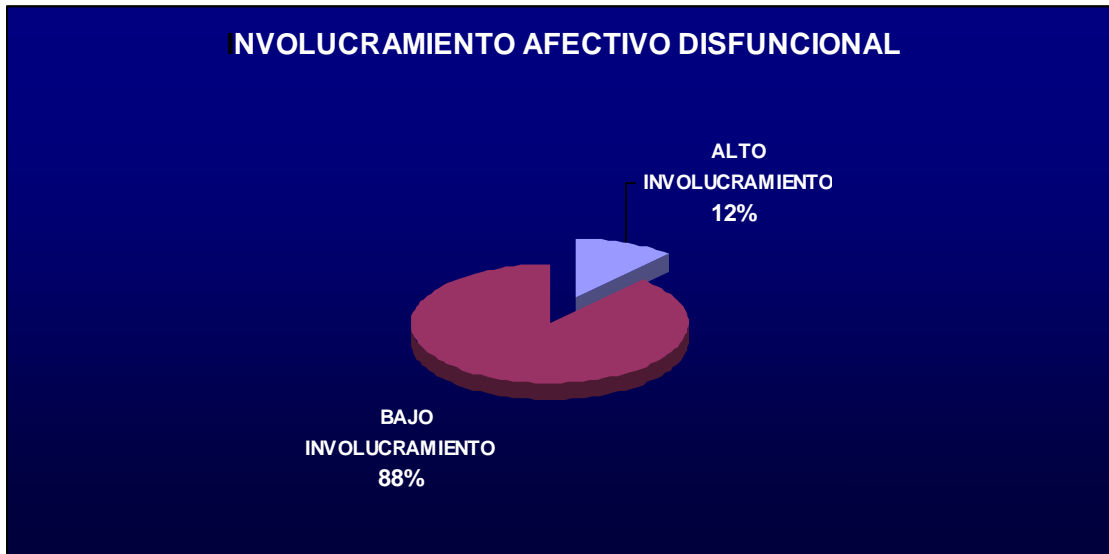


El 16% de las mujeres del estudio tuvieron un tipo de parto eutócico, el 5% distócico y la gran mayoría 79% cesárea.

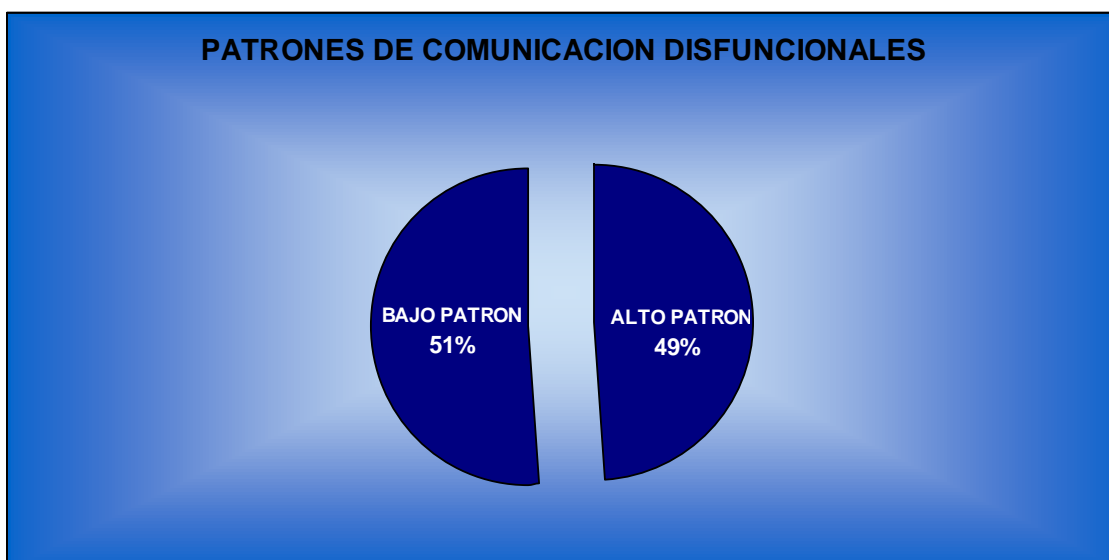


En la gráfica anterior se muestran los porcentajes obtenidos de la aplicación de uno de los factores del cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (Involucramiento Afectivo Funcional). La cuál

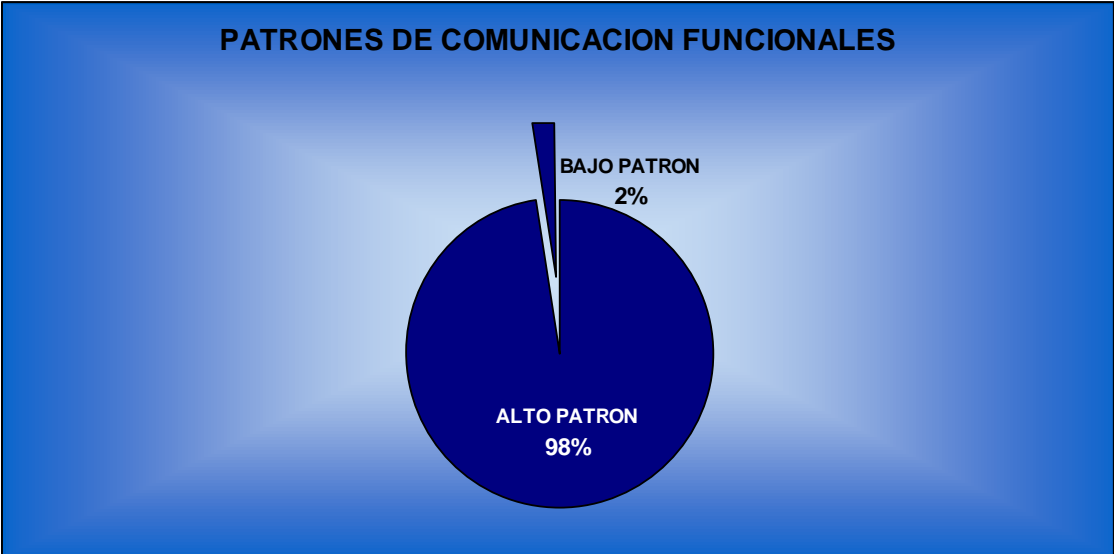
nos muestra que el 84% de las familias mostraron que existe un adecuado funcionamiento afectivo funcional y el 16% de las familias encuestadas obtuvo un puntaje por debajo del esperado.



En la gráfica se muestran los resultados obtenidos del factor de involucramiento afectivo disfuncional, la cuál indica que el 88% de las familias muestran un bajo involucramiento afectivo disfuncional y el 12% de las familias encuestadas muestran un nivel alto de involucramiento afectivo disfuncional.



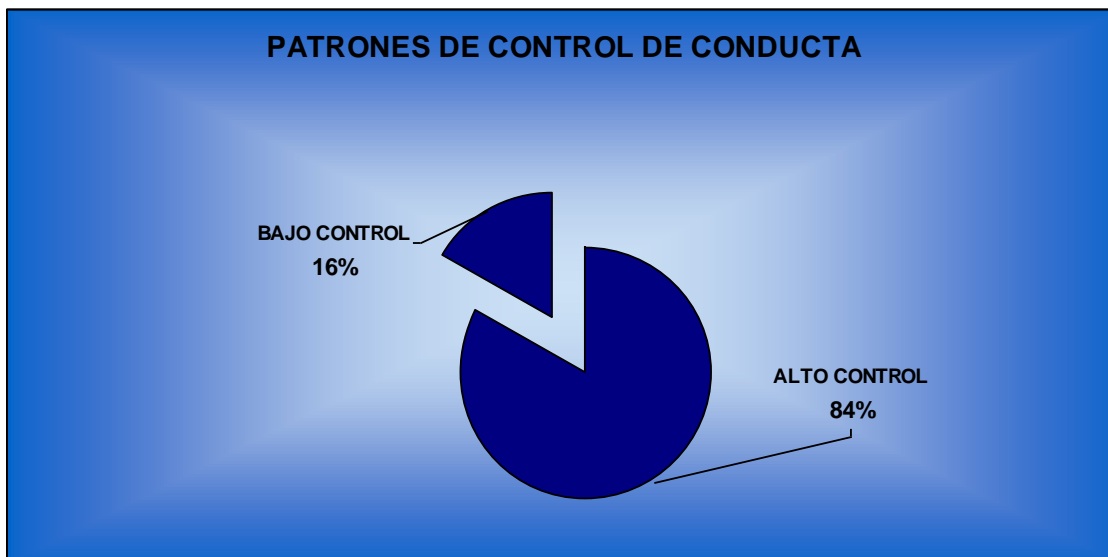
En la gráfica anterior se muestran los porcentajes obtenidos de los resultados del factor de patrones de comunicación disfuncionales del cuestionario aplicado a las 43 familias del estudio, de las cuáles el 51% mostró un nivel bajo de patrón de conducta disfuncional y el 49% un nivel alto de patrón de conducta disfuncional.



En la gráfica se muestran los resultados del factor de patrones de comunicación funcionales. Las familias mostraron un nivel alto de patrones de comunicación funcionales 98% y un 2% nivel bajo de patrones de comunicación funcionales.



En la gráfica anterior se muestran los resultados obtenidos del cuestionario de funcionamiento familiar en el factor de resolución de problemas realizado a 43 familias de las cuáles el 98% mostró un nivel alto de capacidad para resolver problemas y el 2 % un nivel bajo de capacidad para resolver problemas.



En la siguiente gráfica se muestran los porcentajes obtenidos de los resultados del factor de patrones de control de conducta del cuestionario de funcionamiento familiar en el cuál el 84% de las familias mostró un nivel alto de control de conducta y el 16% mostró un nivel bajo de control de conducta.

### **Interpretación y discusión de resultados**



Indudablemente el desarrollo madurativo del sujeto de alto riesgo biológico como lo son los recién nacidos prematuros, puede ser interferido por factores de índole ambiental y sociofamiliar.

Los resultados obtenidos señalan que la mayoría de las mujeres del estudio son jóvenes con edad que fluctúa entre los 15 y 25 años de edad (60%) lo cual constituye un factor de riesgo es decir, a edades más jóvenes existe mayor probabilidad de nacimientos prematuros. Otro aspecto significativo observable en la presente investigación fue el bajo peso que mostraron los R.Nacidos cuyo pico máximo se encuentra en un peso entre 1,000 y 2,000 kg. Al respecto autores como Hurlock (1995) destaca que para considerar a un recién nacido prematuro debe pesar 2.5 kg o menos, por lo tanto estos recién nacidos tendrán probabilidades de tener un retraso en su desarrollo. En esta misma dirección Saenz-Rico (1995) argumenta que los recién nacidos de bajo peso o extremadamente bajo peso (menor de 1500 gramos) mostrarán una conducta diferente de los recién nacidos a término y esta diferencia cambiará las reglas de interacción con los distintos entornos lo cual puede resultar menos gratificante para el adulto que el recién nacido a término y ser predictor del posterior desarrollo evolutivo del sujeto, lo cual condiciona o dificulta su maduración. El riesgo de que un recién nacido sea prematuro de acuerdo a la edad en la que nace significa

que se adaptaría menos que un recién nacido de término ya que estos niños tienden a ser más dependientes y apegados a sus padres según Hurlock (1995). El bajo peso del recién nacido prematuro podría provocar en los padres impresiones distintas y temores para el manejo del mismo, así como la sensación de poder lastimarlo sin querer por su pequeñez.

El alumbramiento es un factor determinante en el proceso evolutivo del ser humano ya que si las condiciones no fueron las adecuadas pueden repercutir en el desarrollo neurofisiológico posterior del individuo. En la presente investigación de los recién nacidos prematuros (79%), el nacimiento fue por cesárea. Asimismo el apgar presentado de estos recién nacidos prematuros resultó ser significativo ya que en su mayoría (37%) fue bajo entre 5 y 6. Esta situación puede desencadenar angustia o estrés en los padres debido al riesgo constante del recién nacido prematuro.

El conocer características específicas del recién nacido tales como se mencionó el peso, tipo de alumbramiento y la evaluación del apgar facilita las decisiones del personal médico para indicar si un recién nacido prematuro necesita de cuidados especiales y da una idea cuantificable a los padres y personal médico acerca de la gravedad del mismo como lo refiere Rovati (2005) este método ha logrado reducir la tasa de mortalidad (tasa de muertes) y la tasa de morbilidad (tasa

de enfermedades) evaluando la vitalidad de los recién nacidos inmediatamente después de nacer.

Con respecto a cada uno de los factores evaluados, resalta el involucramiento afectivo funcional (84%), lo que indica muy probablemente que la presencia de los padres o más específicamente de la madre en la UCIN favorece la interacción entre el recién nacido prematuro y su familia, aspecto indispensable para que exista una buena salud mental. Tal hallazgo está en concordancia con lo que refiere Trad (1992), que es esencial que el lactante experimente una relación cálida, íntima y continua con su madre donde ambos experimenten satisfacción.

Los resultados de este estudio muestran, la relación afectiva entre la madre y el recién nacido prematuro y la manera en como esta cercanía favorece al apego con el recién nacido prematuro. Estas consideraciones están íntimamente relacionadas con lo señalado por Bowlby (1982) con respecto al apego el cual constituye un conjunto de respuestas instintivas que vinculan a la madre con su hijo, cuando describe que para que surja un apego seguro es más importante la calidad que la cantidad de los contactos, que lleve a la madre a tener patrones de conducta más estables, y menos ansiosos debido a su constante contacto con su hijo.

Los patrones de conducta que mostraron las familias en un alto porcentaje (84%) son funcionales, lo que indica que la presencia de los padres dentro de la UCIN, favorece la interacción paterno-filial. El acercamiento a la UCIN mejora el proceso de crisis situacional que menciona Caballero (1998) al señalar que las familias al cambiar de un estadio a otro sufren desajustes, también ayuda a la asimilación de la situación tal como se mostró, que la permanencia en la UCIN disminuye el porcentaje (16%) de familias tienen dificultad en el control de los patrones de conducta.

A pesar de lo que menciona Ruiz y Cols. (2005) acerca de que la internación en la UCIN provoca reacciones diversas en los padres, intensas y perturbadoras, el estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización e interacción entre ellos.

Los patrones de comunicación, mostraron que las familias se comunican de manera funcional dentro de la UCIN, ya que el 98% denota funcionalidad. A pesar de que la comunicación con el recién nacido es más bien de tipo analógico y no verbal se dio de manera significativa en la UCIN, aspectos relacionados con lo que señala Watzlawick (1981) que toda comunicación tiene dos aspectos uno de contenido y otro relacional predominando en este caso, el aspecto relacional relativo al lenguaje analógico, ya que como lo señala

Winicott (1960) el diálogo sincronizado y armonizado de los afectos en el que viven la madre e hijo, se traduce en numerosos diálogos de mímica, de sonidos y verbales en donde el recién nacido anticipa las conductas maternas.

Otros resultados alcanzados en esta investigación muestran que existe en estas familias buena capacidad para la resolución de problemas (98%). El tipo de respuesta de los padres en este caso muy probablemente estaría determinada por sus recursos autonómicos: el estilo particular con que la pareja enfrenta situaciones caracterizadas por la exigencia, su capacidad para afrontar dificultades, su convicción acerca de la fortaleza de cada uno y de los dos juntos, su modo particular de organizarse para cumplir tareas, ya que según Martínez (2003) el estado de crisis está limitado en tiempo y la resolución final de la crisis depende de numerosos factores incluyendo la gravedad del suceso , los recursos personales del individuo, la familia en este caso, actitudes, experiencias, criterios, tradiciones, cohesión, adaptabilidad, fuerza, recursos sociales, del individuo y familia. La resolución de problemas también esta relacionada con las distintas maneras de afrontar los problemas o posibles cambios que se presentan dentro del ciclo vital, como afirma Hales (1996) todo depende de su capacidad para resolver problemas y la flexibilidad de la misma. Si la familia se adapta bien a los cambios

que se le presentan tendrá más posibilidades de funcionar de manera adecuada. A diferencia de lo que señala Kornblit (1996) acerca de que en las familias con un recién nacido prematuro se establece una pauta disfuncional necesaria frente a la situación de la delegación que la pareja tiende a realizar en la que uno de los padres se dedica con mayor intensidad al recién nacido patológico y el otro a cuestiones de trabajo o a otros. En la presente investigación se encontró que existía en estas familias dentro de la UCIN buena capacidad para resolver problemas. Aspecto probablemente relacionado con el ciclo vital de estas familias, ya que en su mayoría la etapa del ciclo vital por la que transitan es la del nacimiento del primer hijo.

## **CONCLUSIONES**

Existe una relación directa entre la edad de las madres con el nacimiento de un hijo prematuro. El 39% son jóvenes de 20 a 25 años y un 21% tienen entre 15 y 20. Por lo tanto a menor edad mayor riesgo de tener un parto prematuro.

En las familias estudiadas existe un alto involucramiento afectivo funcional , muy probablemente relacionado con los programas de estimulación llevados a cabo dentro de la UCIN,(Programa Mamá Canguro) que favorecen el contacto constante con los padres, específicamente con la madre.

La comunicación que establecen la mayoría de las familias es funcional. Al parecer esta se ve favorecida debido a que la madre podía permanecer tiempos prolongados dentro de la UCIN.

Las familias mostraron buena capacidad para resolver problemas dentro de la UCIN.

El que exista un recién nacido prematuro dentro de la UCIN conlleva una necesidad de tomar acuerdos y decisiones de manera constante.

Las familias entrevistadas mostraron un patrón de control de conducta adecuado. El estar dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos generaba un ambiente más controlado en todos los aspectos por lo que esto en cierta forma ayudaba a los miembros de la familia a controlar sus conductas y permanecer tranquilos al menos dentro de la UCIN.

Los resultados encontrados en las muestras estudiadas ponen de manifiesto de la necesidad de intervenciones educativas tempranas, debido a la vulnerabilidad que presentan los recién nacidos prematuros a padecer períodos críticos durante su desarrollo, que pueden desencadenar en procesos conducentes a déficits permanentes. El desarrollo de un recién nacido prematuro, puede ser interferido por factores de índole ambiental y sociofamiliar, tales como: la presencia de mayor número de ambientes hipoestimulantes, ambientes familiares con marcada tendencia a la inestabilidad, sujetos criados en mayor proporción con hábitos de vida inadecuados.

El funcionamiento de estas familias está relacionado con su estancia en la UCIN ya que dentro de la misma son funcionales influyendo de manera directa el programa mamá canguro que ayuda a los padres a estar más involucrados con sus hijos.



## **Recomendaciones**

Es importante que las familias tengan un espacio adecuado y tiempo para hablar sobre sus sentimientos y percepciones cuando tienen hijos prematuros debido a la angustia generada por la situación , se pueden crear grupos de apoyo de padres de niños prematuros dentro del hospital para que tengan este respaldo emocional, donde los padres puedan compartir experiencias que esta un poco olvidado por parte del personal médico, se podría hacer un modelo multidisciplinario y una red de apoyo en la cual el personal médico pueda apoyar ya que hay falta de información médica accesible en el nivel cultural para con los padres .

Crear programas o campañas de educación a los padres de familia y sociedad en general acerca de la importancia de la estimulación

temprana y otros programas como el de "mamá canguro" para informar todo lo que pueden favorecer el desarrollo de los recién nacidos prematuros, los avances que se pueden lograr para así, incrementar las expectativas de vida en el recién nacido prematuro y la disminución del estrés en las familias de los mismos creando así un sistema familiar más funcional.

Realizar investigaciones sobre las repercusiones neurológicas a corto, mediano y largo plazo del recién nacido prematuro y el impacto familiar, y social.

Se requieren investigaciones de tipo longitudinal, en las que se puedan evaluar el funcionamiento familiar, la tipología de las relaciones que establece cada uno de los integrantes de las familias en donde exista el antecedente de prematurez, así como, las repercusiones de las secuelas posteriores.

Teniendo en cuenta que la familia resulta ser la principal generadora del desarrollo emocional del niño, se requiere que se haga que los profesionales de la salud brinden atención multidisciplinaria en donde se integre a la familia.

## **LIMITACIONES**

Las limitaciones que surgieron durante la elaboración de la investigación fueron el bajo nivel académico y cultural de las personas encuestadas ya que muchas no sabían leer ni escribir por lo a pesar de que el cuestionario es autoaplicable se realizó de manera personalizada dando lectura al mismo, la falta de asistencia por parte de los padres debido a la lejanía del lugar de origen de las familias, poco tiempo para hablar con las familias debido a los horarios restringidos ya que solo disponían de 1 hr. Para ver a sus hijos y hablar conmigo.

Las madres se encontraban presentes en la sala, únicamente por determinados momentos, dos horas intercaladas en la mañana y dos

por la tarde, las madres eran las que siempre estaban en la sala, ya que los padres se quedaban en casa a cuidar a los demás miembros o a trabajar para solventar los gastos de dicha situación, a esto se suma la ideología de los mismos de que es deber de las madres cuidar a sus hijos y de ellos proveer lo necesario para el hogar. Es importante también mencionar que a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales no estaba permitido que entrara demasiada gente por lo que los demás miembros de la familia no podían estar dentro, para el estudio era importante observar y realizar los cuestionarios en este ambiente y así tener una visión completa con respecto a la interacción de los padres con el recién nacido prematuro y entre ellos.

## REFERENCIAS

+Alabsi.(2007).  
[http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/crecimiento/preemies\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/preemies_esp.html)

+Anales Nestle.Volumen 59/número 3 (2001). Aprendizaje en la infancia. México.

+Andolfi, M. (1989). Terapia Familiar. México. Paidós.

+Bergman, N. (2005). **El modo canguro de tener el bebé**  
[www.holistika.net/parto\\_natural/el\\_bebe/el\\_modocanguro\\_de\\_tener\\_el\\_bebe.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/el_modocanguro_de_tener_el_bebe.asp)

+Caballero, E.M.; Fernández, J. (1998). La familia en el entorno de cuidados críticos. Santiago de Chile (Escuela de enfermería Universidad mayor de Chile)

+Campos, M.L.; Portilla, M.R. (2006). Instrumentos de Evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Pax

+Danoff, J. ; Breitbart, V. ; Barr, E. (1983). Iniciación con los niños. México. Trillas.

+Davis;Stein(2007).

<http://www.nacersano.org/prematuro/9324.asp>

+ Elguer, A. (1987). El parentesco Fantasmático transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica.  
Buenos Aires: Amorrortu

+Estevan, R.A. ; Blasi, C. (1996). Contextos de Desarrollo Psicológico y Educación. Granada. Aljibe.

+Fonaroff, M. (1985). Enfermedades del feto y del recién nacido. Argentina. Panamericana

+García Guzmán, B. (1999). Dinámica familiar y calidad de vida". México. El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.

+González, J. (2004). Relaciones Interpersonales. México, DF. Manual Moderno

+Hales, R.E.; Yudofsky, S.C. ; Talbott, J.A.(1996). Tratado de Psiquiatría. Paías: Ancora S.A.

+Hornstein, L. (2006). Las depresiones Afectos y humores del vivir. Paidós.

+Hurlock, B. E. (1995). Efectos del nacimiento sobre el desarrollo del niño. México. McGraw Hill.

+INEGI.(2006)

[http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=.](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=)

+ Jean Piaget (1985). Seis Estudios de Psicología Obras maestras del pensamiento contemporáneo. Barcelona, España. Origen/Planeta.

+Kornblit, A. (1996). Somática Familiar: Enfermedad orgánica y Familia. Barcelona: Gedisa.

+Lamb, M.E. (1983). La influencia de la madre y del padre en el desarrollo del niño. Monografía 3. Universidad de Utah.

+Lebovici, S.; Weil-Halpern, F. (1936). La psicopatología del bebé. País: Siglo XXI

+ Martínez, E. ; Sierra, M. (2000). Funcionamiento Familiar en Niños que presentan dificultades en el lenguaje. Toluca, México. Universidad Autónoma del Estado de México.

+Minuchin, S.; Fishman, Ch. (1990). Técnicas de Terapia Familiar. México-Buenos Aires. Paidós.

+Muñoz, M.P.; Willcox, M.R. (2004). Guía para la elaboración de la investigación social. México. Universidad Autónoma de Zacatecas. Universidad Vasco de Quiroga.

+Mucci, J. (2005). [www.logoforo.com/anm/templates](http://www.logoforo.com/anm/templates).

+Parke, R.; Power, T.; Tinisley, B. ; Hymel, Sh. (2000). El papel del padre en el sistema familiar. México. Secretaría de Educación Pública.

+Rascovsky, A. (1977). Psiquismo Fetal. Buenos Aires: Paidós

+Rodrigo, M.J.; Palacios, J. (1998). Familia y Desarrollo Humano. Madrid. Alianza

+Rovati, L. (2005). [www.bebesymas.com/2006/02/12-padres-prematuros](http://www.bebesymas.com/2006/02/12-padres-prematuros)

+Ruíz, A.L.; Ceriani, J.M.; Cravedi, V.; Rodríguez, D. (2005). Arch. Argent. Pediatr. V. 103 n. 1  
Buenos Aires  
Estrés y Depresión de prematuros; un programa de intervención.

+Saenz-Rico, B. (1995). La familia y su eficacia en los programas de intervención temprana con niños considerados de alto riesgo biológico. Madrid, Universidad Complutense

+ Sandoval, D. (1988). El mexicano: Psicodinámica de sus relaciones familiares. México: Villicaña S.A.  
Editorial Villicaña S.A.

+ Sánchez, J. (2006). La eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo biológico. Estudio sobre los efectos de un programa de atención temprana en niños prematuros en su primer año de vida.

+ Trad. P.V. (1992). Depresión Psíquica en neonatos y lactantes. México: Limusa.

+ Vergara, E. (2004). Atención y Estimulación Óptima del Recién Nacido Prematuro y de Alto Riesgo. Michoacán.  
Primer Congreso Interamericano de Estimulación Temprana

+ Velasco, M.L.; Luna, M.R. (2006). Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de pareja. México. Pax

+ Watzlawick, P.; Helmick, J.; Jackson, D.D. (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

+ Winnicott, D.W. (1960). La relación inicial de una madre con su bebé en Familia y el desarrollo del individuo. España. Gedisa



# **ANEXOS**

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
(EFF)

NOMBRE DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE FORMADA: \_\_\_\_\_

No. De integrantes: \_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base a la siguiente escala.

- |          |  |
|----------|--|
| <b>5</b> | <b>Totalmente de acuerdo.</b>          |
| <b>4</b> | <b>De acuerdo.</b>                     |
| <b>3</b> | <b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</b> |
| <b>2</b> | <b>En desacuerdo.</b>                  |
| <b>1</b> | <b>Totalmente en desacuerdo.</b>       |

ENUNCIADOS	TD	D	AD	A	TA
1. Mi familia me escucha.					
2 si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.					
3 En mi familia ocultamos lo que nos pasa					
4 En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.					
5 No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia					
6 Raras veces platico con la familia sobre lo que nos pasa					
7 Cuando se me presenta algún problema me paraliza					
8 En mi familia acostumbramos a discutir nuestros problemas.					
9 Mi familia es flexible en cuanto a las normas.					
10 Mi familia me ayuda desinteresadamente.					
11 En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.					
12 Me siento parte de mi familia					
13 Cuando me enoja con algún miembro de mi familia se lo digo					
14 Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas					
15 Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas					
16 Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia					
17 En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la Casa					
18 En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.					
19 Me siento apoyado (a) por mi familia					
20 En casa acostubramos a expresar nuestras ideas					
21 Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia					
22 Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia					
23 Si falla una decisión, intentamos una alternativa					
24 En mi familia hablamos con franqueza					
25 En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta					
26 Las normas familiares están bien definidas					
27 En mi familia no expresamos abiertamente los problemas					
28 En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos					
29 Somos una familia cariñosa					
30 En casa no tenemos un horario para comer					
31 Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias					
32 Mi familia no respeta mi vida privada					
33 Si estoy enfermo, mi familia me atiende.					
34 En mi casa, cada quien guarda sus problemas					
35 En mi casa nos decimos las cosas abiertamente					
36 En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos					
37 Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					

38 En mi familia expresamos la ternura que sentimos					
39 Me molesta que mi familia me cuente sus problemas					
40 En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta					

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SMDG: \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO: \_\_\_\_\_

APGAR: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_