

Estrategias de Afrontamiento Familiar Ante El Diagnóstico De Malformación
Congénita En La Ciudad de Cali, 2013

Stephania Galindez Gonzalez
1095767

Asesor académico:
Ceila Galeano Bautista

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga



Universidad de San Buenaventura Cali
Facultad de Psicología
2013

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE EL DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN LA CIUDAD DE CALI, 2013

Stephania Galindez González
Universidad de San Buenaventura Cali. Facultad de Psicología.
stephaniagg@hotmail.es

Resumen

El objetivo de esta investigación fue conocer las estrategias de afrontamiento familiar ante el diagnóstico de malformación congénita a uno de sus miembros, en la ciudad de Cali durante el año 2013, para ello se diseñó un estudio descriptivo y se trabajó con una población de cuatro participantes: cuidadores principales de personas con fisuras labio-palatinas. A partir del análisis de discurso se logró determinar que estos toman decisiones en relación con el diagnóstico de su familiar de acuerdo con los protocolos médicos existentes, poseen actitudes de conformismo y resignación y reconocen en las creencias mágico-religiosas su principal fuente de apoyo.

Palabras clave: afrontamiento familiar, malformaciones congénitas, fisuras labio-palatinas

Abstract

The objective of this research was to know the family coping with the diagnosis of congenital malformation of its members, in the city of Cali in 2013, for it is a descriptive study and worked with a population of four participants: main caregivers of people with cleft lip and palate. From discourse analysis it was determined that these decisions are made in relation to the diagnosis of his family in accordance with existing medical protocols, have attitudes of complacency and resignation and recognized in the magical-religious beliefs their main source of support.

Keywords: family coping, congenital malformation, cleft lip- cleft palate

INTRODUCCIÓN

Siendo voluntaria en la Fundación Operación Sonrisa, entidad que atiende a niños y niñas de escasos recursos con labio y/o paladar hendido, se evidencia que aunque la morbilidad de las malformaciones congénitas como las fisuras labio-palatinas tiene una ocurrencia significativamente alta en las últimas décadas, aun no se crea un espacio para la psicología en el tratamiento para la recuperación de este tipo de población y sus familias, quienes asumen la responsabilidad de ofrecer a su familiar bienestar y un óptimo desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior la siguiente investigación se realizó con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento familiar que asumen las familias ante el diagnóstico de malformación congénita a uno de sus miembros, en la ciudad de Cali en el año 2013.

Para una comprensión eficaz del fenómeno a investigar se presentan las magnitudes a nivel mundial y nacional las cuales dan cuenta de la prevalencia de este tipo de malformaciones que en diferentes partes del mundo se sitúan como las primeras cinco principales causas de muerte, ello lleva al interés de establecer una pregunta problema: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento familiar ante el diagnóstico de malformación congénita?

En la presente investigación se procedió a la realización de un estudio cualitativo de carácter descriptivo con base en las historias de familias con miembros diagnosticados con fisuras labio-

palatinas, historias que se obtuvieron mediante el instrumento de recolección de información elegido en esta investigación: entrevista- semi estructurada. Una vez recogidos los datos se procedió a hacer un análisis de discurso lo cual permitió realizar una agrupación de la información de acuerdo a las categorías de investigación, lo que finalmente permitió llegar a resultados que apuntan hacia la finalización de esta investigación.

Gracias a la información recolectada se generó un perfil de afrontamiento ante el diagnóstico de malformación congénita: fisura labio-palatina en la ciudad de Cali durante el año 2013.

Malformaciones congénitas: Las malformaciones congénitas, también llamadas anomalías congénitas son un grupo de alteraciones del desarrollo fetal, determinadas por diversas causas que actúan antes, durante o después de la concepción. Los agentes causales de los defectos congénitos pueden ser genéticos, ambientales o por interacción de ambos. Malformaciones congénitas en Colombia (2010)

Según la Investigación Auto- esquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido citando a La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), la malformación congénita es toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular que esté en un niño recién nacido (aunque pueda manifestarse más tarde), sea externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta de una embriogénesis defectuosa.

Labio fisurado, labio leporino o fisura labial: Según Moore y Persaud (1998) Anatomía con orientación clínica, la hendidura labial (“labio leporino”) es una malformación congénita del labio superior que se observa en uno de cada 1.000 recién nacidos; entre un 60 y un 80% pertenecen al sexo masculino. La hendidura varía desde una pequeña muesca en la zona de transición y el borde rojo del labio hasta una fisura que va del labio a la nariz. En los casos más graves, la hendidura se propaga en la profundidad y se continúa con otra hendidura palatina. La hendidura labial puede ser uni-o bilateral.

De acuerdo con la guía de manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido (2009) realizada por la Fundación Homi, la Fisura Labio Palatina (FLP) es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario la boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos fronto-nasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario.

De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras pre palatinas o de paladar primario (que puede afectar el

labio con o sin compromiso del alvéolo) fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia.

Principales causas: según la Organización Mundial de la Salud, 63 Asamblea Mundial de la Salud (2010) Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente o a carencias de micronutrientes. En los países de ingresos bajos y medios, las enfermedades infecciosas maternas como la sífilis o la rubéola son una causa importante de defectos congénitos. Además, el hecho de que la madre padezca enfermedades como la diabetes mellitus, tenga déficit de yodo o ácido fólico o se vea expuesta a medicamentos, drogas (alcohol y tabaco inclusive), ciertos contaminantes químicos ambientales o elevadas dosis de radiación son otros tantos factores que pueden causar defectos congénitos.

Principales síntomas: Los síntomas de estas anomalías son visibles en el primer examen que realice el médico. Aunque el grado de deformación puede variar, tras la inspección de la boca y los labios puede notarse la anomalía, ya que hay un cierre incompleto del labio, del paladar, o de ambos. University Of Chicago Medicine, Comer Children’s Hospital

Principales complicaciones: Además de la anomalía estética, existen otras posibles complicaciones que se pueden relacionar con el labio leporino y el paladar hendido, entre ellas:

Dificultades en la alimentación: La alimentación resulta más difícil con la anomalía de paladar hendido. Generalmente, el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente.

Infecciones de oído y pérdida auditiva: Las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del oído que conecta el oído medio y la garganta. Las infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva.

Retardo del habla y del lenguaje: La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio, lo que origina un retardo en el habla.

Problemas odontológicos: Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan erosionar normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia.

Tratamiento: El tratamiento de estas anomalías incluye la cirugía de corrección y un enfoque integral de equipo para ayudar con las múltiples complicaciones que pueden presentarse. El médico determinará el tratamiento específico basándose en lo siguiente: La edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica, teniendo en cuenta las cualidades de la anomalía y el compromiso de otras partes o sistemas del cuerpo.

Para la mayoría de los bebés que solamente tienen labio leporino, la anomalía puede repararse en los primeros meses de vida (normalmente cuando el bebé pesa entre 4,50 y 5,50 kgs (entre 10 y 12 libras). El objetivo de esta cirugía es reparar la separación del labio. Algunas veces, es necesaria una segunda operación.

Las reparaciones del paladar hendido normalmente se hacen entre los 6 y 18 meses de edad. Es una cirugía de mayor complejidad, cuyo principal objetivo es reparar el paladar de forma que el niño pueda succionar y desarrollar el habla.

Fisura palatina y/o paladar hendido: Según El Espacio Logopedico, (2008), la fisura palatina es la malformación congénita en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media. La fisura puede abarcar el velo del paladar, el paladar óseo y la hipófisis alveolar del maxilar superior.

Dos grupos de posibles causas:

a. Origen exógeno: El alcoholismo durante la gestación y la exposición a la radiación, son factores que interrumpen el proceso de desarrollo normal del paladar. **b. Origen endógeno:** La herencia genética es un factor desencadenante de fisuras, puesto que se hereda de generación en generación.

Síntomas: Se presentan dientes sin erosionar, falta de los incisivos laterales y deformidades Oseas.

Reacciones ante el diagnóstico de labio fisurado y/o fisura palatina: Según la investigación Parental reactions following the birth of a cleft child, (1997), los padres de niños con

figuras experimentan depresión, evitación social y sentimientos de culpa. Esta investigación aporta que el personal médico debe ser sensibilizado y capacitado con respecto a los padres en cuanto a los procesos de afrontamiento, las necesidades de información y apoyo emocional, además deben procurar la inclusión de estos temas en los planes de estudios respectivos.

Afrontamiento: Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es decir plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

El afrontamiento es uno de los componentes del modelo transaccional del estrés definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona.

Afrontamiento familiar: Louro, I (2004) define el afrontamiento familiar como la capacidad que tiene la familia de interactuar con la realidad, movilizándose y tomando decisiones en la búsqueda de la solución a los problemas; en cuyo

proceso interactivo establece un estilo predominante para afrontar dicha realidad en dependencia de la experiencia al afrontamiento a otras crisis y del funcionamiento familiar. Según define esta autora, el afrontamiento puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud o destructivo, cuando ocurre lo contrario.

El estilo de afrontamiento constructivo puede acompañarse de una carga emocional que eleva las tensiones, pero no compromete la solución de problemas y de un sentido práctico de encauzar las acciones, más orientado a la búsqueda de apoyo social.

Es decir el afrontamiento familiar es la capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud, tales como cambios de comportamientos, de hábitos, ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo comunitario o profesional cuando este sea necesario. El afrontamiento de procesos críticos constituye diferentes formas de interactuar con la realidad socio – familiar. Los modos de afrontar los procesos críticos que se manifiestan en el cuidado de la salud, contribuyen a la solución de los problemas, los agravan o generan nuevos.

Recursos de afrontamiento: Según Capra, F (1997) se llama recursos de afrontamiento a la capacidad que tiene la familia de movilizarse, tomar decisiones que actúen sobre los problemas.

Intervienen en estos recursos, las experiencias previas en el afrontamiento a otras crisis, el funcionamiento de la familia y la situación económica.

La familia con un buen afrontamiento busca ayuda en otros parientes, amistades, maestros y profesionales cuando considera que su situación problema desborda sus propios recursos, sin embargo hay familias que desarrollan mecanismos de barreras frente a la ayuda profesional, se niegan a seguir orientaciones especializadas, desestiman la ayuda externa y evaden enfrentar cambios.

Recursos personales de afrontamiento: Según Zeidner y Hammer, (1992), los Recursos de afrontamiento, comprenden todas aquellas variables personales y sociales que permiten que las personas manejen las situaciones estresantes de manera más eficiente, lo cual se debe a que experimenten pocos o ningún síntoma al exponerse a un estresor o que se recuperen rápidamente de su exposición.

Lazarus y Folkman (1986) definen los recursos personales como características individuales que se utilizan en una estrategia de afrontamiento, tales como: cognitivos, emocionales, espirituales y físicos. Los recursos sociales son los apoyos colectivos que se utilizan para afrontar una situación estresante, es decir, redes de soporte social y financieros.

Hammer, A y Marting, M (1988) sostiene que los recursos son inherentes en las personas, permitiéndole manejar los estresores con más eficacia, experimentar menor

intensidad de síntomas ante la exposición a una situación estresante, o para enfrentar la exposición más rápidamente. Consideran cinco recursos: cognitivo, social, emocional, espiritual-filosófico y físico.

Recursos cognitivos: Según Vitaliano, P., Russo, J., Weber, L & Celum, C (1993), La percepción de control sobre los eventos ha sido asociado con un ajuste psicológico más favorable, relacionados a la salud física, los factores situacionales (salud, trabajo, familia,) y a la interacción entre factores situacionales y personales. La percepción de control implica la habilidad para escapar, evitar o modificar el estímulo amenazante.

Lazarus, R (1983) El individuo al enfrentarse a una situación potencialmente estresante, realiza una evaluación cognitiva: el sujeto evalúa lo que sucede con base a las agendas personales llevadas a la situación y en base a su creencia sobre la disponibilidad de los propios recursos.

Recursos emocionales: Las personas que no manifiestan respuestas agresivas hacia situaciones que provocan cólera o frustración tienden a reportar síntomas de corta duración, mientras que los sujetos que responden agresivamente presentan síntomas de larga duración, según Larsen & Kasimatis (1991)

Recursos espirituales: Los recursos religiosos fueron asociados a un mayor uso de estrategias de afrontamiento paliativas las cuales facilitan a su vez, la presencia de un mayor número de síntomas, según Zeidner & Hammer (1992).

Recursos físicos: La salud física está asociada a la salud emocional y mental. Una persona cansada, enferma o débil tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra persona saludable y robusta. La salud, es importante cuando hay que resistir problemas y situaciones estresantes que exigen cierta cantidad de energía, según Lazarus y Folkman (1986).

Recursos sociales: Lazarus y Folkman (1986) definen recursos sociales como los apoyos colectivos que se utilizan para afrontar una situación estresante, es decir, redes de soporte social y financieros.

Estrategias de afrontamiento: Según Lazarus y Folkman (1986) existen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento. Estrategias de resolución de problemas que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar y estrategias de regulación emocional orientadas a aliviar el malestar que produce la situación. Son los métodos dirigidos a regular una respuesta emocional ante el problema.

Otro enfoque que se le da a estas estrategias es la escala de modos de afrontamiento, propuesta por los mismos autores y compuesta por ocho estrategias, desde la dimensión de la resolución del problema y la regulación emocional: las estrategias son confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación, escape, evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante

acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.

7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Familia: Según la organización mundial de la salud OMS (2009) la familia es 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 a escala mundial.

Familia y malformación congénita: Según Ballesteros, B (2006), el cuidador principal presenta temor ante la posibilidad de un nuevo embarazo y preocupación por cambios que se producen en la relación de pareja.

Las madres como cuidadoras principales de los niños/as con malformación presentan alteraciones importantes en la dimensión psicológica, especialmente por el impacto anímico en términos de ansiedad y preocupaciones por el futuro y de manera igualmente importante en el componente relacionado con la distribución de las actividades requeridas para el cuidado del niño/a.

Según Jackson, L & Struck, A (2007), Los padres y madres de niños con un diagnóstico de fisura labio palatina muestran un perfil de personalidad caracterizado, en la dimensión motivacional del comportamiento, por la una mayor orientación hacia el cuidado y las necesidades de los demás, que hacia la promoción de uno mismo. En la dimensión cognitiva se muestran poco inclinados a procesar información abstracta y simbólica, confiando más en la experiencia directa y los fenómenos observables; y poco dados a explorar formas nuevas e innovadoras de organizar y transformar la información.

Impacto en la familia: Según Ordoñez, A & Suarez, F (2009), las madres sienten que el personal de atención en salud tienen una mirada discriminadora, lo cual crea en las madres una sensación de abandono y acentúa la discriminación y el prejuicio ante las personas con discapacidad, rasgos morfológicos infrecuentes y malformaciones hacen parte de reacciones sociales en las que las personas con anomalías y discapacidad son vistas como representantes de desviaciones a la norma comportamental, representaciones de enfermedad o pérdida de los patrones estéticos establecidos, ya que esto no se espera

del personal médico. Lo anterior causa en las madres ansiedad, sentimiento de abandono, sentimientos de rechazo, sentimiento de culpa, comparación entre sus hijos denominados sanos- normales y el que padece la malformación, necesidad de un diagnóstico claro, comprensible y de las causas de la malformación.

METODO

La metodología de esta investigación es cualitativa y de tipo descriptivo, lo cual permitió conocer situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los informantes claves y sus actividades, además identificar relaciones entre las categorías de análisis para lograr conocimientos significativos en relación con el afrontamiento familiar ante el diagnóstico de malformaciones congénitas.

Esta metodología se basó en entrevistas semi- estructuradas, lo cual permitió analizar a los sujetos y su respectivo discurso.

Se hizo necesario retomar el término labio leporino, puesto que las familias no reconocen aun la denominación de labio fisurado, es decir existe un desconocimiento.

En esta investigación se seleccionó a cuatro familias como unidad de análisis y por cada una de ellas participó un informante clave, también llamado cuidador principal, quien en representación de su familia hizo parte de este estudio. Es decir, esta investigación conto con 4 participantes todos habitantes de la ciudad de Cali,

Valle del Cauca de estrato socio-económico 2 y 3.

Criterios de inclusión

- Familias cuyo miembro con diagnóstico de malformación congénita sea mayor a dos años.
- Familias que dentro de su diagnóstico de malformación congénita sea común el labio fisurado y/o fisura palatina, de forma unilateral incompleta, unilateral completa o bilateral completa.
- Familias que hayan recurrido a la operación de corrección de la malformación.
- Familias que pertenezcan o asistan a algún tipo de control médico, psicológico, terapéutico (ayuda psicosocial) con sus parientes diagnosticados con malformación congénita.
- Familias quienes estén de acuerdo en participar en la investigación (firman el consentimiento informado).
- Cuidador mayor de edad.
- Para ser el informante clave debe de ser el cuidador principal del paciente con diagnóstico de malformación congénita.

Procedimiento por fases

- Fase conceptual: partiendo del interés por investigar el tema, se procedió a la formulación y delimitación del problema; para ello se recurrió a revisar literatura existente con relación al

tema. Esto permitió hacer revisiones y conocer los antecedentes en investigaciones y teorías para tener referencias acerca de lo ya investigado y publicado acerca del tema.

- Fase de diseño y planificación: se realizó la selección del diseño investigativo; se delimitaron los criterios de inclusión y exclusión de población para la elección de ésta y posteriormente se identificó la población con la cual se trabajaría. De acuerdo con lo requerido por esta investigación, se eligieron las técnicas de recolección de datos. Esta selección se dio de acuerdo con lo que éstas permiten, es decir, el tipo de información que se obtiene con cada una de ellas.

- Fase empírica y trabajo de campo: antes de iniciar el trabajo de campo se elaboraron los consentimientos informados con el fin de compartir con las familias el trabajo que realizaría, siendo este consentimiento de carácter obligatorio para la investigación en psicología clínica y de la salud, al igual que un criterio de inclusión. Para recoger los datos se recurrió a realizar observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas. Se hizo necesaria la transcripción de las entrevistas y en una matriz de codificación se organizaron y prepararon los datos para el posterior análisis de discurso.

- Fase analítica: se procedió a diseñar las referencias conceptuales que permitieron hacer un análisis, confrontación e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación en relación con unas perspectivas teóricas. Se analizaron, confrontaron e interpretaron los datos. Esta acción

arrojó los resultados de la presente investigación. De igual manera, se realizó la presentación de éstos de acuerdo con las categorías de análisis.

- Fase de difusión: comunicación de los resultados a la comunidad académica y a los respectivos participantes de esta investigación.

RESULTADOS

1. Categoría: Estrategias de afrontamiento familiar

-Estrategias de resolución de problemas

Esta subcategoría tiene en cuenta la confrontación y la planificación de pasos a seguir que realiza la familia para la resolución del problema, es decir las principales estrategias a las cuales se recurre para empezar a convivir con el diagnóstico de malformación congénita, para lograr este objetivo las familias reconocen las necesidades especiales de su familiar con diagnóstico y siguen una planificación construida en conjunto por ellos y el personal médico de acuerdo a los protocolos ya establecidos para el manejo de fisuras labio-palatinas, en los cuales se contempla la importancia de las cirugías de corrección estéticas y funcionales.

En relación con la planificación, se encuentra que los sujetos hacen un seguimiento de pasos estructurados, es decir siguen los protocolos médicos que incluyen el orden de las cirugías y la asistencia desde diferentes disciplinas en relación con cada caso/ diagnóstico específico.

“Pues seguíamos todas las indicaciones del médico...el plan digamos sería hacer todo lo que nos decían que había que hacer”

De manera que la planificación tiene lugar según: el seguimiento de las decisiones del personal médico.

“Los médicos ellos son los que opinan y dicen que hay que hacer. Uno no más sigue y cumple todo”.

Igualmente por las decisiones acordadas por el personal médico y la familia.

“Nosotros íbamos donde nos dijeran que podíamos ir. Hacíamos todo lo que nos dijeron”

Teniendo en cuenta la importancia de lo estético- funcional

“Las cirugías son un gran cambio, hace las cosas más fáciles”

Y las decisiones del personal médico, lo cual evidencia que los sujetos se ciñen a los protocolos médicos para dar solución desde el saber médico a el problema.

“Lo llevaba donde X especialista y todo era porque nos decían que había que hacer” “Haga las vueltas que lo voy a operar.”

También se encuentra que la planificación se presenta como la organización de la familia en relación con el proceso de recuperación posterior al diagnóstico, es decir la familia busca estructurarse para cumplir tareas domésticas y de manutención cuando el cuidador principal denominado informante clave en esta investigación se hace cargo de su familiar con diagnóstico.

“Tuvimos que organizarnos para que nos rindiera el tiempo para poder cuidar a FV (hijo con diagnóstico) y al otro mayorcito”

En la confrontación las respuestas apuntan hacia el reconocimiento de las necesidades especiales que el familiar diagnosticado tiene como lo manifestado en los discursos.

“Yo solo pensaba, va a ser largo el trayecto del niño, porque yo sabía que le esperaban cirugías y muchos tratamientos”.

-Regulación emocional

Esta subcategoría tiene en cuenta las reacciones de tipo emoción ante el diagnóstico: distanciamiento, autocontrol, aceptación, escape, evitación y reevaluación positiva.

En relación con el distanciamiento se observa que no se hizo presente en los discursos, por el contrario los cuidadores principales relatan sus diferentes estrategias para proveerle a su familiar los cuidados necesarios y los tratamientos médicos a los que deben ser sometidos.

“Si me dicen que hay que ponerle huesito, hay que hacerle los dientes, yo lo hago.”

Por su parte el autocontrol se presenta como una reacción mediada por el personal médico, puesto que estos hacen énfasis en que los cuidadores principales no expresen sus emociones y sentimientos en el momento inmediatamente posterior a conocer el diagnóstico. El personal médico opaca las emociones de los cuidadores

principales con comentarios acerca de las cirugías funcionales y estéticas para dar corrección a la malformación, asegurando así el bienestar a futuro del recién diagnosticado.

“El médico que ve a los niños me dijo estese tranquila a él lo van a operar y él queda bien”.

También la evitación se presenta posteriormente al diagnóstico y la percepción de este por parte del cuidador principal, esta se presenta como una reacción de poca duración en la cual no se desea ver al familiar con diagnóstico, puesto que se hace una percepción visual del diagnóstico en la cual se magnifica la imagen de las fisuras labio-palatinas, sin embargo la evitación disminuye ante la acción del personal médico que recuerda la importancia de las cirugías funcionales y estéticas como solución a la malformación.

“Cuando yo lo vi me quede ahí... quieta, yo no lo quería ver, pero la enfermera me dijo entre entonces yo entre”.

Así mismo la evitación también se presenta como la necesidad de evitar los señalamientos sociales por la apariencia física y los efectos de la malformación en la voz de los familiares con diagnóstico.

“No quiero que me le hagan caras, no quiero que lloren, ni que pobrecito, ni que que pesar”.

Por otro lado el escape hace referencia a las alternativas para dar solución a los principales problemas para el familiar con diagnóstico producto de la malformación como las dificultades para la alimentación y los síntomas comunes,

es decir que los sujetos del estudio no escapan, ni rechazan sino que buscan una salida para solucionar los problemas.

“Para darle a él el tetero tenía que medio paradito darle y no así ligero, sino despacio”.

Por último la reevaluación positiva se presenta en relación con la importancia de la primera cirugía, que corrige lo estético y da lugar a lo funcional permitiendo aspectos del desarrollo del niño como la succión- deglución y el lenguaje como se evidencia en sus relatos.

“Que él pudiera coger bien el chupo, eso ya fue mucho, un gran paso” “La primera cirugía fue impactante, porque de verlo ya cerradito eso fue espectacular”.

También se observa la reevaluación positiva cuando los participantes reconocen que aunque el familiar diagnosticado presenta una malformación congénita, ello no lo excluye de tener los mismos derechos y deberes que los demás niños de su edad.

“El niño es un niño que lo vamos a tratar desde un principio como un niño normal”.

En cambio a la aceptación que no tiene lugar en el discurso de los cuidadores principales, se presenta la resignación y el conformismo como actitudes que evidencian la adaptación de estos sujetos al diagnóstico de sus familiares. Tienen lugar a medida que los cuidadores principales reconocen que la malformación solo es estética ya que no hay compromiso de órganos que

podiesen generar riesgo de muerte o de enfermedades de alta complejidad y además es una malformación de alta morbilidad.

“El mío no era el único” “No es ni la primera vez que ocurre, ni la última

“El niño era con el labio así, pero por lo menos estaba bien”

“Yo creo que eso es como una lotería y a mí me tocó la suerte

“Dicen que tener un hijo así son pruebas que dios le pone a uno”.

El impacto del diagnóstico y el enfrentamiento, son reacciones que se relacionan y en su mayoría se presentan juntas puesto que hay una necesidad de ver el diagnóstico (enfrentamiento) y el impacto refiere las percepciones y emociones producto de enfrentar, siendo común la tristeza y el impacto como respuesta.

“Yo lo quiero ver”. “Yo le viste esto así (Señalándose el labio), toda la cara abierta, ¡toda la cara abierta!”.

-Búsqueda de apoyo psicosocial

Esta subcategoría tiene en cuenta la búsqueda de orientación psicológica, los grupos de apoyo, la religión, la medicina y los saberes culturales.

Se encuentra que no se hace una búsqueda de orientación psicológica por decisión de la familia de la persona con diagnóstico, puesto que dentro de los protocolos a seguir no se dicta la importancia para la familia de la asistencia psicológica. Aunque ninguno de los informantes clave asistió a un proceso terapéutico, consideran la psicología como un aspecto clave que pudiese beneficiar a las familias en el proceso de

afrontamiento de las malformaciones. Es así como la motivación e interés por la psicología, surge como una subcategoría en la presente investigación; ésta abarca el interés de la familia de asistir a terapia para manejar los aspectos relacionados con la apariencia física y las relaciones interpersonales en relación con su familiar diagnosticado:

“Yo sí hubiera querido entrar para que la psicóloga me digiera cómo había que tratarlo, pues uno no sabe muy bien en estos casos qué hacer”

Los grupos de apoyo son considerados por los informantes clave como aquellas personas que les consintieron hablar acerca del diagnóstico y la vida en relación con éste, permitiéndoles expresar sus sentimientos, preocupaciones y necesidades. Dentro de estos grupos se encuentra que en su mayoría son amigos, vecinos y personas externas a la familia:

“Lo más importante que yo hice fue contarle a mi familia y amigos... Yo buscaba apoyo, ayuda y la encontré”.

Es importante para estas familias lograr esa expresión de sentimientos con personas que puedan ofrecer apoyo y comprensión, por ello toma importancia los grupos de apoyo con realidades comunes que le permiten a las familias una ayuda mutua a partir de la socialización de sus emociones, angustias y tratamientos médicos en relación con la malformación. Siendo así los grupos de apoyo con realidades comunes una subcategoría que surge

en relación con el discurso de los informantes claves en la investigación:

*“Uno sabía lo que la otra está sintiendo, así uno se da apoyo”
“Compartir la experiencia le puede servir a otra persona”.*

Por otro lado, la medicina es la ciencia que está presente durante toda la vida de la persona con malformación congénita y su familia, desde el momento del diagnóstico hasta su posterior tratamiento de recuperación funcional y estético. Este conocimiento es de relevancia para las familias, por ello reconocen a el personal médico el primer grupo de apoyo, que permite un vínculo de confianza y seguridad, tomando un lugar importante en la vida de las familias en relación con el diagnóstico. Teniendo en cuenta lo anterior, el personal médico es una nueva subcategoría en esta investigación.

“Esos médicos tan buenos, ahora tienen bien a FV”.

También los saberes culturales, como las recetas caseras para afecciones comunes son tenidos en cuenta por las familias para dar solución a problemas comunes en relación con las fisuras labio-palatinas como los problemas de oído y las alergias:

“La homeopatía, he optado por eso algunas veces por ejemplo para las alergias de JD”.

Otro aspecto son las creencias mágico- religiosas, que reúne la creencia en un Dios al que las familias recurren como figura de apoyo y del que delegan la responsabilidad de la

fortaleza que desarrollaron posteriormente al diagnóstico, como se evidencia en los discursos:

“Dios ha sido muy importante en todo este proceso”

Las instituciones médicas son otra fuente de apoyo para las familias, las cuales sienten un respaldo que guía el proceso de recuperación de sus familiares:

“Uno en el Seguro no se sentía solo ni perdido”.

Para finalizar los grupos sociales agrupan a la familia del cuidador principal, que se une en función de éste para proveerle recursos emocionales y económicos a fin de dar solución a los problemas en relación con el diagnóstico:

“Mi familia... todos como que se unieron por ayudar”

“Cuando ya nació el niño uno empieza a buscar ayuda y nos unimos con una familia de mi esposo que vive aquí en Cali, ellos sí que nos han ayudado... Se nos creció la familia”

2. Categoría: Diagnóstico de malformación congénita

-Preocupación por los cuidados del bebé

Esta subcategoría tiene en cuenta la dificultad para la alimentación, los síntomas comunes y la preocupación por el proceso de recuperación. Preocupaciones que son comunes durante el proceso de afrontamiento de las familias y que ponen en juego los

recursos personales para encontrarles solución.

La dificultad para la alimentación, se debe al problema para la succión-deglución producto de las fisuras labio-palatinas, por lo cual los cuidadores principales deben emplear estrategias para ofrecer a su familiar una debida y necesaria alimentación:

“Con la comida se ahogaba... A veces sentía temor de que se ahogara”.

Otra preocupación de los cuidadores principales son los síntomas comunes que son consecuencia de la malformación como afecciones de oído, amigdalitis, bronquitis, faringitis y todos los problemas con la cavidad oronasal.

“Se enfermaba mucho, cuidarlo era complicado, imagínese cuidarle los oídos cuando yo de eso no sabía”

La preocupación más frecuente y constante desde el momento del diagnóstico es por el tiempo que tomará a lo largo de la vida de la persona con diagnóstico el proceso de recuperación, el cual incluye las diferentes cirugías funcionales y estéticas, puesto que los cuidadores principales reconocen que es un proceso de larga duración que va desde la infancia hasta la edad adulta en la cual finalizan las cirugías estéticas, todo ello guiándose en los protocolos médicos ya establecidos según el diagnóstico. De ahí que la preocupación por el proceso a seguir sea una subcategoría emergente que se sustenta en los discursos:

“Uno se llena a veces como de esa angustia porque los médicos le dicen que necesita terapia para hablar bien, que

necesita otro médico para... varios médicos cada uno especialista en algo”.

-Impacto en la familia

Esta subcategoría tiene en cuenta la preocupación por los siguientes embarazos y la crianza y relaciones interpersonales con los miembros de la familia. Las subcategorías surgen a partir del momento del diagnóstico en el discurso de los informantes clave.

La preocupación por los siguientes embarazos se presenta en tres de los cuatro casos de los informantes clave, en los cuales, las madres antes o durante la gestación contemplan la posibilidad de que su bebé en formación presente fisuras labio-palatinas, lo cual es desvirtuado por el personal médico:

“Después de que nació mi hijo así yo no quise más hijos”

Por su parte, en la crianza y las relaciones interpersonales con los miembros de la familia, se presenta que a partir del diagnóstico las familias realizan cambios a nivel de los roles familiares, la organización de la familia, formas de crianza y la relaciones de pareja.

En los roles familiares, la madre se convierte en la cuidadora principal de la persona con diagnóstico y el padre en el encargado de la disciplina. La organización de la familia se modifica a fin de facilitar el proceso de crianza y recuperación física-estética con labores que van desde tareas domésticas hasta el cuidado de los demás miembros de la familia:

“Tuvimos que organizarnos para que nos rindiera el tiempo para poder cuidar a FV”.

De manera que las formas de crianza que se llevaban a cabo antes del diagnóstico con los demás miembros de la familia se ven modificadas, puesto que se considera que la persona con diagnóstico requiere de más cuidados y atención, por lo cual se incita a los demás a ser autónomos, ya que el nuevo integrante de la familia acapara el mayor tiempo del cuidador principal:

“Lo único es que ya no tenía un niño sino dos, y uno necesitaba más cuidado que el otro”.

Esta categoría también tiene en cuenta los cambios a nivel interpersonal, con los demás miembros de la familia:

“Yo todo se lo hacía a mis hijos, yo era la todera como se dice, cuando nació el niño eso me tocó cambiarlo, poner a toda la familia a ayudar con algo”

-Saber absoluto

Esta subcategoría tiene en cuenta la confianza que se deposita en el saber médico y humano de algunos médicos, que por la empatía y forma de relacionarse con las familias forman ante éstas la creencia de que son los únicos que poseen el conocimiento verdadero. Por esta razón, la confianza en el saber médico se tiene en cuenta como una subcategoría:

“Como íbamos a decir a algo que no, si los médicos son los que saben de eso, son inteligentes”

“Yo le tengo mucha confianza a la medicina convencional”

DISCUSIÓN

Con base a la información recogida se encontró que las familias cuyo familiar fue diagnosticado con la malformación congénita: fisuras labio-palatinas realizan un afrontamiento de acuerdo a la resolución del problema, la regulación emocional y la búsqueda de apoyo psicosocial. Durante este proceso de afrontamiento se hace evidente el impacto en la familia, las preocupaciones por los cuidados del bebe y el saber absoluto que se reconoce en el personal médico.

En relación con las estrategias de resolución de problemas se encuentra que las familias toman una actitud pasiva y dependiente hacia el personal médico para la toma de decisiones en relación con el diagnóstico y posterior proceso de recuperación de su familiar. Es decir que hacen un seguimiento de pasos estructurados.

En la confrontación se evidencia que las familias reconocen que una persona con presencia de fisuras labio-palatinas tiene necesidades especiales en cuanto a que requiere cuidados específicos por parte de sus cuidadores, esto también es manifestado por Ballesteros, B (2006) quien afirma que los cuidadores principales creen que los niños requieren un cuidado especial en cuanto a la alimentación, el control del peso y el cuidado del oído.

Con respecto a la regulación emocional se presenta en las familias una necesidad de evitar los señalamientos sociales por la apariencia física y los efectos de la malformación en la voz de los familiares con diagnóstico, lo cual es

corroborado por Dolger, H., Bartsch, A., & Timbach, G. (1997), quienes afirman que los padres de niños con fisuras experimentan depresión, evitación social y sentimientos de culpa.

También se encontró que las familias reconocen que aunque el familiar diagnosticado presenta una malformación congénita, ello no lo excluye de tener los mismos derechos y deberes que los demás niños de su edad. Contrario a lo que afirma Tellez, M (2010), quien afirma que los individuos con anomalías congénitas son comúnmente percibidos como personas con desventajas, dependientes y en muchos casos incapaces de valerse por sí mismos.

Se encuentra la resignación y el conformismo como actitudes que evidencian la adaptación de las familias al diagnóstico de sus familiares. Como la manifiestan Jackson, L y Struck, A (2007), quienes afirman que ciertos rasgos de personalidad de los padres con valores como la protección, la sensibilidad, el conformismo y la aquiescencia facilitan el afrontamiento del diagnóstico emitido.

En cuanto a la búsqueda de apoyo psicosocial se evidencia que las familias consideran la psicología como un aspecto clave que pudiese beneficiar a las familias en el proceso de afrontamiento de las malformaciones. Esta necesidad de igual manera la manifiestan Corbo, M y Marimón, M (2001) que proponen un enfoque multidisciplinario con el fin de encaminar el proceso de rehabilitación desde distintas perspectivas; fonoaudiología, terapia de lenguaje, psicología,

considerando que si bien la cirugía es importante para la recuperación es necesario comprender que el ser debe ser estudiado holísticamente.

Es importante para las familias lograr la expresión de sentimientos con personas que puedan ofrecer apoyo y comprensión, tal como lo manifiesta Capra, F (1997) quien afirma que la familia con un buen afrontamiento busca ayuda en otros parientes, amistades, maestros y profesionales cuando considera que su situación problema desborda sus propios recursos.

Otro aspecto importante son las creencias mágico- religiosas, a las cuales las familias otorgan la causa de la fortaleza desarrollada después de conocer el diagnóstico, ante esto Zeidner & Hammer (1992), manifiestan que los recursos religiosos son asociados a un mayor uso de estrategias de afrontamiento paliativas y eficaces.

Por otra parte la dificultad para la alimentación y los síntomas comunes hacen parte de las principales preocupaciones por los cuidados del bebé que surgen durante el proceso de afrontamiento de la malformación, tal y como lo expresa Ballesteros, B (2006) quien afirma que los cuidadores principales creen que los niños requieren un cuidado especial en cuanto a la alimentación, el control del peso y el cuidado del oído.

También la preocupación por el proceso a seguir se presenta en las familias, ello de acuerdo con Ballesteros, B (2006) quien afirma que las madres como cuidadoras principales de los niños/as con malformación presentan alteraciones

importantes en la dimensión psicológica, especialmente por el impacto anímico en términos de ansiedad y preocupaciones por el futuro y prestan especial importancia al componente relacionado con la distribución de las actividades requeridas para el cuidado del niño/a.

Por otra parte, tras la llegada de un miembro con diagnóstico de malformación congénita las familias se enfrentan a un impacto que modifica la crianza y las relaciones interpersonales con los demás miembros de la familia y pueden provocar preocupación por futuros embarazos, como lo evidencia Ballesteros, B (2006), quien afirma que el cuidador principal presenta temor ante la posibilidad de un nuevo embarazo y preocupación por cambios que se producen en la relación de pareja.

Por último, en las familias existe una evidente confianza depositada en el saber médico y humano de algunos médicos, que por la empatía, forma de relacionarse con las familias y experiencia, forman ante estas la creencia de que son los únicos que poseen el conocimiento verdadero. Ello se sustenta en la investigación de Jackson, L & Struck, A (2007), quien afirma que en la dimensión cognitiva se muestran poco inclinados a procesar información abstracta y simbólica, confiando más en la experiencia directa y los fenómenos observables; y poco dados a explorar formas nuevas e innovadoras de organizar y transformar la información.

CONCLUSIONES

-El afrontamiento familiar ante malformaciones congénitas como las fisuras labio-palatinas se produce a medida que los cuidadores principales reconocen las necesidades y cuidados especiales que su familiar con diagnóstico tiene.

-En el afrontamiento familiar influye la acción del personal médico que se encarga de la emisión del diagnóstico y de brindar información a las familias acerca de los procedimientos de tipo estético y funcional para dar corrección, según el caso de malformación congénita presentada.

- La información acerca de los procedimientos estéticos y funcionales, crea en la familia la necesidad de hacerse responsable del cuidado y desarrollo de su familiar, pero le evita hacer una necesaria expresión de sus emociones, puesto que después de la emisión del diagnóstico inmediatamente se aborda a la familia con información acerca de los procedimientos y cirugías, sin permitirle un espacio propicio para expresar lo que siente, piensa o necesita conocer.

- Las familias depositan su confianza en el saber de los médicos, teniendo en cuenta su forma de relacionarse con ellos de manera empática, respetuosa y asertiva.

- Las familias presentan una actitud pasiva, donde el otro en este caso el personal médico es quien tiene provee de información acerca de los pasos a seguir en relación con el diagnóstico y por ende del familiar diagnosticado, es decir que las familias siguen las

indicaciones del personal médico sujetas a protocolos médicos, convirtiéndolos en seguidores de pasos estructurados y creyentes de verdades establecidas como únicas.

- Contrario a la actitud pasiva tomada ante el personal médico, las familias toman una actitud organizadora con los miembros de la familia, es decir una actitud activa realizando cambios a nivel de los roles familiares y deberes/responsabilidades, para lograr un espacio adecuado para la crianza y proceso de recuperación de su familiar con diagnóstico que les permita dedicarles más cuidados y atención, puesto que la familia considera que sus familiares con diagnóstico necesitan mayor dedicación por su diagnóstico.

- Las familias son activas en cuanto a la búsqueda de alternativas para dar solución a los síntomas comunes de las fisuras labio-palatinas por medio de remedios caseros o estrategias de acuerdo al síntoma considerado problemático. Es decir las familias no escapan, ni rechazan el problema sino que buscan salidas a este.

- La búsqueda de apoyo psicosocial, es un recurso fundamental en el afrontamiento del diagnóstico de fisuras labio-palatinas puesto que le permite a las familias expresar sus emociones y en algunos casos pueden brindar la ayuda económica necesaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dolger, H.; Bartsch, A. y Timbach, G. (1997). Parental reactions following the birth of the cleft

- child. *Journal of craniofacial orthopedics.* (58) 124-136
- Ballesteros, B. (2006). Calidad de vida en niños menores de dos años. Perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychologica.* (5) 273-289
- Cáceres, A. (2004). Incorporación de la atención psicológica a una patología AUGE. *Dialnet.* (22) 185-191
- Capra, F. (1997). *La trama de la vida.* Barcelona: Anagrama.
- Corbo, M y Marimon, M (2001). Labio y paladar fisurados, aspectos generales. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* (17) 379-385.
- Espacio logopédico (2008). Etiología de la fisura palatina.
- Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas ECLAMC (2011). Malformaciones congénitas en Chile y Latinoamérica: Una visión epidemiológica del ECLAMC del periodo 1995-2008. *Revista Médica de Chile.* (179) 72-78.
- Fundación Homi, Hospital de la Misericordia (2009) .Guía para manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido. Recuperado el 8 de Noviembre de 2012 de: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/7.%20Guía%20de%20manejo%20de%20pacientes%20con%20labio%20y%20paladar%20hendido.pdf
- Hammer, A. y Marting, M. (1988). Manual for coping resources inventory. *California: consulting Psychologist Press.*
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza de Nutrición y Salud INCIENSA (2009). Manual técnico del centro de registro de enfermedades congénitas. *Revista panamericana de salud pública.* (120) 105-112
- Instituto Nacional de Salud, subproceso r0. (2001). Operación y mantenimiento del sistema de vigilancia y control en salud pública (2011). Informe final del evento anomalías congénitas año 2011
- Jackson, L y Struck, A. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica de padres de niños con fisura palatina. *Anales de psicología.* (23) 233-250.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca
- Limiñana, R.; Corbalan, F. y Hernández, R (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología.* (23) 234-239.
- Londoño, J. (2010). Malformaciones congénitas en Colombia.
- Louro, I. (2000). Atención familiar. Temas de Medicina General Integral. *Revista cubana de medicina general.* (20) 124-136.

- Louro, I. (2004). Modelo de salud del grupo familiar. *Escuela Nacional de Salud Pública*. (32) 105-116.
- Moore y Persaud (1998). *Malformaciones congénitas. Anatomía con orientación clínica*. México: Lippincot.
- Ordoñez, A. y Suárez, F. (2009). Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. *Colombia Médica*. (40) 241-250.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *Pensamiento Psicológico* 2008. (4) 123-135.
- Organización Mundial de la salud (2009). *La familia*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 63 Asamblea Mundial de la salud (2010). *Defectos congénitos. Informe de la Secretaria de salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Malformaciones congénitas*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Malformaciones en Colombia*. Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Análisis de situación y tendencias de salud*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2012 de: http://www.paho.org/spanish/dd/aiss/cp_840.htm
- Robles, S. (2000). Centroamérica: Medio ambiente y situación de salud. *Ecosal*. (134) 227-334.
- Secretaría Pública Municipal de Santiago de Cali, Área de Estadística (2010). *Programa de mortalidad 2010*. Santiago de Cali.
- Secretaría Pública Municipal de Santiago de Cali, Grupo de Planeación (2010).
- Téllez, M (2010). Percepción social de un hecho biológico: actitud ante el congénitamente anómalo. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*. (16) 112-133.
- University Of Chicago Medicine, Comer Children's Hospital. Labio leporino, el paladar hendido.
- Vitaliano, P., Russo, J., Weber, L. y Celum, C. (1993). The dimensions of stress scale: psychometric properties. *Journal of applied social psychology*. (12) 154-163.
- Zeidner, M. y Hammer, A. (1992). Coping with missile attack: resources, strategies and outcomes. *Journal of Personality*. (9) 101-112.
- http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pdf
- http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=24

<http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04935>