

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

**ESTADO EMOCIONAL DE MADRES DE
RECIEN NACIDOS INTERNADOS CON
COMPROMISO DE SALUD.
SERVICIO DE NEONATOLOGIA.
HOSPITAL MISERICORDIA. CORDOBA.
ENERO - DICIEMBRE 2016**

TESIS

Autor:
Lic. GRACIELA BRITOS

Director:
Mgtr. LUIS A. AHUMADA

CÓRDOBA, Marzo 2018

Dedicado a:

A mis hijos: a Santiago, que con su llegada antes de tiempo me enseñó una nueva forma de vivir y a Francisco, una segunda oportunidad de amar la vida...

ART. 23 ORDENANZA RECTORAL 03/77:

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

Agradecimientos:

Al Dr. Luis Ahumada, Director de esta investigación por la orientación y la supervisión pero especialmente por su apoyo y compromiso en la defensa de la vida.

A la Lic. María Elena Cordera, por su generosidad, su confianza y motivación.

A la Dra. Claudia Peretto, su actitud docente y sus explicaciones honestas me facilitaron la comprensión estadística del trabajo.

A Gabriel, mi esposo y compañero sin el cual este trabajo no hubiera sido posible.

A cada una de las madres del Hospital Misericordia que participaron generosamente del estudio y me mostraron sus dolores, sus miedos y sus esperanzas.

TRIBUNAL DE TESIS:

- Dr. Martín Moya
- Dra. Patricia Gómez
- Mgter. Héctor Stroppa

RESUMEN

Título: “Estado emocional de madres de recién nacidos internados con compromiso de salud. Servicio de Neonatología. Hospital Misericordia. Córdoba. Enero – diciembre 2016”

Autor: Lic. GRACIELA BRITOS

RESUMEN	SUMMARY
<p><u>Objetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer el estado emocional de las madres de recién nacidos internados con compromiso de salud en el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia de la Ciudad de Córdoba. Enero - diciembre, 2016 <p><u>Material y Métodos:</u></p> <p><u>Población:</u> La población bajo estudio está conformada por madres de hijos con compromiso de salud internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia. Es una investigación descriptiva y de corte transversal, cuantitativa.</p> <p><u>Técnica e instrumento de recolección de datos:</u> Para las variables factores de estrés: la Escala PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) Para las variables edad, nivel de instrucción, situación de pareja, peso al nacer del RN, edad gestacional, lugar y tiempo de internación: se utilizará como instrumento un cuestionario cerrado.</p> <p><u>Conclusiones:</u> Se encontró que la experiencia de tener un hijo hospitalizado constituye una situación que afecta el estado emocional provocando un alto nivel de estrés en la madre y sentimientos de temor, angustia e impotencia. La situación más estresante para las madres fue la alteración de su rol y estar separada de su hijo. Los resultados indican que otra de las situaciones más estresantes fue la apariencia débil del bebe y no poder abrazarlo cuando se desea, lo que provoca en la madre dolor, frustración y tristeza.</p>	<p><u>Objetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• To know the emotions and feelings of infants’s mothers during their hospitalization in Neonatal Service of Misericordia Hospital. Córdoba. January – december, 2016 <p><u>Material y Métodos:</u> <u>Patients, materials and methods:</u> This was a descriptive, transversal, quantitative study with 70 mothers with infants admitted in the Nicu of Misericordia Hospital.</p> <p>The Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit was applied to investigate stress. This instrument has been adapted to our context (Carusso and Mikulic, 2012). Also a close questionnaire to biosodemographic variables was applied.</p> <p><u>Conclusions:</u> We found that the experience of having your infant under the direct care of a pediatric hospitalist constitutes a situation that profoundly affects the mental, emotional and physical state of the mother. This situation causes a high level of stress, strong feelings of fear, helplessness and anxiety.. It’s also a major cause of stress the alteration of the role carried out by the mother. The results indicated that separation from the infant, weak appearance of infant and been enable to hold the baby reported as the most experienced stressful agents. They also produce pain, frustration and sadness in mothers.</p>

ÍNDICE

Detalle	Pág.
Introducción	06
• Antecedentes	08
Marco contextual	14
Marco teórico	16
• La gestación de un hijo	16
• El nacimiento	16
• El nacimiento de un hijo con compromiso de salud	18
• La Unidad de Cuidados Intensivos y la internación	19
• La prematurez	23
• Situaciones frecuentes en el bebé prematuro	26
• La discapacidad	28
• Identificación de variables	30
• Definición de términos	34
Interrogantes	42
Objetivo de la investigación	43
Material y Métodos	44
• Población - Muestra	44
• Tipo de investigación	44
• Técnica e instrumento de recolección de datos	45
• Técnicas de procesamiento de datos	46
Resultados – Discusión	48
• Análisis de los datos de las Subescalas de estrés	62
Conclusiones - Sugerencias	77
Bibliografía	86
Anexo	89

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación es el estado emocional de las madres frente al nacimiento e internación de un hijo con compromiso de salud.

Actualmente el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia no cuenta con un servicio de salud mental propio que atienda las necesidades específicas de las madres frente a la internación de sus hijos, por lo que se valora fundamental contar con intervenciones psicológicas efectivas y adecuadas que faciliten el afrontamiento favorable de esta situación dolorosa. Reconocer el estado emocional de la madre, el estrés y la ansiedad por la que atraviesa, es fundamental para actuar no sólo a fin de moderarlo sino también prevenirlo y por tanto es un tema valioso para la salud materno – infantil.

El nacimiento de un bebé con compromiso de salud produce un elevado nivel de angustia en el entorno familiar y sobre todo en la madre, que en ocasiones afecta no sólo al establecimiento de un vínculo afectivo adecuado para cuidar en el plano físico y psíquico al bebé sino también en los resultados sanitarios neonatales. Por todo ello, las madres en tal situación necesitan contar con apoyo psicológico, desde el momento del nacimiento y un seguimiento sostenido, hasta que la situación se estabilice.

El diagnóstico de enfermedad y las situaciones de prolongada internación enfrentan a las madres a vivencias de dolor, temor, ansiedad e incertidumbre. En el ambiente adverso y desconocido para los padres, que constituye la terapia intensiva neonatal, se considera beneficioso analizar y priorizar las necesidades emocionales y de contención de los padres a fin de identificar los aspectos que producen estrés para desarrollar acciones e intervenciones psicológicas adecuadas que faciliten el afrontamiento saludable.

Motiva a la autora su desempeño como voluntaria en la tarea de coordinación de grupos de apoyo para padres, aunando experiencia personal y práctica profesional como psicóloga. El reconocimiento y abordaje de las vivencias y sentimientos de las madres durante la internación de sus hijos, permitirá mejorar el bienestar emocional de las mismas y facilitará la recuperación del bebé.

Identificar los principales factores estresores que afectan e inciden en el estado emocional de los padres, resulta útil para realizar intervenciones psicológicas tempranas focalizadas, que aporten a la visualización del problema y a la sensibilización por parte del personal de salud que asiste a estos niños altamente vulnerables y a sus familias. Además, permitirá diseñar espacios de apoyo y reflexión donde las madres puedan expresar sus sentimientos y necesidades, contribuyendo a desarrollar estrategias de afrontamiento.

La comprensión de los factores que inciden en el estado emocional parental durante la internación permitirá la planificación de proyectos e intervenciones psicológicas e interdisciplinarias en donde se tenga en cuenta no sólo el cuidado del bebé sino también de sus padres, en busca de mejorar la atención integral.

El bebé es para los padres un reflejo donde reconocerse y al mismo tiempo es el destinatario de sueños y deseos anhelados. El hijo representa para los padres una promesa, un proyecto... un porvenir. Por tanto el nacimiento de un hijo con alguna enfermedad o patología constituye una situación altamente estresante y dolorosa. Se incrementa en los padres el sentimiento de perplejidad, incertidumbre y confusión en relación al miedo por el estado del bebé. En un momento vital como es el nacimiento, aparece la angustia y temor a la muerte, como una amenaza constante.

El nacimiento de un niño con compromiso de salud, produce un estado de desconsuelo y angustia en los padres por la pérdida del niño esperado, imaginado e idealizado, transformándose el nacimiento en un momento de crisis, con la consecuente ansiedad y temor en relación a la pérdida del recién nacido. Enfrenta a la familia y especialmente a la madre a la elaboración de múltiples situaciones de duelo:

duelo por el embarazo no concluido, duelo por el tipo de parto, duelo por la desprotección intra y extra uterina de su bebé.

Este proceso es costoso en tiempo y energía psíquica y las familias con frecuencia necesitan elaborar las vivencias traumáticas y modificar las percepciones con respecto a sí mismos y a su bebé para desarrollar un vínculo saludable.

Antecedentes

Luego de consultar diferentes páginas web www.google.com, www.pubmed.com, y revistas de investigación se encontraron las siguientes investigaciones relacionadas con el presente trabajo:

- WORMALD, F. y otros. “Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico”, [en línea] Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 113 n° 4 Bs. As. 2015 [consultado 4/09/15]; disponible en la URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752015000400005 Se obtuvo como resultado que en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados se encontró un estrés inicial moderado y que el factor de estrés más relevante es la alteración en su rol parental. Se identificaron varios factores asociados a mayor estrés parental, entre los cuales se destaca no haber tomado en brazos a su recién nacido. El estrés parental fue mayor en madres que en padres y en los centros públicos que en centros privados. Este trabajo fue de importante utilidad para el conocimiento de las variables a utilizar y la escala aplicada.
- ROSSEL K., CARREÑO T. y otros “Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido”. [en línea] Revista Chilena de Pediatría, Vol. 73 n° 1 2002. [consultado 4/09/15]; en la URL http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200200

0100004 El estudio destaca como conclusión que el conocimiento de la carga emocional de las madres de recién nacidos prematuros internados obliga al equipo de salud a intervenir e idear estrategias de apoyo parental, como fomentar la participación activa en el cuidado de sus hijos, ya que ellas necesitan disminuir sus culpas, el dolor, mejorar la autoestima y disfrutar la maternidad. Esta investigación tuvo una importante utilidad para la elaboración del marco teórico.

- ROJAS CARRASCO, K. E. “Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva”. [en línea] Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013 [consultado 23/07/15]; disponible en la URL <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im136b.pdf> Los resultados de esta investigación revelan que tener un hijo con una enfermedad crónica o internado en una unidad de terapia intensiva causa niveles de ansiedad similares en ambos progenitores. La ansiedad se incrementa significativamente en ambos padres cuando el hijo ingresa a la unidad de cuidados intensivos, por lo que debe considerarse la necesidad de que reciban apoyo psicológico durante la hospitalización. Esta investigación tuvo como utilidad el conocimiento de las variables a utilizar.
- RUIZ, A. L., CERIANI CERNADAS, J. M. y col. “Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención” [en línea] Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 113 n° 4 Bs. As. 2015 [consultado 5/09/15]; disponible en la URL <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103n1a08.pdf> Esta investigación concluye que mediante un programa de apoyo especial se observó una significativa disminución del estrés y depresión materna. Este efecto beneficioso podría mejorar la interacción madre-hijo y el futuro desarrollo del niño. La utilidad de este estudio fue conocer una modalidad psicológica de intervención y las variables a investigar.
- CARUSO A. y MIKULIC I. M. “El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatal: traducción y adaptación de la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G.

Funk, 1998)” [en línea] Anuario de Investigaciones Vol. 19 n° 2 Bs. As. 2012 [consultado 5/09/15]; disponible en la URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_artextl&pid=S1851-16862012000200004 El estudio permitió analizar la versión final de la adaptación de la Escala de Estrés Parental. La utilidad de la presente investigación fue conocer la escala a aplicar y las variables que se tuvieron en cuenta en su realización y adaptación.

- GRANDI, C., GONZALEZ, M. A. y col. “Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires”. [en línea] Revista del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” Vol. 27 N° 2, 2008 pag. 51 - 69. [consultado 5/09/15]; disponible en la URL <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227202.pdf> El presente estudio brinda evidencia que según el modelo multifactorial del parto prematuro, la perspectiva social y psicológica del estrés podrían contribuir independientemente a este desenlace. Esta investigación permitió contar con datos locales acerca de la influencia del estrés en la gestación y en el parto, conocer algunas variables a tener en cuenta y la definición operacional de las mismas.
- SCHAPIRA, I. y ASPRES, N. “Estrés en recién nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos” [en línea] Revista del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” Vol. 23 N° 3, 2004 pag. 113 -121. [consultado 5/07/15]; disponible en la URL <http://www.redalyc.org/pdf/912/91223306.pdf> Se clasifica y caracteriza el estrés y sus desencadenantes y se plantean propuestas y recursos para afrontarlo. La utilidad de este estudio fue la definición del estrés, su clasificación, componentes y etapas, de gran valor para la definición y operacionalización de variables.
- JIMENEZ PARRILLA, E.; LOSCERTALES, M. y col. “Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar”. [en línea] Revista Vox Paediatrica 11,2 (27-33), 2003. [consultado 5/07/15]; disponible en la URL <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/>

padres_de_recien_nacidos_en_ucin.pdf Existe un fuerte impacto emocional en los padres y madres de recién nacidos de alto riesgo, ingresados en UCIN. La utilidad de este estudio fue el aporte para la realización del marco teórico y el conocimiento de variables a investigar.

- CARUSO, A. “El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales” [en línea] IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012. [consultado 5/07/15]; disponible en la URL <http://www.aacademica.org/000-072/962> Los resultados obtenidos muestran que si bien los padres perciben la internación de su bebé en la UCIN como un suceso moderadamente estresante, las alteraciones en sus roles como padres se transforman en los aspectos más estresantes para ellos. La utilidad de esta investigación fue el conocimiento de la Escala a utilizar, el estrés como variable y su definición.
- LEON M. y otros “Sistema de Intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros”. [en línea] *Mapfre Medicina*, 2005; Vol. 16, n° 2, 2003, 130-139 [consultado 5/07/15]; disponible en la URL <http://sid.usal.es/7043/8-2-6> Aconsejan la Escala PSS-NICU- para medir el estrés en el ambiente de la terapia intensiva neonatal y señalan que los grupos de padres representan un elemento terapéutico de primer orden como intervención psico-educativa que facilita un recurso de afrontamiento más activo, promoviendo el vínculo paterno-filial. La utilidad de esta investigación fue conocer algunos métodos para la recolección de datos en la Terapia Intensiva Neonatal y las variables utilizadas.
- GIRALDO, D. I., LOPERA M. y col. “Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la unidad de cuidado intensivo neonatal”. [en línea] *Horiz Enferm*, Vol. 23, n° 3 13-22, 2012, [consultado 5/07/15]; disponible en la URL http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/23-3/estres_factores.pdf En el

presente estudio los más altos niveles de estrés se presentaron cuando los padres se sentían separados de sus hijos y no podían alimentarlos, de igual manera cuando sentían impotencia e incapacidad para protegerlos del dolor. Permitió reconocer la importancia de la evaluación emocional de los padres, especialmente cuando se desempeñan en su rol de padres, en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Este estudio fue útil para conocer los factores estresores, tomar en cuenta variables en estudio y elaborar el marco teórico.

- JOFRE ARAVENA, V. E. y ENRIQUEZ FIERRO, E. “Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999”. [en línea] Ciencia Enfermería 2002, Junio 8(1) 31-36. [consultado 5/07/15]; disponible en la URL http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000100005&script=sci_arttext Del total de las variables planteadas, resultaron relacionadas con el nivel de estrés de las madres: el ambiente de la unidad; el aspecto y comportamiento del recién nacido y el rol de la madre. Respecto a las variables independientes biosociodemográficas resultaron no estar relacionadas con el estrés total de las madres, al igual que las variables relacionadas con las características del recién nacido. Este estudio fue útil para conocer la aplicación de la Escala de Estrés Maternal y conocer sus resultados.

El objetivo de la presente investigación es conocer el estado emocional de las madres de recién nacidos internados con compromiso de salud en el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia de la Ciudad de Córdoba. Enero - Diciembre, 2016

El alcance de este estudio son madres de recién nacidos internados en dicho Servicio, que acepten participar, se encuentren alfabetizadas, sean mayores de 18 años y no presenten retraso mental, discapacidad y/o alteraciones psiquiátricas diagnosticadas.

Para realizar la presente investigación se utilizaron fuentes primarias constituidas por Escala de Estrés PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) y un Cuestionario cerrado; administrados a madres de recién nacidos internados.

La presente tesis está organizada en cuatro partes a saber:

En la primera se plantea el marco teórico que se tendrá como base para la interpretación de datos, se identifican las variables bajo estudio y se definen real y operacionalmente los términos utilizados.

En la segunda parte, se explicita el material y los métodos utilizados, se caracteriza la población, los criterios de inclusión, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, como así mismo los procedimientos para el análisis e interpretación de los datos recogidos.

En la tercera parte, se presentan los resultados, con sus análisis e interpretación, a partir de los cuales se efectuaron las discusiones pertinentes, a la luz de los resultados de otras investigaciones homólogas.

En la cuarta y última parte, se plantean las conclusiones que surgen del análisis de los datos recogidos, como así mismo se establecen a manera de sugerencias; estrategias que tiendan a disminuir los riesgos perinatales en esta población.

MARCO CONTEXTUAL

El Hospital Nuestra Señora de la Misericordia es una institución pública de la zona sur de la ciudad de Córdoba. Es un hospital polivalente dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Fue fundado en el año 1922, inaugurado como un sanatorio para pacientes con tuberculosis y actualmente es un hospital que cuenta con más de 30 servicios. Los servicios de Obstetricia y Neonatología, se reinaugaron en el año 2007.

En la actualidad el Servicio de Neonatología se encuentra enmarcado bajo el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el cual se comienza a desarrollar hace más de 30 años en la Maternidad Sardá en Buenos Aires. Este Modelo constituye un paradigma de atención perinatal que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé, promueve la participación del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido, implementado prácticas seguras y de probada efectividad.

En el año 2010 comienza el desarrollo de un convenio de cooperación entre Unicef y el gobierno argentino, denominado “100 Maternidades Seguras y centradas en la Familia”, una de las cuales fue la del Hospital Misericordia. A partir de su implementación en el Servicio de Neonatología se busca promover una atención

humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño y que contribuya a mejorar la calidad de la atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

El Servicio de Servicio de Neonatología cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (12 incubadoras) y Unidad de Cuidados Intermedios (10 incubadoras), y 20 unidades de internación conjunta madre-hijo. Se realizan 2.500 nacimientos al año. La población que asiste al Servicio, proviene de diferentes barrios de la ciudad de Córdoba, especialmente de la zona sur y también del interior de la provincia. Generalmente, es de sectores socioeconómicamente vulnerables, madres jóvenes, muchas de ellas menores edad y en su mayoría multíparas.

Actualmente, el Servicio cuenta con múltiples intervenciones y estrategias destinadas a la humanización de la atención, entre las cuales se cuentan; ingreso irrestricto a padres, visita programada de hermanos con acompañamiento y supervisión, visita programada de abuelos, residencia donde las madres pueden alojarse mientras sus bebés están internados, grupo de voluntarios y grupo de apoyo para padres.

MARCO TEORICO

La gestación de un hijo

La gestación de un hijo no ocurre necesariamente en el embarazo, sino que tiene una prehistoria vinculada al origen de este hijo, a la búsqueda del mismo y al momento en que es pensado y deseado por sus padres. Es un momento de intensas transformaciones psicológicas y sociales, que constituye una de las manifestaciones como hombre y mujer, más significativas: el logro de la maternidad y la paternidad.

La gestación es un hecho altamente conmovedor que implica un impacto emocional tanto individual, en la pareja de padres y en la vida familiar, ya que pone en juego múltiples modificaciones internas y externas. Despierta en los padres, una intensidad de emociones, sentimientos y temores vinculados a la propia historia personal, a las expectativas, a la situación de vida actual y a los proyectos.

Los cambios físicos durante la gestación del bebé, suelen ir acompañados de cambios psicológicos, que afectan de diferente manera al hombre y a la mujer.

El nacimiento

El nacimiento de un hijo es uno de los momentos vitales más importantes en la vida de una persona, de una pareja y de una familia. No es un hecho meramente biológico sino un acontecimiento individual, familiar y social que asegura la continuidad de la especie y que inscribe al mismo tiempo a los padres en una función social, como

padres que transmiten un capital genético así como también un nombre, una filiación y una herencia cultural.

“El nacimiento es ante todo un pasaje material experimentado por el cuerpo del recién nacido, es decir la realidad anatómica del nacimiento. Sin embargo, todas las culturas han instituido ritos de pasaje que representan un nacimiento simbólico que duplica la realidad de la llegada al mundo”.¹ Esto implica que el recién nacido al ser reconocido e identificado en una familia, en una historia y en una cultura, deviene esencialmente humano. Verdadera transformación del hecho biológico de nacer en el hecho vital de devenir humano. Proceso de humanización que necesita de otros para producirse.

El nacer es más que el nacimiento. No es un hecho puntual, es un proceso más complejo que involucra un pasado y transcurre hacia el futuro entrelazado en la vida y la historia de varias personas y generaciones de una misma familia.

“Cada nacimiento es la posibilidad de algo nuevo, y ese nuevo suceder, nacerá en el encuentro inicial de un singular impulso biológico y la representación que otro tenga de ese ser que viene”.²

El estado de dependencia con el que nace un niño, enfrenta a los adultos a la vulnerabilidad de los orígenes, al mismo tiempo que al sentimiento de potencia y poder en cuanto a la posibilidad de trascenderse a si mismos a través de la gestación de este hijo.

Si bien, el sentimiento de descubrirse como padres o ser reconocidos como tales, se inicia con el primer hijo, es posible comprender que cada hijo crea a su vez un padre diferente, por nacer en distintos momentos y circunstancias de la vida.

¹ GONZALEZ, M.A. “Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental”. Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá, vol. 26, num. 4, 2007. Pag. 15

² HELMAN, V. y VILLAVELLA, M. “Niños prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.

El nacimiento de un hijo con compromiso de salud

Una de los mayores deseos y expectativas de los padres es tener un hijo sano. El bebé es para los padres un reflejo donde reconocerse y al mismo tiempo es el destinatario de sueños y deseos anhelados. “Esta instancia de reflejarse y proyectarse se verá interferida cuando el bebé tiene su vida en riesgo o queda puesto en una situación muy diferente a la que los padres esperaban para él”.³

El hijo representa para los padres una promesa, un proyecto... un porvenir. Por tanto el nacimiento de un hijo con alguna enfermedad o patología constituye una situación altamente estresante y dolorosa. Se incrementa en los padres el sentimiento de perplejidad, incertidumbre y confusión en relación al miedo por el estado del bebé. En un momento vital como es el nacimiento, aparece la angustia y temor a la muerte, como una amenaza constante.

Se producen intensos sentimientos de desvalorización, impotencia, injusticia y culpa así como también sentimientos de pérdida.

El nacimiento de un hijo con compromiso de salud, provoca un desequilibrio en el vínculo de pareja y en la vida familiar, encontrándose afectados todos los miembros del grupo, tanto hermanos, abuelos y tíos.

Un parto normal acontece como un proceso en el que no faltan ansiedades, temores, dudas. Pero cuando se produce un parto prematuro o el nacimiento de un hijo con compromiso de salud, “siempre es una irrupción, una avalancha de fallas, de sinsentidos que nos conduce, por un lado a la atención de la urgencia aparentemente como única posibilidad posible, frente al riesgo de muerte”.⁴

³ POSE, G. “Ser padres prematuros. El parto prematuro, el nacimiento y la relación con el bebé”. Ediciones del Candil, 1° edic. Bs. As. 2004. Pag. 29

⁴ HELMAN, V. Ídem op. cit. Pag. 44.

El nacimiento de un niño de riesgo produce un estado de desconuelo y angustia en los padres por la pérdida del niño esperado, imaginado e idealizado, transformándose el parto en un momento de crisis, con la consecuente ansiedad y temor en relación a la pérdida del recién nacido. Enfrenta a la familia y especialmente a la madre a la elaboración de múltiples situaciones de duelo: duelo por el embarazo no concluido, duelo por el tipo de parto, duelo por la desprotección intra y extra uterina de su bebé. En este sentido, Brazelton, refiere que la experiencia demuestra que en los primeros momentos tras el parto, los padres se hayan en una situación de shock y desconexión con su propio hijo; si el duelo se conduce bien, los padres empezarán a observar y dar respuestas más organizadas y de mayor calidad, y finalmente serán capaces de desplegar capacidades interactivas en sus hijos, pudiendo crear un vínculo.

Este proceso es costoso en tiempo y energía psíquica y las familias con frecuencia necesitan elaborar las vivencias traumáticas y modificar las percepciones con respecto a sí mismos y a su bebé para desarrollar un vínculo saludable.

La Unidad de Cuidados Intensivos y la internación

La internación de un hijo despierta en los padres profundos sentimientos de indefensión, desamparo, miedo a lo desconocido e impotencia, e impacta de diferente manera en la madre que en el padre, encontrándose la mujer en un estado de mayor vulnerabilidad tanto física como emocional. La madre además del malestar físico propio del puerperio, padece con intenso dolor la separación del bebé.

Se puede comprender el impacto de la internación de un recién nacido en sus padres como “una situación traumática, entendiendo como tal una experiencia que se presenta de forma imprevisible y para la cual no se encuentran preparados, que despierta sentimientos sumamente intensos y que va a requerir todo un proceso de adaptación interna”.⁵

⁵ HELMAN, V. Idem op. cit. Pag. 44

La internación del hijo enfrenta a los padres a una “herida narcisista” en el sentido que representa un fracaso de no haber podido dar a luz a un hijo sano y bello. Por el contrario, este hijo depende de otros: médicos, enfermeras y máquinas, quedando los padres relegados en su función, sintiéndose impotentes para cuidarlo.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es el espacio hospitalario que reúne las aplicaciones médico tecnológicas para brindar la asistencia a un paciente con compromiso de salud. Este servicio constituye un espacio ajeno y desconocido para los padres, que deviene una fuente de estrés y angustia.

En estas unidades, los procedimientos médico asistenciales y de diagnóstico suelen ser elevados y en la mayoría de los casos invasivos, lo que hace vivenciar al niño como indefenso y débil, rodeado de tubos, aparatos y alarmas que obstaculizan el establecimiento del vínculo padres – hijo.

Es posible reconocer diferentes momentos en relación al estado emocional de los padres durante la internación de sus hijos. En un primer momento prevalece un estado de shock frente al ámbito físico, a los aparatos y a la visualización del bebé.

“El ámbito físico de la unidad de terapia neonatal es habitualmente un espacio extraño para los padres, que lleva en sí la significación de alto riesgo, de peligro y de un cuidado especial para la vida. Está lleno de inquietud y temor”.⁶

El primer contacto con el hijo constituye un momento de mucho dolor y angustia porque prueba la separación del bebé y sus padres, confronta a los padres con el estado de vulnerabilidad de su hijo y surge la dimensión del riesgo de vida como posibilidad.

La Dra. Gabriela Pose considera que las condiciones de la terapia neonatal con sus rutinas propias y la situación de post parto de la madre contribuyen a generar un estado de confusión, desorientación y desorganización personal. En este sentido, el

⁶ HELMAN, V Idem op. cit. Pag. 45

shock inicial, da lugar progresivamente a conductas de desmentida, vivencias de duelo y sentimientos de tristeza, pérdida y culpa.

Las conductas de desmentida son aquellas orientadas a negar la realidad como un mecanismo defensivo frente al dolor que se vuelve intolerable. Posteriormente emergen la tristeza y desilusión por la gestación incompleta en el caso de un nacimiento prematuro, por la pérdida del parto que había anhelado tener y por el sufrimiento del bebé.

Junto a los sentimientos de temor y dolor se aúnan los sentimientos de enojo, vinculados a la sensación de frustración e injusticia en relación a lo que la realidad les presenta e impone. Además, muchos padres sienten culpa frente a la enfermedad grave de un hijo porque el sentimiento que prevalece es el de no haber podido ser garantes de proteger la vida.

Con respecto a la condición de salud del niño, es importante mencionar que al nacer con un problema de adaptación, sea prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, problemas metabólicos u otra patología, los padres se ven en la necesidad de admitir que se le apliquen medidas terapéuticas para estabilizar su condición física y evitar otras complicaciones. Entre estas medidas se encuentran la colocación de sondas, catéteres endovenosos y tubos endotraqueales, entre otras, que representan un cambio de la imagen del niño deseado o imaginado durante el embarazo.⁷

Al respecto, María Aurelia González, Psicóloga de la Maternidad Sardá menciona que el aspecto físico del bebé prematuro genera repercusiones sobre sus padres, las cuales pueden determinar una incidencia desfavorable sobre el desarrollo del recién nacido. Explica que Donald Meltzer ha conceptualizado esta problemática como conflicto estético, señalando que en los primerísimos estadios del desarrollo el impacto estético que el recién nacido percibe respecto de su contacto con el mundo. Del mismo modo, la madre aparece capturada por la belleza de su hijo, de su “criatura”

⁷ GODOY, A y MORAN, R “Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología”. Trabajo Final. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. 2010.

(producto de su creación) y así se imbrincan y se pierden en el impacto estético uno del otro.

Tal experiencia, en cambio reviste un modo muy conflictivo cuando existen interferencias tales como la prematurez, la permanencia en una incubadora, la separación precoz o la dificultad de ser alimentado a pecho. La belleza adquiere aquí un aspecto relevante: la belleza va unida al peso y éste directamente a su posibilidad de vida.⁸

El concepto de estrés psicológico es definido como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno que se produce cuando este último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986). Esta definición de estrés, considera fundamental la relación individuo – entorno. En este contexto, la internación del bebé en la Terapia Intensiva Neonatal es percibida como un estresor por los padres, el cual deben afrontar a partir de sus recursos subjetivos.

Algunos autores comparan la situación de internación de un hijo a un trastorno por estrés postraumático, perdurando sus efectos y síntomas en el tiempo en forma de impresiones e imágenes persistentes en la memoria. También se ha comparado esta experiencia a una reacción de duelo, refiriendo muchos padres, sentimientos de tristeza, rabia, culpa, desesperanza, pérdida de apetito y dificultades de sueño.

El estrés también denominado síndrome de alarma es un proceso psicobiológico que se origina ante exigencias y demandas internas o externas a la persona, frente a las cuales carece de información para responder e impulsa un mecanismo de ajuste ante la emergencia. Es considerado por algunos autores como una activación adaptativa que pone en funcionamiento los mecanismos de alarma necesarios para la

⁸ GONZALEZ M. A. “Acerca de la conflictiva familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”. Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá, vol. XV, num. 2, 1996. Pag. 89.

supervivencia y relaciona todos los órganos de la economía en un síndrome en tres etapas⁹:

- Fase de shock: Se origina una reacción de alarma.
- Fase de resistencia: Aparece si los estímulos nocivos no son eliminados.
- Fase de agotamiento.

Las Dras. Schapira y Aspres señalan que el concepto tradicional de estrés se ha enriquecido con la incorporación de aspectos subjetivos y componentes cognitivos – emocionales, por lo que actualmente se lo define como una reacción amenazadora o anticipatoria de recursos entre la persona y el ambiente y que pone en peligro su bienestar (Lazarus, 1984)

La prematurez

El nacimiento prematuro de un niño merece una atención especial atento al impacto emocional que provoca en sus padres, al prolongado tiempo de internación que implica y al aumento de sobrevivencia gracias a los avances científicos y tecnológicos que permiten que niños nacidos a edad gestacional cada vez más tempranas, pueden sobrevivir.

El parto prematuro es el nacimiento antes de completarse las 37 semanas de edad gestacional y es considerada la principal causa de morbimortalidad perinatal.

En el nacimiento pre término, la tecnología ha sido capaz de reemplazar el medio interno uterino del cuerpo de la mujer, por una incubadora, un monitor, un respirador, la sonda. Pero haber perdido prematuramente la unión madre hijo, tiene para ambos un importante impacto físico, psíquico y social.

⁹⁹ SCHAPIRA, I Y ASPRES, N “Estrés en recién nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos”. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. 23 N° 3, 2004. Pag. 113

Un recién nacido prematuro necesita cuidados neonatales especiales urgentes que lo conducen a la Terapia Intensiva Neonatal y que enfrenta a los padres a nuevas formas de ejercicio de la maternidad y la paternidad.

El acercamiento de los padres al bebé estará determinado por dos aspectos de igual importancia: los sentimientos como padres en relación a la prematuridad de su hijo y las condiciones del bebé para realizar el intercambio.

El vínculo de los padres con un bebé prematuro encuentra ciertas barreras u obstáculos, ligados a la inmadurez del bebé y la asistencia especial que requiere. Se advierte desde el inicio, una relación interferida.

El riesgo en la vinculación con el bebé prematuro oscila entre la subvinculación y la sobrevinculación. En la subvinculación priman las conductas defensivas de los padres, que se manifiestan por ejemplo a través de la evitación física o emocional con el consecuente déficit interactivo. En la sobrevinculación los padres tienen una estimulación excesiva respecto de las posibilidades del bebé de recibirlos.¹⁰

Las barreras en la vinculación padres-bebé prematuro están configuradas por las terapéuticas que el recién nacido necesita, por la administración de oxígeno, la luminoterapia, las intervenciones especiales y los diferentes controles, tales como la visión y las formas de alimentación diferentes a la lactancia materna. En la medida que los padres puedan aceptar, comprender y acercarse a esta situación de su hijo, disminuirán los niveles de estrés y ansiedad y podrán ofrecerle la envoltura, el cariño y la disponibilidad que el bebé necesita.

Dentro de las preocupaciones y temores más recurrentes en madres de recién nacidos prematuros, a partir de un estudio realizado en la Maternidad Sardá de Buenos Aires entre 1990 y 1992, es posible señalar:

¹⁰ POSE, G. Idem op. Cit. Pag. 86

a) Aspectos clínicos y del alta el recién nacido internado. En este apartado, prevalecen en las madres la preocupación en relación a la fluctuación del peso, la hiperbilirrubinemia, la anemia y los cuidados al alta.

b) Impacto en la madre de las conductas del recién nacido internado. Las madres expresaron su ansiedad en relación a la distancia física transitoria que las separaba de su bebé y del deseo de cobijarlos en sus brazos. También se presenta como una preocupación constante en las madres la situación del sueño y la vigilia de sus hijos, la ausencia de llanto y movimientos y las formas de higienizar al bebé.

c) La familia en la situación de internación. En esta agrupación de preocupaciones, la que se presentó con más frecuencia fue el carácter repentino de la situación de prematuridad de sus hijos así como el repentino suspender la rutina cotidiana y la separación de las personas y objetos queridos.

d) Vínculo con el equipo asistencial y con la institución. Del lado de los padres, hay que destacar que se produce una ruptura de los procesos propios del embarazo. El niño prematuro, a pesar de todas las preparaciones cuando son posibles, llega siempre de un modo inesperado. Adquiere el carácter de un traumatismo psíquico intenso, especialmente para la madre por las profundas vivencias de incertidumbre y ansiedad

El nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad, en el cual las madres son confrontadas a lo intempestivo del nacimiento y a la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperables, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado. “En ocasiones, ni siquiera pueden verlo o tocarlo, verdadera prueba de realidad, a partir de la que pueden construirse (o continuar construyéndose) las representaciones del bebé”.¹¹

Además, es importante considerar, que en muchas ocasiones los padres tienen que asumir y aceptar que su hijo es susceptible de presentar a medio o largo plazo,

¹¹ GONZALEZ SERRANO, F. “Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros, la relación temprana y el apego”. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2009. Vol. 48. Pag. 68.

algún déficit o dificultad en su desarrollo neurosensorial. Esto supone un proceso de aceptación de una posibilidad, sometiendo a los padres a vivencias intensas de ansiedad, temor y dolor psíquico.

Ocurre en el nacimiento prematuro, una profunda vivencia de confusión, desilusión y temor ante el cuerpo pequeño, con rasgos fetales del recién nacido que entra en contradicción con la imagen esperada del hijo. El nacimiento profundamente ligado a la vida, deviene ligado al dolor, a la posibilidad de muerte, a la condición de riesgo, que sucumben a los padres a sentimientos de desesperanza. Conduce a los padres a fallas representativas sobre el futuro de su bebé, dejándolos en un estado de incertidumbre, que puede interferir en el proceso de conexión afectiva con el bebé real

Se encuentra en la mayoría de los relatos de las madres un signo de culpabilidad ante un hijo prematuro que viene a reflejar no sólo su inmadurez sino la imposibilidad materna de retener a alguien que es sentido como parte de su cuerpo.

Situaciones frecuentes en el bebé prematuro

Termorregulación: El bebé prematuro tiene dificultades para mantener su temperatura ya que por sus características corporales pierde calor, al carecer de grasa subcutánea y por irradiación hacia las superficies frías que lo rodean. En los primeros días, no se lo puede vestir íntegramente, ya que debe ser observado. Por ello se lo asiste en incubadoras cerradas o abiertas, llamadas servocunas.

Descenso de peso: La alimentación del prematuro es difícil. En general antes de las 34 semanas de edad gestacional no se alcanzan una succión - deglución adecuadas. Por ello se les coloca sondas naso u orogástricas, y especialmente en los menores de 1500 grs. se les aporta alimentación por vía endovenosa. A esta modalidad se la llama alimentación parenteral. Frecuentemente, los primeros días, los recién nacidos suelen presentar intolerancia a la alimentación por sonda, lo que conduce al descenso de peso.

Síndrome de dificultad respiratoria: Por su condición de prematurez, estos bebés tienen sus pulmones no enfermos ni malformados, pero casi siempre inmaduros. Es decir, no han completado su desarrollo y carecen de una sustancia llamada surfactante que es responsable de la expansión pulmonar. Esta situación exigirá la administración de oxígeno y de diversas formas de apoyo respiratorio.

Ductus arterioso: Es un conducto vascular entre las principales arterias: aorta y pulmonar, fundamental para la circulación intrauterina, que debe cerrarse tras el nacimiento. En muchos prematuros, esta situación no se produce, resultando perjudicial por lo que se administra medicación específica o en algunos casos requiere una intervención quirúrgica.

Apneas: Significa la detención de la respiración, típica en los prematuros, que ocurre por inmadurez del sistema nervioso central. Para su tratamiento existe medicación y sistemas de apoyo respiratorio.

Ictericia: Ocurre por el aumento de un pigmento llamado bilirrubina, por inmadurez del hígado, que si bien no se trata de una enfermedad, requiere de tratamiento simple y no invasivo: luminoterapia que consiste en la colocación de lámparas especiales sobre la incubadora.

Infecciones: El prematuro es inmunológicamente imperfecto, lo que se llama huésped comprometido, por lo que los Servicios de Neonatología extreman los cuidados para evitar las infecciones. La necesidad de tratamientos invasivos constituyen un riesgo en la adquisición de infecciones por lo que se administran antibióticos para el control y tratamiento de esta complicación.

Retinopatía del prematuro: El prematuro tiene la vascularización de su retina desarrollada en forma incompleta. El manejo del oxígeno debe ser controlado en forma adecuada junto al control del fondo de ojo.

Displasia broncopulmonar: Como consecuencia de algunos eventos prenatales no tratables o como resultado no deseado de la intensidad de la asistencia respiratoria mecánica, algunos bebés de muy bajo peso al nacer, desarrollan una enfermedad crónica llamada displasia broncopulmonar que exige tratamiento crónico prolongado o la administración de oxígeno.

La discapacidad

Cuando nace un niño con alguna discapacidad o se presenta un diagnóstico de discapacidad secuela de la prematuridad o de una patología, enfrenta a los padres a una realidad diferente a la esperada para él, tornándose distinto un gran número de proyecciones realizadas en relación al hijo.

Los padres tendrán que atravesar un trabajo de duelo por la pérdida de aquel hijo no nacido, que los conduzca a la posibilidad de que este niño con una discapacidad deje de ser ajeno, que pueda ser inscripto como hijo. Constituye un proceso gradual, con duelos y aceptaciones parciales que implican un gran gasto de energía psíquica.

Marta Shorn sostiene la importancia de ayudar prontamente a estos bebés y padres, para encontrar vías de resolución a las dificultades del vínculo y evitar consecuencias patológicas en un sujeto en estructuración.

Si bien plantea que los niños con discapacidad sensorial, motora o intelectual, repercuten en toda la estructura familiar, como herida narcisista, señala, que existen diferencias en las respuestas que brinda cada familia. Además, es fundamental valorar que el curso y desarrollo de los niños con dichas discapacidades, depende de cada sujeto, de su historia, de la atención médica, psicológica, familiar y la rehabilitación recibida.¹²

¹² OIBERMAN, A (compiladora) “Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal” JCE Ediciones, Bs. As 2005. Pag. 197

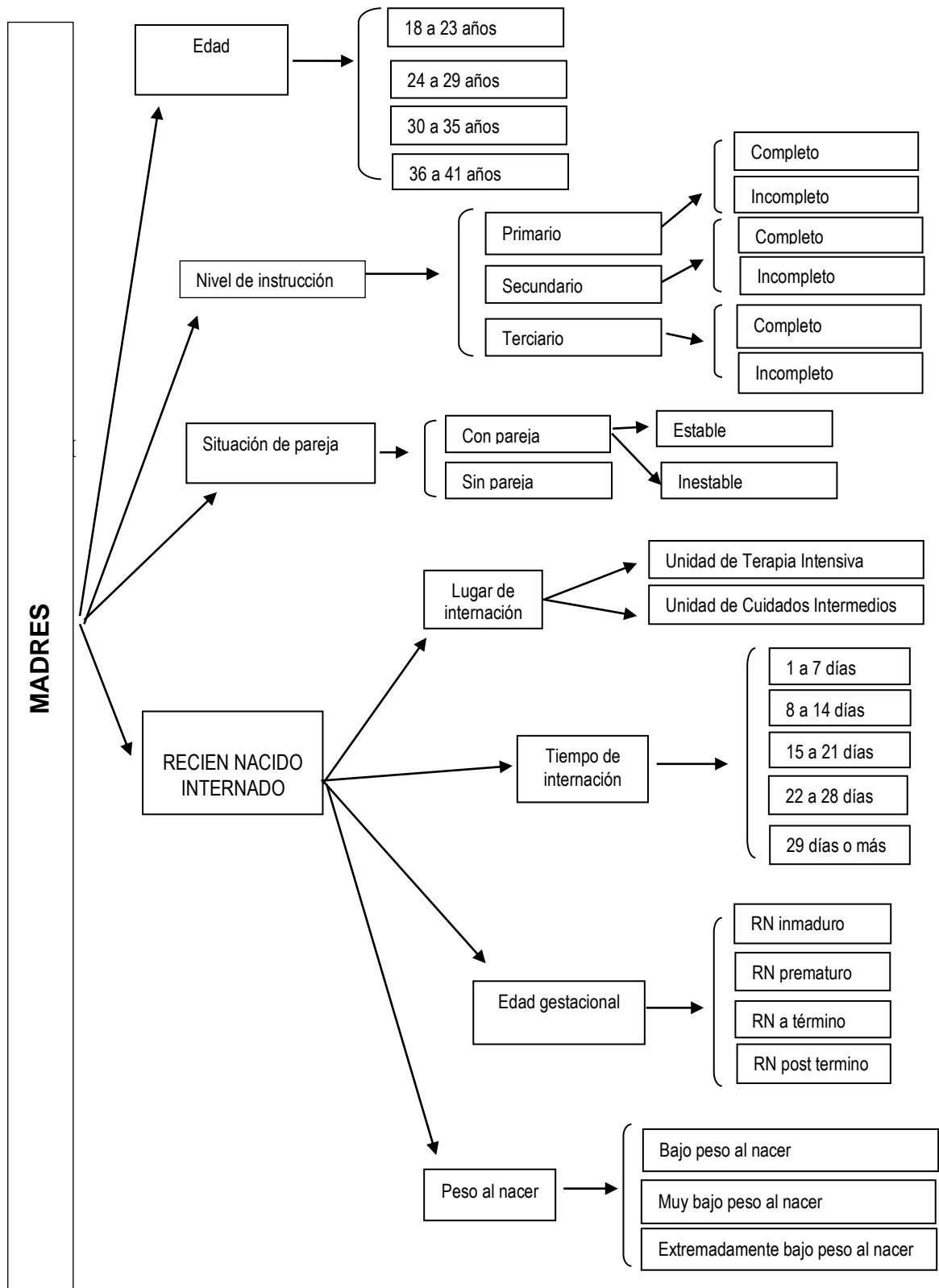
Al respecto, Brazelton señala que ante el nacimiento de un hijo con una dificultad, se producen reacciones en los padres, ligadas a un periodo inicial de choque debido a la abrupta comprobación de que el hijo no se corresponde con la imagen ideal del bebé deseado. Además, señala “los padres también deben llorar la pérdida de su autoimagen como personas capaces de duplicarse a sí mismos con un bebé perfecto. Han sufrido una herida que reaviva la vieja vulnerabilidad de su autoestima”.¹³

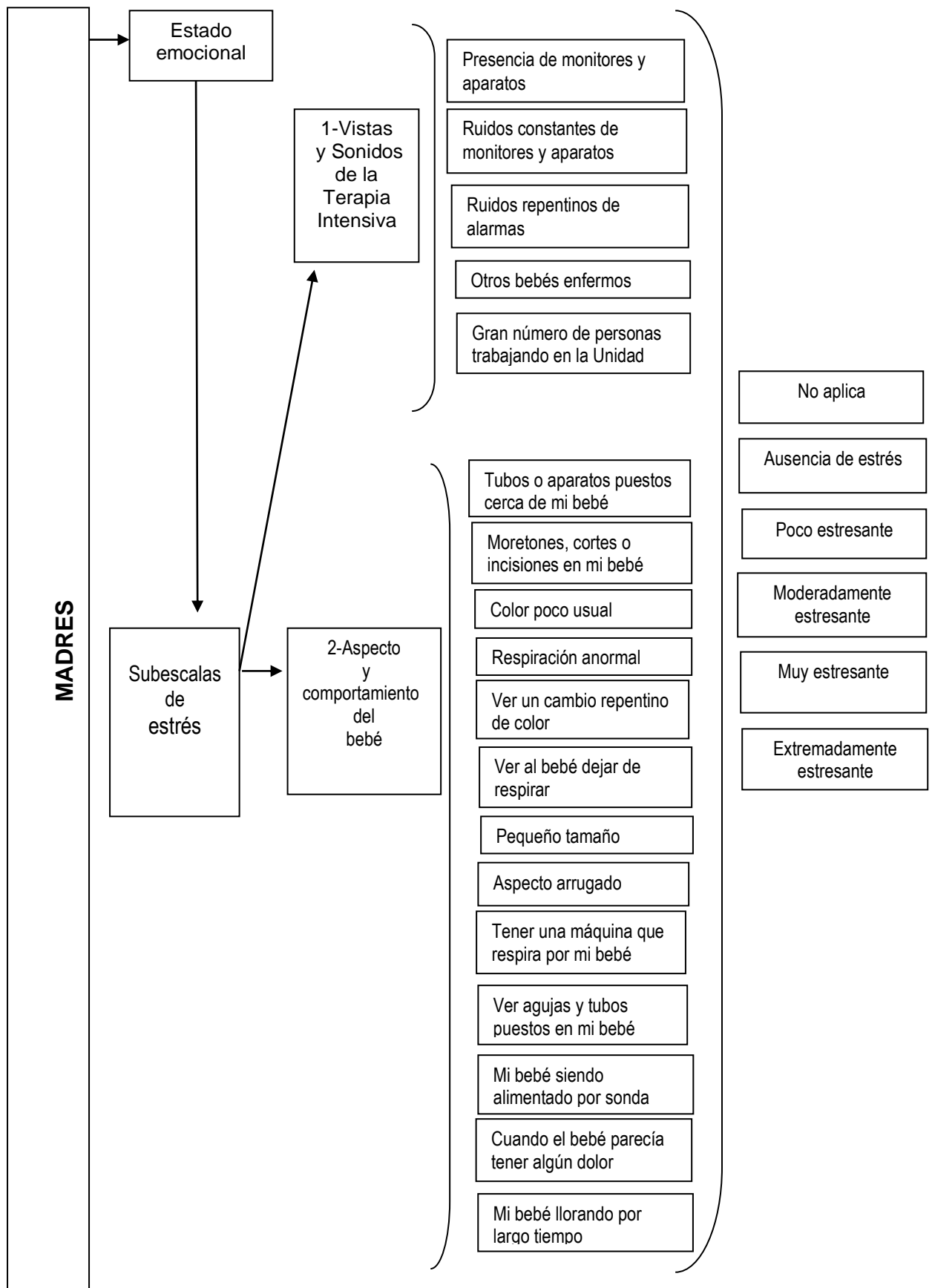
El trabajo en torno a los padres, que siempre debe ser interdisciplinario, tiene que evitar que éstos se centren en la negación del problema, que no se acusen y culpen a sí mismos de ser la causa del problema. “El vínculo con un “bebé decepcionante”, sólo podrá desarrollarse si los progenitores pueden resolver la herida asestada a su autoimagen. Esto suele requerir una ayuda especial”.¹⁴

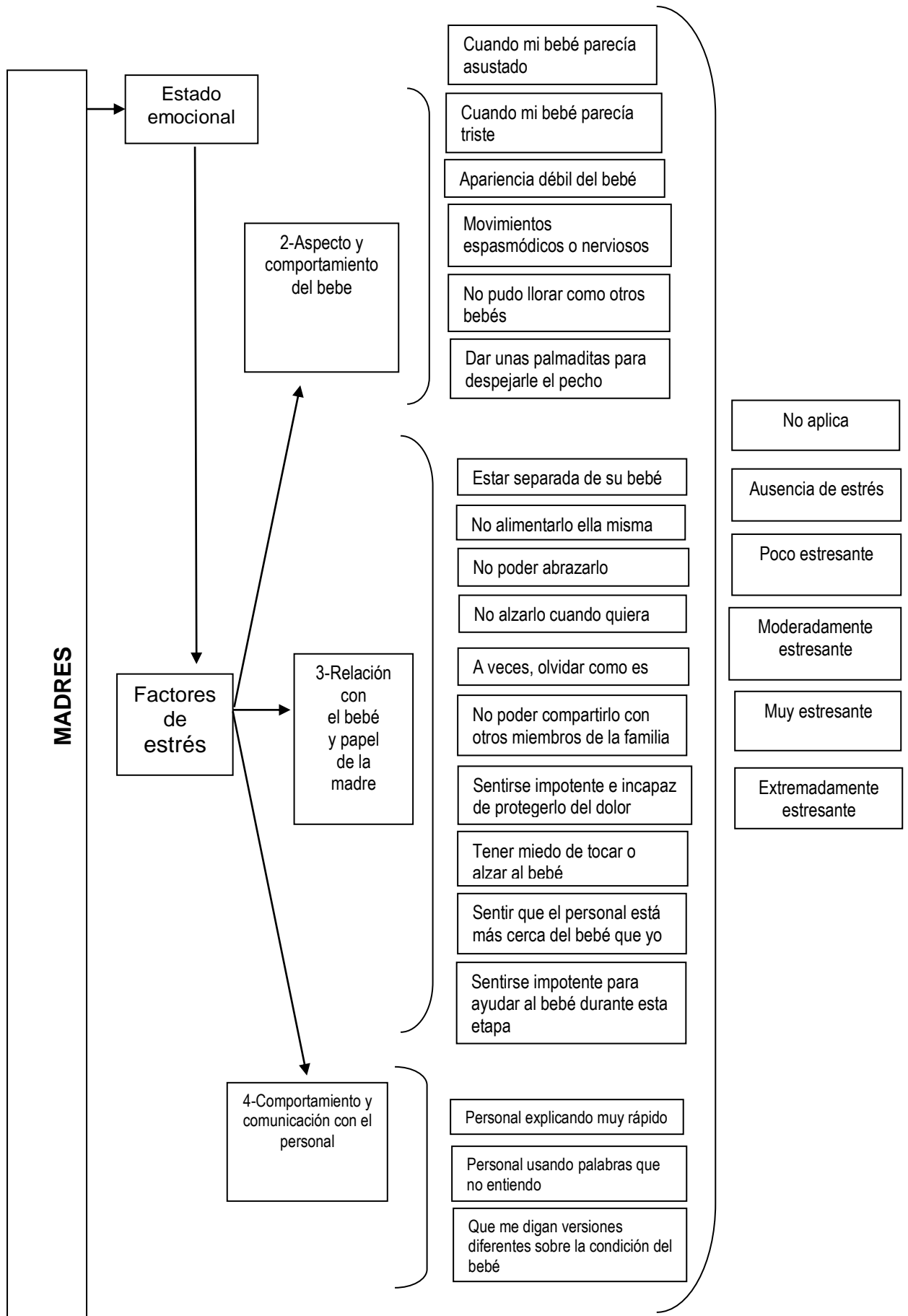
¹³ BRAZELTON, B. “La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial”. Ediciones Paidós, Barcelona, 1993 Pag. 307

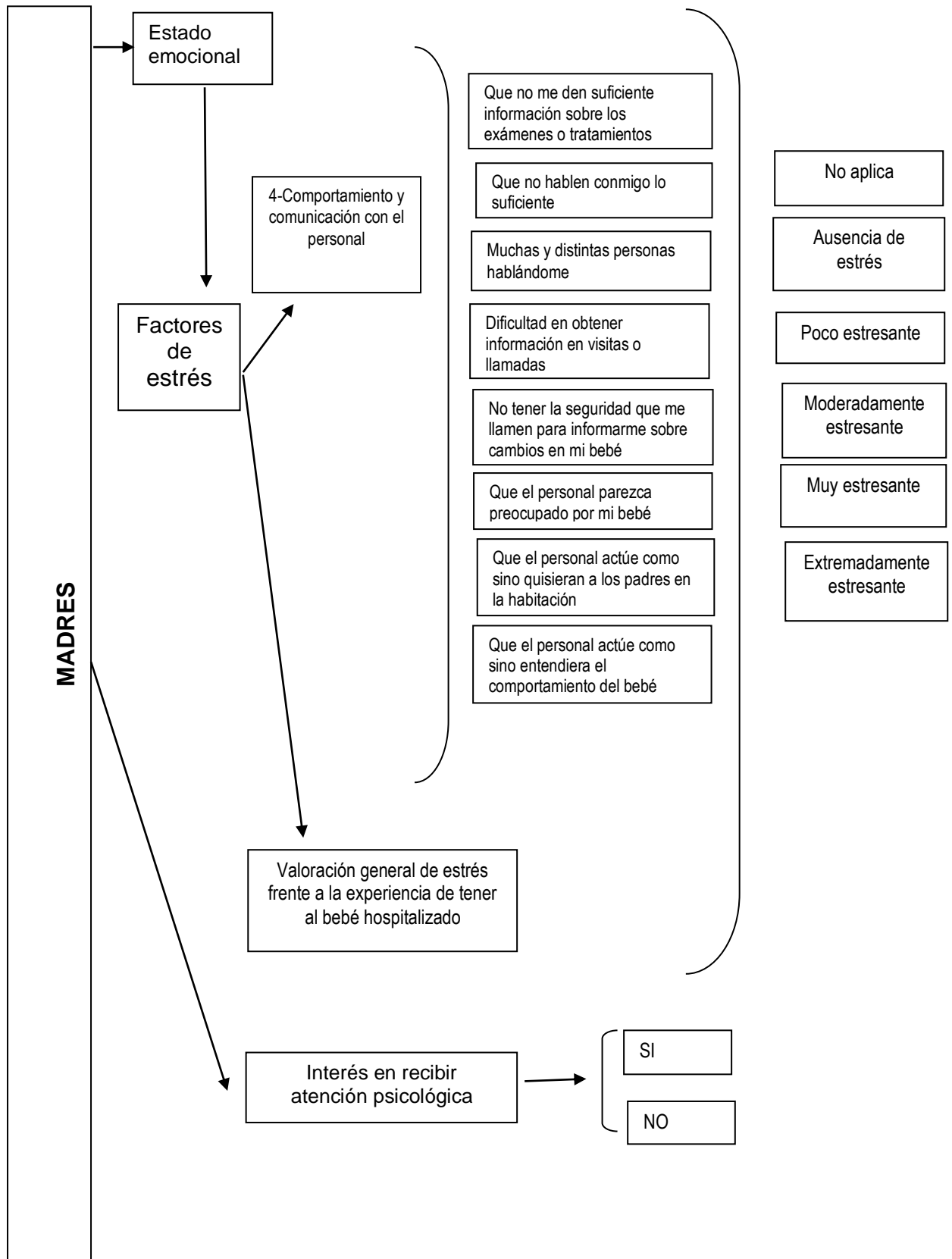
¹⁴ BRAZELTON, B. Idem op. cit. Pag. 307

Identificación de variables:









Definición de términos:

Nivel de instrucción: es el grado de escolaridad más elevado alcanzado o en curso de una persona. Se la considerará en los siguientes niveles:

- **Primario:** Es el tiempo escolar que transcurre desde el primer a sexto grado.
- **Secundario:** Es el tiempo escolar que transcurre desde el primer año a sexto año.
- **Terciario:** Es el tiempo de formación académica – profesional a nivel terciario y/o universitario.

El Nivel de Instrucción puede ser:

- **Completo:** incluye a la persona que ha realizado todos los años escolares necesarios para completar el nivel.
- **Incompleto:** incluye a la persona que no ha realizado todos los años escolares necesarios para completar el nivel.

Situación de pareja: Hace referencia a la convivencia con otra persona.

- **Estable:** Indica la convivencia permanente con una persona, ya sea por matrimonio (unión legal) o por unión consensual (se entiende a las uniones entre personas formadas a partir del consenso simple de los interesados sin que medie ningún vínculo legal)
- **Inestable:** Indica la convivencia esporádica.
- **Sin pareja:** es la ausencia de convivencia con otra persona.

Edad gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

- **Recién nacido inmaduro o extremadamente prematuro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación.

- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación.
- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Recién nacido posttérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Peso al nacer: Es la primera medida hecha después del nacimiento del peso del producto de la concepción (feto o recién nacido). Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida. Se clasifica en:¹⁵

- Bajo peso al nacer (BPN): incluye a los que pesan menos de 2.500 g (hasta 2.499 inclusive).
- Muy bajo peso al nacer (MBPN): incluye a los que pesan menos de 1.500 g (hasta 1.499 inclusive).
- Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN): incluye a los que pesan menos de 1.000 gr (hasta 999 gr inclusive).

Tiempo de internación del recién nacido: Indica la cantidad de días de internación del bebé. Se lo considerará de la siguiente manera:

- 1 a 7 días: indica la primer semana de internación
- 8 a 14 días: indica dos semanas de internación
- 15 a 21 días: indica tres semanas de internación
- 22 a 28 días: indica un mes de internación
- 29 días o más: indica más de un mes de internación

Lugar de internación: Indica el espacio de internación del recién nacido dentro del Servicio de Neonatología:

- Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NEO): es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición

¹⁵ Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para el Manejo del Embarazo y el Recién Nacido en los límites de la viabilidad. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Edición, 2014

grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros.

- Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN): es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva para el recién nacido con condiciones de menor complejidad, con menor tiempo de internación.

Estado emocional: Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se tienen en un momento determinado. Es la emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo, equiparable al estado de ánimo e incluye depresión, alegría, cólera, temor y angustia. En el presente trabajo se lo medirá tomando la categoría de estrés.

Estrés: Es el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno que se produce cuando éste último es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus, 1986).

Las Subescalas de estrés son las siguientes:

- 1- **Aspectos visuales y sonoros de la unidad**: Analiza el nivel de estrés, percibido por los padres en relación al ambiente de la UCIN. Esta subescala incluye los siguientes factores de estrés:
 1. La presencia de los monitores y aparatos: Los monitores de parámetros fisiológicos y los aparatos eléctricos son sistemas que permiten controlar las constantes vitales todo el tiempo. Controlan ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, presión arterial y saturación de oxígeno. Incluyen respiradores, sondas de alimentación, catéteres y ventiladores.
 2. Ruidos constantes de monitores y aparatos: Este ítem hace referencia a las alarmas de los diferentes monitores y aparatos en la terapia intensiva para alertar frente a una urgencia y/o necesidad, al personal de salud.
 3. Los otros bebés enfermos en la habitación: Este ítem alude a la presencia de otros niños internados en el espacio de la terapia intensiva neonatal.
 4. El gran número de personas trabajando en la unidad: Este ítem hace referencia a la situación de muchas personas, integrantes del equipo de salud trabajando en la terapia intensiva neonatal.

2- **Apariencia y comportamiento del bebé:** Se refiere al estado en que se encuentra el niño física y emocionalmente y a los cuidados que requiere. Esta subescala incluye los siguientes factores de estrés:

1. Tubos o aparatos puestos cerca de mi bebé: Indica la situación en que los niños se encuentran monitoreados, a través de diferente aparatología para controlan ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, presión arterial y saturación de oxígeno así como también para recibir alimentación.
2. Moretones, cortadas o incisiones en mi bebé: Se refiere a las situaciones en que el bebé evidencia alguna marca corporal producto de las intervenciones médicas, tales como extracción de sangre y otros procedimientos.
3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo): Hace referencia a un color diferente o inesperado en la piel del bebé.
4. Una forma de respirar anormal o poco usual en mi bebé: Indica cambios en la respiración habitual del bebé, incluyendo hiperventilación (respiración rápida o profunda) o bradipnea (respiración lenta).
5. Ver un cambio repentino de color en mi bebé, por ejemplo ponerse pálido o azul: Indica una modificación inesperada en el color de la piel del niño, tales como la piel amarilla debido a la ictericia, palidez extrema debido a una infección, enrojecimiento de ciertas partes del cuerpo.
6. Ver a mi bebé dejar de respirar: Hace referencia a la situación en que el bebé pueda padecer una apnea, en la cual la respiración se vuelve más lenta o se detiene en forma súbita. Es un síntoma esperable en bebés prematuros.
7. Pequeño tamaño de mi bebé: Indica la situación de los niños nacidos prematuros o de muy bajo peso, en los cuales el peso es menor a 2.000kg.
8. El aspecto arrugado de mi bebé: Hace referencia a la piel del bebé prematuro que en muchas ocasiones presenta un aspecto transparente (se pueden ver las venas bajo la piel) debido a la extrema delgadez de la misma.

9. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé: Indica la situación en la que el niño se encuentra conectado a un ventilador mecánico que se utiliza para brindar soporte respiratorio a los bebés enfermos o prematuros.
10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé: indica la situación en que los bebés muestran diferentes procedimientos médicos durante la internación, tales como intubación endotraqueal, canalización, etc.
11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso: Hacer referencia a la alimentación durante la internación que se realiza a través de sonda naso u orogástrica.
12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor: Indica la percepción de la madre en relación a posibles vivencias o sensaciones de dolor en su hijo.
13. Mi bebé llorando por largo tiempo: Indica la percepción y/o sentimientos de la madre frente al llanto prolongado del niño.
14. Cuando mi bebé parecía asustado: Indica la percepción de la madre en relación a posibles vivencias o sensaciones de temor o miedo en su hijo.
15. Cuando mi bebé parecía triste: Indica la percepción de la madre en relación a posibles vivencias o sensaciones de tristeza o aflicción en su hijo.
16. La apariencia débil de mi bebé: Indica la percepción de la madre en relación al estado de vulnerabilidad de su bebé por su tamaño pequeño y su situación de internación.
17. Movimientos nerviosos o espasmódicos de mi bebé: Indica la percepción de la madre frente a la situación de modificación en la extensión y elasticidad muscular del recién nacido.
18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés: Indica la situación del llanto del recién nacido prematuro, el cual generalmente se encuentra ausente o es muy débil.
19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho: Hacer referencia a la acción de la madre para facilitar la respiración del recién nacido.

3- **Relación con el bebé y rol de la madre**: Abarca diversos aspectos referidos a la alteración de los vínculos entre madre y bebé, debido a su condición de internación. Esta subescala incluye los siguientes factores de estrés:

1. Estar separado de su bebé: Indica la separación madre – hijo debido a la internación de recién nacido en la terapia neonatal.
 2. No alimentar yo mismo a mi bebé: Hace referencia a la situación donde es imposible amamantar al bebé mientras se encuentra internado.
 3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo mismo (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo): Indica la imposibilidad de tomar contacto con el recién nacido cuando por razones estrictamente médicas, no puede ser retirado de la incubadora.
 4. No ser capaz de tomar en brazos o alzar a mi bebé cuando quiera: Indica la imposibilidad de alzar al recién nacido cuando se desea sino sólo bajo indicación médica.
 5. A veces, olvidar cómo es mi bebé: Hace referencia al olvido materno acerca del aspecto del recién nacido.
 6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia: Indica la separación del bebé con respecto a la familia extensa, tales como hermanos, abuelos y/o tíos.
 7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos: Implica los sentimientos de impotencia e incompetencia frente a posibles vivencias de dolor de su hijo.
 8. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos: Hace referencia a los sentimientos de temor o miedo en la madre por alzar al niño y provocarle algún dolor, malestar o desestabilización clínica.
 9. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que lo estoy yo: Refiere los sentimientos de la madre frente a la percepción que el personal de salud ocupa un lugar más relevante en la atención del recién nacido con respecto a ella misma.
 10. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa: Indica los sentimientos maternos de incompetencia e ineptitud frente a la internación de su hijo.
- 4- **Comportamiento y comunicación con el personal de salud**: Se refiere a la relación con el equipo médico, a la información que brinda a los padres y a

los cuidados que brindan al bebé. Esta subescala incluye los siguientes factores de estrés

1. El personal explicando las cosas muy rápido: Indica la situación en que el equipo de salud brinda explicaciones con extrema celeridad que limita su comprensión.
2. El personal usando palabras que no entiendo: Indica la situación en que el equipo de salud brinda explicaciones con términos excesivamente técnicos – médicos que no permiten su comprensión.
3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé: Indica la situación en que el equipo de salud brinda explicaciones o informes incoherentes o disimiles sobre el estado del recién nacido.
4. Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé: Implica escasa información sobre los diferentes exámenes médicos, procedimientos y/o tratamientos administrados al recién nacido.
5. Que no hablen conmigo lo suficiente: Indica la percepción de la madre de no recibir información ni contención suficiente.
6. Muchas y distintas personas hablándome: Indica la situación en que la madre recibe excesiva información y en forma superpuesta y desordenada por parte del equipo de salud.
7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad: Indica la carencia o información limitada sobre el estado del bebé en ocasión que la madre se presenta a la terapia neonatal o se comunica telefónicamente.
8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé: Hace referencia al sentimiento de inseguridad y temor de no ser informado sobre cambios en el estado de salud del bebé.
9. Que el personal parezca preocupado por mi bebé: Indica la percepción de la madre acerca de la preocupación del equipo de salud en cuanto al estado del bebé.
10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación: Implica las vivencias de la madre de rechazo, oposición o negativa a su presencia en la terapia neonatal por parte de equipo de salud.

11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé y sus necesidades especiales: Indica las situaciones en que el equipo de salud muestra incompreensión, desconcierto y/o desconocimiento con respecto a los comportamientos y necesidades del recién nacido.

5- Nivel de estrés general con respecto a la experiencia de internación del recién nacido.

La variable estrés se la medirá de la siguiente manera:

NA. No aplica: indica que no se ha experimentado la situación descripta.

1. Ausencia de estrés: inexistencia de estrés.
2. Poco estresante: nivel bajo de estrés
3. Moderadamente estresante: nivel medido, en el punto medio de estrés.
4. Muy estresante: nivel alto de estrés
5. Extremadamente estresante: nivel exageradamente alto de estrés.

Interés en recibir atención psicológica: Es el deseo de recibir algún tipo de tratamiento, orientación, ayuda y/o acompañamiento brindado por un profesional psicólogo. Se lo medirá como:

- Aceptación: es la acción de brindar de manera voluntaria el acuerdo a una cosa, noticia, tarea y hasta uno mismo.
- Rechazo: es la acción de brindar de manera voluntaria el desacuerdo o la negativa a una cosa, noticia, tarea y hasta uno mismo.

INTERROGANTES

Cuáles son los factores más estresantes para la madre durante la internación de su hijo?

Cuál es la relación entre la edad de la madre y el estrés?

Cuál es la relación entre el nivel de instrucción materno y el estrés?

Cuál es la relación entre el estado de pareja de la madre y el estrés?

Cuál es la relación entre los aspectos visuales y sonoros de la terapia y el estrés materno?

Cuál es la relación entre el aspecto y comportamiento del bebé durante la internación y el estrés materno?

Cuál es la relación entre la alteración del rol materno y el estrés?

Cuál es la relación entre la comunicación con el equipo de salud y el estrés materno?

Consideran importante las madres la necesidad de recibir orientación psicológica?

Cuál es el nivel general de estrés de las madres frente a la internación de su hijo?

Cuál es la relación entre el tiempo de internación y el nivel general de estrés?

Existe diferencia entre el nivel de estrés experimentado por la madre de un recién nacido internado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NEO) y en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN)?

OBJETIVO

Conocer el estado emocional de las madres de recién nacidos internados con compromiso de salud en el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia de la Ciudad de Córdoba. Enero - Diciembre, 2016.

MATERIAL Y METODOS

Población – Muestra

La población bajo estudio estará conformada por madres de recién nacidos con compromiso de salud internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia. La mayoría de las madres con hijos internados en el Servicio de Neonatología son jóvenes, muchas de ellas menores de edad y en su mayoría multíparas.

Dada la magnitud de la población (70 madres) no se trabajará con muestra alguna.

Criterios de inclusión:

- Madres con RN internados en Servicio de Neonatología.
- Madres que acepten participar del estudio.
- Madres alfabetizadas.
- Madres mayores de 18 años.
- Madres que no presenten retraso mental, discapacidad y/o alteraciones psiquiátricas diagnosticadas.

Tipo de investigación:

Es una investigación descriptiva y de corte transversal, cuantitativa.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

Para recolectar los datos se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos

1- Para las variables factores de estrés: la Escala PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit)¹⁶ que se presenta en el Anexo

Esta escala fue diseñada para determinar la autopercepción de estrés asociada a la experiencia de tener un hijo RN hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos.

Las dimensiones que evalúa el instrumento son:

- A) Aspectos visuales y sonoros de la unidad: Esta subescala, conformada por 6 items, analiza el nivel de estrés, percibido por los padres en relación al ambiente de la Terapia Intensiva Neonatal, incluyendo aspectos tales como los ruidos repentinos de las alarmas de monitores, etc.
- B) Apariencia y comportamiento del bebé: Esta subescala consta de 17 items que se refieren al estado en que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que requiere, por ej. tamaño del bebé, tratamientos que necesita.
- C) Relación con el bebé y rol de la madre (alteración del rol parental): Esta subescala conformada por 11 items, abarca diversos aspectos referidos a la alteración de los vínculos entre madre/padre y su bebé, debido a su condición de internación (por ej. la separación del bebé, sentimientos de impotencia en relación a ayudar al bebé).

¹⁶ MILES, M Escuela de Enfermería Universidad de North Carolina, Chapel Hill, 1987 y CARUSO A. y MIKULIC I. M. “El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatal: traducción y adaptación de la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998)” [en línea] Anuario de Investigaciones Vol. 19 n° 2 Bs. As. 2012; disponible en la URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200004

- D) Comportamiento y comunicación con el personal de salud: Esta subescala consta de 11 ítems y abarca aspectos referidos a las tareas específicas del equipo de salud, al vínculo que establece con la madre y a los cuidados que proporciona al recién nacido.
- E) Evaluación general de estrés frente a la experiencia de tener al RN hospitalizado.

Este instrumento consta de 46 ítems que se puntúan de 0 a 5 y que se completan de forma autoadministrada. Existen dos modos de analizar el puntaje: uno en relación a cada dimensión de la escala y cuán estresante resultan para el padre o madre y un análisis general del nivel de estrés.

La escala puede ser respondida en 10 a 15 minutos y se encuentra validada en su versión en español. Será aplicada durante la internación en el Servicio de Neonatología.

2- Para las variables edad, nivel de instrucción, situación de pareja, peso al nacer del recién nacidos, edad gestacional, lugar y tiempo de internación e importancia que se le asigna a la atención psicológica; se utilizará como instrumento un cuestionario cerrado que se presenta en el Anexo.

Técnica de procesamiento estadístico de datos:

Los datos de las variables en estudio, volcados en soporte magnético, fueron analizados mediante la versión actualizada del programa Statistic Package for Social Science (software estadístico SPSS versión 2.2) y ordenados en tablas frecuenciales simples y de contingencia que facilitan el entrecruzamiento de variables. Los análisis se harán conforme a los estadísticos posibles de calcular (medidas de tendencia central, de variabilidad pruebas de hipótesis, etc.) según lo permitan las escalas en que son medidas las variables bajo estudio. La interpretación de los datos

se hará teniendo en cuenta el marco teórico, las hipótesis planteadas y los objetivos propuestos para el trabajo.

RESULTADOS – DISCUSIÓN

Los datos recopilados en el trabajo de campo; fueron ordenados en las tablas frecuenciales (simples y de contingencia) que se presentan a continuación. A las mismas se le realizó el correspondiente análisis estadístico e interpretación de los hallazgos teniendo en cuenta el marco teórico.

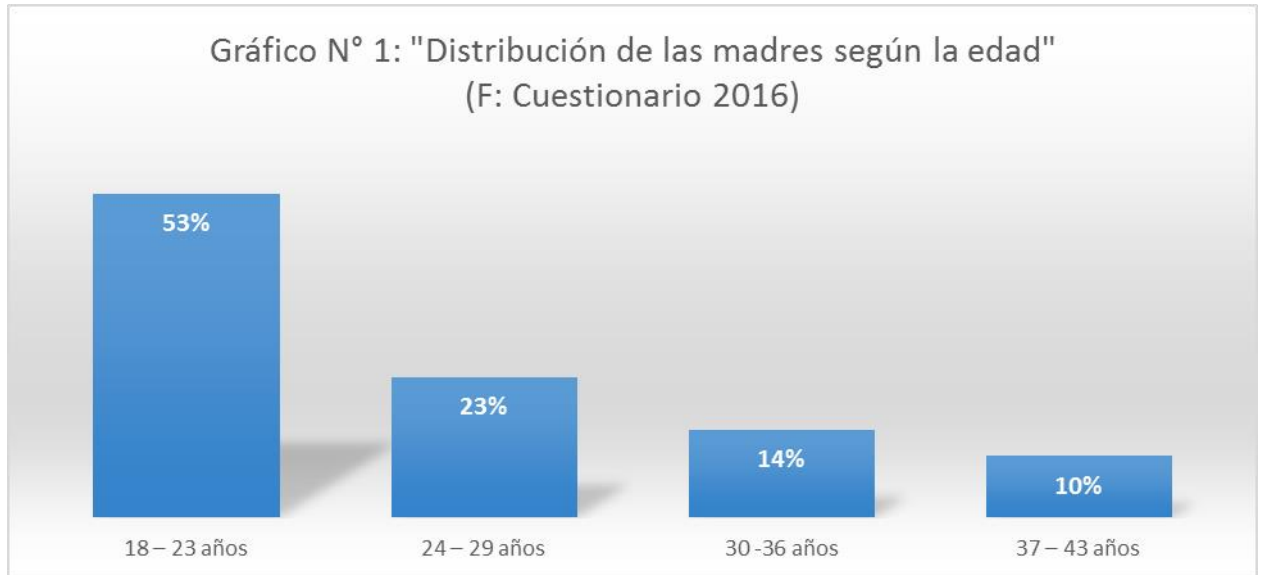
Se encuestó a 70 madres que reunían los criterios de inclusión.

Tabla N°1: “Distribución de las madres según edad”
(F Cuestionario 2016)

Edad	f	%
18 – 23	37	52.9
24 – 29	16	22.9
30 -36	10	14.3
37 – 43	7	10
Total	70	100

M = 24.7

s = 6.30



En la tabla N° 1 se advierte que la media de edad de las madres es 24,7 encontrándose el mayor porcentaje (53%) en el intervalo de 18 a 23 años, lo que permite destacar la mayor cantidad de madres adolescentes y muy jóvenes, coincidente con las Estadísticas Vitales de 2011 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.¹⁷

Asimismo en relación al Registro de Hechos Vitales de la Oficina Central de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, muestra que la tasa global de fecundidad entre los 18 y los 24 años de edad es del 89, 1%.¹⁸ dando cuenta de un alto nivel de nacimientos en este grupo etario.

¹⁷ Salud Materno Infantil Juvenil en cifras 2013 Sociedad Argentina de Pediatría - Unicef

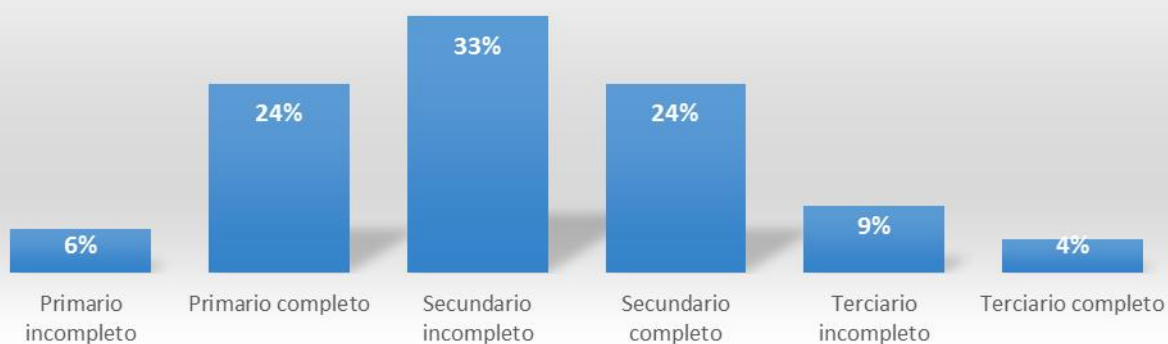
¹⁸ Sistema de indicadores sociodemográficos de la Provincia de Córdoba (Sisde) Año: 2 N°: 3 2015

Tabla N° 2: “Distribución de las madres según nivel de instrucción”
(F: Cuestionario.2016)

Edad	f	%
Primario incompleto	17	5.7
Primario completo	4	24.3
Secundario incompleto	23	32.9
Secundario completo	17	24.3
Terciario incompleto	6	8.6
Terciario completo	3	4.3
Total	70	100

Mo = secundario incompleto

Gráfico N° 2: "Distribución de las madres según nivel de instrucción"
(F: Cuestionario 2016)



La tabla N° 2 muestra que la mayoría de las madres participantes de la investigación cuenta con el nivel secundario incompleto, lo cual coincide con datos estadísticos provinciales que señalan que en el año 2010, poco más de uno de cada

tres adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años había finalizado la escuela secundaria (37,4%).¹⁹

Además sólo el 4% de las madres encuestadas ha completado estudios terciarios.

Tabla N° 3: “Distribución de las madres según situación de pareja”
(F: Cuestionario.2016)

Situación de pareja		f	%
Con pareja	estable	47	67.1
	inestable	22	31.4
Sin pareja		1	1.4
Total		70	100

Mo = con pareja estable

Gráfico N° 3: "Distribución de las madres según situación de pareja"
(F: Cuestionario 2016)



¹⁹ La educación en cifras. Indicadores seleccionados para la caracterización del sistema educativo. Córdoba. Unicef. Disponible en la URL <http://www.unicef.org/argentina/spanish/cordoba.pdf>

La Tabla N° 3 muestra que el mayor porcentaje de madres (67%) tienen pareja estable, lo que implica una continuidad en la convivencia, sin poder especificar la cantidad de años de la misma. Asimismo, es significativo el porcentaje de madres solas al momento de internación del recién nacido.

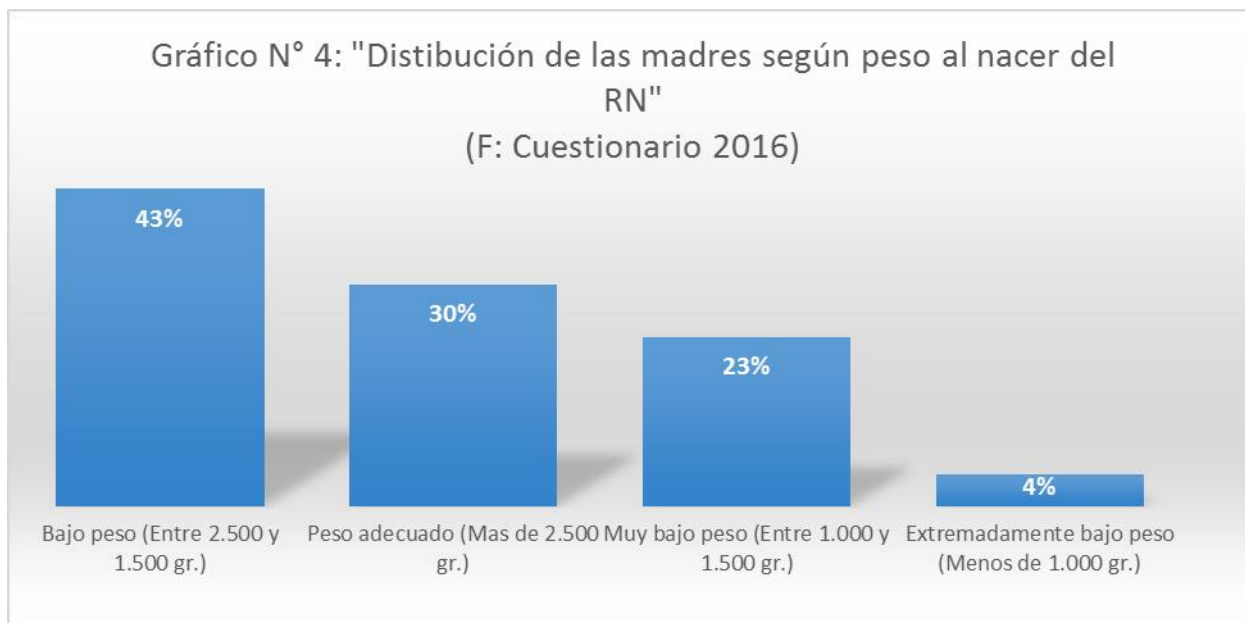
Este dato se puede relacionar con la información arrojada por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010 que muestra el comportamiento diferencial de la situación conyugal según sexo y grupos de edad. Para las personas de 14 a 34 años se observa una mayor propensión a convivir en pareja en las mujeres que en los varones.²⁰ Pudiendo ser esta convivencia tanto por matrimonio como por unión convivencial.

Tabla N° 4: “Distribución de las madres según peso al nacer del RN”
(F: Cuestionario.2016)

Peso al nacer del RN	f	%
Peso adecuado (Mas de 2.500 gr.)	21	30.0
Bajo peso (Entre 2500 y 1500 gr.)	30	42.9
Muy bajo peso (Entre 1000 y 1500 gr.)	16	22.9
Extremadamente bajo peso (Menos de 1000 gr)	3	4.3
Total	70	100.0

Mo = Bajo peso

²⁰ Censo Nacional de Población, hogares, y vivienda.2010 Censo del Bicentenario. Resultados definitivos. Serie B N° 2 Tomo 1. Disponible en la URL http://www.estadistica.sanluis.gov.ar/estadisticaWebContenido/Pagina148/File/LIBRO/censo2010_tomo1pdf Pag188



El gráfico N° 4 evidencia que el 43% de las madres bajo estudio, tuvieron hijos que presentaron bajo peso al nacer, lo cual concuerda con la Tabla N° 5 que muestra que el mayor porcentaje de RN son prematuros (entre 29 a 37 semanas de gestación) en los cuales es esperable un peso menor a 2.500gr.

Este dato es coincidente con las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud del año 2007²¹ las cuales muestran que en Argentina nacen 700.000 recién nacidos vivos por año, de los cuales 56.000 son prematuros (menores a 37 semanas de edad gestacional). El 7,2% de los bebés prematuros (50.400 recién nacidos) pesa menos de 2.500 gramos y el 1,2% pesa menos de 1.500 gramos al nacer.

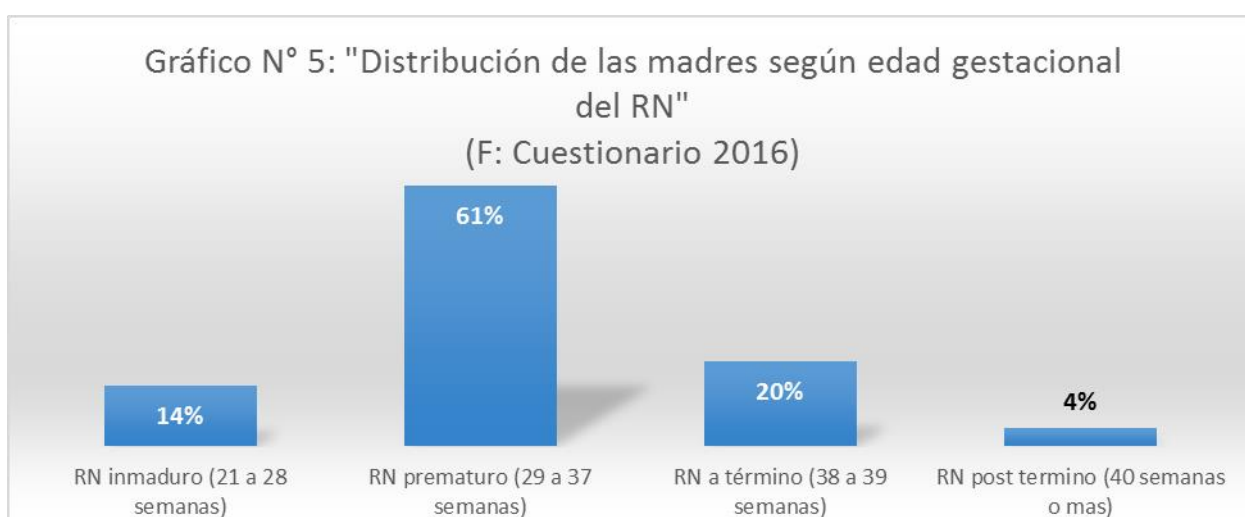
Además, los recién nacidos prematuros suelen presentar bajo peso al nacer no sólo porque no han completado su gestación sino porque pueden existir múltiples problemas asociados, tales como retardo en el crecimiento intrauterino, embarazos múltiples, dificultades placentarias y problemas de salud en la madre que también inciden en el peso de nacimiento del bebé.

²¹ LOMUTO, C. "Prematurez en la Argentina. Su impacto en la mortalidad infantil". Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud año 2007 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Anuario SIP 2006

Tabla N° 5: “Distribución de las madres según edad gestacional del RN”
F: Cuestionario.2016)

Edad gestacional del RN	f	%
RN inmaduro (21 a 28 semanas)	10	14.3
RN prematuro (29 a 37 semanas)	43	61.4
RN a término (38 a 39 semanas)	14	20.0
RN post termino (40 semanas o mas)	3	4.3
Total	70	100.0

Mo = RN prematuro (29 a 27 semanas)



El Gráfico N° 5 muestra que el mayor porcentaje de recién nacidos internados tienen una edad gestacional entre 29 y 37 semanas lo que corresponde a un nacimiento prematuro. Al respecto, la Lic. María Aurelia González plantea que en las últimas décadas, los avances científicos y el apoyo tecnológico acontecidos en el área de la Perinatología,* han permitido notables alcances en la recuperación de niños recién nacidos pretérmino, es decir menores a 37 semanas de edad gestacional, según definición de OMS, y aún en aquellos muy vulnerables, sumamente prematuros con

peso de nacimiento inferior a 1500 g. Las estadísticas sanitarias tanto mundiales como nacionales, reflejan el modo en que esta recuperación ha ido extendiendo el “...límite de lo posible...”.²²

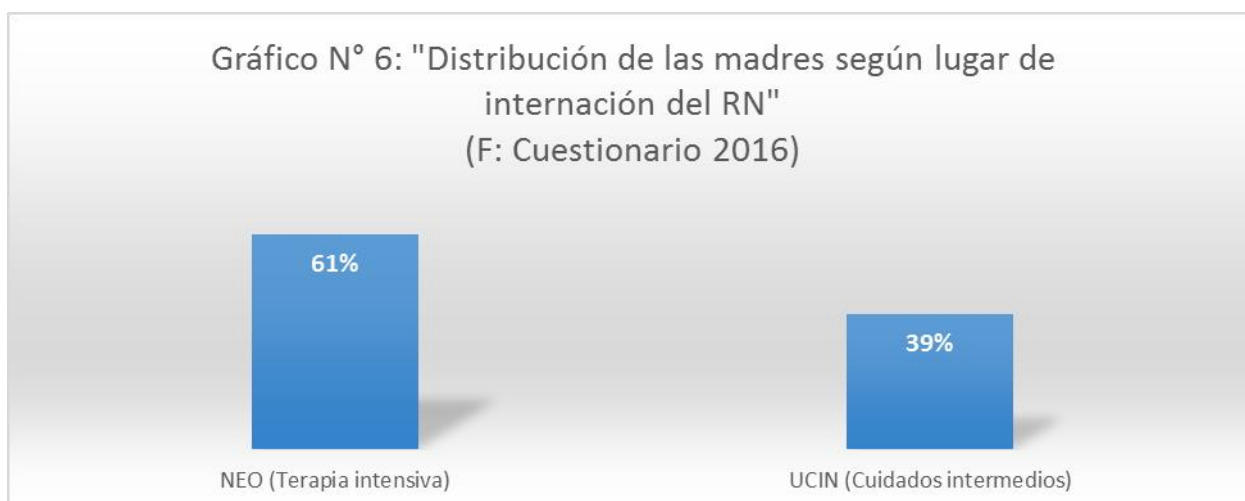
La prematurez es en la actualidad un problema de salud pública, que representa la más frecuente causa de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y es la principal causa de mortalidad infantil en nuestro país (UNICEF, 2011, 2013).

Tabla N° 6: “Distribución de las madres según lugar de internación del RN”
(F: Cuestionario.2016)

Lugar de internación del RN	f	%
Terapia intensiva neonatal (NEO)	43	61.4
Cuidados intermedios neonatales (UCIN)	27	38.6
Total	70	100.0

Mo = Terapia Intensiva Neonatal

Gráfico N° 6: "Distribución de las madres según lugar de internación del RN"
(F: Cuestionario 2016)



²² GONZALEZ M. A. “Los niños recién nacidos prematuros: nuevos actores sociales”. Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá, vol. 33, num. 3, 2014. Buenos Aires. Pag. 20.

La tabla N° 6 muestra que la mayor parte las madres tienen sus bebés internados en la Terapia Intensiva Neonatal (NEO) en estado crítico, en un ambiente desconocido y con múltiples factores estresantes.

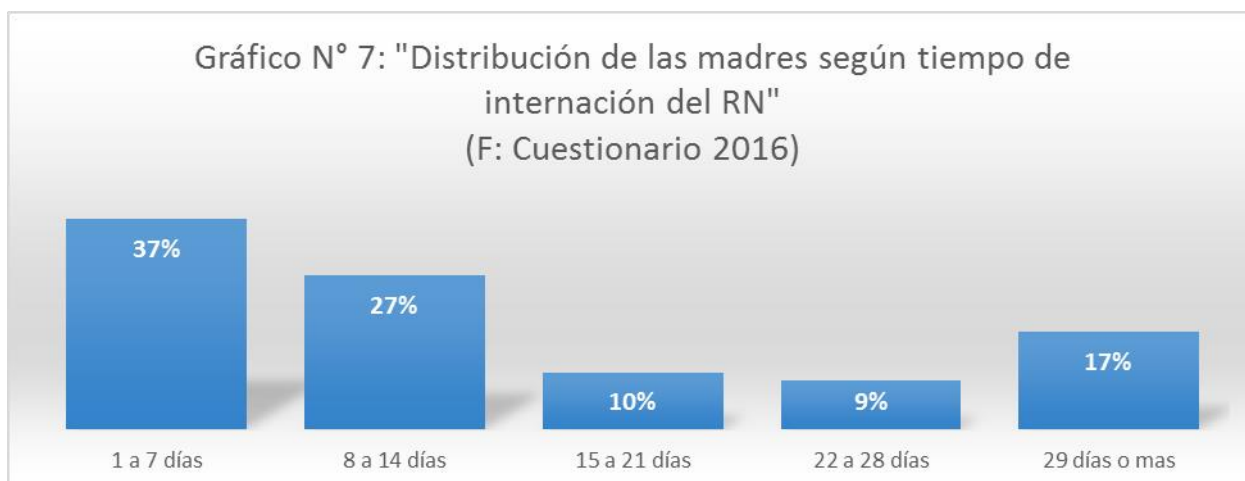
Un recién nacido prematuro necesita cuidados neonatales especiales que sólo pueden ser brindados en la Terapia Intensiva Neonatal, ya que de acuerdo al grado de inmadurez que presenten, los niños prematuros requieren asistencia médica y de enfermería muy específica, soporte respiratorio, incubadoras especiales y formas de alimentación alternativas a la lactancia hasta tanto evolucionen.

La terapia intensiva es el espacio hospitalario que brinda atención médica especializada para los recién nacidos de alto riesgo, contando con la aparatología necesaria para el cuidado y asistencia.

Tabla N° 7: “Distribución de las madres según tiempo de internación del recién nacido”
F: Cuestionario.2016)

Tiempo de internación	f	%
1 a 7 días	26	37.1
8 a 14 días	19	27.1
15 a 21 días	7	10.0
22 a 28 días	6	8.6
29 días o mas	12	17.1
Total	70	100

Mo = 1 a 7 días



La Tabla N° 7 muestra que un 37% de las madres encuestadas permanecieron con su bebés internados entre 1 a 7 días. No obstante, también es posible advertir que el 64% de los recién nacidos permanecen internados entre dos semanas y un mes debido a sus condiciones de nacimiento (prematurez) por lo que necesitan asistencia médica especializada, que brinde cuidados durante un tiempo prolongado a los fines de sobrevivir y crecer.

Tabla N° 8: “Distribución de las madres según importancia de recibir atención psicológica”
(F: Cuestionario.2016)

Recibir atención psicológica	f	%
SI	62	88.6
NO	8	11.4
Total	70	100.0

Mo = SI

Gráfico N° 8: "Distribución de madres según necesidad de recibir atención psicológica"
(F: Cuestionario 2016)



Esta Tabla evidencia el valor que las madres otorgan a la atención psicológica durante la internación de sus hijos, considerando la mayoría de ellas (88.6%) que les resulta importante. Teniendo en cuenta, que la internación a causa del nacimiento prematuro o por patologías neonatales, representa una situación de intensa movilización emocional, que involucra a la madre y a toda la familia en profundas preocupaciones, angustias y temores sobre el estado de salud del niño, ellas valoran importante la posibilidad de contar con espacios de atención u orientación psicológica.

Al respecto, diferentes investigaciones nacionales y extranjeras destacan la importancia que las familias reciban apoyo psicológico desde el primer momento del nacimiento y un seguimiento ininterrumpido hasta que la situación se estabilice.²³

También Muniagurria,²⁴ advierte sobre el riesgo psíquico al que se ven expuestos los padres por el impacto emocional de la internación, lo que demanda cuidados intensivos emocionales que apunten a la calidad del vínculo padres-bebé.

²³ VILLANOVA, F “El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso” Clínica Contemporánea Vol. 4 N° 2, Madrid 2013 Pag. 171

²⁴ MUNIAGURRIA, G. “Intervenciones psicosociales en la UCIN. Cuidando al recién nacido y sus padres”. Simposio de Seguimiento Neonatal. Congreso Perinatólogo Argentino. Bs. As. 1998. Disponible en la URL <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/gabriela/cnr.htm>

Nazario Velasco y col.²⁵ de Puerto Rico, destacan la importancia que exista un profesional psicólogo o psicoanalista que acompañe a los padres con su presencia y su escucha. Así mismo, Mercado propone el trabajo grupal con coordinación psicológica como una manera de compartir las vivencias, infundir esperanza y prevenir conductas disfuncionales que obstaculizarían el establecimiento del vínculo madre-hijo.²⁶

En el Hospital Misericordia, si bien se ofrece grupo de apoyo para padres, el mismo es coordinado por un psicólogo o por voluntarios, no siendo las intervenciones psicológicas de carácter sistemático ni formales dentro de la organización del Servicio.

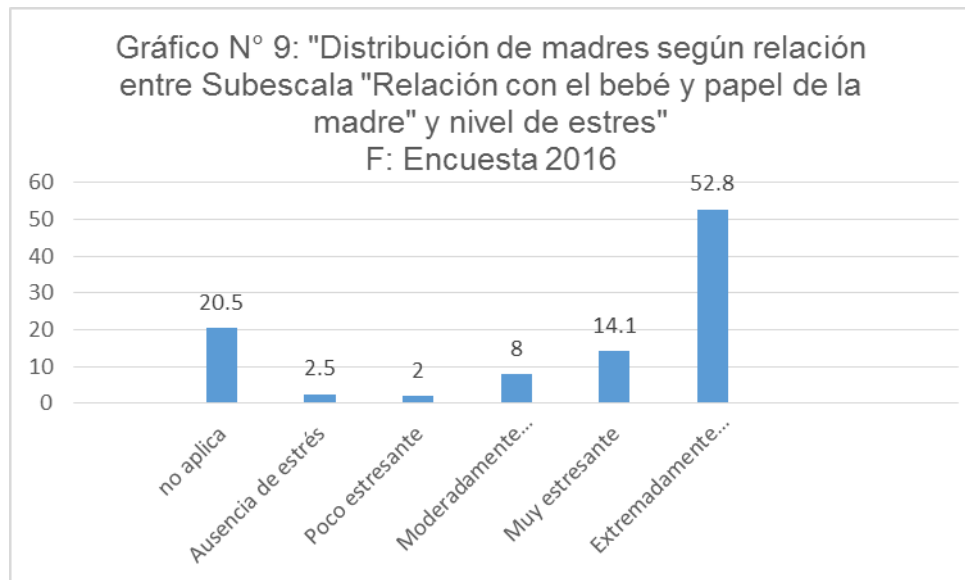
Tabla N°9: “Distribución de madres según relación entre Subescalas de estrés y nivel de estrés”
(Encuesta, año 2016)

Nivel de estrés / Subescalas de estrés	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderada mente estresante		Muy estresante		Extremada mente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Vistas y Sonidos	12	3.4	48	13.7	38	10.9	61	17.4	56	16.0	135	38.6	350	100
Aspecto y comportamiento del bebé	491	37.2	83	6.3	70	5.3	146	11.1	159	12.0	372	28.2	1321	100
Relación con el bebé y papel de la madre	141	20.5	17	2.5	14	2.0	55	8.0	97	14.1	363	52.8	687	100
Comportamiento y comunicación con el personal	412	54.9	21	2.8	19	2.5	73	9.7	79	10.5	147	19.6	751	100

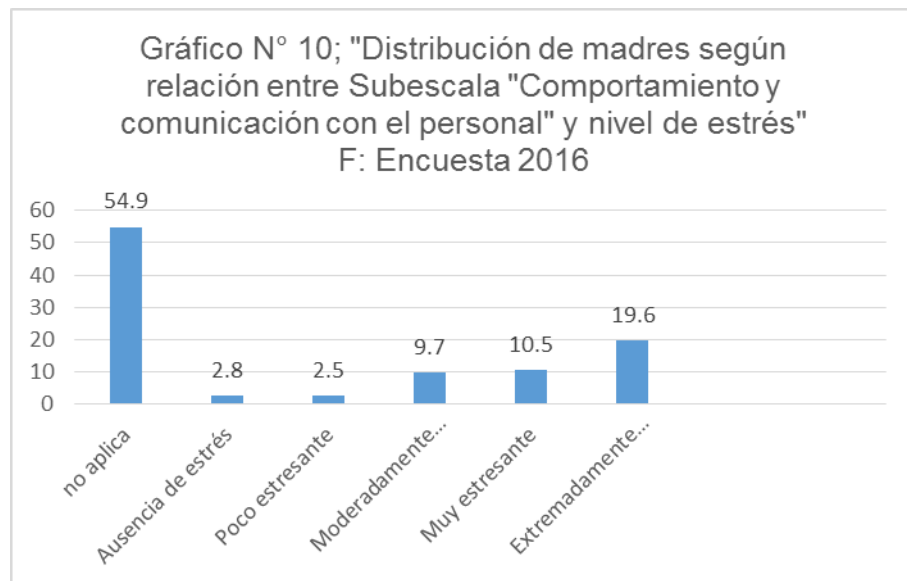
²⁵ NAZARIO VELASCO y otros. “Una experiencia de escucha en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal”. Fort Da Revista de Psicoanálisis con Niños. N° 8 2005

²⁶ MERCADO, A “Grupos de madres durante procesos críticos en torno del nacimiento” Revista Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo. Bs. As. Vol. 3 2003

La Tabla N° 9 muestra que los factores que integran la Subescala “Relación con el bebé y papel de la madre” constituyen los más extremadamente estresante para las madres de los neonatos internados (52,8%), lo cual coincide con estudios previos, entre los cuales se puede mencionar el de Wormald, F. (2014), quienes encontraron que la Subescala Alteración del Rol Parental tuvo el puntaje más alto dentro de las subescalas. También la investigación realizada por Caruso, A. (2012) encontró que esta misma Subescala fue la que los padres vivenciaron con un mayor nivel de estrés. De igual manera la investigación realizada por León, M. y col (2005) encontró que el rol alterado como padres por motivo de la hospitalización de su hijo es la subescala más preocupante.



Con respecto a la Subescala menos estresante, se advierte que está constituida por la “Comunicación y comportamiento del personal”, lo cual permite señalar que las actitudes y conductas del equipo de salud del Servicio de Neonatología, contribuyen al afrontamiento positivo de la hospitalización del recién nacido. Posiblemente por encontrarse el Servicio enmarcado en el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, pueda adoptar prácticas más comprensivas de las necesidades afectivas de la madre y el niño.



Análisis de los datos de las Subescalas de estrés

Tabla N° 10: "Distribución de madres según Subescala Vistas y Sonidos y nivel de estrés"
F: Encuesta, año 2016)

Factores de estrés de la Subescala Vistas y Sonidos	Nivel de estrés													
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Presencia de monitores y aparatos	1	1.4	8	11.4	9	12.9	20	28.6	13	18.6	19	27.1	70	100
Ruidos constantes de monitores y aparatos	0	0	15	21.4	13	18.6	13	18.6	17	24.3	12	17.1	70	100
Ruidos repentinos de alarmas	4	5.7	4	5.7	4	5.7	12	17.1	9	12.9	37	52.9	70	100
Otros bebés enfermos	0	0	17	24.3	8	11.4	9	12.9	10	14.3	26	37.1	70	100
Gran número de personas trabajando en la unidad	7	10	4	5.7	4	5.7	7	10	7	10	41	58.6	70	100

En relación a la Subescala Vistas y Sonidos, en la Tabla N° 10 se observa que el gran número de personas trabajando en la unidad constituye el factor más estresante para las madres (65,8%) lo cual podría deberse a la profunda preocupación y temor que desencadena el hecho que el estado de salud del bebé no pueda ser abordado por un solo profesional y requiera múltiples intervenciones. Esta situación enfrentaría a las madres a la vivencia de impotencia y angustia por el estado de salud del recién nacido.

Debido a que el Hospital Misericordia es un Hospital Escuela con formación de pre y postgrado y con numerosos profesionales. En este sentido, el equipo de salud que asiste cotidianamente a la Unidad, está compuesto por múltiples profesionales en ocasiones rotativos, siendo interesante advertir que esta situación genera un alto nivel de estrés, posiblemente por el desconocimiento de la función de cada uno. Llama la atención que este factor haya sido más estresante para las madres que la presencia de otros niños enfermos en la Unidad.

El segundo factor más estresante es el ruido repentino de monitores y aparatos. Este hallazgo también coincide con la investigación realizada por González Escobar y col. (2012) quienes encontraron que los ruidos constantes y repentinos de los monitores fue muy o extremadamente estresante para el 57,7% de las madres. Este dato también coincide con los resultados obtenidos por Giraldo y cols. (2012) quienes encontraron que el ambiente de la terapia se presentó como una gran fuente de estrés, especialmente la presencia de monitores y aparatos, los ruidos constantes y repentinos de los mismos, los cuales fueron estadísticamente significativos.²⁷

Posiblemente el ruido repentino de las alarmas y monitores constituye un factor extremadamente estresante porque enfrenta a la madre a una situación de alerta e impotencia para resolver la situación a la vez que la confronta con el estado de gravedad de su hijo

²⁷ GIRALDO M, D y otros. “Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal”. Revista Horiz Enfermería, 23, 3, 2012. Pag.20

Tabla N° 11: "Distribución de madres según subescala Aspecto y comportamiento del bebé y nivel de estrés"
(Encuesta, año 2016)

Factores de estrés de la Subescala Aspecto y comportamiento del bebé	Nivel de estrés													
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tubos o aparatos puestos cerca del mi bebé	4	5.7	4	5.7	7	10.0	19	27.1	13	18.6	23	32.9	70	100
Moretones, cortes o incisiones en mi bebé	11	15.7	2	2.9	4	5.7	15	21.4	14	20.0	22	31.4	70	100
Color poco usual	28	40.0	3	4.3	4	5.7	11	15.7	9	12.9	15	21.4	70	100
Respiración anormal	25	35.7	0	0	4	5.7	5	7.1	8	11.4	28	40.0	70	100
Ver un cambio repentino de color	41	58.6	1	1.4	1	1.4	5	7.1	3	4.3	19	27.1	70	100
Ver al bebé dejar de respirar	50	71.4	0	0	1	1.4	2	2.9	1	1.4	16	22.9	70	100
Pequeño tamaño	16	22.9	0	0	10	14.3	4	5.7	16	22.9	9	12.9	70	100
Aspecto arrugado	20	28.6	25	35.7	7	10.0	14	20.0	1	1.4	3	4.3	70	100
Tener una máquina que respira por mi bebé	32	45.7	0	0	2	2.9	4	5.7	3	4.3	29	41.3	70	100
Ver agujas y tubos puestos en mi bebé	2	4.3	5	7.1	5	7.1	8	11.4	8	11.4	41	58.6	70	100
Mi bebé siendo alimentado por sonda	7	10.0	7	10.0	9	12.9	12	17.1	16	22.9	19	27.1	70	100
Cuando mi bebé parecía tener algún dolor	34	48.6	3	4.3	4	5.7	4	5.7	10	14.3	15	21.4	70	100

Factores de estrés de la Subescala: Aspecto y comportamiento del bebe	Nivel de estrés (Continúa tabla anterior)													
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bebé llorando por largo tiempo	19	27.1	2	2.9	1	1.4	1	1.4	9	12.9	38	54.3	70	100
Cuando mi bebé parecía asustado	40	57.1	2	2.9	3	4.3	6	8.6	5	7.1	14	20.0	70	100
Cuando mi bebé parecía triste	43	61.4	0	0	4	5.7	3	4.3	7	10.0	13	18.6	70	100
Apariencia débil del bebé	8	11.4	3	4.3	0	0	6	8.6	17	24.3	36	51.4	70	100
Movimientos espasmódicos o nerviosos	19	27.1	6	8.6	6	8.6	9	12.9	15	21.4	12	17.1	70	100
No pudo llorar como otros bebés	37	52.9	8	11.4	4	5.7	6	8.6	7	10.0	7	10.0	70	100
Dar unas palmaditas para despejarle el pecho	54	77.1	2	2.9	0	0	0	0	4	5.7	7	10.0	70	100

En la Tabla N° 11 se observa que el ítem más estresante para el factor aspecto y comportamiento del bebé es ver agujas y tubos puestos en el recién nacido. Esto es concordante con otro estudio sobre estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en el cual lo más estresante para los padres fue ver tubos y equipo cerca de su hijo o puestos en él.²⁸

Al respecto, la investigación realizada por González Escobar y col. (2012) señala que al reconocer los equipos biomédicos como sinónimo de la gravedad del niño, encontraron que en promedio, del 45,5% cualquiera de los procedimientos invasivos realizados al bebé es considerado como extremadamente estresante.

²⁸ WORMALD, F Idem op. cit.

El segundo factor extremadamente estresante de esta Subescala es la situación que el bebé permanezca llorando por largo tiempo (54,3%), posiblemente por la angustia e impotencia que genera en la madre la dificultad de calmar y contener a su hijo.

También aparece como extremadamente estresante para el 51,4% de las madres, la apariencia débil del bebé, porque confronta a la madre a la vivencia de enfermedad de su hijo y a la desilusión y pérdida por el hijo imaginado.

Tabla N° 12: "Distribución de madres según Subescala Relación con el bebé y papel de la madre y nivel de estrés"
(Encuesta, año 2016)

Factor de estrés de la Subescala Relación con el bebé y papel de la madre	Nivel de estrés													
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estar separada de su bebé	0	0	0	0	1	1.4	0	0	5	7.1	64	91.4	70	100
No alimentarlo ella misma	9	12.9	1	1.4	1	1.4	3	4.3	9	12.9	47	67.1	70	100
No poder abrazarlo	7	10.0	1	1.4	0	0	4	5.7	7	10.0	50	71.4	70	100
No alzarlo cuando quiera	6	6.6	1	1.4	2	2.9	5	7.1	10	14.3	45	64.3	70	100
A veces, olvidarlo como es	62	88.6	0	0	0	0	1	1.4	1	1.4	6	8.6	70	100
No poder compartirlo con otros miembros de la familia	2	2.9	4	5.7	2	2.9	5	7.1	14	20.0	44	62.9	70	100
Sentirse impotente e incapaz de protegerlo del dolor	2	2.9	1	1.4	2	2.9	5	7.1	14	20.0	44	62.9	70	100
Tener miedo de tocar o alzar al bebé	26	37.1	6	8.6	1	1.4	6	8.6	11	15.7	16	22.9	70	100
Sentir que el personal está más cerca del bebé que yo	25	35.7	2	2.9	4	5.7	19	27.1	10	14.3	7	10.0	70	100
Sentirse impotente para ayudar al bebé durante esta etapa	2	2.9	1	1.4	1	1.4	5	7.1	18	25.7	42	60.0	70	100

En la Tabla N° 12 se advierte que el ítem más estresante de esta subescala es estar separada del bebé, lo cual es coherente con el estudio de Wormald (2014), con la investigación de León Martín (2005) y con la de Caruso (2012), las cuales coinciden en señalar que la separación del recién nacido es el factor más estresante para los padres.

También es concordante con los hallazgos encontrados en la investigación de González Escobar y col (2012) quienes señalaron que para el 90, 5% de las madres, el estar separadas del bebé lo consideran como una situación muy o extremadamente estresante.

Si bien a partir de la implementación del Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia, cuenta con ingreso irrestricto de los padres a la terapia intensiva; el contacto de los mismos con el recién nacido se produce en un ambiente medicalizado, monitoreado y controlado y en muchas ocasiones, mediatizado por tubos, sondas y aparatos. Además, la incubadora, entendida como el dispositivo tecnológico necesario para el crecimiento del bebé, puede constituir un obstáculo en el vínculo madre – hijo. También el hecho que el recién nacido cuente con asistencia mecánica respiratoria, en muchas ocasiones, constituye un impedimento que dificulta el acercamiento y el contacto de la mamá con su hijo.

Se advierte también que otro ítem que resulta extremadamente estresante en la subescala relación con el bebé y papel de la madre fue “no ser capaz de abrazar al bebé”. Este hallazgo sería relevante porque refuerza la importancia que tiene para la madre el contacto físico con su hijo, tanto para reducir el estrés como para promover interacciones tempranas positivas que favorezcan un apego seguro. Esto es también consistente con estudios que sugieren que el contacto físico y la cercanía emocional entre la madre y su hijo son esenciales para el bienestar físico y emocional de ambos.²⁹

El contacto piel a piel madre e hijo se debe facilitar siempre que el bebé se encuentre estable en su estado de salud, independientemente del peso y edad

²⁹ BOWLBY, J. “La separación afectiva”. Paidós. Buenos Aires, 1993. Pag. 13

gestacional del recién nacido, ya que dicha intervención podría reducir el estrés de los factores anteriores.

Lo que resulta menos extremadamente estresante es “a veces, olvidar cómo es el bebé”. Sólo el 8,6% de las madres valoró esta situación como extremadamente estresante posiblemente porque se trate de algo infrecuente. Este hallazgo es coincidente con los resultados obtenidos en la investigación de González Escobar y col. (2012) quienes encontraron que el 89,6% de las madres refirió que el estrés generado por la posibilidad de olvidar como es el bebé, no aplica. Sólo el 2,7% considera que esta situación ha sido muy o extremadamente estresante. Esta situación podría deberse a que el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia cuenta con ingreso irrestricto a los padres, por lo cual las madres pueden permanecer todo el tiempo que deseen junto a sus hijos.

**Tabla N° 13: "Distribución de madres según la subescala Comportamiento y comunicación del personal y nivel de estrés"
(Encuesta, año 2016)**

Factores de estrés Subescala comportamiento y comunicación del personal	Nivel de estrés													
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Personal explicando muy rápido	35	50.0	1	1.4	3	4.3	11	15.7	9	12.9	11	15.7	70	100
Personal usando palabras que no entiendo	33	47.1	4	5.7	2	2.9	8	11.4	12	17.1	11	15.7	70	100
Que me digan versiones diferentes sobre la condición del bebé	33	45.7	1	1.4	0	0	5	7.1	11	15.7	20	28.6	70	100
Que no me den suficiente información sobre los exámenes o tratamientos	37	52.9	1	1.4	0	0	2	2.9	11	15.7	18	25.7	70	100
Que no hablen conmigo lo suficiente	35	50.0	2	2.9	1	1.4	9	12.9	8	11.4	14	20.0	70	100
Muchas y distintas personas hablándome	54	77.1	2	2.9	3	4.3	5	7.1	2	2.9	4	5.7	70	100
Dificultad en obtener información en visitas o llamadas	41	58.6	3	4.3	3	4.3	7	10.0	5	7.1	11	15.7	70	100
No tener la seguridad que me llamen para informarme sobre cambios en mi bebé	8	11.4	1	1.4	4	5.7	11	15.7	9	12.9	37	52.9	70	100
Que el personal parezca preocupado por mi bebé	38	54.3	2	2.9	2	2.9	6	8.6	7	10.0	13	18.6	70	100
Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación	50	71.4	3	4.3	1	1.4	5	7.1	1	1.4	6	8.6	70	100
Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento del bebé	49	70.0	1	1.4	0	0	4	5.7	4	5.7	2	2.9	70	100

La Tabla N° 13 advierte que el factor más extremadamente estresante de la Subescala “Comportamiento y comunicación del personal” fue el ítem en el cual la madre no tiene la seguridad que la llamen para informarle de cambios en la condición de salud del bebé. Esto podría resultar extremadamente estresante porque la confronta, al estado de incertidumbre y angustia que implica dejar al niño al cuidado de otros, al mismo tiempo que la enfrenta a la situación de duda que el estado de salud del niño implica.

Este hallazgo es coincidente con los resultados obtenidos por Giraldo y cols. (2012) quienes encontraron que este ítem puntuó como el más alto, por lo que valoraron la necesidad de que en la Unidad se establezca un sistema de llamadas que brinde seguridad a los padres.

La situación que se presenta como menos estresante (2.9%) es que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento del bebé, lo que permite inferir un adecuado manejo del equipo de salud en relación al recién nacido y una confianza de la madre hacia el mismo. Esto puede indicar que existe en el personal de salud del Servicio una actitud de comprensión hacia las conductas del bebé.

Otras de las situaciones que se presentan como menos estresante es “muchas y distintas personas hablando a la madre”, lo que permite señalar una adecuada organización del equipo de salud, en la que no se producen superposiciones en la intervención. En este sentido, una atención eficiente y regulada disminuye los niveles de estrés y ansiedad maternos durante la internación hospitalaria.

Tabla N° 14: “Distribución de madres según valoración general de estrés frente a la experiencia de tener su bebé hospitalizado”
(Encuesta, año 2016)

Evaluación general de la experiencia de tener a su bebe hospitalizado	Nivel de estrés											
	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	0	0	0	0	1	1.4	5	7.1	9	12.9	55	78.6

Mo= Extremadamente estresante



La Tabla N° 14 muestra que la experiencia de tener un hijo hospitalizado constituye una situación sumamente estresante para mayoría de las madres (91.5% considerando las escalas de estrés: muy estresante y extremadamente estresante), lo cual es consistente con la investigación de González Escobar y col. (2012) quienes encontraron que la hospitalización de los neonatos, es considerado por las madres como muy o extremadamente estresante en un 89% de la población de referencia.

Este hallazgo concuerda también con la investigación realizada por Ruiz y cols. (2005), en donde los datos reflejan que la experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales fue extremadamente estresante debido a que ninguna madre se encuentra preparada para enfrentar esta situación tan inesperada.

Con respecto a la internación, Helman y Villavella, expresan "el clima dentro de la Neo es el de una señal de alarma siempre a punto de sonar. Los bebés que llegan, los que se van, los que mueren, las enfermeras, los cambios de turno, los médicos, las rotaciones, los cambios de guardia, los pases... algo así como una antorcha que pasa de mano en mano para mantener el fuego, para sostener la vida".³⁰

Tabla N°15: "Distribución de madres según relación entre nivel de instrucción y nivel general de estrés frente a la internación"
(Encuesta, año 2016)

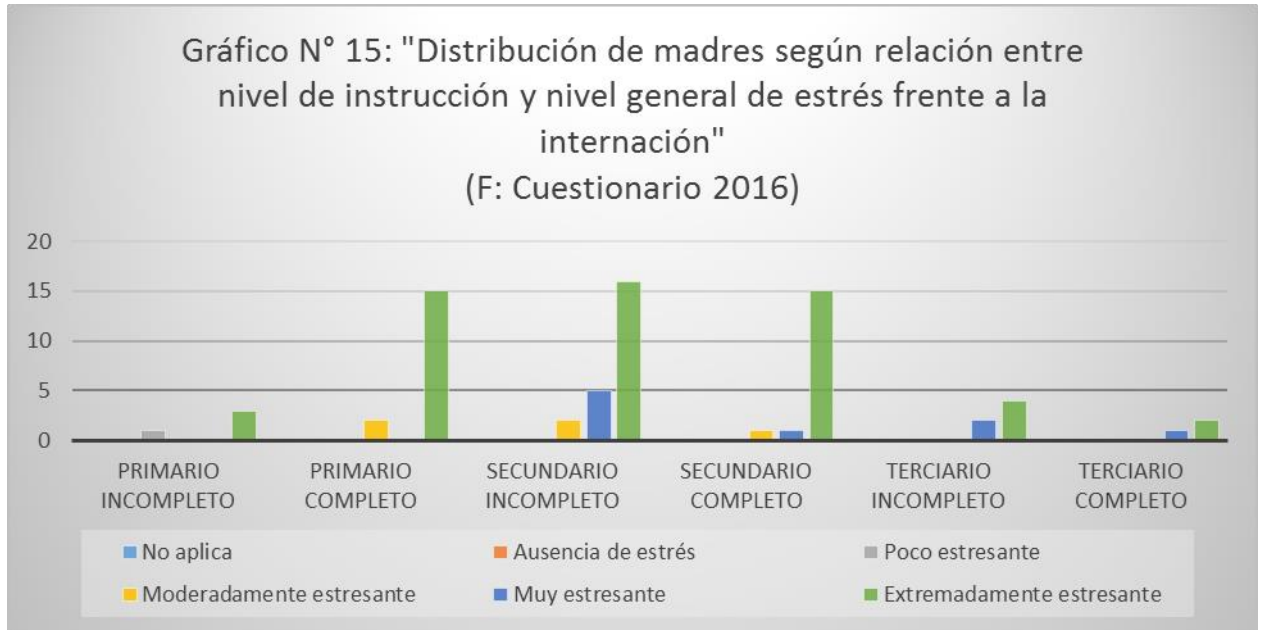
Nivel de Instrucción \ Nivel general de estrés	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Primario incompleto	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	3	5.5	4	5.7
Primario completo	0	0	0	0	0	0	2	40	0	0	15	27.3	17	24.3
Secundario incompleto	0	0	0	0	0	0	2	40	5	55.6	16	29.1	23	32.9
Secundario completo	0	0	0	0	0	0	1	20	1	11.1	15	27.3	17	24.3
Terciario incompleto	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22.2	4	7.3	6	8.6
Terciario completo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1	2	3.6	3	4.3
Total	0	0	0	0	1	100	5	100	9	100	55	100	70	100

$\chi^2 = 26,55$

gl= 15

p= 0,033

³⁰ HELMAN, V. Idem Op. Cit. Pag. 37.



La Tabla N° 15 muestra que existiría una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de las madres y el nivel general de estrés, con un nivel de significación menor a 0,005. Esto es consistente con el estudio de Wormald y col. quienes encontraron, en cuanto al nivel educacional, que los padres con educación menor de 8 años mostraron un mayor nivel de estrés ($p = 0.034$)

Igualmente, Jofré Aravena y Fierro encontraron que las variables nivel educacional y estrés, resultaron estar estadísticamente relacionadas.³¹

³¹ JOFRE ARAVENA y col. "Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999". Revista Ciencia y Enfermería 8 (1) 2002 Pag.35

Tabla N° 16: “Distribución de las madres según relación entre nivel de estrés y lugar de internación del RN”
(F: Encuesta, año 2016)

Lugar de Internación \ Nivel de estrés	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderada mente estresante		Muy estresante		Extremada mente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
NEO	0	0	0	0	0	0	2	4	4	9	37	86	43	100
UCIN	0	0	0	0	1	3	3	11	5	18	18	66	27	100

La Tabla N° 16 muestra que la internación en la Terapia Intensiva (NEO) y en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) resulta extremadamente estresante para las madres en ambos espacios hospitalarios. Posiblemente porque la internación del bebé y las prestaciones médico tecnológicas que necesita, constituyen una situación que afecta profundamente el estado emocional de la madre.

“En estas unidades, el número de procedimientos asistenciales y de diagnóstico es muy elevado y en la mayoría de los casos altamente invasivos, lo que hace parecer al niño como un ser indefenso y débil, rodeado de tubos, aparatos y alarmas que actúan de barrera entre el niño y los padres, dificultando el establecimiento de un vínculo padres – hijo adecuado (...) a lo que hay que añadir el gran gasto emocional humano y económico que constituye para las familias las hospitalizaciones prolongadas”.³²

³² JIMENEZ PARRILLA, E y otros: “Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar”. Vox Paediatrica, 11,2, 2003 Pag. 1

Tabla N° 17: "Distribución de las madres según relación entre nivel de estrés y tiempo de internación del RN"
(F: Encuesta, año 2016)

Nivel de estrés Tiempo de internación	No aplica		Ausencia de estrés		Poco estresante		Moderadamente estresante		Muy estresante		Extremadamente estresante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1 a 7 días	0	0	0	0	0	0	2	8	2	8	21	84	25	35
8 a 14 días	0	0	0	0	0	0	0	0	5	25	15	75	20	28
15 a 21 días	0	0	0	0	0	0	1	14	1	14	5	71	7	10
22 a 28 días	0	0	0	0	0	0	1	16	0	0	5	83	6	8
29 días o más	0	0	0	0	1	8	1	8	0	0	10	84	12	17

La Tabla N° 17 evidencia que independientemente del tiempo de internación, la hospitalización resulta extremadamente estresante para las madres. La internación de un hijo altera de manera significativa las deseadas condiciones de nacimiento y cuidados esperados por la familia.

Con la internación se interrumpe el proceso de anidación psicobiológica de los padres y el bebé debido a la necesidad de ambos, del periodo de tiempo de nueve meses de gestación que en estos casos no se ha cumplido. Los padres se encuentran con un embarazo acortado, una ruptura y una separación inicial que implica a menudo, la imposibilidad de tocar o ver a su hijo y con un bebé en peligro de muerte".³³

³³ GALIMBERTI, M "Recién nacido prematuro internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrés materno y modelos de intervención". Buenos Aires 2012 Disponible en la URL <http://www.centro.ppc.com/pdfs/psicologíaeldesarrollo.pdf>

CONCLUSIONES - SUGERENCIAS

En base al análisis e interpretación de los datos presentados en el capítulo anterior, se llegaron a las siguientes conclusiones:

Con respecto a las características de las madres estudiadas, la mayoría son adolescentes y/o muy jóvenes, con estudios secundarios incompletos y un tercio de las mismas no tiene pareja estable, enfrentado en soledad el tiempo de internación, lo cual implica una situación de importante vulnerabilidad.

Con respecto a los recién nacidos internados, se evidencia, como es esperable que la mayoría presentan bajo peso y son prematuros. Al respecto, la Lic. María Aurelia González plantea que en las últimas décadas, los avances científicos y el apoyo tecnológico acontecidos en el área de la Perinatología, han permitido notables alcances en la recuperación de niños recién nacidos pretérmino, es decir menores a 37 semanas de edad gestacional, según definición de la OMS, y aún en aquellos muy vulnerables, sumamente prematuros con peso de nacimiento inferior a 1500 g. Las estadísticas sanitarias tanto mundiales como nacionales, reflejan el modo en que esta recuperación ha ido extendiendo el “...límite de lo posible...”.³⁴ En nuestro medio, se logran sobrevividas de recién nacidos entre 23 y 24 semanas. Esto lleva a internaciones muy prolongadas y con diversas complicaciones a la que están expuestas las familias. (tiempo de estadía de <1500).

La prematurez es en la actualidad un problema de salud pública, que representa la más frecuente causa de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y es la principal razón de morbilidad infantil en nuestro país (UNICEF, 2011, 2013).

³⁴ GONZALEZ M. A. “Los niños recién nacidos prematuros: nuevos actores sociales”. Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá, vol. 33, num. 3, 2014. Buenos Aires. Pag. 20.

La mayor parte de las madres con recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia, se encuentran acompañando a sus hijos en la Terapia Intensiva Neonatal (NEO). De acuerdo al grado de inmadurez que presenten, los niños prematuros requieren asistencia médica y de enfermería muy específica, soporte respiratorio, incubadoras especiales y formas de alimentación alternativas a la lactancia hasta tanto evolucionen. Muchas permanecen con sus bebés internados entre 8 a 14 días. No obstante, también es posible advertir que un porcentaje significativo de los recién nacidos permanecen internados durante un mes o más, debido a sus condiciones de nacimiento, por lo que necesitan asistencia médica especializada, que brinde cuidados durante un tiempo prolongado a los fines de sobrevivir y crecer. Durante el tiempo de internación, los recién nacidos deben lograr mantener la temperatura, una alimentación y respiración adecuada, cambiar su mecanismo de circulación de la sangre para obtener oxígeno. El conjunto de estas adquisiciones y las posibles complicaciones, necesitan tiempo de evolución.

Otro aspecto relevante a destacar que responde a uno de los interrogantes planteados en el presente trabajo, es el valor que las madres otorgan a la atención psicológica durante la internación de sus hijos. Teniendo en cuenta que la internación a causa del nacimiento prematuro o por patologías neonatales, representa una situación de intensa movilización emocional, que involucra a la madre y a toda la familia en profundas preocupaciones, angustias y temores sobre el estado de salud del niño, ellas valoran importante la posibilidad de contar con espacios de atención u orientación psicológica. Al respecto, diferentes investigaciones nacionales y extranjeras destacan la importancia que las familias reciban apoyo psicológico desde el primer momento del nacimiento y un seguimiento ininterrumpido, hasta que la situación se estabilice.³⁵

También Muniagurria,³⁶ advierte sobre el riesgo psíquico al que se ven expuestos los padres por el impacto emocional de la internación, lo que demanda cuidados intensivos emocionales a los padres atento a que les espera una ardua tarea

³⁵ VILLANOVA, F “El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso” Clínica Contemporánea Vol. 4 N° 2, Madrid 2013 Pag. 171

³⁶ MUNIAGURRIA, G. “Intervenciones psicosociales en la UCIN. Cuidando al recién nacido y sus padres”. Simposio de Seguimiento Neonatal. Congreso Perinatólogo Argentino. Bs. As. 1998. Disponible en la URL <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/gabriela/cnr.htm>

psicológica: la de vincularse con el hijo en riesgo vital, en un tiempo que transitan una doble crisis; la crisis evolutiva que implica todo nacimiento y la crisis accidental provocada por la necesidad de internación del niño.

En cuanto a las vivencias y situaciones estresantes que afectan el estado emocional de las madres, es posible señalar que la “relación con el bebé y la alteración del rol maternal” tuvo el puntaje más alto por los siguientes motivos: estar separada del bebé, no poder abrazarlo y sentirse impotente e incapaz de protegerlo del dolor. Las madres son confrontadas a un nacimiento inesperado y a la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperables para su rol, tales como tomar en brazos, contener, calmar, alimentar. Las madres no sólo afrontan la ausencia de su hijo a su lado sino que en ocasiones, no pueden verlo o tocarlo. En este sentido, atraviesan una profunda “herida narcisista” que representa el fracaso de no haber podido traer al mundo un hijo sano y bello. Por el contrario, este hijo depende de otros; médicos, enfermeras y aparatos para sobrevivir.

El impacto de estas experiencias supera los procesos de mentalización porque el nacimiento prematuro es vivido por los padres como un evento traumático de interrupción de un proceso, encontrando a los mismos no preparados para la separación que la internación impone. “...es un evento tan doloroso, que al inicio, no hay una representación posible del bebé, sólo hay vacío. Vacío en el vientre, vacío en los brazos, vacía la cuna...”³⁷

En este sentido, Galimberti expresa que “los padres de niños prematuros son susceptibles de presentar estrés como consecuencia de la imposibilidad de ejercer el rol de padres, debido a la internación del prematuro (...) lo que provoca una crisis de un fuerte impacto emocional”³⁸ Dicho estado emocional está caracterizado por profundos sentimientos de pérdida, angustia, dolor psíquico, temor, frustración e impotencia *porque en el inicio de la vida, los padres enfrentan la posibilidad de la muerte. Al*

³⁷ BOTERO, H. “El recién nacido y el equipo de salud: una propuesta de atención” Fort Da Revista de Psicoanálisis con Niños, N° 8 septiembre 2005

³⁸ GALIMBERTI, M “Recién nacido prematuro internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrés maternal y modelos de intervención”. Centro IPPC de Psicoterapia Cognitiva, Buenos Aires 2012 Disponible en la URL <http://centroippc.org/articulos/>

*respecto, Botero expresa que en la Unidad de Cuidados Intensivos, “la muerte extiende su sombra para que no olvidemos que está rotundamente presente”.*³⁹

Diferentes estudios tanto de nuestro medio como extranjeros, coinciden en señalar que los aspectos de la subescala “Relación con el bebé y papel de la madre” fueron los más estresantes en la internación de un recién nacido. Entre las investigaciones, se puede mencionar la realizada por Wormald, F. y cols (2014), quienes encontraron que la Subescala Alteración del Rol Parental tuvo el puntaje más alto dentro de las subescalas, lo cual es coincidente con nuestros resultados. También la investigación realizada por Caruso, A. (2012) encontró que esta misma Subescala fue la que los padres vivenciaron con un mayor nivel de estrés. De igual manera la investigación realizada por León, M. y col (2005) encontró que el rol alterado como padres, por motivo de la hospitalización de su hijo, es la subescala más preocupante. En concordancia con el estudio de Wormald (2014), con la investigación de León Martín (2005) y con la de Caruso (2012), la separación del recién nacido resultó el factor más estresante para los padres.

A partir de la implementación del Programa “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”, el Servicio de Neonatología del Hospital Misericordia, cuenta con ingreso irrestricto de los padres a la terapia; no obstante el contacto con los bebés se produce en un ambiente medicalizado, monitoreado y controlado y en muchas ocasiones, mediatizado por tubos, sondas y aparatos. Además, la incubadora, entendida como el dispositivo tecnológico necesario para el crecimiento del bebé, puede constituir un obstáculo en el vínculo madre – hijo. También el hecho que el recién nacido cuente con asistencia mecánica respiratoria, en muchas ocasiones, constituye un impedimento que dificulta el acercamiento y el contacto de la mamá con su bebé.

Se advierte también que otra situación que resulta extremadamente estresante fue no ser capaz de abrazar al bebé. Este hallazgo sería relevante porque refuerza la importancia que tiene para la madre el contacto físico con su hijo, tanto para reducir el estrés como para promover interacciones tempranas positivas que favorezcan un

³⁹ BOTERO, H “Marcados por la separación. La unidad de cuidados intensivos. La experiencia madre-bebé-canguro: una escuela del dolor, un aprendizaje por el amor”. Fort Da Revista de Psicoanálisis con Niños, N° 8 septiembre 2005

apego seguro. Esto es consistente con estudios que sugieren que el contacto físico y la cercanía emocional entre la madre y su hijo son esenciales para el bienestar físico y emocional de ambos.

La separación madre-bebé se convierte en una ruptura por lo abrupto e inesperado, a modo de un quiebre de un estado continente-contenido de una reciprocidad comunicativa mutua, por lo que se vuelve urgente promover el reencuentro entre ambos.

Con respecto a las Vistas y Sonidos de la Terapia Intensiva, se advierte que el gran número de personas trabajando en la unidad constituye el factor más “extremadamente estresante” para las madres bajo estudio, lo cual podría deberse a la profunda preocupación y temor que desencadena el hecho que el estado de salud del bebé no pueda ser abordado por un solo profesional y requiera múltiples intervenciones. Esta situación enfrenta a las madres a la vivencia de impotencia y angustia por el estado de salud del recién nacido. Llama la atención que este factor haya sido más estresante para las madres que la presencia de otros niños enfermos en la Unidad.

Con respecto al factor ruidos repentinos de alarmas y monitores también constituye una situación extremadamente estresante en casi la mitad de las encuestadas, lo cual es coincidente con los resultados del trabajo de Wormald, F y col⁴⁰ Esto podría deberse a que los sonidos repentinos implican un estado de alarma e inquietud en las madres frente a lo desconocido de la aparatología que rodea al bebé.

Al respecto, Helman y Villavella, expresan “el clima dentro de la Neo es el de una señal de alarma siempre a punto de sonar. Los bebés que llegan, los que se van, los que mueren, las enfermeras, los cambios de turno, los médicos, las rotaciones, los cambios de guardia, los pases... algo así como una antorcha que pasa de mano en mano para mantener el fuego, para sostener la vida”.⁴¹

⁴⁰ WORMALD, F “Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico”. Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 113 n° 4 Bs. As. 2015

⁴¹ HELMAN, V. Idem op. cit. Pag. 37.

En cuanto a la Subescala “Aspecto y comportamiento del bebé”, la situación más estresante para las madres es ver agujas y tubos puestos en el recién nacido. Esto es concordante con otro estudio sobre estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados, en el cual lo más estresante para los padres fue ver tubos y equipo cerca de su hijo o puestos en él.⁴²Al respecto, la investigación realizada por González Escobar y col. (2012) señala que las madres reconocen a los equipos biomédicos como sinónimo de la gravedad del niño, y por lo tanto, cualquiera de los procedimientos invasivos realizados al bebé es considerado como extremadamente estresante.

El segundo factor extremadamente estresante de esta Subescala es la situación que el bebé permanezca llorando por largo tiempo posiblemente por la angustia e impotencia que genera en la madre la dificultad de calmar y contener a su hijo. La función materna de calmar con el cuerpo y la mente se desdibuja, se ve relegada, impidiendo el contacto físico necesario para el desarrollo de un vínculo saludable madre –hijo. La falta de contacto físico, de acercamientos amorosos, de contacto piel a piel, constituyen obstáculos serios, que impactan negativamente no sólo la relación afectiva mutua sino el proceso de humanización del recién nacido. Además, para la madre puede ser un factor de preocupación que el bebé llore y no sea calmado cuando ella se ausenta.

También aparece como una vivencia extremadamente estresante, la apariencia débil del bebé, porque confronta a la madre a la situación de enfermedad de su hijo y a la desilusión y pérdida por el hijo imaginado.

Finalmente, se señala que el factor más extremadamente estresante de la Subescala “Comportamiento y comunicación del personal” fue que la madre no tenga la seguridad que la llamen para informarle de cambios en la condición de salud del bebé. Esto podría relacionarse con el estado de incertidumbre y angustia que implica dejar al niño al cuidado de otros, al mismo tiempo que enfrentar la situación de duda que el estado de salud implica. Este hallazgo es coincidente con los resultados obtenidos por

⁴² WORMALD, F Idem op. cit.

Giraldo y cols. (2012) quienes encontraron que este ítem puntuó como el más alto, por lo que valoraron la necesidad de que en la Unidad se establezca un sistema de llamadas que brinde seguridad a los padres.

La situación que se presenta como menos estresante es que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento del bebé, lo que permite inferir un adecuado manejo del equipo de salud en relación al recién nacido y una confianza de la madre hacia el mismo. Esto puede indicar que existe en el personal de salud del Servicio una actitud de empatía y comprensión hacia las conductas del bebé.

Otras de las situaciones que se presentan como menos estresante es “muchas y distintas personas hablando a la madre”, lo que permite señalar una adecuada organización del equipo de salud, en la que no se producen superposiciones en la intervención. En este sentido, una atención eficiente y regulada disminuye los niveles de ansiedad maternos durante la internación hospitalaria.

En conclusión, la experiencia de tener un hijo hospitalizado constituye un factor extremadamente estresante y muy estresante para la mayoría de las madres, lo cual es consistente con la investigación de González Escobar y col. (2012) quienes encontraron que la hospitalización de los neonatos, es considerado por las madres como muy o extremadamente estresante en un casi un 90% de los encuestados. En este sentido, Botero describe el estado emocional materno como **“desolación porque las madres sienten que han fallado, que en lugar de la fiesta de bienvenida a la vida, se ensombrece la experiencia, sienten culpa y un miedo sin nombre por la posibilidad de la muerte, ilusiones de futuro se ponen en duda...”**⁴³

Teniendo en cuenta las conclusiones antes mencionadas, se realizan las siguientes sugerencias:

- Desarrollar un Programa de Intervención Psicológica para aplicar a madres y familias con recién nacidos internados, teniendo en cuenta el estado emocional

⁴³ BOTERO CADAVID, H. “Marcados por la separación. La Unidad de Cuidados Intensivos: la experiencia madre –bebé-canguro: una escuela del dolor, un aprendizaje por el amor”. Revista Fort Da N° 8, 2005 Pag. 2

por el cual atraviesan durante la hospitalización. El objetivo del mismo sería promover estrategias de afrontamiento de estrés, capacitar a la madre en el reconocimiento de los comportamientos específicos del bebé prematuro, sensibilizarla frente a los signos de alarma y ayudarla a contenerlos.

- Realizar intervenciones psicológicas focalizadas en madres jóvenes, con menor nivel educativo, las cuales aparecen como el grupo más vulnerable al estrés, desarrollando estrategias tendientes a brindar información, contención y trabajo emocional que logre la elaboración de las vivencias dolorosas.
- Contar con profesionales de la salud mental, especialmente capacitados, que puedan formar parte del equipo de salud, y favorezcan la comunicación padres-familia y equipo médico y promuevan la integración constante y sostenida de la madre a los cuidados del recién nacido internado.
- En relación a las vistas y sonidos de la Terapia Intensiva, se sugiere que los ruidos de monitores, las alarmas repentinas y la presencia de aparatos en el niño, pueden intervenirse a través del ajuste de las alarmas en niveles mínimos y máximos, la atención inmediata de ruidos repentinos y la disposición agradable y estética de tubos y aparatos sobre el recién nacido. Se propone que desde el momento del ingreso, la madre cuente con información específica sobre el funcionamiento de los monitores y aparatos a los fines de evitar que el desconocimiento acerca de los mismos, genere inseguridad, desconfianza, temor y ansiedad.
- Disminuir el volumen de las alarmas o cambiarlas a modo visual y/o utilizando medidores de sonido. Para realizar y sostener estos cambios, no sólo es importante tener en cuenta la infraestructura del lugar sino también la sensibilización y capacitación del personal para su implementación.
- Brindar información detallada y específica sobre el funcionamiento de tubos y equipo colocados en el recién nacido, a la vez que dotarlos de una estética lo

más agradable posible para disminuir el impacto negativo de los mismos, en la madre.

- Contar con un sistema de llamadas que muestre a la madre, el interés que tiene la Unidad Neonatal de mantenerla informada en todo momento acerca del estado de su bebé. “La comunicación oportuna y efectiva con los padres es un elemento resaltado por diferentes autores, quienes consideran que disminuye el estrés”.⁴⁴
- Promover la expresión de las emociones y sentimientos de las madres con bebés internados apelando a un dispositivo de trabajo grupal, en el cual se puedan compartir, confrontar y contener las diversas experiencias dolorosas que atraviesan.
- Desarrollar un material escrito a modo de guía u orientación acerca de los cuidados, necesidades y atenciones específicas que necesita el bebé prematuro durante la internación así como también tras el alta.

Para futuras investigaciones se sugiere conocer el estado emocional que presentan los padres varones y otros miembros de la familia, a los fines de generar intervenciones así como también realizar un diseño cualitativo.

La internación de un hijo recién nacido es una de las situaciones más dolorosas y conmovedoras que debe afrontar una familia en su vida. Atender los aspectos emocionales y humanos junto con los cuidados médicos específicos, es fundamental para obtener resultados de calidad a corto y a largo plazo y promover condiciones saludables para la vida de los niños y sus familias.

Y como dice, el Dr. Miguel Larguía, Maestro de la Neonatología argentina, “cuando un hijo está internado en una sala de terapia intensiva, sus padres están igual o más más enfermos”. Por eso ambos requieren nuestra atención humanizada.

⁴⁴ GIRALDO M, D y cols. Ídem op. cit. Pag. 21

BIBLIOGRAFÍA

BOTERO CADAVID, H. “Marcados por la separación. La Unidad de Cuidados Intensivos: la experiencia madre –bebé-canguro: una escuela del dolor, un aprendizaje por el amor”. Revista Fort Da N° 8, 2005

BRAZELTON, B. “La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial”. Ediciones Paidós, Barcelona, 1993

CARUSO A. y MIKULIC I. M. “El estrés en padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados intensivos neonatal: traducción y adaptación de la Escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998)” [en línea] Anuario de Investigaciones Vol. 19 n° 2 Bs. As. 2012; disponible en la URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200004

GODOY, A y MORAN, R “Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología”. Trabajo Final. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. 2010.

GONZALEZ, M.A. “Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales”. Revista del Hospital Materno Infantil “Ramón. Sarda”. XV, Nª 2 Buenos Aires, 1996.

GONZALEZ M. A. “Los niños recién nacidos prematuros: nuevos actores sociales”. Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá, vol. 33, num. 3, 2014. Buenos Aires. Pag. 20.

GONZALEZ, M.A. NADDEO, S. “Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental”. *Revista del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”*, vol. 26, núm. 4. Buenos Aires, 2007.

GONZALEZ SERRANO, F. “Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros, la relación temprana y el apego”. [en línea] Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2009. Vol. 48. disponible en la URL <http://www.seypna.com/articulos/crianza-ninos-prematuros-gonzalez-serrano/>

GONZALEZ SERRANO, F. “Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos, atención y acompañamiento al bebé y la familia” [en línea] Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2010. Vol. 49. disponible en la URL <http://www.seypna.com/documentos/articulos/nacer-crianza-ninos-prematuros.pdf>

HELMAN, V. VILLAVELLA, M. “Niños prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis”. Lugar Editorial. Bs. As. 2000

JOFRE ARAVENA y col. “Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999”. *Revista Ciencia y Enfermería* 8 (1) 2002

JOPEK, A y cols. “Evaluation of stress responses in parents of newborns hospitalized in the Intensive Care Unit”. *Ginekol Pol*, 2009 80 (5) 367- 73

LARGUIA, M. y col. “Guía para padres de prematuros”. División Neonatológica. Hospital Materno Infantil R. Sardá. Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia. Buenos Aires, 2009

MERCADO, A “Grupos de madres durante procesos críticos en torno del nacimiento”
Revista Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad de Palermo. Vol. 3 Bs. As. 2003

MATHELIN, C. “La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros”. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1998.

OIBERMAN, A (compiladora) “Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal”
JCE Ediciones, Bs. As 2005.

POSE G. “Ser Padres Prematuros. El parto prematuro – el nacimiento y la relación con el bebe”. Ediciones Del Carril, Buenos Aires, 2004

RUIZ, A.L. “Un nacimiento antes de tiempo...” [en línea] Editorial: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2004 disponible en la URL http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/258/Un_nacimiento_antes_de_tiempo.pdf?sequence=1

SCHAPIRA, I Y ASPRES, N “Estrés en recién nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos”. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. 23 N° 3, 2004.

VILLANOVA, F. “El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso”. [en línea] Clínica Contemporánea, Vol. 4 n° 2, Madrid, 2013 disponible en la URL http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clínica_contemporanea/cc2013v4n2a7.pdf

WORMALD, F. y otros. “Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico”, [en línea] Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 113 n° 4 Bs. As. 2015 [consultado 4/09/15]; disponible en la URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000400005

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA MADRES DE RECIEN NACIDOS INTERNADOS

Consigna: con el objeto de conocer datos personales, se le solicita responder en forma anónima este Cuestionario. Gracias.

1- ¿Cuál es su edad? años

2- ¿Cuál es su nivel de escolaridad máximo alcanzado?

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario incompleto

Terciario completo

3- ¿Cuál es su situación de pareja?

Con pareja: Estable

Inestable

Sin pareja

4- ¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? grs.

5- ¿Cuál fue la edad gestacional de su bebé al nacer?

21 a 28 semanas

29 a 37 semanas

A término

Posttermino

6- Lugar de internación NEO

UCIN

7- Tiempo de internación días

8- Considera importante recibir algún tipo de ayuda u orientación psicológica durante la internación de su bebé?

Si

No

ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES:

UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS

Formato autoinformativo c Margaret S. Miles, RN, PhD 1987

En el marco de un Proyecto de Tesis de Maestría titulado “Estado emocional de madres de recién nacidos internados con compromiso de salud. Servicio de Neonatología. Hospital Misericordia. Córdoba. Enero mayo 2016” interesa conocer cómo el ambiente de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y la experiencia de tener un hijo internado afecta a las madres.

La unidad neonatal de cuidados intensivos es el espacio donde su bebé recibe cuidados médicos. A veces llamamos a este espacio NEO o UCIN a modo de abreviación.

Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre cuyo bebé está ahora en la NEO o UCIN

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba internado. Nos gustaría que indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, circule NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la NEO. Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.

En el cuestionario, circule el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted. Los siguientes números indican los niveles de estrés:

1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.

2= Un poco estresante.

3= Moderadamente estresante.

4= Muy estresante.

5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

NA “no aplicable” = no ha experimentado esta situación

Vamos a tomar esta situación como ejemplo: Las luces fuertes en la NEO.

Si por ejemplo, usted cree que las luces de la unidad neonatal de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe circular el número 5: NA 1 2 3 4 5

Si usted cree que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe circular el número 1: NA 1 2 3 4 5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe circular NA, indicando así “no aplicable”: NA 1 2 3 4 5

Empecemos ahora

A continuación hay una lista de varias **VISTAS Y SONIDOS** comunes en una NICU. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Circule el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, circule NA para indicar "no aplicable".

- | | |
|---|--------------|
| 1. La presencia de los monitores y los aparatos | NA 1 2 3 4 5 |
| 2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos | NA 1 2 3 4 5 |
| 3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor | NA 1 2 3 4 5 |
| 4. Los otros bebés enfermos en la habitación | NA 1 2 3 4 5 |
| 5. El gran número de personas trabajando en la Unidad | NA 1 2 3 4 5 |

A continuación hay una lista de situaciones que podrían describir **EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ** cuando usted lo visita la NEO y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Circule NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Si por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted circulando el número apropiado.

- | | |
|---|--------------|
| 1. Tubos o aparatos puestos cerca de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 2. Moretones, cortadas, o incisiones en mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 3. Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo) | NA 1 2 3 4 5 |
| 4. Una forma de respirar anormal o poco usual en mi bebe | NA 1 2 3 4 5 |
| 5. Ver un cambio repentino de color en mi bebé (por ejemplo, ponerse pálido o azul) | NA 1 2 3 4 5 |
| 6. Ver a mi bebé dejar de respirar | NA 1 2 3 4 5 |
| 7. El pequeño tamaño de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 8. El aspecto arrugado de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 9. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 10. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|--------------|
| 11. Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso | NA 1 2 3 4 5 |
| 12. Cuando mi bebé parecía tener algún dolor | NA 1 2 3 4 5 |
| 13. Mi bebé llorando por largo tiempo | NA 1 2 3 4 5 |
| 14. Cuando mi bebé parecía asustado | NA 1 2 3 4 5 |
| 15. Cuando mi bebé parecía triste | NA 1 2 3 4 5 |
| 16. La apariencia débil de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 17. Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 18. Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés | NA 1 2 3 4 5 |
| 19. Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho | NA 1 2 3 4 5 |

Las últimas preguntas que queremos hacerle es sobre cómo se siente usted respecto a su **propia RELACIÓN con su bebé y su PAPEL DE MADRE**. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado/a ha estado marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

- | | |
|---|--------------|
| 1. Estar separado de su bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 2. No alimentar yo mismo/a a mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 3. No ser capaz de abrazar a mi bebé yo mismo/a
(por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo) | NA 1 2 3 4 5 |
| 4. No ser capaz de tomar en brazos o alzar a mi bebé cuando quiera | NA 1 2 3 4 5 |
| 5. A veces, olvidar cómo es mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 6. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia | NA 1 2 3 4 5 |
| 7. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos | NA 1 2 3 4 5 |
| 8. Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos | NA 1 2 3 4 5 |
| 9. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy | NA 1 2 3 4 5 |
| 10. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa | NA 1 2 3 4 5 |

También estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el **COMPORTAMIENTO y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL**. De nuevo, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia marcando con un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, señale con un círculo NA ("no aplicable"). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

- | | |
|--|--------------|
| 1. El personal explicando las cosas muy rápidas | NA 1 2 3 4 5 |
| 2. El personal usando palabras que no entiendo | NA 1 2 3 4 5 |
| 3. Que me digan versiones diferentes sobre la condición de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 4. Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 5. Que no hablen conmigo lo suficiente | NA 1 2 3 4 5 |
| 6. Muchas y distintas personas (doctores, enfermeras, otros) hablándome | NA 1 2 3 4 5 |
| 7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad | NA 1 2 3 4 5 |
| 8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios sobre la condición de mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 9. Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé | NA 1 2 3 4 5 |
| 10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación | NA 1 2 3 4 5 |
| 11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales | NA 1 2 3 4 5 |

Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la NICU.

NA 1 2 3 4 5

Muchas gracias por su ayuda. ¿Hubo algo más que fuera estresante para usted durante la estancia de su bebé en la unidad neonatal de cuidados intensivos? Por favor, describa abajo: