



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Psicología- Área Post-Grado.
Carrera de Especialización de
Política y Gestión en Salud Mental
Directora de la Carrera : Dra. Corina Samaniego

Alumna: Lic. María Aurelia González
Directora de Tesina: Dra. Corina Samaniego.

Evolución del Estrés en las madres de recién nacidos prematuros internados en cuidados intensivos neonatales en un Hospital Público Materno Infantil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Año 2011 -

Evolución del Estrés en Madres de Recién Nacidos Prematuros
 Alumna Lic. María Aurelia González
 Directora de Tesis: Dra. Corina Samaniego

INDICE

1. Introducción	Página 3.
1.1 El Estrés en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.	4.
1.2 Definición de Estrés.	4.
1.3 Las situaciones de Stress en los padres de los Recién Nacidos prematuros internados.	5.
2. Antecedentes	7.
2.1 Iniciativa Maternidades Centradas en la Familia	8.
2.2 Problema	9.
2.3 Objetivo General	10.
2.4 Objetivos Específicos	10.
2.5 Hipótesis	10.
3. Material y Métodos	10.
4. Resultados	14.
4. A- Test de Stress	17.
4. A. 1 Nivel General de Estrés	18.
4. A. 2 Sub Escalas de Estrés	19.
4. B- Test de Afrontamiento	24.
5. Discusión	25.
6. Conclusiones	27.
7. Bibliografía	29.
8. Anexos	31.

1- Introducción

Los avances científicos y el apoyo tecnológico acontecidos en el área de la Perinatología¹, han permitido alcanzar importantes logros en la recuperación de niños recién nacidos pretérmino (RNPT: menor 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 grs.(RNPTMBP). Las estadísticas sanitarias tanto mundiales como nacionales, reflejan el modo en que esta recuperación ha ido extendiendo el "...límite de lo posible..."² en las últimas tres décadas (SPR,2010; Ministerio Salud de la Nación,2010; HMIR Sardá,2010). El salto obtenido en el logro de la sobrevivencia ha traído aparejadas nuevas morbilidades y nuevas demandas asistenciales, tanto de las familias de los pacientes como del equipo salud en instituciones especializadas.

El escenario de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) a la par de resultados exitosos en términos de estadísticas, plantea una paradoja, entendiendo como tal dos acciones que tienen el mismo objetivo y sin embargo resultan contradictorias entre sí. Se trata de la obligada separación entre el niño y su familia durante períodos prolongados y desde el comienzo de la vida. Por tales motivos se han focalizado los esfuerzos en la prevención de resultados adversos en términos del desarrollo del recién nacido prematuro, a través de intervenciones que incluyeran a éstos niños y a sus familias. (Achenbach, 1988; Ramey y Bryant,1992;Raugh y Shields-Poe,D,Pinelli,J,1997). Las mismas, tenían como objetivo aumentar el conocimiento de los padres acerca de la individualidad, complejidad y sociabilidad de sus hijos, mejorar el vínculo padres-hijos, facilitar su rol de padres, guiarlos para despertar reacciones en sus hijos mientras en forma simultánea se discutían y observaban sus propias percepciones sobre el recién nacido (Ruiz A.L,2002). Pudo constatar que dichas intervenciones del lado del niño aumentaban el nivel de desarrollo cognitivo y en los padres mayor capacidad en la observación de sus hijos, mayor compromiso en su cuidado y ,específicamente en las madres, favorecían la satisfacción y confianza en sí misma en el desempeño de su rol(Cardone, 1990; Achenbach, Howell, 1993; Parker,Zahr,Cole,1992;Lawhon,2002).

¹ Definición de Perinatología: Es aquella especialidad que abarca en su estudio, prácticamente desde el momento de la concepción hasta el día 28 de vida del recién nacido. Es una nueva especialidad integrada en forma interdisciplinaria por tocoginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras ,cirujanos infantiles, psicólogos, psiquiatras , genetistas, embriólogos, toxicólogos , antropólogos y asistentes sociales. Red de Perinatología del Gobierno de la Ciudad de Bs. Aires, año 2007.

² Larguía, Miguel. Manejos Integrales en Neonatología. Buenos Aires, Ergon, 1986.

1.1 El Estrés en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Los avances en el cuidado de los RN prematuros han significado un progreso notable en Neonatología, sin embargo, como era de esperar, los resultados alentadores en las UCIN han provocado algunos efectos indeseados tanto en los niños internados como en sus padres.

Las áreas de internación neonatal deben necesariamente separar, aislar, al niño por razones asistenciales con el propósito de cuidarlo y de ayudar a su recuperación, teniendo como destinatario precisamente a su familia.

No se trata de una separación común, puesto que acontece en el inicio de la vida y representa por tanto una interferencia precoz entre el RN y sus referentes afectivos primordiales, madre y padre. Al mismo tiempo implica la exposición continua a intensos estímulos (luz, sonidos, prácticas invasivas, dolor, etc.) cuyos efectos a largo plazo son considerados “de riesgo” tanto para su estructuración psíquica, como para el establecimiento de los vínculos familiares y de roles con sus cuidadores primarios (12),(13),(14). La situación descrita es altamente disruptiva para la familia, evidenciándose en forma muy marcada estados de stress en los padres y particularmente en la madre, que en muchos casos pueden continuar hasta los primeros controles del niño una vez obtenida el alta hospitalaria (15).

1.2 Definición de Estres³

Estrés o stress: Existen numerosas perspectivas sobre lo que se entiende por estrés. El que se retoma en este trabajo, es el que se entiende el estrés como, el complejo proceso de experimentar, percibir y responder a un evento estresante (*estresor*). El proceso de estrés es aquel en que las demandas del medio ambiente imponen o exceden la capacidad adaptativa de un organismo, resultando en cambios biológicos y psicológicos que colocan a las personas en riesgo de enfermar(32).

Existe una respuesta emocional negativa o Distrés, que resulta de la percepción del estímulo estresor. Entre ellos se incluyen eventos objetivables, agudos o crónicos, que ocurren a individuos. Puede clasificarse como agudo para el caso en que persista *menos de seis meses* o **crónico** si durara *seis meses o más*, aunque por definición los síntomas deben desaparecer luego de que hubiera cesado el estresante. La especificación crónica puede aplicarse a un estresante con consecuencias permanentes.

Las consideraciones del DSM IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*) (M14) incluye dentro de los trastornos de ansiedad:

- * Los trastornos por estrés postraumático y
- * Los trastornos por estrés agudo.

³ Stress o estrés, según su adaptación en castellano.

En ambos casos la persona ha experimentado o presenciado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Existe una evitación persistente de estímulos asociados *al trauma y síntomas* persistentes como: dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse e hipervigilancia. Estas alteraciones pueden provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo tales como el cuidado y la crianza de los hijos.

Lo traumático no remite solo a catástrofes y desastres masivos, también se refiere a toda situación cotidiana de carácter disruptivo, que pudiera desencadenar angustia automática (*traumatogénica*). En cambio será *estresógena* si lo que emerge es angustia señal, desencadenando cuadros defensivos.

El término estrés no se establece como entidad nosológica, sino por referencia al término *estresante*. Por definición un estresante psicosocial es "cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizás causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental"(32,33). Una posible respuesta ante la presencia de un estresante psicosocial la representa el Trastorno Adaptativo (DSM IV, M14-pág.641), cuya intensidad es variable y puede expresarse a través de una amplia gama de síntomas.

Así el estresante puede ser un acontecimiento simple (por Ej. terminar una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (dificultades en el trabajo, nacimiento de un hijo y problemas conyugales). Los estresantes pueden ser *recurrentes* o *continuos* (por Ej. vivir en un barrio de criminalidad elevada). Pueden afectar a una persona, una familia o una comunidad (como en caso de catástrofes naturales).

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo a los síntomas predominantes:

1. Con estado de ánimo depresivo
2. Con ansiedad
3. Mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo)
4. Con trastorno de comportamiento
5. Con alteración mixta de las emociones y del comportamiento
6. No especificado (quejas somáticas, aislamiento social, inhibición laboral).

Estas consideraciones metapsicológicas dan cuenta de la ineludible relación existente entre lo *social* y lo *psíquico*, marca la irrupción del orden de lo cultural y de lo fáctico sobre la realidad intrapsíquica y su manifestación a nivel de la conducta.

1.3 Las situaciones de Stress en los padres de los Recién Nacidos prematuros internados.

Diversas investigaciones han llevado adelante mediciones del stress parental a partir de un instrumento diseñado para tal fin: The Parental

Stressor Scale (PSS) (Miles MS,1991) para administrar a padres con hijos en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Algunas de los resultados obtenidos sugieren que ambos padres presentan intenso grado de stress asociado al nacimiento de un hijo prematuro, más acentuado aún en el grupo de las madres, las cuales aparecen como más estresadas en relación a determinados aspectos de la experiencia de internación (Miles MS, Funk, Kasper,1992).

Los mismos autores destacan las áreas de UCIN como fuentes de estímulos altamente estresantes, incluyendo las hospitalizaciones cada vez más prolongadas (mayor duración a mayor prematurez y complicaciones clínicas), la exposición a un ámbito con tecnología de alta complejidad, la alteración de sus roles parentales y la apariencia frágil y vulnerable del hijo internado. Han asociado mayor puntuación en la escala de stress parental con aumento de la “ansiedad estado” por parte de las madres de prematuros.

En hallazgos más recientes), la utilización del mismo instrumento ha permitido establecer la asociación entre la “variable menor grado de instrucción de la madre” y “mayor grado de stress” como evidencia de su preocupación por la falta de comprensión de la situación de internación y de los cuidados requeridos por el niño hospitalizado (Docherty,SL;Miles,MS.2002).

En los últimos años se han comenzado a realizar investigaciones sobre la base de programas de intervenciones tempranas en los que el eje no solo es el desarrollo y la maduración del RN internado, sino también las necesidades psicológicas de los padres y miembros de la familia (Feldman, R, 2002; Larguía AM,2004 y 2006,Fenwick J,2002). Las relaciones entre los hijos y los padres proveen las bases sobre las cuales se desarrollan la seguridad, la confianza en sí mismos, la estabilidad emocional, la disposición para aprender y la competencia social. De tal modo, el aspecto vincular se encuentra en estrecha relación con los estadios afectivos que suelen presentar los padres durante la internación del hijo tales como: stress, ansiedad, falta de comprensión de las características del bebé y falta de sostén del entorno en esos momentos críticos.

Als (1986) fue quien introdujo el concepto de “corregulación ” entre el ser humano y su medio ambiente, fundamentado en la naturaleza social del hombre cuya supervivencia dependería de la capacidad que posea para interactuar con otros , en este caso del vinculo del recién nacido con sus padres . Esto crea la necesidad por parte del equipo de atención neonatal de establecer un enlace entre padres e hijos, más allá de la tecnología y cuidados especiales que el niño requiera.

El programa COPE⁴ ha sido desarrollado en Estados Unidos, para aplicar a niños que requieren internación en cuidados intensivos y a sus padres, sobre la base de la vulnerabilidad de los primeros en presentar problemas de conducta, emocionales, de rendimiento académico y respecto de los padres de desarrollar emociones negativas como depresión, ansiedad y

⁴ COPE: Creating opportunities for parent empowerment.

desorden por stress postraumático. Dicho programa resultó efectivo para mejorar el estado emocional y cognitivo de los niños luego de la hospitalización y disminuir en sus madres los estados de estrés, depresión y ansiedad al mejorar la adaptación de éstas a la internación de sus hijos (O`Reilly,M 2003)).

El concepto *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) agrupa elementos tanto propios del individuo (físico y mentales) como externos a él, que interactúan entre sí pudiendo modificar su estado de salud. El desarrollo del estudio de CVRS se debió a la necesidad de obtener más y mejores indicadores clínicos que pudieran aportar conocimientos para futuras estrategias y que permitan la evaluación de intervenciones destinadas a los pacientes, más allá de los indicadores “duros” (como tasas de mortalidad, porcentaje de discapacidad o tiempos de hospitalización), que resultan insuficientes en tal sentido. Los instrumentos para la evaluación de CVRS son cuestionarios que incluyen diferentes dominios, dimensiones o subescalas, dado el carácter multidimensional del concepto. La aceptación y desarrollo de los mismos, sometidos siempre a las condiciones de validez y fiabilidad, se han relacionado con la incorporación de expresiones y frases tomadas a partir de los propios pacientes o sus padres, en el caso de los niños pequeños, que facilita la aproximación a sus percepciones y permite poder brindarles una mejor atención.(De Cunto,C,2008).

Las intervenciones citadas son reflejo del interés actual en el área salud, que reside en el cambio del modelo de atención centrado en la perspectiva del paciente y su entorno familiar y cultural.

2-Antecedentes:

El primero en advertir los efectos de la internación de un niño sin la compañía de su madre o de un familiar, fue René Spitz (1945), al describir el Síndrome del Hospitalismo en infantes huérfanos, sobrevivientes de la segunda guerra mundial. Su observación indicó que a pesar de recibir los mismos cuidados médicos y de asistencia, sobrevivían solo aquellos que por alguna razón habían sido cuidados con interés especial por alguna de sus enfermeras.

Entre los antecedentes locales, podemos citar la experiencia del Dr. Florencio Escardó (1957), médico pediatra del Hospital de Niños “R. Gutiérrez”, quien a pesar de la enorme resistencia ofrecida por sus colegas médicos, decidió abrir la sala de internación pediátrica a la presencia continua de las madres de los pacientes allí internados (Escardó, 1961).

Dicha intervención representó un salto epistemológico en la consideración de la salud y enfermedad de un niño internado: los niños evolucionan más rápido y favorablemente si cuentan con la compañía de su madre o de quién cumpla esa función. Dicha experiencia fue marcando el rumbo para nuevas consideraciones en lo que respecta a la atención en salud de un RN

y de una mujer-madre, orientadas a lo que hoy se ha dado en llamar "Humanización de la atención Perinatal" (Larguía,2000).

Dentro del Hospital Materno Infantil "R. Sardá", de la ciudad de Buenos de Aires, el Servicio de Neonatología a cargo del Dr. Miguel Larguía, discípulo de los pediatras de familia pioneros del Hosp. de Niños Ricardo Gutiérrez, promovió el novedoso modelo de la internación conjunta madre hijo, para los recién nacidos sanos, desalentando la existencia de guarderías y facilitando el ingreso irrestricto de los padres a las unidades de terapia intensiva neonatal.

Esta última iniciativa puso de manifiesto la necesidad de crear un espacio físico para las madres de los niños prematuros que facilitara la permanencia de las mismas y el contacto y el cuidado con el hijo durante el tiempo de internación. Como producto de esta demanda, se creó la primera Residencia Hospitalaria para Madres en el país. Este Modelo ha sido desarrollado y superado dentro de la misma institución y ha comenzado a ser replicado en otras maternidades públicas en los últimos cinco años.

El Hospital Materno Infantil "R. Sarda", es uno de los treinta tres hospitales del área del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la particularidad de ser un centro perinatológico (la reunión de dos especialidades: Tocoginecología y Neonatología) de alta complejidad y de referencia nacional, que asiste un promedio de 7000 partos anuales.

El 12% de los mismos corresponden a Recién Nacidos (RN) prematuros o enfermos, que requieren internación en áreas de Neonatología de mediana y alta complejidad, cuyo tiempo de internación varía en un rango de entre seis días y 6 meses, de acuerdo a la gravedad clínica que el niño presente. El 70 % de la población asistida proviene de la Provincia de Buenos Aires, zona Sur y registra un promedio de viaje al Hospital de 90 minutos, con una franja importante de familias con necesidades básicas insatisfechas.

"La Maternidad Sardá" ha sido tal como se la conoce, ha sido pionera en la estrategia de inclusión activa de las madres en el proceso de recuperación de sus hijos RN gravemente enfermos (Larguía, 1986). En la actualidad, el trabajo institucional que incluye estas estrategias, está planteado a la luz de un nuevo paradigma en el cuidado de la salud materno- infantil, conocido como "**Maternidades Centradas en la Familia**" (MCF).

2.1 Maternidades Centradas en La Familia (MCF)

Su objetivo general es reconocer a las mujeres, sus hijos y sus familias como los verdaderos protagonistas del proceso de embarazo, parto y posterior cuidado de sus hijos, los "genuinos dueños de casa de las maternidades" (Larguía, Lomuto,Gonzalez, 2006)

El modelo MCF consta de una serie de intervenciones que no poseen efectos indeseados y no incrementan los costos en la atención médica. Las mismas son implementadas en la Maternidad Sardá desde hace más de dos décadas, factibles de reproducir en otras instituciones y demostradas como sustentables. Por tal motivo ha obtenido recientemente el

reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), agencia regional dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tras auditar el funcionamiento del programa y evaluar los resultados asistenciales, lo ha seleccionado como caso exitoso o “Caso de Buenas Prácticas” para ser reproducido en maternidades de Latinoamérica y el Caribe⁵.

Resumen de Intervenciones del Programa MCF- Área Neonatología

- El ingreso y permanencia irrestricto de los padres a las unidades de internación Neonatológica.
- El cuidado integral de las madres por un Servicio de Voluntarias de la comunidad en función de atender sus necesidades y demandas.
- La participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos prematuros asumiendo un rol protagónico en su asistencia bajo la supervisión de enfermería.
- La visita organizada de hermanos y abuelos para promover la integración del nuevo miembro a la familia y en el caso de los abuelos proveer sostén y apoyo para los padres, favoreciendo la organización y adaptación de la familia a la internación del niño.
- La salida precoz de las incubadoras para contacto piel a piel madre-hijo prematuro por sus conocidos beneficios.
- La contención emocional de los “padres en crisis” por agentes de salud mental
- Promoción de lactancia materna según la iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, UNICEF/OMS. Asistencia de padres adolescentes según el programa de apoyo de la Maternidad Sardá.

2.2 Problema:

El parto prematuro es considerado un evento altamente estresante para la pareja de padres. Numerosos estudios han evidenciado que, en particular, las madres de estos recién nacidos experimentan altos niveles de stress durante el período de internación neonatal en comparación con madres de niños nacidos a término, y están más expuestas a sufrir estados de ansiedad y depresión. (Miles, 1991, Gonzalez, 1996; Lawhon, 2002; Kaarsen, 2006). Este impacto emocional interfiere en el establecimiento de las relaciones primarias, altamente significativas, entre el recién nacido y sus padres, y puede representar un factor de riesgo para problemas de conducta en el niño, tanto como de adaptación social y de rendimiento cognitivo.

Es por ello que resulta relevante, conocer e implementar intervenciones precoces durante la internación neonatal, que permitan reducir el stress materno y paterno y favorecer así una mejor relación entre el niño prematuro y sus padres.

⁵ Estudios de Buenas Prácticas, N° 63. www.ops.org.ar, Sección Publicaciones, Número 63.

2.3 Objetivo General

Establecer el estrés y su evolución en madres de RN pre término (RNPT) durante su internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil "R. Sardá", expuestas a las intervenciones del Programa Maternidades Centradas en la Familia

2.4 Objetivos Específicos

- 1- Determinar las características de la población tales como: nacionalidad, edad, educación, pareja, paridad y control prenatal de las madres y las patologías y tratamientos neonatales: requerimiento de asistencia respiratoria (presión positiva continua y asistencia respiratoria mecánica), administración de surfactante, alimentación parenteral, incidencia de infección tardía y alimentación a pecho al alta.
- 2- Determinar el stress de las madres de RN prematuros asistidos en la UCIN en el comienzo de la internación y su evolución sobre los 25/30 días de internación, luego de haber participado de las intervenciones MCF.
- 3 - Indagar las estrategias de afrontamiento que utilizan las madres de estos pacientes durante dicha experiencia.

2.5 Hipótesis

La incidencia y magnitud del estrés en madres de recién nacidos prematuros (RNPT) internados en Servicios de Neonatología es alta y susceptible de modificación con intervenciones neonatales como las propuestas en el modelo "Maternidad Centrada en la Familia".

3- MATERIAL Y METODOS

Población

- Madres de todos los RN prematuros internados en la UCIN del Hospital Materno Infantil "R. Sardá", entre marzo y diciembre del 2006

Criterios de inclusión

- Madres de recién nacidos vivos en la Maternidad Sardá con edad gestacional entre 27 y 34 semanas cumplidas.

Criterios de exclusión

- Madres de recién nacidos con prematuridad extrema (26 semanas o menos de edad gestacional).
- Madres de recién nacidos con síndromes genéticos o malformaciones.
- Madres de recién nacidos con infecciones intrauterinas y/o de madre VIH positiva.
- Madres de recién nacidos fallecidos en el período inmediato al parto o en la primera semana de vida.
- Madres de recién nacidos derivados o egresados antes del mes de vida.
- Madre con trastornos mentales o trastornos de conducta graves.
- Madres reclusas.

Técnica de muestreo

- El muestreo fue intencional de pacientes según criterios de inclusión-exclusión. Sólo hubo dos casos de rechazo de consentimiento. Se entrevistaron todas las madres entre marzo y diciembre de 2006. El tamaño muestral final fue de 70 madres.

Diseño de la Investigación

Diseño Pre prueba – Post prueba con un solo grupo (1ª y 2ª administración de escala.)

Nota: Las intervenciones neonatales del modelo MCF constituyen un “Standard care” lo que imposibilita el armado de un grupo control.

Segmento	72 hs. a 7 días	25 a 30 días
Madre	Test Stress UCIN Cuestionario Socioeconómico	Test Stress UCIN Test de Afrontamiento

Instrumentos utilizados para la medición de las variables

- Se empleó un cuestionario que incluyó preguntas cerradas de opción múltiple para indagar las variables: nacionalidad, edad, educación, pareja, paridad y control prenatal de las madres

- Se obtuvieron los datos de patología y tratamiento neonatales de las historias clínicas respectivas.
- Escala para la medición del estrés materno-paterno en UCIN (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) **PSS: NICU** (Miles MS, Funk GS, Carlson J.) adaptado en Argentina por la Lic. Ana Lía Ruiz, y los Dres José M. Ceriani Cernadas, Verónica Cravedi* y Diana Rodríguez , del Hospital Italiano de CABA.

Esta escala mide y evalúa el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El puntaje incluye dos secciones, la primera evalúa cuatro áreas que reflejan las percepciones parentales acerca del ambiente físico y psicosocial de la UCIN, brindando un microanálisis del estrés, e s decir , que factor o situación particular es percibido, interpretado y representado cognitivamente como más estresante para los padres. La escala mide dos dimensiones en 46 ítems:

A- Subescalas:

- Luz y Sonidos, 5 preguntas.
- Tratamientos observados y apariencia del bebé, 19 preguntas.
- Comunicación con médicos y enfermeras, 11 preguntas.
- Interacción con el bebé, 11 preguntas. (Puntuación varía desde 0: no experimentó estrés, hasta 5=estrés máximo).

B- Nivel de estrés general en UCIN: permite un microanálisis de estrés parenta,l representa cuán estresante ha resultado la experiencia de los padres al tener un hijo internado en la UCIN. Los puntajes se califican de 1 a 5, todos obtienen un puntaje, ya que se considera que la situación es en sí misma estresante.

Para parametrizar los niveles de estrés se construyó un índice con escala de Estrés Elevado (primer cuartil), Moderado (segundo y tercer cuartil) o Bajo (Cuarto cuartil).

- Inventario valoración y afrontamiento: se trata de un cuestionario estandarizado de 42 preguntas correspondientes a una escala de frecuencias de cinco posiciones creados sobre la base de la teoría de Lazarus y Folkman (1984) y por Lindel y Tobal (1992) y adaptado para la Argentina por Leibovich (2001).

Índices de Correlación/asociación estadísticos utilizados para el análisis

Análisis	Tipo de Variables	Características y Utilidades
Correlación	2 variables cuantitativas	Coefficiente r = medida de asociación entre variables. Varía entre -1 (asociación perfecta inversa) y 1 (asociación perfecta directa)

Análisis Estadístico: Se utilizó el test de Student para la comparación de datos continuos de distribución normal y Mann-Whitney cuando la distribución se apartó de la normal.

Para la contrastación de datos ordinales se empleó la prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher cuando el número de observaciones fue menor 5. Programa STATA- Statistics Data análisis 9.1

Procedimientos

- » A partir del contacto con el equipo médico se detectaban los nacimientos prematuros ingresados en la Unidad, se contactaba a la madre y se solicitaba consentimiento informado.
- » Una vez obtenido el consentimiento informado, se efectuaba la primera administración de la escala PSS y encuesta sociodemográfica, entre el 5to y el 7º día.
- » Entre la tercera y la cuarta semana de internación del RN, se realizaban las pruebas por segunda vez, junto con la encuesta de afrontamiento.
- » La comprensión de los instrumentos fue testeada previo a la iniciación del estudio y la relación encuestador-padres optimizó la calidad de las respuestas.

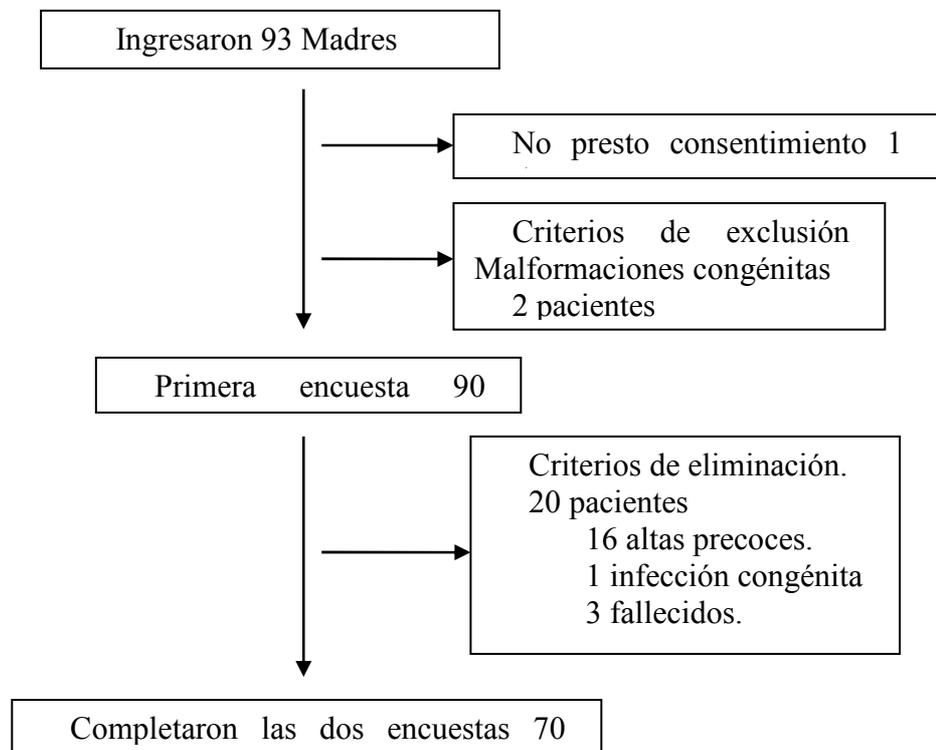
4- Resultados

RESUMEN DESCRIPTIVO

Caracterización de la población

Se entrevistaron 70 Madres de RN prematuros (N= 70) según criterios de inclusión y exclusión detallados, cuyos nacimientos ocurrieron en forma sucesiva.

MUESTRA SELECCIONADA:



Las características sociodemográficas se muestran en tabla 1.

Tabla 1- Características sociodemográficas de las madres.

Características de la madre.

Edad materna mediana (rango)	25 (15-42)
Madres menores de 20 años n (%)	11 (16)
Utilización residencia	
Total n (%)	48 (68,6)
Parcial n (%)	21 (30)
No utiliza n (%)	1 (1,4)
Estado Civil	51(72,8)
Pareja estable n (%)	10 (14,3)
Casada n (%)	6 (8,6)
Pareja no conviviente n (%)	3 (4,3)
Sin Pareja n (%)	
Dificultades en la pareja	10 (15)
Estudios Maternos	
Primario incompleto	5 (7,14)
Primario Completo	18
Secundario incompleto	(25,71)
Secundario completo	16
Terciario incompleto	(22,86)
Terciario Completo	17
Universitario Incompleto	(24,29)
Universitario Completo	6 (8,57)
	4 (5,71)
	3 (4,29)
	1 (1,43)
Control del embarazo n (%)	63 (90)

-Figura 1- Proporción de pacientes por estado clínico.

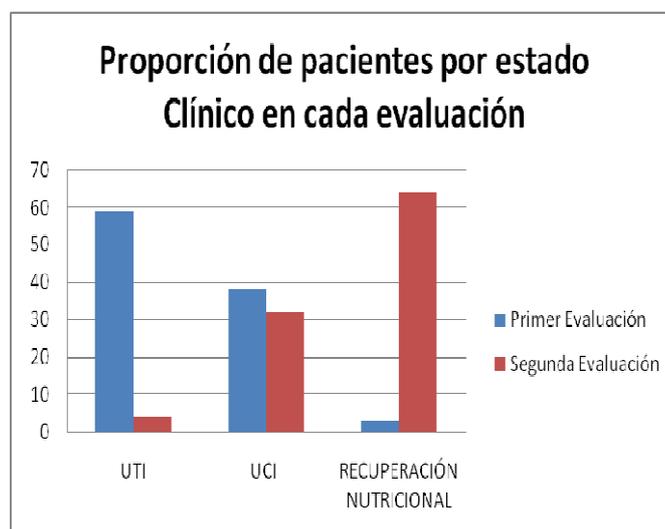


Tabla 2- El porcentaje de RN según peso al nacer.

La media fue de 1687 gramos (DS 429,8).

Peso al Nacer	% de Recién Nacidos
Mayor de 1501 gramos	64
Entre 1001 y 1500 gramos	27
Menor de 1000 gramos	7
Falta dato	2

Tabla 3- Edad Gestacional (de acuerdo a la Fecha de Última menstruación – FUM)

Edad Gestacional (EG)	Porcentaje
< 32 semanas	32 %
> o igual 32 sem y < o igual 34 semanas	68 %

Tabla 4 – Peso de nacimiento adecuado a Edad Gestacional (EG).

Relación Peso Nacimiento y EG	Porcentaje
Bajo peso para EG	10 %
Peso adecuado para EG	86 %
Falta dato	4 %

4. A ESTRÉS

Se presentan a continuación los datos obtenidos respecto a la variable estrés.

Nivel general de Estrés “¿Cómo calificaría en general cuan estresante ha sido para Ud. la experiencia en UCIN?”.Tabla 5

Tabla 5

Nivel de Stress en Madres en UCIN (escala de 1 a 5)	Calificación General	D S	P
Medición 1	3,49	1,16	NS
Medición 2	3,43	1,34	NS

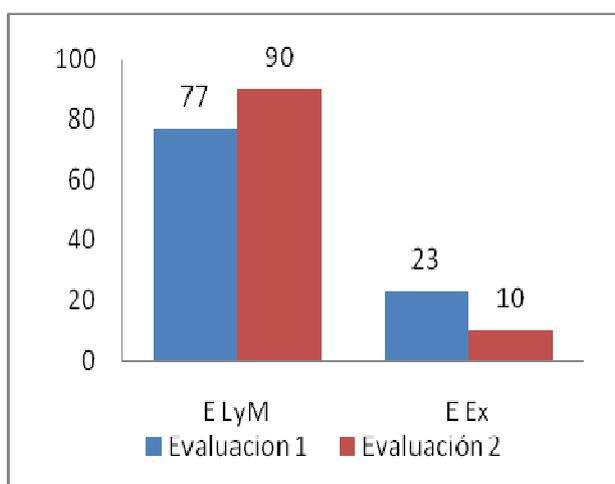
Tabla 6- Distribución de las madres según calificación del nivel general de Stress durante la estadía en UCIN, medición en tiempo 1 y en tiempo 2, en categorías agrupadas.

TABLA 6

Nivel de Estrés	Medición 1 (%)	Medición 2 (%)
Bajo Estrés	25	22
Moderado estrés	51,56	68,25
Elevado estrés	23,44	9,52

Comparando el nivel de estrés en las tres categorías no encontramos diferencias significativas ($p=0.07$), sin embargo se observa que el estrés elevado o extremo disminuye en la segunda evaluación, de 23 % a 10 %, de manera significativa ($p=0.035$)

Figura 2: Proporción de madres con Estrés Elevado (o extremo) versus estrés leve y moderado, en la primera y segunda medición



Subescalas de estrés

Se presentan a continuación los datos referentes a las distintas subescalas que evalúan el grado de stress en madres durante la internación de su hijo recién nacido en UCIN.

Se sumaron las categorías “mucho estrés” y “extremo estrés” por ser cualitativamente las más representativas al interés del estudio

4. A1-Sub escala: Sentimientos sobre Signos y Sonidos experimentados en la Unidad

Tabla 7- Distribución de las madres según el mayor grado de stress obtenido en Medición en tiempo 1 y en tiempo 2, de acuerdo con sentimientos sobre signos y sonidos experimentados en la Unidad.

Mucho estrés + Extremo estrés	Medición 1		Medición 2		P
	n	%	n	%	
La presencia de monitores y equipos	22	31	13	19	0.079
El constante ruido de monitores y equipos	21	30	18	26	NS
El repentino ruido de monitores y alarmas	25	36	18	36	NS
Los otros bebés en la Unidad	17	25	10	14	NS
La cantidad de gente trabajando en la Unidad	4	6	4	6	NS

Tabla 8

Sub escala 1	Medición 1	Medición 2	p Mann Whitney
Mediana	9,5 (6-14)	9 (5-13)	0.5

4. A.2- Sub- escala: Tratamientos observados en UCIN

Tabla 9- - Distribución de las madres según el mayor grado de stress, en relación a tratamientos observados sobre el niño en la Unidad de Internación. Obtenido en Medición 1 y medición 2,

“Mucho estrés” + “Extremo estrés” -	Medición 1		Medición 2		P
	n	%	n	%	
1-Tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él	22	31	13	19	0.079
2-Magullones, moretones, manchas en la piel cortes o incisiones en el bebé	24	34	20	29	NS
3-El color diferente de su bebé por ej. pálido amarillento, etc.	15	21	13	19	NS
4-La forma no rítmica e irregular de respirar de su bebé	22	32	20	29	NS
5-Los cambios repentinos del color de su bebé (por ej. comenzando pálido o azulado)	4	5	3	4	NS
6-Ver a mi bebé dejar de respirar	4	5	7	9	NS
7-El tamaño pequeño, de su bebé	17	24	5	7	0.0053
8-La apariencia de arrugado de su bebé	9	13	2	3	0.028
9-La máquina (respirador) para respirar que tenía. su bebé	11	16	4	12	NS
10-Ver las agujas y	18	26	10	14	0.09

tubos que tenía su bebé					
11-Cuándo mi bebé come por vía intravenosa o sonda nasogástrica	13	19	8	12	NS
12-Cuándo mi bebé parece estar dolorido	21	30	22	32	NS
13-Cuándo mi bebé llora por largos períodos	15	21	10	14	NS
14-Cuándo mi bebé parece temeroso	13	18	7	10	NS
15-Cuándo mi bebé parece triste	12	17	8	12	NS
16-La apariencia de débil, flacucho de mi bebé	13	18	3	4	0.017
17-Los temblores y movimientos inquietos de mi bebé	8	12	5	7	NS
18-Si mi bebé no parece capaz de llorar cómo los otros bebés	7	10	5	7	NS
19-Acariciar, tocar, el pecho de mi bebé dentro de la incubadora	3	4	1	1	NS

Tabla 10 - Variación del stress en madres por observación de los tratamientos realizados al RN.

Sub escala 2	Medición 1	Medición 2	p Mann Whitney
Mediana	22 (17-32)	21 (16.5-32)	0.61

4. A.3-Sub escala: Estrés relacionado con Comportamiento y comunicación con médicos y enfermeros

A continuación se presenta la distribución de las madres de acuerdo al grado de estrés experimentado, en relación al aspecto comunicacional y de comportamiento con los médicos y enfermeras durante la internación en la UCIN.

Tabla 11- Distribución del mayor grado de estrés entre las madres en relación a la comunicación y comportamiento de los médicos y enfermeras

durante la internación del recién nacido en UCIN, en medición tiempo 1 y tiempo 2.

Tabla 11

"Mucho estrés + "Extremo estrés" en madres	Medición 1		Medición 2		P
	n	%	n	%	
1-Los médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida	15	22	15	22	NS
2-Los médicos y enfermeras utilizan palabras que Ud. no entiende	12	17	14	20	NS
3-Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición del bebé	13	19	9	13	NS
4-No me hablan acerca de los estudios y tratamientos que realizan a mi bebe	18	26	13	19	NS
5-No conversan conmigo suficientemente	12	17	10	14	NS
6-La mayoría de las veces me hablan diferentes personas (médicos, enfermeras, otros)	13	18	9	13	NS
7-Encuentro dificultades en recibir información o ayuda cuando estoy en la Unidad	7	9	7	10	NS
8-No siento seguridad en que pueda hablar acerca de los cambios en la condición de mi bebé	6	8	1	1	0.057
9-He notado preocupados al staff (médicos, enfermeras, otros) acerca de mi bebé	11	16	7	10	NS
10-El staff (médico-enfermeras) actúan cómo si no estuvieran interesados en el bebé	7	9	7	10	NS
11-El staff actúa cómo si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de mi bebé	6	8	7	10	NS

A un nivel general se observa un leve aumento de los índices de estrés relacionado con el comportamiento y comunicación con los médicos y enfermeras, que varían de 6,5 a 11. Esta diferencia si bien no resulta significativa desde un punto de vista estadístico ($p>0.05$), se aproxima considerablemente (Tabla 11).

Tabla 12

Sub Escala 3	Medición 1	Medición 2	p Mann Whitney
Mediana	6.5 (3-15)	11 (4.5-19)	0.059

4. A.4 Sub Escala Relación con su bebé

A continuación se presentan los datos de la sub-escala que establece nivel de estrés en la madre, en dos tiempos, en relación al vínculo afectivo con el Recién Nacido internado en la UCIN.

Tabla 13- Distribución del mayor grado de estrés en las madre en relación al vínculo con el hijo RN internado en la UCIN, en medición tiempo 1 y tiempo 2.

"Mucho estrés" "Extremo estrés" + en madres	Medición 1		Medición 2		p
	N	%	N	%	
1-Me siento separada de mi bebé	42	60	20	29	0.0002
2-No puedo alimentar a mi bebé	31	44	13	19	0.002
3-No me siento capaz de cuidar a mi bebé (cambiarle los pañales, bañarlo, etc.)	19	27	11	16	0.09
4-No me siento capaz de tener a mi bebé cuando yo quiero	37	53	17	25	0.0005
5-Algunas veces me olvido del aspecto físico de mi bebé	4	6	0	0	NS
6-No me siento en privacidad con mi bebé	20	29	15	22	NS
7-No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y otros procedimientos dolorosos	41	56	32	46	0.057
8-Siento temor de tocar o sostener a mi bebé	10	14	2	3	0.03
9-No me siento capaz de compartir mi bebé con otros familiares	31	45	25	36	NS
10-Me siento incapaz	31	45	12	17	0.0005

acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo

11-Siento que el staff (enfermeras, médicos) están más cerca de mi bebé que yo

9 13 6 9 NS

A un nivel general se observa un descenso significativo de los índices de estrés en su relación con su bebé, que varían de 21,5 a 14. **Esta diferencia resulta muy significativa** ($p = 0.0003$) (Tabla 12).

Tabla 14-

Sub Escala 4	Medición 1	Medición 2	p Mann Whitney
Mediana	21,5 (14-30)	14 (10-22)	0.0003

No se ha relacionado estrés con grado de utilización de Residencia para Madres dado que el 98 % ha hecho uso de la misma en cualquiera de sus opciones (uso parcial o total).

4. B. TEST AFRONTAMIENTO

El Test de Coping o afrontamiento se realizó en una única medición, cerca de la fecha de alta y luego de la segunda medición de la Escala de Stress Parental. Este instrumento cubre las dimensiones de estrategias centradas en el problema o en las emociones, estrategias activas o de evitación, volcadas a nueve subescalas de afrontamiento

Tabla 15- Dimensiones del Índice de Estrategias de Afrontamiento, utilizadas por las madres de RN en UCIN (Promedio).

Estrategias de Afrontamiento	Madres (%)
Focalizado en la Situación o Problema (FSP)	15.3
Autocontrol (ACT)	14.8
Reestructuración Cognitiva (REC)	16.5
Expresión Emocional Abierta (EEA)	9.8
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	12.9
Religión (RLG)	14.4
Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP)	8.8
Negativas o pasivas	
Auto-Focalización Negativa (AFN)	8.8
Evitación (EVT)	6.1

El 15 % de las madres utilizaron estrategias de las positivas frente a la situación o (FSP) frecuentemente o casi siempre. Solo una minoría de las madres utilizó Autofocalización negativa (AFN), a excepción de la resignación que fue utilizada por 4 de cada 10 madres; 7 de cada 10 madres descubrieron frecuentemente o casi siempre la ayuda de los demás.

5. Discusión

La edad promedio de las madres de niños prematuros internados fue de 26 años, la mayoría de ellas contaba con pareja estable y aproximadamente la mitad había completado sus estudios secundarios. Un 24 % era de origen extranjero, un poco más de la mitad cursaba en este caso su primer embarazo (53 %) y casi en su totalidad alcanzaron un muy satisfactorio porcentaje de control durante el embarazo (93%).

La evolución clínica de los niños presenta las particularidades patológicas características de la prematuridad. El 31 % requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) y el 37 % Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). El 16 % presentó un episodio de infección tardía y el 50 % requirió alimentación parenteral. Es para destacar la condición de alimentación a pecho exclusiva en un poco más de la mitad de estos binomios Madre-hijo, a pesar de la interferencia de la internación y la necesidad de vías alternativas de alimentación durante los primeros días de vida. La mitad de los niños se fue de alta con alimentación a pecho exclusiva y el 39 % con complemento de fórmula (alimentación mixta). El estado clínico de los niños mejoró significativamente de la primera a la segunda evaluación, la proporción de pacientes en terapia intensiva disminuyó, aumentando la proporción de los mismos en el sector de recuperación nutricional. (Figura 1).

El nivel de stress en madres de niños prematuros internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales, es alto.

En la comparación de los promedios de estrés general en las mediciones “antes” y “después”, de la exposición al Programa MCF, se observa una leve tendencia a la mejoría (de 3,49 a 3,43), no alcanzando tal resultado significación estadística ($p=0.8$) (Tabla 5). Sin embargo en lo que respecta a la categoría “elevado estrés”, la variación que presenta entre la primera y la segunda medición es muy significativa. (Figura 2), Tabla 6.

En la segunda medición, luego de intervención del programa MCF, el nivel de stress desciende en forma muy significativa en la dimensión que evalúa la relación madre-hijo y también en la dimensión que mide estrés materno referida al aspecto frágil del recién nacido y los tratamientos observados. La dimensión relacionada con las condiciones físicas de la unidad de cuidados intensivos muestra un descenso importante aunque no llega a ser significativo y por último, la dimensión que evalúa la relación entre las madres y el equipo de salud no muestra descenso en el grado de estrés.

El impacto de signos y sonidos es menor en la segunda medición, aunque no alcanza nivel significativo

En la dimensión sobre sentimientos en las madres, como consecuencia de signos y sonidos dentro de la unidad, presenta un descenso

importante aunque no significativo (Mediana: Medición 1: 9,5 (6-14); Medición 2: 9 (5-13), $p = 05$) (14 %) .Tabla 7.

Esta condición puede relacionarse a la *intervención ingreso irrestricto de los padres* que promueve el reconocimiento y familiaridad con el entorno, y a la *estadía de las madres en la Residencia- Hogar*, que favorece la permanencia junto a sus hijos dentro del área de terapia y el intercambio con otras mujeres en situaciones similares.

En la subescala que indaga sobre los sentimientos de la madre por observación de los tratamiento realizados, se evidencian los aspectos que más estresan a la madre. Algunos de los ítems se mantienen sin modificación pero en algunos trascendentes se producen descensos significativos. El temor referido a la existencia de tubos y aparatología desciende casi a la mitad, y la diferencia más representativa se refiere a la modificación en la percepción del niño como débil y pequeño (de 24 a 7 % p de 31 a 19 % = 0.00053) y la apariencia y la debilidad del niño ($p = 0.020$ y 0.017). Resultan relevante la ausencia del temor por el contacto físico con el niño internado en la segunda medición, así como la vigencia de la preocupación por el dolor del recién nacido, que al mantenerse sin variación, constituye una asignatura pendiente de abordaje en futuras investigaciones.

La variación de este tipo de estrés por observación de los tratamientos realizados al RN muestra un progresión en descenso, aunque no tan significativo (de 22 a 21, $p = 0,61$, Tabla 10).

En lo que refiere a la comunicación de las madres con médicos y enfermeras, la tendencia muestra un estacionamiento en los niveles de estrés. Es de resaltar que el mayor obstáculo en esta dimensión, se ve reflejado en la primera medición, por aproximadamente una cuarta parte de la población incluida (26 %, Tabla 11), en relación a no obtener suficiente información sobre los tratamientos a realizar al niño. La participación activa de ambos padres durante la internación, parece contribuir con el descenso de la ansiedad sobre el promedio de la internación (desciende a 19 % , tabla 11, ítem 4).

Algunas de estas madres (10 %) expresan su preocupación por la capacidad de comprensión de parte del staff sobre las necesidades e intereses del RN (ítems 10 y 11).

En esta dimensión, cabe analizar las características de la institución, la cual ofrece un mosaico cambiante de recursos humanos en el área de UCIN, en tanto está acreditado como hospital escuela, que cuenta con rotaciones de médicos residentes en al menos tres oportunidades durante el año, sumado a la existencia de cuatro turnos de enfermería diarios.

Al mismo tiempo, en la medida en que los pacientes evolucionan, van cambiando además de sector físico (dentro de la misma unidad) y por lo tanto de referentes médicos. La superposición de personas y puntos de vista, puede interferir la relación equipo de salud – familia y generar distorsiones en la comunicación.

Con respecto a la indagación sobre el nivel de estrés de la madre y su relación con el bebé, se observa un descenso muy significativo de los índices de estrés entre la primera y la segunda medición, (de 21,5 a 14, $p= 0.0003$). Las madres refieren, en la segunda medición, ser capaces de alimentar a sus hijos, revertir la sensación de separación que experimentaron en el comienzo de la internación, sentirse de ayuda para sostenerlos y ayudarlos en su recuperación

Las intervenciones del programa MCF muestran en la dimensión de esta sub-escala, efectos en la relación madre – hijo internado, pudiendo representar así, una estrategia recomendable para atenuar las consecuencias disruptivas de una separación precoz por internación y los alcances de esta interferencia en el desarrollo psíquico del niño, como así también en el establecimiento del vínculo con sus cuidadores primarios. Analizando en detalle las modificaciones surgidas en esta dimensión, es posible concluir que el vínculo entre la madre y el niño prematuro internado es donde se registran los cambios favorables más significativos. Se constata una disminución de estrés para todas las situaciones, destacándose aquellos aspectos que refieren a la superación de la interferencia por separación del niño y a su capacidad para participar en el cuidado y recuperación del mismo durante la permanencia en UCIN. Se destacan las acciones como sortear las barreras físicas para acompañar al niño satisfactoriamente (“separación” inicia con un porcentaje elevado de afectación del 60% y desciende a la mitad 29% en la segunda medición). La posibilidad de alimentar a su hijo también (de un 44 % desciende a 19 %), llevar adelante por propia cuenta cuidados clínicos sobre el RN (de 27 a 16 %), ausencia de temor por tocar y alzar al hijo,(que comienza en un porcentaje bajo para descender a solo el 3 %) y la sensación de incapacidad para ayudar a su cura o recuperación, que revierte a un modo satisfactorio durante la evolución.(del 45 % en un inicio para descender al 17 %.).

Las madres reflejan, al mismo tiempo, su preocupación por evitar el dolor percibido sobre el RN durante procedimientos invasivos, variable sobre la cual se vienen desarrollando distintas estrategias a fin de disminuirla de modo eficaz (scores de dolor, evitar punción en talón, provisión de sucrosa, y contacto con la madre).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, existe una mayor recurrencia a formas del tipo positivas o activas. Las madres cuentan con recursos que favorecen un tipo de respuesta a partir de la reestructuración cognitiva (el puntaje más alto). Corresponderá profundizar en ulteriores investigaciones si la presencia continua y la participación activa de las mismas, tal la propuesta del programa MCF, favorece la focalización en la situación o problema (contrario a la estrategia de evitación). De igual modo, la escasa búsqueda de ayuda profesional reflejada por parte de las madres, durante el trance de la internación, obliga a explorar y replantear las cuestiones subjetivas y culturales relacionadas con esta dificultad.

La expresión emocional abierta no fue utilizada nunca o casi nunca, con excepción del llanto.

La evitación no fue utilizada nunca o casi nunca, con excepción de ocuparse de alguna otra actividad. La mayoría de las madres comunicó sus dificultades a amigos y familiares pero se polariza en porcentajes parejos entre aquellas que pidieron ayuda y consejo y las que nunca lo hicieron. El rezo y la fe en Dios son los principales componentes del aspecto religión .

6- Conclusiones

El stress materno durante la permanencia del hijo recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) arroja un porcentaje alto, tal cual es señalado en la bibliografía consultada.

El stress materno en madres de recién nacidos prematuros entre 27 y 34 semanas de edad gestacional, disminuye en la segunda medición sobre la cuarta semana de internación, en el contexto de un modelo de atención centrado en la familia, que propicia la participación de los padres como factor relevante en la recuperación de los recién nacidos internados.

El mayor descenso de los niveles de estrés se produce en la relación Madre- RN internado. Se plantea así la asociación entre mayor presencia activa de la madre durante la recuperación del niño en fase de internación y mejor pronóstico en el establecimiento del vínculo primario madre-hijo y su correlato familiar.

La importancia de su cuantificación a nivel local en el marco de una maternidad pública con un muy alto número de partos anuales radica en posibilitar la evaluación del impacto de futuras intervenciones y la comparación entre servicios.

Agradecimientos:

Mi agradecimiento en primer lugar a todas las mujeres madres que desinteresadamente aceptaron participar de este estudio, atravesando por un momento vital tan importante como lo ha sido la internación de sus hijos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital SARDÁ.

A la Dra. En Psicología Ana Lía Ruiz por su valiosa colaboración en el aporte de la validación en el país del instrumento PSS y por su contribución en el tema.

Al Académico A. Miguel Larguía, Jefe de División de Neonatología, por su incansable preocupación por mejorar la asistencia integral y la calidad de vida de los niños recién nacidos prematuros y de sus familias. A él y al Dr.

Ricardo Nieto, Médico Pediatra Neonatólogo de la Unidad, por el asesoramiento y apoyo metodológico requerido para dicho estudio, desafío al que ambos se sumaron con notable entusiasmo, transformándose en un estímulo muy enriquecedor.

A la Dra. Corina Samaniego, quien a lo largo de todo el proceso, me ha acompañado con su conocimiento y su decidida pasión por investigar, artífice de esta presentación.

7. BIBLIOGRAFIA:

1. Society of Pediatric Research.(2010) . USA. www.spr.org.us
2. SIP. Sistema Informático Perinatal.División Estadísticas Hosp.M.I. Sardá. (2010). www.sarda.org.ar
3. Secretaría de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2010). www.msal.gov.ar
4. Raugh, V.A., Achenbach, T.M., Nurcombe, B., Howell, C.T., Teti, D.M. (1988). Minimizing adverse effects of low birthweight: Four year results of an early intervention program. *Child Development*.
5. Shields-Poe, D y Pinelli,J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network*.
6. Ramey, C.T.,Bryant, D.M., Wasik, B.H., Sparling, J.J., Fendt, K.H., La Vange, L.M. (1992). Infant Health and Developmental Program for low birthweight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence, *Pediatrics*.
7. Ruiz A.L. (2002). Cuidados de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal PRONEO, tercer ciclo, módulo 1, Buenos Aires: Panamericana.
8. Cardone I.A., Glikerson, L. (1990). An exploratory method for the integration of parenteral perceptions and newborn behavior. *Infant Mental Health Journal*.
9. Achenbach, T.M., Howell, C.T., Aoki, M.F., Rauh, V.A. (1993). Nine-year outcome of the Vermont intervention program for low birth weight infants. *Pediatrics*.
10. Parker, S.J., Zahr, L.K., Cole, J.G., Brecht, M.L. (1992). Outcome after developmental intervention in the neonatal intensive care unit for mothers of preterm infants low socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*.
11. Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting premature infant within the newborn intensive care unit. *Journal of perinatal and neonatal nursing*.
12. (1946).The Premature Baby Book. New Cork. (NY): Library of Congress.
13. Klaus M.H. y Kennell J.H. (1994). La relación madre-hijo .Buenos Aires : Ed. Médica Panamericana.
14. González, M. A. (1996). Conflictiva Familiar en las UCIN .Rev. Hosp. Sardá.
15. [Miles M.S.](#), [Funk S.G.](#), [Carlson J.](#) (2003). Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit [Adv Neonatal Care](#). Aug;3(4):189-96.
16. Miles M.S., Funk S.G., Kasper M.A. (1991). A.A.C.N. Clin Issues Crit Care Nurs. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. May;2(2):346-54
17. Miles M.S., Funk S.G., Kasper M.A.(1992).The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Res Nurs Health*. Aug;15(4):261-9.

18. Miles M.S., Funk S.G., Kasper M.A. (1991). A.A.C.N. Clin Issues Crit Care Nurs. : The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. May;2(2):346-54
19. Docherty S.L., Miles M.S., Holditch-Davis D. (2002). Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. Adv Neonatal Care. Apr;2(2):84-92
20. Feldman R. (2002). Comparison of skin to skin and Traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development, Israel.
21. Als,H.,Lawhon G.,Duffy, F.H., Mc Anulty, G.B.,Gibes-Grossman,R.,Blickman, J.G. (2004) Individualized developmental care for the very low-birth weight preterm infant. *Medical and neurofunctional effects. Journal of the American Medical Association.*
22. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, (2004). Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
23. Fenwick J., Barclay L., Schmied V. (2001). Struggling to Mother: A Consequence of Inhibitive Nursing Interactions in the Neonatal Nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing.*
24. Larguía A M. (2004). Residencia para madres en Maternidades, anexo 4, Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la Familia, Ministerio de Salud. Argentina.
25. O'Reilly, M. Positive Parenting in the NICU: The COPE Program. (2003).RNC.APNP. medscape.com/article 541374.
26. Spitz, R. (1980). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
27. Escardó,F. (1961). Sobre Iatrogenia en Pediatría. El Pañal, Revista de APHN, Año XXIX,Nº 36,Bs. As.
28. Larguía A.M. Maternidades Centradas en la Familia. Revista del Hosp. Mat. Inf. R.Sardá, 2000:Vol 19 Nº 4:177-189.
29. Larguía A.M. (1986). Manejo Integral de los Padres en los Servicios de Neonatología. Manejos Integrales en Neonatología. Buenos Aires: Ergon; pág. 176-203.
30. Larguía A.M. ,Lomuto C, González. M.A. (2006). Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Buenos Aires: Ed.Fun y Ministerio de Salud de la Nación.
31. Caso de Buenas Prácticas,Nº63. (2009) www.ops.org.ar, Sección Publicaciones.
32. Cohen S., Kessler R.C., Gordon L.U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: Cohen S., Kessler R.C., Gordon L.U. (eds), *Measuring Stress*. New York: Oxford University Press; pp. 3-26.
33. Wolff B.& Langley S. (1997). Cultural Factor and Response to Pain,(313- 319); Newman M.T., Ecology and Nutritional Stress, (319-326); Lex BW, Voodoo Death: New thoughts on an old Explanation, en: Landy D.(ed), Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology, New York, Macmillan Publishing Co.
34. Graig E. (1993). Stress as a Consequence of the Urban Physical Environment (313-332); Pines A.M., Burnout (386-402); Barnett

- R.C., Multiple Roles, Gender and Psychological Distress (427-488); Taylor S. et al., Coping with Chronic Illness (511-532); Pynos R. et al., Interpersonal Violence and Traumatic Stress Reactions (573-590); Shuval J.T. Migration and Stress (641-657); Psychosocial Effects on HIV Infections (685-705) en: Goldberger L. and Breznitz S (ed), *Handbook of Stress*, New York, The Free Press, Macmillan, Inc.
35. Lazarus R., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos [Stress, appraisal and coping]*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
 36. Grandi C., González Ma. Aurelia, Naddeo S., Basualdo N. y Salgado Ma. P. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación inter disciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* ; 27 (2).
 37. Melnyk B.M. et al. (2006). Reducing Premature Infant's Length of stay and improving Parents' Mental Health outcomes with the Creating opportunities for parent empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*. Nov ; 118 (5):pp e1414-27. Epub oct 16.
 38. De Cunto, C. I. (2008). "¿Se puede "medir" la calidad de vida relacionada con la salud?" Comunicación personal.
 39. Kaaresen Per Ivar, M.D., Rooning John, PhD; Ulvund Stein Erik, PhD et al. (2006). A Randomized, controlled Trial of the Effectiveness of an early-intervention Program in reducing stress after preterm birth. University of North Norway Trust. *Pediatrics*; 118; e9-e19. www.pediatrics.org
 40. Singer L., Salvator A., Shenyang G. et al. (1999). Maternal Psychological Distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Jama*; 281 (9): 799-805. www.jama.com
 41. Ortestrand A., Westrup B., Berggren E., et al. (2010). The Stockholm Neoantatal Family Centered Care Study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*. 125; e278-e285: originally published online. www.pediatrics.com.
 42. Shaw R J, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Kopman C. Acute Stress Disorder among Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. (2006). *Psychosomatics* 47:3.
 43. Obeidat H M, Bond Elaine A and Callister L. The Parental Experience of having an infant in the Newborn Intensive Care Unit. (2009) *The Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 23-29.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital Materno Infantil Ramón Sarda

Consentimiento Informado

Investigación:

1.1.1. Impacto de la hospitalización neonatal y evolución del estrés en madres de Recién Nacidos prematuros durante su internación en UCIN.

1.1.2.

Entrevistadora

Lic.....

M.N.....

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su experiencia a partir de la internación de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Especialmente nos interesa saber cual ha sido el efecto en Ud. y también los que comentarios que pueda realizar para que en conjunto podamos mejorar la asistencia en el servicio.

Ud. puede responder a las preguntas que quiera y si no quiere hablar más, podemos dar por finalizada la entrevista en cualquier momento sin que eso tenga ninguna consecuencia. No va a aparecer su nombre en el estudio, es confidencial y anónimo.

Yo..... (Nombre y apellido) he recibido información sobre el estudio. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

**ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES:
UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Formato autoinformativo

c Margaret S. Miles, RN, PhD 1987

Las enfermeras y otros empleados que trabajan en unidades neonatales de cuidados

intensivos están interesados en cómo este ambiente y esta experiencia afectan a los padres. La unidad neonatal de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos.

A veces llamamos a esta habitación la NICU a modo de abreviación. Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre/padre cuyo bebé está ahora en la NICU.

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba en la NICU. Nos gustaría que usted 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, círculo NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la NICU. **Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.**

En el cuestionario, círculo 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.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, por favor, círculo NA "no aplicable".

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

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. Círcule el número que mejor

represente su nivel de estrés. Si usted no vió o escuchólo 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 NICU 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 o cerca a mi bebé

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

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

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:

© Margaret S. Miles, RN, PhD. 1987, Carrington Hall, CB 7460, Escuela de Enfermería

Universidad de North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7460