

RECIÉN NACIDO PREMATURO INTERNADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, ESTRÉS MATERNAL Y MODELOS DE INTERVENCIÓN

Lic. Marina Galimberti¹

Resumen

La Neonatología ha avanzado de manera notoria en los últimos cuarenta años, con su consecuente aumento de la sobrevivencia en los recién nacidos prematuros. El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer los aspectos centrales del impacto que produce en la madre el nacimiento del bebé prematuro internado en la UCIN, analizar la variable estrés y describir los modelos de intervención. Para ello se realizó una revisión de la literatura científica de estos conceptos.

Palabras Claves: Recién Nacido Prematuro, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Estrés Maternal, Modelos de Intervención

Abstract

NEWBORN PREMATURE BOARDING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT AND MATERNAL STRESS

Neonatology has advanced significantly in the past forty years, with its consequent increase of survival preterm infants. The present article has as objective to describe the central aspects of the impact that produces in the mother the birth of premature baby boarding in the NICU, analyze the variable stress and describe models of intervention. For that purpose a revision of the scientific literature was made in order to define those concepts.

Key Words: Newborn Premature, Neonatal Intensive Care Unit, Maternal Stress, Models of Intervention.

¹ Lic. en Psicología (UdeMM). Especialista en Psicoterapia Cognitiva Individual, Vincular, Familiar y Grupal. (Univ. De Mar del Plata/ Fundación Aiglé) Directora de IPPC (Instituto de Psicoterapia Cognitiva). Docente de Formación de Posgrado en Terapias Cognitivas en CATREC y Universidad De Flores. Doctoranda de PhD en Psicología de Univ. De Palermo. marina.galimberti@yahoo.com.ar

PARTO Y RECIÉN NACIDO PREMATURO

El parto prematuro es el nacimiento de un niño/a con anterioridad a la semana número 37 de embarazo (Tucker & McGuire, 2004). Varios son los factores que contribuyen al nacimiento prematuro de un bebé. Estos factores incluyen el aumento de las tasas de nacimientos múltiples, un aumento en el uso de técnicas de reproducción asistida y de intervenciones obstétricas (Tucker & McGuire, 2004).

Entre las causas en relación a la madre, se encuentran: traumatismo violento ocurrido en el abdomen, intervención quirúrgica, enfermedades infecciosas agudas contraídas en el último tercio del embarazo, distensión anormal del útero (habitualmente como consecuencia de un embarazo gemelar o de un exceso de líquido amniótico), inserción anormal de la placenta o placenta previa (Pernoud, 1995), activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal de la madre o el feto, diabetes, consumo de tóxicos, hemorragias placentarias, anomalías uterinas, preeclampsia o ciertas anomalías fetales, y situaciones de estrés físico o psíquico materno (Portellano, 2007).

Según Tucker & McGuire (2004), entre el 15 % y 25% de los nacimientos prematuros poseen como causa complicaciones maternas o fetales durante el embarazo. Entre las causas principales se encuentran desórdenes hipertensos y restricción severa del crecimiento uterino, también asociado a hipertensión.

El predictor más importante de nacimiento prematuro espontáneo es el antecedente de parto prematuro y un contexto socioeconómico pobre de parte de la madre (Tucker & McGuire, 2004). Los factores socioeconómicos desempeñan también un papel importante. Por ejemplo, la mujer embarazada fatigada aumenta el riesgo de un parto prematuro. Esto se relaciona con las condiciones de trabajo en términos de horarios o función de desempeño, largos trayectos en medios de transporte del trabajo a la casa, trabajos caseros agotadores. Las estadísticas comprueban que el parto prematuro se da con mayor frecuencia cuanto menos elevado es el nivel socioeconómico de la mujer (Pernoud, 1995).

Los bebés nacidos de manera prematura se clasifican según la edad gestacional (EG) y el peso al nacer (PN), con el objetivo de diferenciar situaciones clínicas con pronóstico y evolución distinta, tanto en el caso de mortalidad como en la morbilidad.

En cuanto a la variable Edad Gestacional podemos hablar de “recién nacido (RN) prematuro o pretérmino”, cuando ha nacido entre las 33 y 37 semanas de gestación, de “muy prematuro” si ha nacido con 32 semanas o menos, y de “extrema prematuridad” por debajo de 29 semanas (Gonzalez Serrano, 2009). Tomando como referencia el peso al nacer, hablaremos de RN de peso normal cuando pesa entre 2500 y 3999 gramos. Podríamos agrupar a los RN prematuros considerando ambas variables del modo que sigue: Prematuridad: Peso Natal entre 1500 y 2499 gramos y Edad Gestacional $>$ de 33 semanas. Gran prematuridad: Peso Natal entre 1000 y 1499 gramos y Edad Gestacional $>$ 29 semanas. Prematuridad extrema: Peso Natal menor de 1000 gramos y Edad Gestacional $<$ 29 semanas (Gonzalez Serrano, 2009).

Hace algunos años se clasificaba de manera sistemática a los prematuros en relación a su peso. De acuerdo con este concepto, cualquier bebé que pesaba menos de 2.500 gramos era considerado prematuro. Esto es erróneo, ya que puede darse el caso del nacimiento a término de un niño que pese menos de 2.500 gramos, denominándose hipotrófico, significando esto insuficientemente nutrido. En cuanto al peso, éste depende de la edad del bebé prematuro, cuánto más temprano ha nacido, más bajo es su peso (Pernoud, 1995). De acuerdo con las últimas publicaciones se prioriza la edad gestacional (Gonzalez Serrano, 2009).

De acuerdo con Gonzalez Serrano (2009), desde la perspectiva de la vida psíquica, los bebés prematuros parecen estar a la espera de nacer, como con una apatía. Se observa baja reactividad ante el rostro humano y a la voz junto a una mayor dificultad para ser consolados y para ingresar en el diálogo tónico con la madre. Pero existe una gran variedad entre los prematuros, por ejemplo algunos se muestran hiperexcitables y otros son más apáticos y no reaccionan a los

estímulos del entorno, y otros se encuentran entre los dos extremos, manifestando capacidad de regulación del estado de vigilia y de entrar en interacción con los padres.

Los infantes prematuros poseen un alto riesgo de sufrir complicaciones perinatales debido a su inmadurez anatómica y funcional. Con frecuencia necesitan intervenciones añadidas a las rutinarias de todo parto. Su vulnerabilidad biológica y los problemas médicos añadido poseen una considerable influencia en su desarrollo psíquico y se ha revelado como un factor de riesgo de futuras dificultades (Gonzalez Serrano, 2009).

Las secuelas que aparecen en el primer año de vida pueden ser graves o severas, medias y ligeras. Entre las graves se encuentra la parálisis cerebral (a menudo sin adquisición de la marcha), retraso del desarrollo medio o profundo, ceguera bilateral. Entre las secuelas medias figura la parálisis cerebral (probabilidad de adquisición de la marcha), sordera central (que precisa audífonos). Entre las ligeras: parálisis cerebral (con adquisición de la marcha), retraso del desarrollo ligero (ID 70-84), deficiencia visual, epilepsia (Ibáñez et al., 2006), secuelas respiratorias como displasia broncopulmonar, disminución de los cocientes de desarrollo y posteriormente de inteligencia; alteraciones del aprendizaje, del lenguaje y psicomotricidad; trastornos del comportamiento con inestabilidad e hiperactividad (Gonzalez Serrano, 2009).

En cuanto los bebés nacidos prematuros, a los dos años de edad corregida, demuestran un desarrollo psicomotor y cognitivo dentro de la normalidad. Pero los valores en el índice mental de desarrollo son más bajos en el grupo de niños prematuros que en el de los nacidos sanos y presentan más trastornos psicofuncionales (en especial, de rechazo al alimento) y de comportamiento externalizado como cóleras, oposicionismo y agresividad (Gonzalez Serrano, 2009).

Las secuelas de aparición tardía aparecen entre los 6 o 7 años de edad, en niños que han presentado una evolución aparentemente normal desde el punto de vista neurológico y pediátrico hasta esa edad. Estas secuelas se refieren a trastornos instrumentales, tales como grafo-

perceptivos, atención, lenguaje, memoria; dificultad en el aprendizaje escolar y trastornos del comportamiento como hiperactividad e inestabilidad (Ibáñez et al., 2006).

La mortalidad afecta en mayor medida a los infantes nacidos muy prematuros, aquellos que han nacido con anterioridad a las 32 semanas de gestación, y especialmente a los infantes nacidos antes de la semana 28, considerados extremadamente prematuros (Tucker & McGuire, 2004).

El nacimiento prematuro es la segunda causa de mortalidad infantil en las sociedades desarrolladas, por detrás de las anomalías congénitas, y una de las que determina mayor morbilidad. Aunque la supervivencia ha aumentado de manera notable en los últimos años, la mortalidad de prematuros sigue representando el 70-75% de la mortalidad neonatal (los primeros 28 días de vida) (Gonzalez Serrano, 2009).

El nacimiento antes de término implica un gran desafío en el cuidado perinatal. La mayoría de las muertes perinatales ocurre en bebés prematuros, y el parto prematuro es un factor de riesgo importante en el deterioro neurológico y discapacidad. No solo afecta a los niños sino también a sus familias, quienes deben destinar varios meses en el hospital, provocando implicancias en el costo de los servicios de salud (Tucker & McGuire, 2004).

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

En los últimos tiempos, la Neonatología como disciplina se ha desarrollado de manera cuantiosa. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) son cada vez más eficientes y cumplen un papel considerable en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil (Ruíz et al., 2004).

Cuando un niño nace con anterioridad a los nueve meses, este evento encuentra a los padres no preparados y esto crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre; agravándose al ser internado en una Unidad Intensiva de Alta Complejidad (Ruíz, 2004). De esta manera, los intercambios vinculares entre la madre y su hijo internado se desempeñarán

en un ambiente aséptico, medicalizado, monitorizado y controlado. Estas interacciones manifestarán particularidades como consecuencia del contexto en el que se desarrollan, por ejemplo que el bebé no estará en brazos de su madre sino dentro de una incubadora (Santos, 2010). La internación en la Unidad de Cuidados Intensivos provoca en los padres reacciones intensas y perturbadoras (Poë, 1997).

Los problemas médicos-somáticos y las situaciones que viven los RN que pasan un tiempo obligado en Servicios de Cuidados Intensivos y de Neonatología, alteran de manera significativa estas normales y deseables condiciones de cuidado por parte de la familia, considerándose por tanto situaciones de riesgo para el desarrollo psíquico de estos niños. Actualmente se sabe que el entorno social, más precisamente las características de las interacciones y estimulaciones familiares, desempeñarán un papel importante en la evolución de los niños nacidos “en riesgo”, sumándose a los recursos médicos puestos en marcha. (Gonzalez Serrano, 2009).

La incubadora, entendida como un dispositivo tecnológico necesario para la vida del recién nacido, puede intervenir en la vinculación madre y bebé como “obstáculo” o como “parte de”. Puede funcionar como “obstáculo” o a modo de límite de plástico real que dificulta el acercamiento y el contacto de vinculación con el infante o puede funcionar como un dispositivo que participa en la escena pero no obstaculiza el acercamiento o proximidad de ambos, madre-bebé, en los diversos registros de contacto (Santos, 2008).

MADRE DE RECIÉN NACIDO PREMATURO

La maternidad posee un significado psicológico, cultural y social, no siendo definido únicamente como un acto biológico de gestar y parir (Oberman y colaboradores, 1998).

El vínculo temprano entre la madre y el hijo y su importancia y relevancia para el desarrollo psicoafectivo sano del niño son conceptos aceptados por todas las corrientes de la psicología (Santos, 2010). Mahler (1975) denomina la “era de la madre” al momento que se da desde la

fecundación hasta los 3 años de vida del niño, Esta etapa se caracteriza por la existencia de fuertes lazos afectivos y determinada distancia y aislamiento del medio que los rodea.

Diversos estudios han demostrado que durante el período de gestación las fantasías maternas sobre el bebé son muy ricas y presentes entre el 4º y 7º mes de embarazo. Finalizado este período, los pensamientos de la madre sobre el infante decrecen y se hacen más vagos. Este proceso aparece como una defensa normal que permite al niño nacer en un contexto de representaciones maternas sin excesivas expectativas predeterminadas, para que el bebé tenga mayores posibilidades de mostrar y ser reconocido con sus particulares características (Gonzalez Serrano, 2009).

Numerosos estudios, tanto desde las teorías del apego, como desde la psicopatología del desarrollo, han coincidido en confirmar la influencia de las representaciones maternas y los modos de vinculación temprana madre-bebé en el despliegue de las competencias o capacidades cognitivas, emocionales y relacionales del infante (Gonzalez Serrano, 2009).

Winnicott (1979) plantea el concepto de preocupación maternal primaria como un estado especial de sensibilidad y adaptación de la madre a las necesidades del bebé. Esto se ve intensificado por el nacimiento prematuro del hijo. En el vínculo madre-infante un aspecto fundamental se encuentra en relación con el desarrollo de este último, y otro aspecto se vincula con el grado de madurez de la madre con respecto al cuidado, las cualidades y los cambios que se suscitan en ella en pos de satisfacer las necesidades del bebé. Estos cuidados implican a una mujer que cuenta con condiciones psicológicas especiales para hacer frente al cuidado de su hijo. Todas estas condiciones conforman lo que Stern denominó “Constelación Maternal”, conformada por una construcción psíquica única e independiente o un entramado de fantasías, temores, deseos, sensibilidad y capacidad para la acción (Griffa & Moreno, 1999). En la situación de prematuridad esta situación resulta mucho más compleja.

Bowlby (1985) plantea que la separación entre un niño pequeño y una figura de apego es perturbadora en sí misma, esta experiencia plantea de base las condiciones para que se experimente un miedo profundo. La incubadora y la hospitalización junto con las maniobras médicas sobre el RN prematuro actúan como barrera física entre la madre y el bebé, agravado si el cuadro de salud del niño es severo.

Existen varios factores de riesgo conocidos para el infante, los más influyentes son los que se relacionan con perturbaciones de la seguridad del apego (Gonzalez Serrano, 2009). De allí la importancia del contacto que pueda ejercer la madre sobre el bebé, aún encontrándose éste en una incubadora.

El parto prematuro trae como consecuencia la irrupción del infante en la vida mental de la madre en el momento en que ella todavía posee representaciones de su bebé imaginario, agravado por el hecho de que se trata de un bebé inmaduro o enfermo, o con riesgo de muerte (Ammaniti, 1991). Los padres manifiestan sentimientos de ansiedad, infelicidad, culpa, fracaso, decepción, pena, miedo, frustración, pérdida de control, impotencia y envidia. La autoconfianza y la autoestima descienden en relación a la separación de su bebé. Un porcentaje relativamente elevado rebasan el umbral de un padecimiento clínico, en general de tipo ansioso o depresivo (Miles et al., 1997).

De acuerdo a Fernandez y colaboradores (1999), los padres atraviesan diversas etapas de reacciones emocionales frente al niño. La primera etapa es de conmoción o choque, la segunda es de negación, luego prosigue una etapa de trueque en la cual se da un acercamiento a la religión. La tercera etapa tiene como reacciones comunes la tristeza, la ira, la culpa o ansiedad. La cuarta etapa es de aceptación y la quinta es de reorganización o equilibrio (Boullosa Frías, 2004).

La madre cuyo hijo se encuentra internado en neonatología experimenta una doble crisis. Por un lado atraviesa la crisis vital que trae aparejada la maternidad y por otro lado, la crisis circunstancial como consecuencia de la internación de su bebé. Estas crisis se entrelazan en el

plano afectivo en el mismo momento generando situaciones angustiantes, con ansiedad o de resignificación de problemas previos (Oberman y colaboradores, 2000).

Este evento implica una crisis emocional para los padres y para la familia, produce una desorganización en los padres debido a que no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, produciendo una ruptura en las conductas habituales (Boullosa Frías, 2004). Manifiestan sentimientos parecidos a la reacción de duelo, manifestando tristeza, dificultades de sueño, pérdida de apetito, rabia, culpa y desesperanza. Estos padres sufren aflicción crónica, y generalmente vuelven a experimentar los sentimientos relacionados con el nacimiento de su hijo durante la infancia de éste; coincidiendo con enfermedades, intervenciones quirúrgicas, dejarles en manos de cuidadores o cuando se les diagnostica retrasos del desarrollo o discapacidades (Miles et al., 1997).

El período de hospitalización previo al alta permite el ajuste de las representaciones de la madre facilitando una cierta represión de las representaciones de un infante enfermo para dejar paso a un bebé sano a quien puede cuidar. Esto es un trabajo psíquico que continuará en los siguientes meses por fuera del hospital, transformando la experiencia del nacimiento de un bebé prematuro en el nacimiento prematuro de un bebé (Gonzalez Serrano, 2009).

ESTRÉS MATERNAL

Estrés es definido por Walter Cannon en 1929 como una reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes. Cannon explicó que la respuesta fisiológica del estrés permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo el potencial físico, sobrepasar el peligro y conseguir un proceso de adaptación frente a las circunstancias (Lopez Mato, 2004). Más tarde, Lazarus define al Estrés como una relación particular que se da entre un individuo y el entorno, evaluado por el primero como amenazante y que pone en peligro su bienestar (Marquez, 2004).

En relación a estas definiciones se entiende 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 y a los horarios restringidos de las unidades de cuidados intensivos. Esto provoca una crisis de un fuerte impacto emocional. La incapacidad de darle una resolución a esta crisis, puede generar respuestas patológicas como por ejemplo, continuar con la negación, estrés, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas, hostilidad por ira o sobreprotección en el niño (Boullosa Frías, 2004).

El nacimiento de un niño prematuro con muy bajo peso genera una situación de crisis psicológica en la familia, principalmente en la madre. Este evento imprevisible genera sentimientos de impotencia y estrés, aumentando la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión (Maldonado, 1997). Se interrumpe el proceso de anidación psicológica de los padres y el recién nacido, debido a la necesidad de ambos del período de tiempo de nueve meses de gestación (Ruiz et al., 2005), 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 y bajo el riesgo de sufrir anomalías y secuelas (Gonzalez Serrano, 2009)

Varios estudios han demostrado que el nacimiento prematuro y la inmadurez del RN provocan en los padres un gran impacto que puede afectar a las actitudes y conductas con su hijo. Aunque no hay un modelo único de reacción de los padres se considera que en líneas generales reaccionan con estrés y de gran desbordamiento emocional (Miles et al., 1997)

En el año 2002, en Chile se realizó un estudio que muestra los niveles de estrés de madres de RN prematuros. El 51.4% de ellas presentó niveles estresantes y el 48.6% indicó niveles muy estresantes, esto demuestra que el nacimiento es un evento esperado por lo padres y por la familia que genera un determinado nivel de estrés en las madres, intensificándose cuando el RN nace

antes de lo esperado y por ese motivo debe ser hospitalizado, alejado de su familia (Jofré & Henríquez, 2002).

En el caso del parto a pre-término, el período que rodea y sigue al nacimiento es caracterizado por un sentimiento de irrealidad en el que las madres son confrontadas con la brutalidad del nacimiento y con la no posibilidad de actuar los comportamientos esperables, agravado por la ausencia del infante a su lado (Gonzalez Serrano, 2009). Las madres se encuentran expuestas a la frustración, inquietud y sentimientos de incapacidad, debido a la dificultad de cuidar a los hijos y al sufrimiento que experimentan como consecuencia de los procedimientos médicos a los que se los somete. Esto trae aparejado un mayor grado de estrés en ellas (Boullosa Frias, 2004).

El Estrés agudo aparece como consecuencia de una vivencia percibida de manera intensa o violenta, que supera el umbral de tolerancia del individuo. Se encuentra presente en el Trastorno por Estrés Agudo y Trastorno por Estrés Postraumático (Lopez-Mato, 2004). Pierrehumbert (2003) equipara esta situación a un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), cuyos efectos y síntomas perduran en el tiempo bajo la forma de impresiones o imágenes que persisten en la memoria, o con intentos de ignorar o evitar ciertas experiencias concretas o sentimientos de alerta emocional. Para algunos investigadores todo este proceso se puede incluir dentro de este tipo de trastorno. Se observan síntomas como recuerdos persistentes, intentos de evitar o ignorar ciertas experiencias concretas, o alerta emocional. De esta manera se pueden identificar 4 aspectos psicológicos en esta experiencia como: prepararse para la posible pérdida del bebé, reconocer sus sentimientos de fracaso por el nacimiento de un bebé frágil y “dañado”, retomar el proceso de interacción con el bebé y aprender como el bebé prematuro es diferente en sus necesidades y en su manera de desarrollarse (Pierrehumbert et al., 2003).

Peebles-Kleiger (2000) coincide en que los padres con RN diagnosticados con alguna patología crónica o mortal padecen TEPT. Si el estrés no es controlado puede desencadenar otros trastornos entre los cuales se destacan la ansiedad y la depresión (Boullosa Frías, 2004). Es

importante en este punto tomar en cuenta el concepto de estrategias de afrontamiento como recursos para sobrellevar esta situación traumática.

El concepto de estrategia de afrontamiento se desarrolló dentro del marco cognitivo-conductual como una manera de explicar la manera como afrontamos de manera consciente las situaciones en las que las exigencias externas exceden o sobrepasan nuestros recursos (Zeidner & Endler, 1996). Para Lazarus y Folkman (1986 p.164), los procesos de afrontamiento son "[...] aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Existen maneras eficaces de afrontar el estrés. Wade & Travis (2003) las clasifican en estrategias físicas, estrategias orientadas al problema, estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en el problema, estrategias cognitivas y estrategias sociales. Todas ellas implican técnicas centradas en reducir las emociones negativas o en obtener información. Las estrategias cognitivas incluyen la reevaluación del problema, el aprender de la experiencia, y realizar comparaciones y cultivar el sentido del humor. Las estrategias sociales implican apoyo social y familiar y brindar ayuda a otras personas.

En el caso de los padres de RN prematuros, estos se encuentran en una situación de tensión, estresante, y hacen uso de mecanismos de afrontamiento producto de experiencias previas, como una manera de solucionar problemas y de recuperar el equilibrio perdido (Boullosa Frías, 2004).

Whitfield (2002) plantea que una adecuada dinámica familiar actúa como factor protector en esta situación, así como los pensamientos positivos, posibilitando la disminución de los conflictos en la familia y en el nivel de estrés. Contar con el apoyo de una red social es un recurso muy importante que beneficia las estrategias de afrontamiento (Boullosa Frías, 2004).

Para González Serrano (2009), los niños (prematuros o no) cuyas madres presentaron altas tasas de estrés durante su primer año de vida tienen índices de desarrollo psicomotor más bajos,

además de mayor riesgo de presentar trastornos del sueño a los dos años. En su tesis, el autor prueba que las madres de niños prematuros muestran mayor estrés en forma de síntomas depresivos y de ansiedad.

En cuanto a la crianza de niños prematuros, Miles y colaboradores (1997) sugieren que, de acuerdo a investigaciones, puede ser más trabajosa y menos gratificante, debido a que las madres perciben a sus hijos como más vulnerables con respecto a sus hermanos o a niños de su misma edad. En las madres persisten vivencias emocionales intensas, lo que podría influir en un estilo de “crianza compensatoria”, esto incluye estimulación, atención y protección aumentadas, y dificultad en marcarle límites.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Existe un cambio de paradigma dentro de los equipos de salud perinatal que descansa en la propuesta de una Maternidad Centrada en la Familia. Este nuevo enfoque promueve la idea de que la mujer y la familia deben tomar un rol activo en el cuidado del embarazo y durante el trabajo de parto, en el parto y en los cuidados del RN. Se trata de una concepción filosófica y ética. Lo humanístico se suma a lo tecnológico y el protagonismo retorna a los padres en el nacimiento de sus hijos (Larguía et al., 2006).

Ruiz y colaboradores (2005) desarrollaron un Programa de Intervención Psicológica Transdisciplinario y Multifactorial para aplicar en el recién nacido de muy bajo peso al nacer y a sus padres. Este programa se encuentra compuesto por dispositivos terapéuticos. Es transdisciplinario ya que intervienen en él profesionales de diversas disciplinas, y multifactorial porque no se centra únicamente en el bebé sino también en la interacción entre los padres y los hijos, teniendo en cuenta el estado afectivo que pueden manifestar los padres durante el período de internación. Consta de varias etapas con objetivos variables y estrategias de abordaje. Este modelo de intervención se lleva a cabo durante la internación del niño de muy bajo peso. Los

resultados arrojados por estudios demuestran que permite reducir el estrés y la depresión materna de manera significativa (Ruiz et al., 2005).

Existen otros programas como el Programa de Intervención Psicosocial, desarrollado por el Dr. Lester y colaboradores del Women and Infants Hospital de Rhode Island (EEUU), que ha demostrado resultados positivos en niños RN prematuros de alto riesgo (Meyer et al., 1994).

Achenbach y colaboradores (1993) diseñaron y evaluaron un programa con el objetivo de brindar capacitación a la madre del niño prematuro, específicamente en la capacidad de apreciar los comportamientos específicos y las características temperamentales de su bebé, sensibilizarla a los signos del éste y enseñarle a responder a éstos. Este programa es llevado a cabo por enfermeras neonatales antes del alta y posteriormente en el hogar. Los resultados obtenidos demuestran un aumento de la autoconfianza materna junto a satisfacción en su función maternal y mejoría en los índices de desarrollo.

Los programas de seguimiento del gran prematuro tienen como objetivo: evaluar la evolución de sus procesos de maduración, identificar riesgos de evolución patológica relacionados con complicaciones prenatales y perinatales y determinar factores de riesgo ambiental con el objetivo de poder intervenir en el marco de la prevención precoz (Gonzalez Serrano, 2009).

CONCLUSIONES

Debido a lo expuesto en el presente trabajo sobre el estrés sufrido por la madre del RN prematuro, se considera de suma importancia la capacitación de profesionales de la salud mental y la puesta en práctica del desarrollo de estrategias de intervención que se encuentren centradas en lograr el bienestar de las madres y de las familias.

Diversas investigaciones y trabajos empíricos señalan que las madres padecen un mayor grado de estrés y trastornos emocionales que los padres, debido a la pérdida del rol maternal y a la

imposibilidad de cuidar a sus hijos (Boullosa Frías, 2004) en situación de prematuridad del infante.

Es necesario contar con espacios de apoyo y de reflexión con profesionales a disposición de las madres donde puedan expresar sus sentimientos, contribuyendo de esta manera a desarrollar y fortalecer estrategias de afrontamiento. Esta idea engloba el concepto que el foco de atención no sea solo el bebé prematuro sino también la madre. Se sugiere aplicar programas que posean intervenciones provenientes de los marcos teóricos psicoanalítico, cognitivo y sistémico, con su posterior estudio de efectividad y eficacia.

Se señala la importancia de la creación de programas de intervención específicos para aplicar en las madres con posterioridad al alta del bebé internado por medio de los cuales reciban entrenamiento en el desarrollo de creencias maternas funcionales, estrategias de afrontamiento, desarrollo de recursos personales, técnicas de respiración en función de disminuir el nivel de estrés, todo ello con el objetivo de promover el bienestar personal y el de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach T., Howell, C., Aoki, M., Rauh, V. (1993). Nine year outcome of the Vermont intervention program for low birth weight infants. *Pediatrics*. 91 (1): 45-55.

Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Infant Ment Health J*. 12 (3): 246-255.

Boullosa Frías, N. (2004) Condicionantes y caracterización del estrés en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile. Tesis.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.

Fernandez, P., Caballero, E., Lira, M. (1999). Problemas de Salud Infantil. Intervención de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

Gonzalez Serrano, F. (2009). El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros. Tesis. Universidad del País Vasco.

Gonzalez Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*. 48: 61-80.

Griffa, M. & Moreno, E. (1999) *Claves para una psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Lugar.

Ibañez M., Iriondo, M., Poo, P. (2006). Attachement et competentes relationelles chez le grand premature. Facteurs de protection pour son développement. *Spirale*. 37:115-128.

Jofré, V., Henríquez, E. (2002). Nivel de estrés de las madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos neonatal. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. *Ciencia y Enfermería*. 8 (1). Versión Online.

Larguía. A., Lomuto, C., Gonzalez, M. (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de la Salud de la Nación. Fundación Neonatológica para el recién nacido y la familia.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca. Citado en Espinosa, J., Contreras, F. & Esguerra, G. Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. 5(1):87-96.

Lopez Mato, A. (2004) *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.

Mahler, M. et al (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar.

Maldonado, M. (1997). *Psicología da gravidez: parto e puerpério*. San Pablo: Saravia.

Marquez, C. (2004). Estrés y cognitivismo. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*: 15 (6):213-217. Citado en Weicman, R. (2006). La Psiconeuroinmunoendocrinología y el Trastorno Depresivo mayor. Versión electrónica.

Meyer, E., García Coll, C., Lester, B., Boukydis, C. (1994). Family based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*. 93 (2):241.

Miles, M., Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatal*. 21 (3): 254-266.

Oiberman, A., Vega, E., Galíndez, E., et al. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. *V Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología*. UBA, 46-358.

Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., Vega, E. et al. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 5 (2):77-89.

Oronoz, B., Itziar, A., Nekane B. (2007) A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*. 19 (4): 687-692.

Peebles-Kleiger M. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: implications for intervention. *Bull Menninger Clin*. 64: 257-280.

Pernoud, L. (1995). *Espero un hijo*. Buenos Aires: Vergara.

Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. (2003). Parental posttraumatic reactions after premature birth; implications on sleeping and eating problems. *Arch. Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 88:400-404.

Poë, D, Pinelli, J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network*. 16: 29-37

Portellano, J. (2007). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Síntesis.

Ruíz, A. (2004). El bebé prematuro y sus padres. Tesis doctoral. Universidad del Salvador. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

Ruíz, A., Ceriana Cernadas, J., Cravedi, V., Rodriguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivo Argentino Pedratria*. 103 (1):36-45.

Santos, M. (2008). Construcción de una Escala de observación del vínculo madre-bebé internado en la UCIN: Resultados Preliminares de la aplicación del protocolo de observación. *Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA*. 207-217

Santos, M. (2010). Dimensión Psicosocial e interacción vincular de díadas madre-bebé durante la internación en unidad de cuidados intensivos neonatales. Investigación en Ciencias del Comportamiento. *Avances Iberoamericanos. Tomo I*. Ediciones Ciipme-Conicet.

Santos, M. (2010). Psychoneonatology: Results of a new observation scale of the bond mother-baby in incubator. *Advances in Perinatal Medicine*. 515-519.

Tucker, J. ; Maguire, W. (2004). Epidemiology of preterm Barth. *BMJ*, volumen 329: 675-678.

Wade, C. y Travis, C. (2003). *Psicología*. Madrid: Pearson Educación.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia

Whitfield, M. (2002). Psychosocial effects of intensive care on infants and familias alter discharge. *Semin in Neonatology*. 8 (2): 185-193.

Zeidner, M. y N. Endler, *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York, Wiley, 1996. En Carr, A. (2004). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Paidós. Buenos Aires

ANEXO

Guías de consulta para Profesionales de la Salud Mental interesados en el tema:

- Guía para transformar Maternidades Tradicionales en Maternidades centradas en la Familia. (2006) Ministerio de la Salud del Gobierno de la Nación. Publicación de la Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Autores: Dr. A. Miguel Larguía, Dra. Celia C., Lomuto, Lic. María Aurelia González
- Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios (2005). Plan General de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente.
- Atención de las patologías perinatales prevalentes. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo II. 1996. Ministerio de Salud de la Nación.
- Guía de seguimiento del Recién Nacido de riesgo. (2001). Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Ministerio de Salud de la Nación.