



REVISTA
trazos
UNIVERSITARIOS

ISSN 1853-6425

<http://www.revistatrazos.ucse.edu.ar>

Abril, 2016

**Percepciones, vivencias y estrategias de afrontamiento al
estrés en madres de prematuros internados**

**María José Gutierrez, Martín Gabriel Jozami Nassif, María
Paula Carreras**

mjgutierrez480@gmail.com, martin.jozami88@gmail.com,
paulacarreras@hotmail.com

FECHA RECEPCIÓN: 24-11-15

FECHA ACEPTACIÓN: 25-04-16

FECHA PUBLICACION: 04-05-16



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial
CompartirDerivadasIgual 3.0 http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR

Resumen

La presente investigación se propuso explorar las percepciones y vivencias de madres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Neonatales de la Maternidad Dr. Faustino Herrera, de la ciudad de La Banda, Santiago del Estero, como así también identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que las mismas desarrollan ante esta situación específica. Como objetivos específicos se planteó conocer la relación entre la complejidad de los cuidados que requiera el bebé (intensivos, intermedios o mínimos) y las percepciones y vivencias de las madres, como así también conocer si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento y la complejidad de los cuidados que requiere el bebé. Participaron seis madres de prematuros, a las cuales se les administró una entrevista semi-dirigida que permitió obtener la información necesaria para responder a los objetivos planteados.

Los resultados indicaron que el nacimiento prematuro de un hijo es un hecho percibido como inesperado y un suceso para lo cual ninguna madre se encuentra preparada, siendo el disparador de pensamientos y emociones negativas, como la sensación de culpabilidad o responsabilidad por lo sucedido, lo que dificulta el establecimiento del vínculo madre-bebé. Se encontraron diferencias en cuanto a las percepciones y vivencias de las mismas en relación a la complejidad de los cuidados que necesita el bebé, de lo que se infiere que el estado de salud del mismo modula las emociones en la madre y modifica sus percepciones. Se identificaron nueve estrategias de afrontamiento (búsqueda de apoyo espiritual, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, distanciamiento, búsqueda de información, autocontrol, aceptación, búsqueda de apoyo profesional y planificación), siendo la más utilizada búsqueda de apoyo espiritual y búsqueda de apoyo social.

Palabras clave: Percepciones, estrategias de afrontamiento, nacimiento prematuro.

Abstract

This research aimed to explore the perceptions and experiences of mothers of preterm infants admitted to the Neonatal Care Maternity Dr. Faustino Herrera, the city of La Banda, Santiago del Estero, as well as identify the coping strategies stress that they develop to this specific situation. Specific objectives was raised to know the relationship between the complexity of care required by the child (intensive, intermediate or minimum) and the perceptions and experiences of mothers ,as well as determine whether there are differences between the coping strategies and the complexity of care required by the child. They included six mothers of preemies, which were administered a semi - directed interview that yielded the information needed to meet the objectives.

The results indicated that the premature birth of a child is perceived as unexpected event and an event for which no mother is prepared, with the trigger negative thoughts and emotions such as guilt or responsibility for what happened, what hinders the establishment of the mother - infant bond. Differences in the perceptions and experiences of the same in relation to the complexity of care needed by the baby, it is inferred that the same health status modulates emotions in the mother and modify their perceptions were found. Nine coping strategies (seeking spiritual support, seeking social support, positive reappraisal, distancing, seeking information, self-control, acceptance, seeking professional planning and support) were identified, the most used search for spiritual support and seeking support social.

Key Words: perceptions, copingstrategies, prematurebirth.

María José Gutierrez

Universidad Católica de Santiago del Estero

Martín Gabriel Jozami Nassif

Universidad Católica de Santiago del Estero

María Paula Carreras

Universidad Católica de Santiago del Estero

El progreso tecnológico aplicado en las últimas décadas a la medicina, llevó a un aumento de la esperanza de vida para todos. Uno de los avances más evidentes ha tenido lugar en el campo de la Neonatología, fundamentalmente en los Servicios de Internación Neonatal (FavaVizziello, Zorzi y Bottos, 1993). Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales son cada vez más eficientes y cumplen un papel considerable en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil (Ruíz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez, 2004). En estas unidades, “el esfuerzo dirigido al neonato grave trajo como efecto una drástica reducción de la mortalidad neonatal, obteniendo grandes avances particularmente en los niños malformados y de muy bajo peso, niños que hasta los años ’70 morían sin posibilidades” (González, 1996, p. 87).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, unos 15 millones de bebés en el mundo, más de uno en 10 nacimientos, son prematuros, es decir que nacen antes de las 37 semanas de gestación. El neonato pretérmino es designado prematuro por sus características de inmadurez estructural y la característica principal es la condición, en sí patológica, de no transcurrir el último trimestre de embarazo dentro del útero materno. En Argentina hay alrededor de 750.000 nacimientos por año, alrededor del 8% de los bebés que nacen a nivel nacional son prematuros, de manera que hay entre 50 y 60 mil chicos que nacen antes del término de gestación del embarazo (Carbajal, 2012).

Una vez que el bebé prematuro nace, es evaluado desde el punto de vista clínico y la gravedad de la patología que presenta condiciona el tipo de asistencia, “La duración de la internación y el pasaje de un sector a otro del servicio de patología neonatal depende de la gravedad de la enfermedad, de las complicaciones del peso y edad gestacional del neonato, de la rapidez para adquirir homeostasis satisfactoria (Vega, 2006, p. 48). Este proceso puede durar desde semanas a meses.

El avance científico y tecnológico en el campo de la neonatología “no solo ha permitido lograr una reducción de la morbimortalidad neonatal, sino que trajo a escena nuevas preocupaciones y desafíos para la perinatología: el bebé “sobreviviente” y sus padres; surgiendo así nuevas líneas de intervención interdisciplinarias y de investigación” (Santos, 2008, p. 208). Esto produjo en los últimos años, un cambio de paradigma en la asistencia perinatal: de la atención basada exclusivamente en la tecnología y la medicalización, a la asistencia humanizada que permite a nuestra especie recuperar derechos inalienables que nunca debió haber perdido con la institucionalización del

parto (Larguía, Lomuto y González 2006). Estas modificaciones coinciden con la incorporación del psicólogo en este campo.

La llegada de un hijo implica una valoración social muy importante, más acentuada aún en determinadas culturas como la latina, donde la espera del hijo y su integración a familias numerosas es un bien sumamentepreciado. El niño es recibido como portador de los emblemas familiares, del apellido y del porvenir del grupo. Tales razones explican por qué resulta tan perturbador el nacimiento de un niño prematuro (González, Larguía y Lomuto, 2007).

Se han estudiado las reacciones emocionales de los padres ante este suceso, observando la presencia de: desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima (Miles y Holditch Davis, 1997). Al mismo tiempo, Klaus y Kenell (1978) mencionan la existencia de problemas de autoestima en las madres de los bebés nacidos prematuros, argumentando que muchas madres experimentan sensación de fracaso.

Ante la incertidumbre por las posibilidades de sobrevida del bebé, los padres se enfrentan a una importante crisis personal (González, Larguía y Lomuto, 2007). Crisis es entendida como un período de tensión en el cual la persona afronta el problema y desarrolla recursos nuevos en base a sus reservas internas y con el sostén de otras personas (Klaus y Kennel, 1993). Muniagurria (1998) especialista en Psicología Clínica Perinatal plantea diferentes etapas o fases que los padres deberán transitar desde el momento en que se produce la crisis, que se inicia con la internación, hasta la salida de la misma al momento del alta, siendo éstas: Shock Inicial, Negación, Enojo, Tristeza y Reorganización.

El nacimiento prematuro provoca 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 y Holditch- Davis, 1997). Algunos estudios (Franck, Cox, Allen y Winter, 2005; Jofré y Henríquez, 2002) se han focalizado en analizar las diferencias existentes entre el padre y la madre, en relación a la percepción de este suceso. El estrés y la ansiedad experimentado por las madres, es mayor que el que experimentan los padres. Esto puede estar relacionado con el tiempo prolongado que pasan las madres en la Unidad de Cuidados Neonatales, y con los roles diferenciales, biológicos y sociales, entre ambos (Franck, Cox, Allen y Winter, 2005). En el año 2002, en Chile se realizó un estudio que muestra los niveles de estrés de madres de recién

nacidos 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 que genera un determinado nivel de estrés en las madres, intensificándose cuando el recién nacido nace antes de lo esperado y por ese motivo debe ser hospitalizado, alejado de su familia (Jofré y Henríquez, 2002).

Cuando se produce un nacimiento prematuro, el proceso psicológico del embarazo, es decir, el tiempo con que cuenta la mujer para darle vida a este bebé particular en su mente y un lugar en su propia vida, se interrumpe. El encuentro con el hijo más que un momento de felicidad y euforia está atravesado por temores y ansiedades. Los halagos y las visitas se posponen y adicionalmente, el hijo debe permanecer separado de ella, hasta que la diada madre-bebé pueda prescindir de las ayudas médicas que garantizan la continuidad de su existencia.

En la actualidad, se considera que el entorno social, más precisamente las características de las interacciones y estimulaciones familiares, desempeñan un papel importante en la evolución de los niños que se encuentran internados, sumándose a los recursos médicos puestos en marcha (González Serrano, 2009). Existe evidencia de que la relación temprana madre-bebé constituye uno de los factores que puede exacerbar o reducir los efectos potencialmente adversos del nacimiento prematuro (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger y Muller-Nix, 2006).

La relación materno-filial es un tema de gran importancia ya que se considera que la psiquis se empieza a formar en la relación del bebé con su mamá y su familia, y las primeras interacciones son esenciales para la estructuración psíquica (Oiberman, 2005). Es frecuente que se presenten problemas en la interacción padres-bebé relacionados con la prematuridad y que ellos persistan al menos durante el primer año de vida. De hecho, las madres de prematuros suelen mostrar ansiedad y escasa confianza en sus habilidades como cuidadoras. Ello se debe, en gran parte, a ciertos patrones de interacción propios de estas díadas (Martínez Gertnet, 2010). 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, 2008).

Klaus y Kennell (1978) definen a la experiencia de nacimiento de un hijo prematuro como una crisis, como un período de tensión, en el cual los padres afrontan el problema y desarrollan nuevos recursos, en base a sus reservas internas y al sostén de otras

personas. Ante la crisis específica que se produce por el nacimiento prematuro de un hijo y su consecuente internación comienza un proceso de elaboración, la crisis en este caso tiene su inicio en el parto prematuro como evento inesperado y se desarrolla durante el proceso que dura la internación del neonato, llegando a su fin antes del alta médica del bebé.

Wyly y Allen (1990) señalaron que los padres de prematuros inicialmente se encuentran en estados de shock, aterrorizados, confundidos e incapaces de concentrarse y de recibir mucha información. Luego aparece el miedo, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego, se sienten débiles, frágiles e incompetentes. La culpa sobreviene en forma inevitable, se deteriora la autoestima. Luego aparece la depresión, se tornan tristes, apesadumbrados, desesperanzados, con constante temor a la muerte. Al no poder modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparece la rabia, se vuelven agresivos y fuera de control con el equipo de salud, consigo mismos y con el entorno. Finalmente, y en forma solapada, aparece el celo y la rivalidad: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé, y es por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos.

Los padres de prematuros se encuentran expuestos a números estresores, algunos de ellos relacionados con el impacto que produce la experiencia en la Unidad de Neonatología, entre los que se encuentran: la adaptación al hecho de tener un bebé enfermo, la gravedad de la enfermedad, el estrés producido por el ambiente en la Unidad y la alteración en el rol de padres, producto de la distancia física y emocional del bebé (Shaw et al, 2006). Se han identificado también factores que no tienen que ver con la experiencia directa de la Unidad como ser el tipo de funcionamiento familiar, el nivel socio-económico de la familia, la personalidad de los padres y la disponibilidad de apoyo social (Carter et al, 2005).

El concepto de estrategia de afrontamiento se desarrolló dentro del marco cognitivo-conductual como una forma de explicar cómo afrontamos de manera conciente las situaciones en las que las exigencias externas exceden o sobrepasan nuestros recursos (Zeidner y 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".

Estos autores enfocan el afrontamiento como un factor estabilizador, ya que puede ayudar a los sujetos a sostener su adaptación psicosocial en períodos estresantes. Categorizan dos enfoques principales dentro del afrontamiento. Por un lado, la orientación y actividad de la persona en respuesta a un estresor, es decir, el foco del afrontamiento; y por el otro lado, el método que los individuos utilizan para afrontar. Esto último refiere a si la respuesta está vinculada principalmente con respuestas cognitivas o conductuales. Existen maneras eficaces de afrontar el estrés, Holroyd y Lázarus (1982) identificaron dos funciones básicas de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. Clasifican las estrategias en: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva. Para los autores mencionados es necesario considerar las situaciones específicas en la que se produce cada estrategia, ya que de esa forma se puede conocer mejor el modo personal de afrontamiento.

Lazarus (1986), en una investigación sobre los condicionantes y caracterización del afrontamiento en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados informó que, tener una pareja, tener ingresos económicos equivalentes al mínimo, así como ser creyente, contar con una red primaria de apoyo y una escolaridad media, son recursos que favorecen a que las madres tengan un afrontamiento eficaz ante esta situación de crisis.

El estudio pretendió conocer y describir las percepciones y vivencias de madres de prematuros internados en la Unidad de Cuidados Neonatales de la Maternidad Dr. Faustino Herrera de la Ciudad de La Banda, provincia de Santiago del Estero, durante el período julio-noviembre del 2013, como así también identificar las estrategias de afrontamiento que las mismas utilizan para adaptarse a esta situación particular.

Como objetivos específicos se propone conocer si existe vinculación entre la complejidad de los cuidados que requiere el bebé (intensivo, intermedio o mínimo) y las percepciones, vivencias y estrategias de afrontamiento que las madres desarrollan.

MÉTODO

Participantes

Participaron de la investigación seis madres de bebés prematuros que se encontraban internados en la Unidad de cuidados Neonatales de la Maternidad Dr. Faustino Herrera, Ciudad de la Banda. El rango de edad de las mismas se extendía entre 20 y 35 años.

Instrumentos

- 1) Entrevista Sociodemográfica.
- 2) Observación Participante.
- 3) Entrevista Semi-estructurada.

Procedimiento

La participación de las participantes fue voluntaria y anónima. Se seleccionó intencionalmente a las madres de prematuros que se encontraban en los diferentes sectores de internación (cuidados intensivos, cuidados intermedios y cuidados mínimos) de la Unidad de Neonatología de la Maternidad Dr. Faustino Herrera de la Ciudad de La Banda.

En un primer momento se administró la entrevista socio-demográfica, la cual permitió obtener información socio-descriptiva de cada uno de los sujetos.

Se realizaron varias observaciones a los participantes dentro del contexto, se enfatizó en el comportamiento, reacciones y formas de interactuar de las madres con sus hijos prematuros internados, con las otras mamás y con el personal de la institución.

Las entrevistas se efectuaron con preguntas guía para orientar al entrevistado y se registraron por medio de grabaciones. Si bien, se plantearon preguntas similares a todos los entrevistados, cuando fue necesario se solicitó a los sujetos aclaraciones o ampliaciones de sus verbalizaciones. Las grabaciones, realizadas con la autorización de cada una de las entrevistadas, fueron trasladadas en forma inmediata a escritos textuales. Se extrajeron fragmentos textuales del discurso de las entrevistadas que se consideraron significativos para los objetivos de la investigación. Esto a su vez, sirvió a los fines de organizar la información y realizar interpretaciones por vía inductiva.

Se explicaron previamente los objetivos de la investigación y en todo momento se respetó el anonimato de los informantes.

Tipo de estudio

Cualitativo, exploratorio, descriptivo.

RESULTADOS**Análisis de las percepciones y vivencias**

Los resultados indicaron que si bien cada una de las madres entrevistadas posee percepciones y vivencias diferentes ante el nacimiento y, en consecuencia, la internación de su hijo prematuro, dada la significación que cada una le atribuye a la situación, se encontraron diversas similitudes en sus relatos. Principalmente se destaca que para todas las participantes, ya sea que durante el embarazo se había planteado la posibilidad de parto prematuro o no, este hecho es percibido como inesperado y un suceso para lo cual ninguna se encontraba preparada, siendo el disparador de pensamientos y emociones negativas, como la sensación de culpabilidad o responsabilidad por lo sucedido. Otra de las recurrencias encontradas se relaciona con una percepción del bebé caracterizada por la debilidad y fragilidad, lo que generalmente dificulta el contacto madre-bebé. Las percepciones de las entrevistadas influyen en la conducta de las mismas, por ejemplo ante la percepción de fragilidad en el bebé lleva a un alejamiento del mismo, o las percepciones en relación al desempeño del equipo de salud moldean la relación que tienen con los mismos.

Las participantes percibieron que durante la internación se sintieron desplazadas de su rol materno, que pasa a ser ocupado por las enfermeras, el estado médico del bebé no le permite a la madre desplegar sus capacidades. Un hecho importante es la incertidumbre que acompaña a las madres ya que el estado clínico del bebé varía y no hay certezas en los diagnósticos, por lo que cobra especial importancia la información que se les provee, que permita a las madres ir construyendo significados.

Se evidenciaron diferencias entre las percepciones y vivencias de las madres según el sector de neonatología donde se encuentre internado su hijo, por lo que se infiere que existe una relación entre las mismas y la complejidad de los cuidados que requiere el bebé, existiendo una mayor diferencia entre las percepciones y vivencias de las madres cuyos bebés requieren de cuidados intensivos con las madres de los bebés que se encuentran próximos al alta. Se observó que el estado de salud del bebé modula las emociones en la madre y modifica sus percepciones, por ejemplo en el caso de la entrevistada que ante el pasaje del sector de intermedios a intensivos de su bebé a raíz

de las complicaciones que presentaba, se generaron emociones y vivencias similares a las experimentadas en un primer momento, de lo que se infiere que la crisis no sigue un proceso lineal, sino que pueden producirse retrocesos ante eventos inesperados. Identificar, a partir de las percepciones y vivencias descritas, en qué etapa se encontraba cada una de las entrevistadas ayudó a establecer esta relación con la complejidad de los cuidados siendo que, las percepciones y vivencias de las madres de bebés que requieren cuidados intensivos correspondían a indicadores de las primeras etapas en el proceso de crisis tales como shock inicial, negación y enojo; las de las madres de bebés que requieren cuidados mínimos, es decir que se encuentran próximas al alta, corresponden con indicadores de la última etapa (reorganización). En el caso de las madres de bebés que requieren cuidados intermedios se encontró que las percepciones y vivencias corresponden a indicadores de la cuarta y quinta etapa, de lo que se infiere que no todas las madres avanzan en el proceso de la misma manera, sino que dependerá de sus capacidades y sus propios recursos.

Se pudo determinar también, a partir del discurso de las entrevistadas, los factores generadores de estrés en las mismas durante todo el proceso, desde el momento del nacimiento y durante la internación, consignando los siguientes: poco o nulo conocimiento y comprensión de lo que representa la prematurez; pocas respuestas en el entorno sobre preguntas existenciales como, ¿Por qué nos pasó a nosotros? ¿Será mi culpa? ¿Habré hecho algo mal?; la incertidumbre frente al diagnóstico; dificultades para comprender la información médica; la separación madre-bebé; temor por la supervivencia del bebé; pensamientos irracionales acerca de las secuelas; el aspecto físico del bebé; el distanciamiento de la red social y de las redes de apoyo primarias; el ambiente de neonatología, la tecnología, los insumos necesarios y las intervenciones médicas realizadas; no poder ejercer el rol materno; preocupaciones por los gastos que demandan los cuidados que requiere el bebé y los posteriores controles médicos; percepciones en relación al sufrimiento del bebé, producto de las necesarias intervenciones (oxígeno, suero, sondas, entre otros insumos) y conflictos con el personal de salud.

A partir del análisis de los datos se pudieron identificar los indicadores planteados por Muniagurria (1998) en cada una de las etapas del proceso de crisis, lo que permitió identificar en qué etapa se encontraba cada una de las entrevistadas, esto se presenta en la siguiente tabla:

T1. Etapas de crisis en las que se encontraban las entrevistadas

Entrevistadas	Complejidad de los cuidados que requiere el bebé	Indicadores encontrados	Etapas de crisis
A	Intensivos	Percepción de la vida como injusta. Sensación de impotencia. Conflicto con los médicos y enfermeras. Comentarios desfavorables sobre el trabajo de los médicos y enfermeras. No hay contacto con el bebé.	Tercera etapa: Enojo
B	Intermedios	Sensación de soledad. Buen nivel de contacto e interacción con el bebé. Preocupación por la lactancia. Preocupación por el peso del bebé. Ansiedad por el alta del bebé.	Quinta etapa: Reorganización
C	Mínimos	Temor por las secuelas del bebé. Angustia por el estado de salud del bebé. Ansiedad por el alta del bebé. Preocupación por el peso del bebé. Buen nivel de contacto e interacción con el bebé.	Transición entre la cuarta y quinta etapa: Tristeza y Reorganización.
D	Intensivos	Duelo por el hijo "ideal". Sentimientos de culpa y responsabilidad por lo sucedido. Búsqueda de las causas de internación del bebé. Angustia por el estado de salud del bebé. Angustia por la necesaria separación del bebé.	Cuarta etapa: Tristeza
E	Intermedios	Angustia por el estado de salud del bebé. Sentimientos de culpa y responsabilidad de lo sucedido. Sensación de impotencia. Temor a dañar al bebé. Temor por la muerte del bebé. Temor por las posibles secuelas.	Cuarta Etapa: Tristeza
F	Mínimos	Preocupación por la lactancia. Preocupación por el peso del	Quinta Etapa: Reorganización.

bebé
 Ansiedad frente al alta.
 Buen nivel de contacto e
 interacción con el bebé.

Fuente: elaboración propia

Análisis de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento identificadas se organizaron de acuerdo a las recurrencias encontradas en el relato de las participantes:

T2. Estrategias de Afrontamiento según su frecuencia.

Denominación de la Estrategia	Frecuencia
Búsqueda de Apoyo Espiritual	6
Búsqueda de Apoyo Social	5
Reevaluación Positiva	4
Distanciamiento	2
Búsqueda de Información	2
Autocontrol	2
Aceptación	2
Búsqueda de Apoyo Profesional	1
Planificación	1

Fuente: elaboración propia

Los estilos de afrontamiento empleados con mayor frecuencia son estilos de afrontamiento centrados en las emociones, específicamente la búsqueda de apoyo espiritual y social. Sin embargo ante factores estresantes concretos se identificaron estrategias centradas en el problema, como la búsqueda de información y planificación. La búsqueda de apoyo social se constituye como una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas en madres de prematuros, presentando una mayor vulnerabilidad las madres que se encontraban lejos de su red de apoyo primaria, en estos casos la búsqueda de apoyo estaba dirigida a las otras mamás que se encontraban en la misma situación. Otra de las estrategias que se identificó en todas las madres entrevistadas es la búsqueda de apoyo espiritual, la cual funciona como un generador de esperanza y ayuda a tolerar la incertidumbre.

La mayoría de las estrategias que se identificaron se consideran adaptativas para la situación, tanto las descritas en el párrafo precedente, como las también búsqueda de

información, planificación, búsqueda de ayuda profesional, reevaluación positiva, autocontrol y aceptación, debido a que ayuda a tolerar la angustia, impotencia, incertidumbre y desesperanza.

No se registraron diferencias entre las estrategias de afrontamiento que desarrollan las madres y la complejidad de los cuidados que requiere el bebé, se pudo comprobar que en general estas mujeres recurren a las mismas estrategias ante la internación de sus hijos prematuros. Las variaciones que se encontraron en el relato de las participantes fueron mínimas y no tienen relación con el nivel de complejidad en la atención médica de los bebés sino que dependen de los recursos con los que cada una de las mujeres cuenta y con la evaluación que realizan de la situación, con sus percepciones y vivencias.

Discusión

El presente estudio se planteó como objetivo conocer las percepciones y vivencias de madres de prematuros que se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Neonatales, como así identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que las mismas desarrollan para hacer frente a la situación. Los resultados mostraron que estas madres tienen suficientes razones para alarmarse, deprimirse, preocuparse y estresarse ante el nacimiento de su hijo prematuro. La internación en la Unidad de Neonatología y posteriormente los controles de seguimiento, representan una demanda tanto económica como emocional, lo cual incrementa en el caso de las madres que residen en el interior de la ciudad. Los bebés prematuros poseen características diferentes a los nacidos a término, lo que dificulta el establecimiento del vínculo debido a que la madre percibe esto de manera negativa y esto puede permanecer y traer consecuencias a futuro, es en lo que radica la importancia de las intervenciones tempranas.

Los sucesos de vida no necesariamente producen niveles de estrés inmanejables, sino que es el resultante del significado atribuido a esos sucesos y de la forma como los mismos se evalúan, los resultados muestran que los eventos amenazantes se relacionan directamente con la percepción de las madres ante ellos, de lo que se trata entonces es de ofrecer alternativas para modificar las percepciones y representaciones negativas que las madres tienen de la situación.

Existe una diversidad de estrategias de afrontamiento que resultan útiles a distintas personas para afrontar el dolor frente a una situación amenazante, cada persona tiene sus propios recursos, cada uno organiza el dolor de modo particular. El dolor es una

representación mental y una experiencia. La experiencia del dolor es una experiencia afectiva, una sensación, una vivencia. Enfrentar el tratamiento del dolor supone considerar también el contexto, ya que de ello dependerá el tipo de abordaje más favorable para cada caso.

Bibliografía

- CARBAJAL, M. (03/05/2012). *El gran misterio de los prematuros*. Disponible en URL: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-193155-2012-05-03.html>
[consulta 4 de febrero de 2013]
- CARTER, J. D., MULDER, R. T., BARTRAM, A. F. Y DARLOW, B. A. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: Parental reponse. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90, p. 109-113.
- FAVA VIZZIELLO G., ZORZI C. Y BOTTOS M. (1993). *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FORCADA-GUEX, M., PIERREHUMBERT, B., BORGHINI, A., MOESSINGER, A. Y MULLER-NIX, A. (2006). Early dyadic patters of mother-infants interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, p. 107-114.
- FRANCK, L., COX, S., ALLEN, A. Y WINTER, I. (2005). Measuring Neonatal intensivereunit-related parental stress. *Journal of AdvanceNursing*, 49, 608-615.
- GONZALEZ, M. A. (1996). Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarada*, vol. 15, nº 2, p. 87-91. Argentina.
- 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, p. 61-80.
- HOLROYD, K.A. Y LAZARUS, R.S. (1982). Stress, coping and somaticadaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and ClinicalAspects*. New York: Free Press.
- 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*. v.8 n.1 Concepción junio de 2002.
- KLAUS M Y KENNEL J. (1993) *La relación madre- hijo*. Buenos Aires: Panamericana.
- LARGUÍA, M., LOMUTO, C. Y GONZÁLEZ, M.A. *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Disponible en URL: <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar->

maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia [consulta 14 de febrero de 2013]

- LAZARUS, R., Y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca S.A.
- MARTÍNEZ GERTNET, M. (2010) *Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas (Tesis doctoral)*. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona.
- MILES, MS. Y HOLDITCH DAVIS, D. (1997). Parentingtheprematurelybornchild: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21, p. 254-266.
- MUNIAGURRIA, G. (1998). *Intervenciones Psicosociales en la UCIN: cuidando al recién nacido y sus padres*. Buenos Aires: Ponencia del Simposio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico Argentino.
- OIBERMAN, A. (2005) *Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- RUIZ, A., CERIANI CERNADAS, L.M, CRAVEDI, V., & RODRÍGUEZ, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1), 36-45. Editorial Martínez Roca S.A.
- 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*. Universidad Buenos Aires, p. 207-217.
- SHAW, R., DEBLOIS, T., IKUTA, L., GINZBURG, K, FLEISHER, B. & KOOPMAN, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47, p. 206-212.
- VEGA, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar.
- WYLY MV, ALLEN J. (1990). *Stress and coping in the neonatal intensive care unit*. Tucson, AZ: Communication Skill Buliders.
- 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*. Buenos Aires: Paidós.

Anexo

T3-Información sociodescriptiva de la muestra

Variables sociodemográficas	A	B	C	D	E	F
Edad	27	22	34	25	27	32
Estado Civil	Casada	Soltera	Casada	En pareja	Casada	Casada
Lugar de Residencia	Urbano	Rural	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Nivel de Escolaridad	Terciario incompleto	Secundario completo	Secundario incompleto	Universitario incompleto	Secundario completo	Secundario completo
Ocupación	Empleada de comercio	Empleada doméstica	Ama de casa	Estudiante	Ama de casa	Ama de casa
Número de hijos	Primípara	Primípara	Primípara	Primípara	2	3
Antecedentes de hijos prematuros	-	-	-	-	1	-
Sexo del bebé	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Varón	Mujer
Semana de gestación al nacer	26	30	29	29	30	32
Peso al nacer	860 g.	1,550 g.	1,540 g.	1,200 g.	1,340 g.	1,700 g.
Días de internación	7	15	22	11	12	19
Complejidad en los Cuidados que requiere el bebé.	Intensivos	Intermedios	Mínimos	Intensivos	Intermedios	Mínimos

Fuente: elaboración propia