

Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención

Dres. Ana Lía Ruiz*, José M. Ceriani Cernadas*, Verónica Cravedi* y Diana Rodríguez*

RESUMEN

Introducción. Los avances en el cuidado del prematuro han significado un progreso notable en Neonatología. Sin embargo, se observan efectos no deseados, en especial sobre los padres. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de un programa de intervención psicológico sobre el nivel de estrés y depresión de las madres durante la internación de sus bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Población, material y métodos. Entre el 5/1/97 y el 20/11/99 se enrolaron 60 prematuros con pesos <1500 g, que sobrevivieron y fueron dados de alta. No se incluyeron madres solteras, gemelares, anomalías congénitas y la negativa a dar el consentimiento. Los padres se dividieron en dos grupos: intervención (n= 31) y control (n= 29). Se seleccionaron mediante un método de tiempo retrasado, para evitar la simultaneidad entre ambos grupos. Los prematuros del grupo control y sus padres recibieron los cuidados habituales del Servicio. Los del grupo de intervención recibieron una atención individualizada basada en un programa transdisciplinario y multifactorial, evaluado mediante escalas específicas.

Resultados. Los grupos fueron similares en los aspectos demográficos, educacionales y socioeconómicos. El grupo de intervención presentó niveles de estrés y de depresión materna significativamente menores ($p < 0,001$). El 62% de las madres del grupo control manifestó que la experiencia fue "extremadamente estresante", contra el 6,4% en el grupo de intervención ($p < 0,0001$).

Conclusión. Mediante un programa de apoyo especial se observó una significativa disminución del estrés y depresión materna. Este efecto beneficioso podría mejorar la interacción madre-hijo y el futuro desarrollo del niño.

Palabras clave: prematuros de muy bajo peso, estrés y depresión materna, programa de intervención psicosocial.

SUMMARY

Advances in premature newborn care have been highly successful. Nevertheless, various side effects have also been noted. Experience shows that premature birth and neonatal intensive care unit (NICU) admission usually produce undesired effects on parents, mainly maternal stress and depression. Our aim was to assess a psychological intervention program to provide support to the parents of premature infants during their hospitalization.

Patients, material and methods. A total of 60 premature infants under 1,500 g who survived and were discharged from the NICU, were enrolled between January 5th, 1997 and November 20th, 1999. Single mothers, multiple gestations, congenital anomalies

and parents refusal to give their consent, were not included. Parents were divided in two groups: intervention (n= 31) and control (n= 29). A delayed time method was used for randomization in order to avoid simultaneity between groups. The control group received the usual care of the Division of Neonatology. The intervention group received an individualized care based on an interdisciplinary and multifactorial program. The evaluation was performed according to specific scales.

Results. There were no differences between the groups in medical, demographic, educational and social variables. The intervention group showed significant lower levels of maternal stress and depression ($p < 0.001$). In the control group, 62% of the mothers reported that the experience was "highly stressful", significantly higher than that of the intervention group (6.4%; $p < 0.0001$).

Conclusion. A psychosocial model of intervention applied in mothers of premature infants may significantly reduce maternal stress and depression. This intervention may improve the mother-infant bonding and the future development of the child.

Key words: very low birth weight premature infants; maternal stress and depression; psychosocial intervention program.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento prematuro interrumpe el proceso de "anidación psicobiológica" de los padres y el recién nacido, ya que ambos necesitan el tiempo de los nueve meses de gestación. Los primeros, para crear un lugar físico y psíquico para ese nuevo integrante de la familia, lo que los lleva a una reorganización y maduración a lo largo de los meses del embarazo que les permite prepararse para el nacimiento.

El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a los padres como al bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre. Ésta puede agravarse por la situación de internación del niño en una unidad intensiva de alta complejidad.¹

* División de Neonatología, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450 (1181) Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: ruizana@ciudad.com.ar

Aclaración de intereses: No existió apoyo financiero para la realización de este estudio.

Los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) cada vez más eficientes cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil. Sin embargo, como era de esperar, estos resultados alentadores de las UCIN han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres.

La experiencia demuestra que la internación en la UCIN provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. Numerosas investigaciones documentan esta situación.^{2,3}

Nuestro objetivo principal fue desarrollar y evaluar un Programa de Intervención Psicológica con la hipótesis que postula que, aplicado tempranamente, desde la internación del niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales, reduciría los niveles de estrés y depresión en las madres de esos niños. Para demostrar la hipótesis enunciada se diseñó un estudio que nos permitiera aplicar y evaluar un Programa de Intervención Psicológica transdisciplinario y multifactorial, en el recién nacido de muy bajo peso al nacer y sus padres.⁴

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se efectuó en el período comprendido entre el 5/1/97 y el 20/11/99 en la División Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Diseño: Estudio experimental no aleatorizado y controlado.

Población: El criterio de inclusión fue el de recién nacidos con peso al nacer entre 500 y 1.500 gramos, que sobrevivieran a su internación en la UCIN y pasaran a la unidad de cuidados intermedios. Los de exclusión fueron neonatos con anomalías congénitas, gemelares, sin consentimiento de los padres y uno o ambos padres con alteraciones psiquiátricas. La población se dividió en dos grupos: intervención y control. En un estudio

piloto previo se empleó una tabla aleatoria para constituir los grupos, pero se presentaron dificultades con cuatro parejas de padres del grupo de control, que manifestaron su disconformidad por no recibir el programa de intervención. Por lo tanto, en el presente estudio la constitución de los grupos se efectuó mediante un método de tiempo retrasado, a fin de evitar la simultaneidad entre ambos grupos. La investigación se desarrolló con una diferencia de tres meses entre cada uno de ellos, incluyéndose en cada período todos los recién nacidos y sus madres que cumplieran el criterio de inclusión y no presentaran ninguna de las causas de exclusión.

El Comité de Ética del Departamento de Pediatría aprobó el estudio.

PROCEDIMIENTOS

Acciones en el grupo control: Los padres de este grupo recibieron los cuidados habituales, de acuerdo con un programa que se viene desarrollando desde hace más de 20 años en la División de Neonatología del Hospital Italiano. Este consiste en un grupo de apoyo para padres cuyo objetivo está centrado en la contención emocional, la posibilidad de conocer las experiencias de unos y otros y establecer un fuerte nexo con el equipo de seguimiento que tiene a su cargo el control alejado del niño luego del alta.

Programa de intervención: Se basa en el programa empleado por el Dr. Barry Lester y colaboradores.⁵

Los dispositivos terapéuticos consisten en un abordaje transdisciplinario y multifactorial.

Transdisciplinario porque profesionales de diferentes disciplinas intervienen en él, en este caso médicos, personal de enfermería, psicólogo, etc. y las acciones asistenciales surgen de la integración de los diferentes profesionales que interactúan con los padres y a su vez participan activamente en el cuidado y atención del niño.

Multifactorial porque no se centra sólo en el bebé, sino también en la interacción entre padres e hijos y en el estado afectivo que pueden presentar los padres durante la internación del hijo. Por lo tanto, los padres, sus necesidades afectivas y las de su bebé prematuro, constituyen el centro de las acciones y de los cuidados que se prodigan. En publicaciones anteriores se puede encontrar mayor información sobre los fundamentos del programa de intervención.^{6,7}

Características del programa

El programa consta de varias etapas, cada una se define por el momento en que se encuentra la evolución del bebé y la tarea que desde lo psicológico deben llevar a cabo él y sus padres. En función de estos aspectos se plantean objetivos variables y se ejemplifican las estrategias de abordaje (Tabla 1).

Con el grupo de padres de intervención, en especial con las madres, se llevaron a cabo entrevistas individuales dos veces por semana desde los primeros días de la internación del niño. Éstas se realizaron en la sala de cuidados intensivos al lado de la incubadora o cuna del niño, independientemente de su estado clínico, orientando los contactos entre

TABLA 1. Etapas del programa de intervención

Etapas	Objetivos	VARIABLES A TENER EN CUENTA	Estrategias de intervención
Primera: Impacto ante el nacimiento prematuro: la creación de una membrana extrauterina.	Crear un espacio de contención para los padres y la familia. Facilitar la creación de una matriz de apoyo y sostén para la madre.	Historia del embarazo. Grupo familiar, sostén y riesgo social.	Información acerca de las rutinas de la UCIN. Explicaciones acerca del concepto de edad corregida, formas de acercamiento al bebé. Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital).
Segunda: Primeros contactos madre-prematuro: facilitación de los contactos con un bebé real.	Elaborar diferentes duelos que deben atravesar los padres y entorno familiar. Facilitar las capacidades parentales de anticipación e identificación acerca de las características y necesidades del bebé prematuro. Detectar los factores que pueden interferir en estos procesos. Desarrollar los procesos de identificación materna y organización familiar.	En el prematuro: edad gestacional, estado clínico, comportamiento neonatal, organización, conductas de estrés y evitación. En los padres: historia conyugal y parental. Personalidad materna, nivel de ansiedad, fantasías y temores acerca de ella como madre y de la salud de su bebé.	Explicación a los padres de las necesidades de control homeostático del bebé prematuro. Observación de signos de desorganización, sobreestimulación, etc. Integración con otros padres de prematuros, organización de horarios de visitas, etc. Creación de espacios para los padres y entorno familiar que faciliten el reconocimiento de sus propias necesidades.
Tercera: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas.	Favorecer las funciones maternas de sostén (holding) (Winnicott) y la empatía cenestésica (Spitz). Rescatar la singularidad del bebé. Favorecer la lactancia materna.	Características del prematuro, observación de sus diferentes subsistemas. Organización de sus estados. Capacidad materna de anticiparse a las necesidades del bebé, organización de cuidados, sostén, manipulación.	Observación de los recursos del bebé prematuro, formas de inhibir movimientos repentinos, sobresaltos, temblores, etc. Regulación de los estados de conciencia. Formas de contenerlo. Elaboración de un plan de estimulación del bebé.
Cuarta: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.	Organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé. Integración del bebé al núcleo familiar. Interacción cercana con el equipo de seguimiento de niños prematuros.	Factores ambientales y de riesgo social. Grupo familiar.	Planificación conjunta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta. Organización del hogar. Énfasis en la importancia del plan de seguimiento.

ambos y en espacios privados donde se planteaban temas ligados al estado afectivo de los padres, la organización familiar, licencias laborales, etc.

El impacto de la intervención se investigó a través del nivel de estrés y de depresión materna manifestados durante la internación del niño. Estos aspectos se evaluaron mediante escalas diseñadas para tales fines: Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit, PSS: NICU)⁸ e Inventario de depresión de Beck (BDI).⁹ Uno de los autores (ALR) recibió entrenamiento en la Unidad de Desarrollo Infantil del Women and Infants Hospital de Rhode Island, junto al Dr. B. Lester y su equipo, quienes han desarrollado un programa de intervención multidisciplinaria que provee apoyo y asistencia psicosocial a recién nacidos de alto riesgo y sus familias.⁵

Las mencionadas escalas de evaluación se entregaron a los padres para que las respondieran en sus hogares. Se entregaron los formularios cuando el niño pasaba de la unidad de cuidados intensivos (UCIN) a la sala de cuidados intermedios. En esa ocasión se les explicaron detalladamente las características de la evaluación, enfatizando la importancia de que contestaran los formularios para conocer mejor los múltiples aspectos que están presentes cuando un bebé de muy bajo peso está internado en la UCIN. En relación con este tema, se conversó con los padres acerca de su lugar en las unidades de cuidados intensivos y cómo investigaciones previas, como las de Klaus y Kennell¹⁰ y otras,¹¹ habían ayudado a cambiar ciertas prácticas y rutinas en las terapias de internación neonatal.

Características de los instrumentos de evaluación

- Historia clínica del Programa de Seguimiento de Prematuros y RN de alto riesgo, en la que se incluyen datos demográficos, datos clínicos del niño: edad gestacional, peso, diagnósticos, evolución del período neonatal; datos maternos: embarazos previos- embarazo actual; parto; vínculo madre-hijo y los aspectos socioeconómicos-culturales.
- Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos (PSS: NICU): mide y

evalúa el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se basa en la teoría de Magnussen sobre el estrés y sus diferentes niveles de análisis.¹² 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, es decir, qué factor o situación particular es percibido, interpretado y representado cognitivamente como más estresante para los padres.

Las cuatro subescalas son:

1. Luz y sonidos: analiza el ambiente de la UCIN;
2. Apariencia del bebé: se refiere al estado de enfermedad y los cuidados que requiere el niño.
3. Comunicación con el equipo profesional: analiza las relaciones con los diferentes integrantes del equipo de cuidado del niño
4. Interacción con el bebé: se refiere a la situación en la internación y la alteración de los vínculos entre padres e hijos.

La segunda sección permite un macroanálisis del estrés parental, es decir, evalúa el nivel de estrés general que los padres han manifestado al estar su hijo internado en la UCIN.

En síntesis, la escala consiste en un formulario con 46 ítems que son completados en forma autoadministrada y con el cual se obtienen dos tipos de mediciones, de acuerdo con las secciones antedichas:

Puntaje 1: se compone mediante los puntos obtenidos en las diferentes subescalas, que resultan del nivel de estrés experimentado en relación con una situación particular ("estresores"). La puntuación varía desde 0: no experimentó estrés por esa situación, hasta 5, que representa un estrés máximo.

Puntaje 2: es el nivel de estrés en su conjunto (nivel de estrés general) que representa cuán estresante ha resultado la experiencia en la UCIN. Los puntajes se califican de 1 a 5. Todos obtienen un puntaje, ya que se considera que la situación de internación de un hijo en una unidad de cuidados intensivos es, en sí misma, estresante y se otorga una puntuación en relación a cuán estresante ha resultado. Por lo tanto, un puntaje de 1 indica

haber experimentado estrés y 5, en grado extremo.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI): es un instrumento que puede ser autoadministrado, que consta de 21 ítems y evalúa los síntomas de depresión en sus componentes cognitivos, afectivos, de comportamiento y somáticos.⁹ La versión revisada de este instrumento se desarrolló a partir de las evaluaciones del BDI original en adultos y adolescentes normales. Luego se realizaron adaptaciones, lo que dio lugar a un inventario que representa síntomas y signos que se clasifican en una escala de 4 puntos, ranqueados de 0 a 3 puntos en términos de gravedad de la depresión. Cuando la puntuación no es mayor a 9 se considera dentro de un rango normal; de 10 a 18 indica un grado leve de depresión; de 19 a 29 un grado moderado y de 30 a 63, un grado severo.

Estas escalas han sido validadas en estudios previos.^{13,14} Su traducción y adaptación fue realizada por uno de los autores (ALR).

Características de la ejecución del estudio

Todos los padres fueron contactados cuando sus hijos ingresaban a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se les solicitaba el consentimiento informado para participar en el estudio y se les entregaba material bibliográfico acerca del desarrollo del recién nacido prematuro, el ambiente de cuidado en la UCIN, las complicaciones clínicas más frecuentes y la invitación para las reuniones semanales del grupo de apoyo.

La mortalidad de los niños registrada en la historia clínica y en la base computarizada de datos, específica de los prematuros con peso inferior a 1.500 g, permitió clasificar los diagnósticos de enfermedad en tres categorías:

1. Leve: por ejemplo: ictericia que no requirió exsanguinotransfusión, dificultad respiratoria sin necesidad de oxígeno suplementario más de 48 horas ni apoyo respiratorio, reflujo gastroesofágico leve.
2. Moderada: ejemplos: apneas que respondían al tratamiento farmacológico, dificultad respiratoria que requirió CPAP, displasia broncopulmonar leve a moderada, anemia.

3. Grave: ejemplos: sepsis confirmada, dificultad respiratoria que requirió surfactante y ventilación mecánica, retinopatía del prematuro grado 3 o mayor, hiperbilirrubinemia con necesidad de exsanguinotransfusión, hemorragia intracraneana grados 3 y 4 y displasia broncopulmonar grave.

Si un recién nacido presentaba dos diagnósticos en diferentes categorías, se lo incluía en el grupo correspondiente a la patología más grave (ejemplo: ictericia y sepsis confirmada, se incluyó en el grupo 3).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Los datos y análisis se evaluaron con el sistema estadístico Statistical Analysis System (SAS).

En el caso de las variables cuantitativas, se presentan los resultados correspondientes a las medias, con los desvíos estándar correspondientes. Para las variables discretas o categóricas se empleó la prueba exacta de Fisher. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney para estudiar las diferencias de las variables entre los grupos y la prueba de Student para las variables de distribución normales. Se consideran significativos los valores de p inferiores a 0,05.

RESULTADOS

De un total de 70 prematuros nacidos en el período de estudio, siete fallecieron, dos padres no aceptaron ingresar en el estudio y uno se excluyó por ser gemelar (el hermano falleció intraútero). Por lo tanto, 60 recién nacidos prematuros y sus padres, que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión, se incorporaron al estudio. Se dividieron en dos grupos: intervención ($n=31$) y controles ($n=29$). Los grupos tuvieron características similares (Tabla 2).

En el grupo de intervención, 48% de los prematuros presentó un diagnóstico grave, contra 17% en el grupo de control ($p=0,01$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en relación con el momento de los diferentes contactos entre las madres y sus niños (Tabla 3).

El grupo de madres con intervención presentó un nivel de estrés general significativamente menor que los controles (Tabla 4). El resultado persistió aun después de controlar

la edad y educación materna y la edad gestacional al nacer.

Con relación a las subescalas, se observaron diferencias significativas, a favor del grupo con intervención, en la de "apariencia del bebé", "interacción con el bebé" y en "luz y sonidos". No se encontraron diferencias en la subescala "comunicación con los profesionales a cargo del cuidado del bebé" (Tabla 4). La experiencia en la UCIN fue "extremadamente estresante" en el 62% de las madres del grupo de control, valor significativamente mayor que en el grupo de intervención (6,4%; Tabla 5).

El grupo de control presentó un nivel

significativamente más alto de depresión materna, con un puntaje de $19,6 \pm 4,8$ contra $9 \pm 2,7$ en el grupo de intervención (Tabla 6).

Se observó una significativa relación entre el nivel de estrés y la depresión materna ($p=0,001$), por lo cual a un mayor nivel de estrés correspondieron mayores síntomas de depresión, aun cuando el valor del indicador es relativamente débil ($r=0,48$, coeficiente no paramétrico de correlación de Kendall).

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de estrés de ambos grupos en relación con la gravedad del diagnóstico clínico del recién nacido y el momento de los contactos entre madre e hijo. Tampoco hubo correlación significativa entre el diagnóstico neonatal y el contacto madre-hijo y la intensidad de los síntomas de depresión, tanto en el total de los casos ($n=60$), como en los grupos de control y de intervención, excepto en la variable "cuando lo tuvo en brazos". Las madres del grupo de intervención tuvieron a sus bebés en brazos significativamente antes que los controles ($p=0,012$).

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue evaluar la aplicación de un nuevo programa de intervención psicológica en madres de bebés nacidos prematuramente con muy bajo peso. Esta es una de las situaciones más frecuentes en la neonatología actual y habitualmente significa para los padres una experiencia muy difícil y desencadenante de estrés y depresión. Las madres de los prematuros cuentan con menos posibilidades de ser acompañadas en su período de puerperio, ya sea por su familia o por el equipo asistencial, que las madres de término. El prematuro es el centro de la atención de todos en función de su inmadurez y estado clínico, muchas veces muy crítico.

A las molestias físicas de la madre (cesárea, episiotomía) se debe agregar a veces el cuidado de otros hijos, traslado al hospital, etc., lo cual complica su situación real y su estado emocional. Las experiencias aportadas por diferentes abordajes psicológicos llevados a cabo en unidades de internación neonatal^{14,15} han mostrado que es factible acompañar a las madres en situaciones conflictivas, como por ejemplo, la búsqueda de organización y de adaptación familiar o el poder poner palabras a lo que estaban sintiendo. Esto se refleja

TABLA 2. Características de la población

	Grupo de control (n= 29)	Grupo de intervención (n= 31)	Valor de p
Peso al nacer, gramos, media (\pm DE)	1.295,8 (278,6)	1.245,8 (289,7)	0,54*
Edad gestacional, sem. media (\pm DE)	30,7 (2,8)	29,6 (2,6)	0,12*
Sexo femenino (%)	14= 48%	14= 45%	1,00**
Tiempo de permanencia en UCIN, días, media (\pm DE)	25,0 \pm 17,7	32,9 \pm 26,5	0,26*
Tiempo de permanencia en UCE, días (\pm DE)	18,3 \pm 5,0	22,7 \pm 9,0	0,05*
Edad materna, años media (\pm DE)	29,7(5,9)	31,3(5,7)	0,32*
Educación de la madre (%)			
≤ 12 años	50%	33%	0,68**
> 12 años	50%	67%	
Trabajo del padre (%)			
en relación de dependencia independiente	75,8%	73,3% [#]	1000*
Soporte familiar (%)			
adecuado	96,5%	83%	0,19**
no adecuado	3,4%	16,1%	

*Prueba de MannWhitney.

**Prueba exacta de Fisher.

[#] En el grupo de Intervención se incluyó a un padre que en esos momentos se encontraba sin trabajo, de ahí que al evaluar el trabajo de ellos, el número total es de $I=30$. Se consideró la categoría trabajo en forma independiente o dependiente del padre, en función de que la asistencia se brinda en un hospital privado, al que concurren pacientes que cuentan con cobertura de su obra social y otros que son asociados al Plan de Salud del Hospital Italiano.

en menor costo afectivo y menores niveles de estrés y depresión.

Nuestro estudio estuvo basado principalmente en los efectuados por el Dr. Lester y colaboradores en la Unidad de Desarrollo Infantil del Women and Infants Hospital de Rhode Island, EE.UU. Ellos emplearon un Programa de Intervención Psicosocial para niños de alto riesgo efectuando un estudio experimental con recién nacidos prematuros y sus familias, con resultados muy positivos.¹³

Una de las debilidades de nuestro estudio podría ser que la selección de los pacientes no pudo efectuarse mediante un sistema aleatorizado. Al inicio, en un estudio piloto, se realizó una distribución de los grupos a partir de un método de tablas aleatorias. Este método provocó dificultades insalvables, motivadas principalmente por el desagrado de las madres del grupo control, que observaron que ellas no recibían el "mismo trato", sintiéndose, por lo tanto "discriminadas". Esto se debió a que la aleatorización planteaba el accionar simultáneo de ambos grupos: intervención contra control (no intervención).

Estas dificultades ya habían sido consideradas por otros autores que realizaron estudios en el área vincular madre-recién nacido prematuro y donde se evaluaban resultados luego de intervenciones con las madres. Klaus y Kennell,¹⁶ en sus estudios pioneros sobre el contacto temprano y tardío entre madres y bebés dicen textualmente: "Los estudios sobre los dúos madres-hijos prematuros plantean muchas dificultades, sobre todo por los problemas que surgen durante el largo período de tensión de la hospitalización, junto con el cometido casi imposible de obtener una población homogénea en ambos grupos en cuanto a paridad, sexo del niño, peso al nacer, edad gestacional, religión, antecedentes culturales y condiciones socioeconómicas. Tampoco pueden controlarse las experiencias de la niñez de la madre ni los factores de estrés del hogar. Ninguno de los investigadores (haciendo referencia a los estudios de las Universidades de Stanford y Case Western Reserve) pudo atender los grupos de contacto temprano y tardío al mismo tiempo en el servicio de neonatología porque cada estudio tuvo su período de 3 meses de contacto temprano, para que las madres en contacto tardío no observasen a las madres en contacto temprano en la sala. Por último

debieron interrumpirse ambos estudios, ya que resultaban demasiado dolorosos para las enfermeras, que consideraban injusto no permitir que todas las madres estuviesen en contacto temprano con sus niños.

Asimismo, en el primer estudio que realizó la Dra. Als, en relación con la atención especializada del recién nacido de alto riesgo y su desarrollo posterior, se empleó un diseño con método de tiempo retrasado.¹⁷ Se optó por él porque los neonatos incluidos en el Programa de Intervenciones recibían un trato diferente al que se daba habitualmente a los niños internados en la unidad de cuida-

TABLA 3. Contactos tempranos prematuro-madre

	Grupo de control (n= 29)	Grupo de intervención (n= 31)	valor de p*
Cuándo lo vio			
Parto (%)	65%	42%	NS*
Primeras 48 horas	27%	52%	
Después	7%		
Cuándo lo tocó			
Parto	21%	22%	NS*
Primeras 48 horas	59%	55%	
Después	21%	22%	
Cuándo lo tuvo en brazos			
1ª semana	41%	58%	NS*
2ª semana	48%	23%	
3ª semana	7%	3%	
4ª semana	0,00	10%	
5ª semana	3%	6%	

*Prueba exacta de Fisher.

TABLA 4. Efectos de la intervención sobre el nivel de estrés

	Grupo de control (n= 29)	Grupo de intervención (n= 31)	Valor de p**
A) Nivel general de estrés*	4,75±0,62	3,16±0,93	p<0,001
B) Subescalas			
Luz y sonidos	12,7±4,83	9,2±4,35	p<0,012
Apariencia del bebé	34,3±15,96	19,6±9,67	p<0,001
Comunicación con profesionales	3,58±5,13	3,0±5,13	p<0,15 (NS)
Interacción con el bebé	23,79±7,17	10,87±7,17	p<0,001

*Media ± DE.

**Prueba no paramétrica de Wilcoxon.

NS: no significativo.

dos intensivos. Igual situación se presentó en nuestro estudio piloto, por lo cual, como resultaba imprescindible contar con un grupo de control, decidimos utilizar la misma metodología de la Dra. Als, realizando una selección de los pacientes con un período de diferencia de 3 meses entre cada grupo; de esta forma se evitó la simultaneidad entre el grupo control y el de intervención.

En el presente estudio, las madres del grupo de intervención alcanzaron un índice de depresión significativamente menor que las madres del grupo control. Ellas expresaron sentir menores signos de sentimientos de tristeza, de insatisfacción, no sentirse culpables, menos llanto y estado de irritación, menores grados de introversión social, de indecisión, leves dificultades para trabajar e insomnio, así como menos falta de apetito y de líbido, en comparación con las madres del grupo control.

Estos datos son coincidentes con los de Meyer y colaboradores,¹³ quienes encontraron un nivel de depresión significativamente inferior en las madres del grupo de intervención.

En cuanto a los diagnósticos clínicos del niño, se observó que el grupo de intervención tuvo una proporción de neonatos con enfermedad grave significativamente mayor que en el grupo control. A pesar de esto,

los menores signos de depresión alcanzados por las madres de ese grupo expresan los efectos positivos de la intervención sobre su estado emocional. En este grupo se planteó la necesidad de facilitar los contactos cercanos entre madre y bebé a fin de establecer un mejor vínculo entre ambos, más allá de la tecnología que requiera el niño. Sin embargo, es importante señalar que en estos momentos (cuando las madres los tuvieron en brazos) las madres expresaron un aumento de sus niveles de depresión, quizás motivados por el estado clínico de mayor gravedad del hijo.

Por otra parte, al analizar los porcentajes dados a diferentes indicadores de depresión, tanto las madres del grupo de control como las del grupo de intervención señalaron la presencia en más de un 90% de signos depresivos, como aumento del llanto, irritabilidad, introversión social, indecisión, dificultades para trabajar, trastornos del sueño y falta de energía como expresión de su estado afectivo, lo que creaba una situación de vulnerabilidad emocional.

Estos datos son semejantes a los descriptos por varios investigadores,^{18,19} quienes observaron mayores indicadores de ansiedad y depresión materna manifestados aun después del alta de los niños prematuros. Por lo tanto, la persistencia de signos de depresión puede transformarse en un riesgo para el desarrollo afectivo y neuromadurativo de los niños.

Con relación al ambiente de la UCIN, las madres del grupo de intervención expresaron sentir menos estrés frente al ambiente de la UCIN –subescala luz y sonidos– que las madres del grupo control. Esto podría deberse al sostén emocional que representaba la intervención, ya que los encuentros con las madres se realizaban en la unidad al lado de las incubadoras de sus hijos. Sin embargo, a pesar de esto, el análisis de los diferentes porcentajes de los puntajes arroja un resultado que refleja que el total de las madres señaló algún nivel de estrés en relación con la presencia de monitores y equipos, así como el ver a los otros bebés de la unidad.

Las características de la unidad de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires, podrían sumar un estrés aún mayor en los padres, ya que se encuentran internados neonatos con patologías muy graves (cardio-

TABLA 5. Grado del nivel de estrés expresado por las madres

	Grupo de control n= 29	Grupo de intervención n= 31	Valor de p*
1. No ha sido estresante (%)	0	1 (3,23)	NS
2. Levemente estresante (%)	1 (3,4)	4 (12,9)	NS
3. Moderadamente estresante (%)	5 (17)	17 (54,0)	<0,005
4. Muy estresante (%)	5 (17)	7 (22,6)	NS
5. Extremadamente estresante (%)	18 (62)	2 (6,4)	p<0,001

*Prueba exacto de Fisher.

TABLA 6. Efectos de la intervención sobre la depresión materna (BDI)*

	Grupo de control n= 29	Grupo de intervención n= 31	Valor de p**
Total BDI* (Media ±DE)	19,6±4,8	9,0±2,70	p<=0,001

*BDI: Inventario de depresión de Beck.

**Prueba no paramétrica de Wilcoxon.

patías congénitas, patologías quirúrgicas graves, malformaciones) derivados de otros centros. La tecnología que rodea a estos niños da lugar a alarmas y otros ruidos ambientales repentinos que las madres señalaron como estresantes.

Tanto el grupo de control como el de intervención consideraron a la comunicación con enfermeras y médicos como la menos estresante de las subescalas. No obstante, se podría suponer que en el momento en el que se completaron los instrumentos de evaluación, las madres de ambos grupos habían logrado una organización y adaptación interna que les permitía mantener una mejor comunicación con el personal de enfermería, neonatólogos y otros miembros de la UCIN. También podría deberse al hecho que el personal de la unidad es altamente especializado, no sólo en lo referente al cuidado clínico de pacientes de alto riesgo, sino también al trato con las familias. Asimismo, los padres no cuentan con horarios estrictos para el ingreso a las unidades de internación y se permite que permanezcan sin inconvenientes junto a las incubadoras de sus hijos. Por otra parte, también los hermanos y abuelos pueden ingresar a la unidad.

A su vez, el programa de intervención implicó un trabajo conjunto entre personal de enfermería, neonatólogos y psicóloga, lo que favorece una mayor sensibilidad por parte del equipo de salud para tratar los aspectos emocionales. Esto se corroboró en las entrevistas donde las madres entregaban los instrumentos de evaluación. El 85% señalaron sentirse apoyadas por sus parejas y por alguna de las enfermeras que tenían a su cuidado al niño durante la internación en UCIN. Mantenían una estrecha relación con éstas y expresaron un fuerte sentimiento de desprotección cuando rotaban a otro sector o el niño era transferido a la unidad de cuidados intermedios.

Las diferencias en la subescala de apariencia e interacción con el bebé pueden explicarse por el programa de intervención que contenía un fuerte apoyo de los aspectos emocionales y de orientación acerca de pautas adecuadas de interacción y estimulación apropiada a las necesidades del pretérmino y en los momentos más aptos para el bebé. Sin embargo, el total de las madres expresó algún nivel de estrés en relación con la asis-

tencia tecnológica que requería el niño (tubos, equipamientos, agujas, etc.) o a su aspecto, como el tamaño tan pequeño y la forma de respirar. Asimismo, casi el total de las madres de ambos grupos señalaron sentir algún nivel de estrés en relación con la separación del niño, así como también el no poder alimentarlo. El 85% sintió que era estresante que las enfermeras se ocuparan de los cuidados y pasaran más tiempo con sus bebés.

Estos datos coinciden con los informados por Wercwszack y col.,²⁰ quienes observaron que a los 3 años, las madres de los niños nacidos prematuros aún recuerdan que el compartir el cuidado con el personal de enfermería, era un factor estresante.

En cuanto al nivel de estrés general y el trabajo de los padres, se observó que en las que se desempeñaban en forma independiente, el nivel de estrés de las madres era mayor. Ellas expresaron más dificultades económicas, en especial motivadas por la larga internación, o porque estaban lejos de su lugar de origen, al haber sido derivadas, en general, de zonas alejadas del país.

Cronin y col.²¹ hallaron en Canadá resultados similares. Las madres de prematuros refieren mayores dificultades económicas y financieras, ya que debieron ocuparse en mayor medida de su bebé, lo que trajo aparejado tener que trabajar menos o no poder hacerlo.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, y aun con las debilidades mencionadas, el modelo de intervención llevado a cabo durante la internación con el niño de muy bajo peso y su familia, permitió reducir significativamente el estrés y la depresión materna. Estos resultados nos llevan a plantear la importancia que tiene en el cuidado del neonato internado de alto riesgo, la participación de grupos interdisciplinarios (enfoque biopsicosocial). Será necesario contar con nuevos estudios, con un mayor número de pacientes que, si confirmaran estos resultados, permitirían implementar estrategias tendientes a mejorar la atención emocional de los padres y la integración del niño a su familia.

Agradecimientos

A las enfermeras de la Unidad de Cuida-

dos Intensivos, por su permanente colaboración y compromiso y a las familias que participaron en el estudio con un notable interés. A Patricia Valdez, por su inestimable trabajo en la confección del manuscrito. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz AL. El bebé prematuro y sus padres. Tesis doctoral. Universidad del Salvador. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores, 2004.
2. Poë DS, Pinelli J. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network* 1997; 16:29-37.
3. Gennaro S, York R, Brooten D. Anxiety and depression in mothers of low birth weight and very low birth weight infants from birth through five months. *Iss Comp Pediatric Nurse* 1990; 13:97-109.
4. Cravedi V, Ruiz AL, Ceriani Cernadas J, Rodríguez D, Fustiñana C. Stress and depression in mothers of premature infants: Evaluation of a psychosocial intervention model in the NICU, a randomized controlled study. *Pediatric Academic Societies Annual Meeting. Ped Res* 1999, 45 (4): 222A (1303).
5. Lester B, Bigsby R, High P, Wu S. Principles of intervention for preterm infant in the NICU. 10^o Canadian Ross Conference in Pediatrics. Optimizing the neonatal intensive care environment. 1996; 80.
6. Fustiñana C, Ruiz AL. Situaciones críticas en neonatología. En: *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas Interdisciplinarias*. Beker E, Beltrán M, Besozzi A (eds). Buenos Aires. Editorial Catálogos 2002: 129.
7. Ruiz AL. Cuidados de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal PRONEO. Programa de Actualización en Neonatología. Tercer ciclo, Módulo 1. Buenos Aires, Editorial Panamericana. 2002:147.
8. Miles MS, Funk GS, Carlson J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit Nurs Research 1993; 42:148.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson MA. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561.
10. Klaus M, Kennell J. La relación madre-hijo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1983.
11. Martínez JC. El contacto madre-hijo prematuro piel a piel: un aporte a la moderna asistencia neonatal. *Arch. argent. pediatr* 1991; 89:142-147.
12. Magnussen D. Situational determinants of stress: An interactional perspective. En: *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. L Goldeberg & Breznitz (eds). New York Free Press 1982; 231.
13. Meyer EC, García Coll CT, Lester BM, Boukydis CFZ. Family based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics* 1994; 93 (2):241.
14. Poë DS, Pinelli J. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network* 1997; 16(1):29-37.
15. González MA. Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1996; 15(2):87-91.
16. Klaus M, Kennell J. Asistencia de los padres del neonato prematuro o enfermo. En: *La relación madre-hijo*. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 1983; 112.
17. Als H. Synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment. En: *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives*. Sweeney JK (Ed) The Haworth Press, 1986; 88-102.
18. Miles SM, Holditch D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Sem Perinatol* 1997; 21:13.
19. Trause MA, Kramer LI. The effects of premature birth on parents and their relationship. *Dev Med Child Neurol* 1983; 25:439.
20. Werczeszczak J, Miles M, Holditch DD. Maternal recall of the neonatal intensive care. *Neonatal Network* 1997: 16
21. Cronin C, Shapiro CR, Casiro O, Cheang M. The impact of very low-birth weight infants on the family is long lasting. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:151.