

Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación

Chronic post-traumatic stress in mothers of very low birth weight preterm infants born before 32 weeks of gestation

Dra. Diana C. Rodríguez^{a,c}, Dr. José M. Ceriani Cernadas^{a,c,d}, Lic. Paz Abarca^b, Lic. Eleonora Edwards^{b,c}, Lic. Luciana Barrueco^b, Dr. Pedro Lesta^b y Dr. Pablo Durán^e

RESUMEN

Antecedentes. Los prematuros de muy bajo peso al nacer suelen generar estrés en sus madres, que puede persistir más de seis meses luego del nacimiento. Este trastorno se denomina estrés postraumático crónico (EPTC).

Objetivo. Detectar frecuencia y síntomas del EPTC en madres de prematuros de muy bajo peso al nacer menores de 32 semanas de gestación.

Métodos. Estudio transversal, mediante una encuesta voluntaria autoadministrada a madres con embarazo único. Se empleó la Escala de trauma de Davidson.

Resultados. Se realizaron 172 encuestas; se eliminaron 26 incompletas. De 146 madres incorporadas, 64 (el 44 %) presentaron estrés. Las madres con EPTC tuvieron un 46,8 % de prematuros nacidos < 28 semanas vs. un 31,7 % en madres sin EPTC (p: 0,032). Los prematuros con peso < 1000 g fueron más frecuentes en madres con EPTC, el 53 % vs. el 34 % en madres sin estrés (p: 0,011). No hubo diferencias entre grupos de madres en morbilidad neonatal (p: 0,072). La morbilidad grave fue más frecuente en madres con EPTC, el 44 % vs. el 28 % (p: < 0,004). Las madres con menor escolaridad tuvieron EPTC significativamente mayor (p: 0,013). No hubo diferencias en la edad materna (p: 0,313), edad de los niños (p: 0,405) y días de hospitalización en la Unidad (p: 0,316).

Conclusión. El 44 % de las madres de prematuros de muy bajo peso al nacer tuvieron EPTC, significativamente más frecuente en prematuros ≤ 28 semanas, con peso < 1000 g, morbilidad grave y menor escolaridad materna.

Palabras clave: trastornos por estrés postraumático, madres, recién nacido prematuro.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.306>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.306>

- Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Servicio de Salud Mental Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Escuela de Medicina, Instituto Universitario, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Consejo de Publicaciones, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Centro Latinoamericano de Perinatología, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Montevideo, Uruguay.

Correspondencia:
Dr. José M. Ceriani
Cernadas: jose.ceriani@hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 21-1-2020
Aceptado: 13-4-2020

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un prematuro con muy bajo peso al nacer (MBPN) es una situación inesperada que suele ocasionar, en los padres, diferentes trastornos somáticos y psíquicos, principalmente, con síntomas de estrés y depresión. Son de los más frecuentes y ciertas investigaciones documentan estos trastornos. Se ha observado que el estrés y la depresión en las madres son más frecuentes que en los padres.^{1,2} La depresión genera una mayor vulnerabilidad que se incrementa cuando estos bebés deben permanecer días, semanas o meses internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).³⁻⁷

En un estudio realizado en el Servicio de Neonatología de nuestro Hospital, se detectó una elevada frecuencia de estrés y depresión en las madres de prematuros durante la permanencia en la UCIN. Asimismo, la aplicación temprana de una intervención psicológica en un grupo de madres antes del alta de la UCIN redujo los niveles de estrés y depresión.^{1,2} Un resultado similar fue observado en otros estudios.⁸⁻¹² Esto es importante, ya que la experiencia traumática en la UCIN para los padres puede prolongarse a través del tiempo.

De acuerdo con la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad que ocasiona un acontecimiento traumático. El TEPT cuenta con

Cómo citar: Rodríguez DC, Ceriani Cernadas JM, Abarca P, Edwards E, et al. Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(5):306-312.

dos aspectos. El primero es que la persona experimenta un factor de estrés extremo, y el otro son las reacciones de la persona, en especial, los temores y la desesperanza. En el TEPT, se suelen presentar tres clases de síntomas: la experimentación del hecho traumático, la evitación de recordatorios y/o un embotamiento psíquico. Estos síntomas persisten y están en un aumento del estado de alerta con una activación autonómica ante diversas situaciones.

Según el *DSM IV*, cuando los síntomas de estrés continúan luego de los seis primeros meses posteriores al episodio traumático, se considera estrés postraumático crónico (EPTC). Numerosos factores influyen en la génesis del estrés asociado a la prematuridad,¹³⁻²⁰ en el que las madres sufren situaciones que son las que más se destacan en el parto prematuro imprevisto, y, mayormente, se observan el duelo por el nacimiento antes del término y por el bebé que soñaron, la intensa angustia ante la posible muerte del bebé, las preocupaciones cuando el bebé requiere procedimientos invasivos, las barreras para las primeras interacciones con su hijo en la UCIN y no poder amamantarlo. A esto, se agrega que las madres suelen tener notorios cambios en su modo de vida durante la internación del bebé, nuevas preocupaciones, angustias en las readmisiones al hospital²⁰ y por las posibles enfermedades crónicas futuras.

En nuestra encuesta, la situación traumática durante la internación en la UCIN es explicada como presencia de situaciones adversas, problemas laborales, sociales, económicos, emocionales o de pareja. Aún hay escasos estudios publicados que aborden el tema del EPTC en las madres de prematuros de MBPN, y, mayormente, las publicaciones no suelen tener el síndrome de EPTC completo.

Objetivo principal: determinar la frecuencia y las características de los síntomas de EPTC en las madres de niños que nacieron prematuros antes de las 32 semanas y de MBPN, durante más de seis meses hasta los cinco años posteriores al nacimiento.

Objetivo secundario: evaluar los resultados de las variables incorporadas en la encuesta, en las madres con o sin EPTC.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño: estudio prospectivo con diseño transversal en una cohorte de madres que concurrían al seguimiento de sus hijos prematuros de MBPN y menores de 32 semanas al nacer.

El estudio comenzó el 3 de marzo de 2014 y

finalizó el 22 de noviembre de 2016. Se realizó en la Clínica de Seguimiento de Prematuros del Servicio de Neonatología y participó el Servicio de Salud Mental Pediátrica del Departamento de Pediatría, ambos del Hospital Italiano de Buenos Aires. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta voluntaria realizada por las madres. Las encuestas fueron solicitadas por dos psicólogas del grupo de seguimiento para dar el apoyo que podrían necesitar las madres y se realizaron en los consultorios de la Clínica de Seguimiento de Prematuros o fueron enviadas a través del correo electrónico. Todas las madres realizaron la encuesta luego de que se les preguntara si deseaban hacerlas.

Criterios de inclusión: madres con embarazo de prematuros de MBPN y edad gestacional menor de 32 semanas, que estuvieran ingresadas en el Programa de Seguimiento de Prematuros y que otorgaran el consentimiento informado de la encuesta. Sus hijos debían tener entre más de seis meses y cinco años de edad al momento de aplicar la escala.

Criterios de exclusión: madres con trastornos psiquiátricos antes y/o durante la gestación, embarazo gemelar, neonatos que padecieron enfermedades crónicas antes del alta y aquellos con malformaciones y enfermedades congénitas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Variable principal de resultado: frecuencia de madres de prematuros de MBPN y edad gestacional menor de 32 semanas, con síntomas de EPTC.

Variables secundarias de resultado

- descripción de los síntomas de EPTC en las madres;
- edad de las madres: ≤ 21 años, 22-26 años, 27-31 años, 32-36 años, 37-41 años y ≥ 42 ;
- escolaridad materna;
- edad gestacional ≤ 28 semanas y entre 29 y 31,6 semanas;
- peso al nacer < 1000 g y entre 1000 y 1490 g;
- morbilidad neonatal (leve, moderada y grave);
- días de internación de los prematuros en la UCIN;
- edad en meses y años de los niños de madres con y sin EPTC.

Instrumento

Se utilizó la Escala de trauma de J. R. Davidson,²¹ que fue diseñada para evaluar la frecuencia y la gravedad de los síntomas del

trastorno por EPTC en personas que sufrieron un evento estresante (ver *Anexo* en formato electrónico). Sus ítems se basaban en los criterios de *DSM-IV* (criterio B, ítems 1-4 y 17; criterio C, ítems 5-11, y criterio D, ítems 12-16). Constaba de 17 ítems; los relacionados con intrusión y evitación hacían referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento eran aislamiento y alta activación.

De acuerdo con la Escala de Davidson, se tomaron como marco de referencia los siete días anteriores al momento en que se efectuó la encuesta en cada madre. La escala se encontraba validada en la población anglosajona y traducida y validada al castellano en España por Bobes y cols.²²

Prueba y validación del instrumento

Como la escala no se había validado en la Argentina, inicialmente, se realizó una validación para probar el instrumento y evaluar su confiabilidad en una muestra de 30 encuestas a la población incluida en el estudio. Asimismo, se evaluó la consistencia interobservador, aplicando el cuestionario por dos observadores independientes en cada caso. Se procedió a la evaluación de la validez del contenido del instrumento mediante la revisión y el análisis por los investigadores. Se evaluó la consistencia de los datos mediante la evaluación de frecuencias de distribución de cada una de las variables.

DEFINICIONES

Morbilidad neonatal grave: enfermedad de membrana hialina (EMH), que requirió asistencia respiratoria mecánica más de 72 horas y dos dosis de surfactante, hemorragia intracraneana (HIC) grados 3 y 4; leucomalacia periventricular; displasia broncopulmonar (DBP) grave, *shock* de cualquier etiología, sepsis confirmada temprana o tardía; meningitis; enterocolitis necrosante (ECN) grados 2 y 3; hiperbilirrubinemia con valores mayores del percentilo 90, que requirió luminoterapia más de cinco días y/o exanguinotransfusión; retinopatía del prematuro (RDP), que necesitó tratamiento con láser; *ductus* persistente sintomático, que requirió cirugía.

Morbilidad neonatal moderada: EMH que requirió presión positiva continua en las vías respiratorias (*continuous positive airway pressure*; CPAP, por sus siglas en inglés) y 1 dosis de surfactante; HIC grado 1 o 2; ECN grado 1 b; DBP moderada; sepsis muy probable; niveles de bilirrubina entre el percentilo 75 y 90, que requirió luminoterapia más de 72 horas; RDP

grado 2 o más, que no requirió tratamiento; *ductus* sintomático, que requirió tratamiento farmacológico.

Morbilidad neonatal leve: EMH leve o dificultad respiratoria transitoria, que solo requirió aporte de oxígeno en máscara o halo no mayor del 30 %; ECN grado 1 a; hiperbilirrubinemia, que requirió luminoterapia menos de 72 horas.

Análisis estadístico

Para una probable frecuencia de estrés postraumático del 25 %, con un error de estimación del 5 %, un valor de intervalo de confianza (IC) del 95 % y una pérdida del 20 %, se estimó un tamaño de la muestra de 170 madres. Para cada una de las variables mencionadas, se realizó un análisis descriptivo de los datos, se consignaron los valores correspondientes a la media, desvío estándar, mediana, mínimo y máximo en las variables continuas, frecuencia y porcentaje en las variables discretas y cualitativas.

A fin de verificar el supuesto de normalidad, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Para estudiar si existían diferencias entre los dos grupos independientes, se aplicó la prueba de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis cuando se compararon más de 2 grupos independientes. Para comparar porcentajes, se aplicó la prueba de diferencia de dos proporciones. Se usó un modelo de regresión logística en la presencia de EPTC relacionado con los años de escolaridad de las madres.

En todos los casos, se consideró que la diferencia fue estadísticamente significativa ante una $p < 0,05$. Para el análisis de los datos, se utilizó el *software* estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Ciento setenta y dos madres realizaron las encuestas; se eliminaron 26 al ser incompletas y se incluyeron 146 para su evaluación. Treinta y cuatro madres respondieron la encuesta vía correo electrónico, y el resto, en forma personal al concurrir al Programa de Seguimiento de Prematuros. Del total de respuestas, 82 (el 56 %) no presentaron síntomas de EPTC y 64 (el 44 %) mantuvieron estrés sintomático después de seis meses del nacimiento de sus hijos y hasta los cinco años de edad. La mayor frecuencia de EPTC fue en las madres de niños de entre 7 y 12 meses (el 37,5 %) y se extendió varios años (*Tabla 1*). Las madres que tenían entre 27 y 31 años (el 54,3 %) presentaron la mayor frecuencia de EPTC (*Tabla 2*).

Los tres síntomas de EPTC de mayor frecuencia fueron imágenes y recuerdos dolorosos de lo ocurrido (el 59 %), elevada nerviosidad (el 51 %) e irritabilidad con usuales accesos de ira (el 48 %) (Tabla 3). Las madres con EPTC tuvieron un 46,8 % de prematuros nacidos \leq 28 semanas vs. el 31,7 % en madres sin EPTC ($p = 0,032$), riesgo relativo (RR) de 0,9801-2,2299, por lo que fue una diferencia significativa (Tabla 4). En las 29 y 31,5 semanas, no hubo diferencias significativas

entre las madres con EPTC, el 53 % vs. el 68 % en las que no tuvieron EPTC. Los prematuros con peso < 1000 g fueron significativamente más frecuentes en las madres con EPTC: el 53 % vs. el 34 % en madres sin estrés ($p = 0,011$, RR 1,0117-2,2718) (Tabla 5).

No hubo diferencias significativas en la morbilidad neonatal, aunque se observó una tendencia ($p = 0,072$) (Tabla 6). La morbilidad grave fue significativamente más frecuente

TABLA 1. Frecuencia de estrés postraumático crónico en las madres según la edad de los niños

Edad (en meses)	Respuestas		EPTC	
	N	%	N	%
7-12	61	(41,7)	23	(36,2)
13-18	25	(17,2)	11	(17,4)
19-24	17	(11,7)	9	(14)
25-36	17	(11,7)	9	(14)
> 36	26	(17,7)	12	(18,4)
Totales	146	(100)	64	(100)

EPTC: estrés postraumático crónico.

TABLA 2. Frecuencia de estrés postraumático crónico según la edad de la madre

Edad de la madre (años)	Respuesta		EPTC	
	N	%	N	%
≤ 21	5	(3,4)	2	(3,1)
22-26	8	(5,4)	4	(6,25)
27-31	35	(24)	19	(29,7)
32-36	51	(35)	17	(26,6)
37-41	35	(24)	18	(28,1)
≥ 42	12	(8,2)	4	(6,25)
Totales	146	(100)	64	(100)

EPTC: estrés postraumático crónico.

TABLA 3. Síntomas y frecuencias en madres con estrés postraumático crónico

	Frecuencia (%)
Imágenes y recuerdos dolorosos de lo ocurrido.	59
Muy nerviosa cotidianamente.	51
Irritable o con accesos de ira.	48
Se asusta muy fácilmente.	47
Dificultad en la concentración.	43
Dificultad para disfrutar de las cosas, irritabilidad.	33
Molestias por algo que va recordando.	33
Dificultad para iniciar o mantener el sueño.	30
Evita pensamientos o sentimientos.	29
Distante o alejada de la gente.	25
Incapaz para imaginar que tenga una vida larga.	19
Evita sitios o cosas que recuerden el acontecimiento traumático.	15
Revive que el acontecimiento sucede de nuevo.	15
Incapaz de recordar partes importantes de lo sucedido.	14
Trastornos físicos por recuerdos del acontecimiento.	13
Incapaz de tener sentimientos de tristeza.	11
Pesadillas sobre lo que ocurrió.	8

TABLA 4. Edad gestacional en madres con y sin estrés postraumático crónico

	29-31,6 semanas		≤ 28 semanas		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Con EPTC	30	(34,8)	34	(56,6)	64	
Sin EPTC	56	(65,2)	26	(43,4)	82	
	86		60		146	(100)

EPTC: estrés postraumático crónico.

Edad gestacional igual a 28 semanas o menor: $p = 0,032$.

en prematuros menores de 1000 g de madres con EPTC vs. sin estrés, el 57,1 % y el 42,9 %, respectivamente ($p = 0,004$). Las madres con EPTC tuvieron una significativa menor escolaridad de 15,5 años (IC del 95 % 7-19) vs. 17,5 años (IC 95 % 10-18; $p = 0,013$). La regresión logística mostró un *odds ratio* de 0,871 con valor de $p = 0,026$ y el IC 95 % de 0,771-0,984. Entre las otras variables, no hubo diferencias significativas en edad materna (RR 50 [24-140], $p = 0,313$), edad de los niños (RR 17 [6-58], $p = 0,405$) y días de hospitalización en la UCIN (RR 50 [24-140], $p = 0,316$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se pudo observar que un elevado porcentaje de las madres de prematuros de MBPN y una edad gestacional menor de 32 semanas presentaron síntomas que cumplían con los criterios que señala el *DSM-IV* para la definición del TEPT y EPTC. Se observó que nuestra frecuencia fue mayor de lo que se pudo ver en diversos estudios publicados y que, asimismo, fueron muy escasos los estudios que mostraron la prevalencia de EPTC en poblaciones no similares a las nuestras.^{9,13,14}

Nuestra experiencia en el Programa de Seguimiento de Prematuros con peso al nacer < 1500 g, del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, comenzó hace 43 años. En ese período, se observaron diversos

síntomas en madres que podían tener EPTC y nos relataban, con mayor frecuencia, que se ponían muy “nerviosas” cuando concurrían con sus hijos al hospital; tenían dificultad para poder disfrutar de las cosas cotidianas; evitaban el recuerdo de lo sucedido en el nacimiento; tenían dificultades para dormir y se despertaban varias veces a la noche; solían no animarse a visitar la UCIN para saludar a los médicos y enfermeras, aunque referían un eterno agradecimiento a todos, y manifestaban un malestar psíquico intenso al recordar aquellos acontecimientos traumáticos en la UCIN.

Asimismo, varias madres nos señalaban que cuando estuvieron, durante la estadía de sus hijos, en la UCIN ya tenían estrés y, con frecuencia, decían que era intenso. En diversos estudios publicados, se han observado las percepciones que padres y madres relataban sobre los aspectos que los llevaban a que su estadía en la UCIN fuera un lugar muy estresante.^{1,2,7} Los niveles de estrés en la UCIN de madres de prematuros pequeños podrían ser reducidos a través de una intervención desde los primeros días de hospitalización, ya que permitiría detectar la presencia de estrés en las madres empleando alguna escala.

En el estudio realizado, se empleó la Escala de estrés parental en la UCIN (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit, PSS: NICU) y el Inventario de depresión de Beck (BDI), que nos

TABLA 5. Peso al nacer en hijos de madres con y sin estrés postraumático crónico

	Peso 1000 g-1490 g		Peso < 1000 g		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Con EPTC	30	(35,7)	34	(54,8)	64	(43,9)
Sin EPTC	54	(64,3)	28	(45,2)	82	(56,1)
	84		62		146	(100)

EPTC: estrés postraumático crónico.

Peso menor de 1000 g: $p = 0,011$.

TABLA 6. Morbilidad en prematuros de madres con o sin estrés postraumático crónico

	Leve		Moderado		Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	(%)
Con EPTC	21	(39,7)	15	(34,0)	28	(57,1)	64	(43,8)
Sin EPTC	32	(60,3)	29	(66,0)	21	(42,9)	82	(56,2)
N	53	(100)	44	(100)	49	(100)	146	(100)

EPTC: estrés postraumático crónico.

Morbilidad en todo el grupo: $p = 0,072$.

Morbilidad grave en menores de 1000 g: $p = 0,004$.

permitió intervenir y, así, se pudo reducir el estrés en las madres.^{1,2} Tanto en nuestra experiencia, como en otros estudios,⁷⁻¹¹ se ha logrado una reducción del estrés antes del alta hospitalaria. Es factible que, con esas acciones de intervención en la UCIN, se pueda disminuir el EPTC y es probable que, en algunas madres, los síntomas de estrés vayan desapareciendo antes de los seis meses después del nacimiento. De ser así, los padres podrán ir disminuyendo, especialmente, el temor y la desesperanza.

Cabe señalar que, probablemente, el EPTC sea más frecuente en prematuros muy pequeños, ya que permanecen más tiempo en la UCIN, varias semanas o meses, lo cual significa una situación muy estresante para los padres. Asimismo, es posible que ellos puedan lograr un bienestar emocional, autoconfianza y otros factores, mediante la aplicación de diversos tratamientos psicosociales en madres, que es probable que sean requisitos importantes para una buena evolución a largo plazo de sus hijos nacidos prematuros.²³

Por esto, es factible que la detección temprana del TEPT y EPTC pueda tener un valor relevante en el futuro desarrollo del niño. Algunos estudios evaluaron el uso de psicoterapia en personas que habían padecido una situación traumática que les produjo un intenso estrés, acompañado con diversos factores del sufrimiento. Observaron que los resultados eran de similar utilidad o incluso mejor que el solo uso de medicamentos antidepressivos para reducir los síntomas de estrés postraumático. Eso se observó en militares que participaron en guerras y en otras circunstancias, cuando la psicoterapia podía ser mejor que la exposición prolongada a medicamentos y otros recursos.^{24,25} No obstante, aún será necesario que se publiquen más datos de los beneficios de estos tratamientos en madres con EPTC.

Limitaciones

Nuestro estudio tiene varias limitaciones: no haber evaluado los factores predictivos con mayor detalle de los síntomas en las madres con EPTC; no haber evaluado adecuadamente a las madres que mantenían estrés entre 3 y 5 años; no haber investigado la presencia del apoyo familiar y si los padres habían consultado con un religioso o habían realizado las normas y preceptos de alguna religión.

CONCLUSIONES

Este estudio de cohorte nos permitió evaluar la frecuencia de EPTC y sus síntomas en madres

de prematuros de MBPN y nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Hubo una alta prevalencia de madres que presentaron síntomas de EPTC. De las variables evaluadas, la edad gestacional, el peso al nacer, la morbilidad grave en los prematuros y una menor escolaridad materna fueron significativamente más frecuentes en las madres con EPTC. Asimismo, cabe destacar que los síntomas de EPTC en las madres se extendieron varios años después del nacimiento de sus hijos, incluso en las que persistían con estrés entre los tres y los cinco años posteriores al nacimiento. ■

Agradecimientos

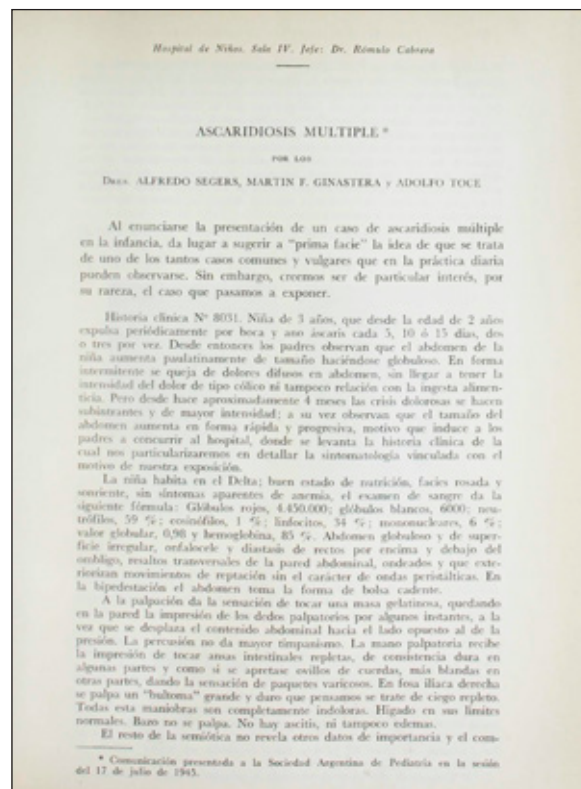
Agradecemos a la Dra. Laura Konikoff y al Dr. Pablo Brener por sus colaboraciones en la revisión del manuscrito. Asimismo, agradecemos a la Lic. Mirian Nuñez, que, muy amablemente, realizó el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Ruiz AL, Cravedi V, Ceriani Cernadas JM. Stress and depression in mothers of premature infants: Evaluation of a psychosocial intervention model in the NICU, a randomized controlled study. *Pediatr Res*. 1999; 222(45):A1303.
2. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros, un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*. 2005; 103(1):36-45.
3. Shields-Poë DS, Pinelli J. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Netw*. 1997; 16(1):29-37.
4. Helle N, Barkmann C, Ehrhardt S, Bindt C. Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *J Affect Disord*. 2018; 235:467-73.
5. Lefkowitz D, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the neonatal intensive care unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17(3):230-7.
6. Baía I, Amorima M, Silva S, Kelly-Irving M, et al. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Hum Dev*. 2016; 101:3-9.
7. Wormald F, Tapia JL, Torres G, Cánepa P, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr*. 2015; 113(4):303-9.
8. Kaarsen PL, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*. 2006; 118(1):e9-19.
9. Shaw RJ, St John N, Lilo EA, Jo B, et al. Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2013; 132(4):e886-94.
10. Hughes MA, McCollum J. Neonatal intensive care: mothers' and fathers' perceptions of what is stressful. *J Early Interu*. 1994; 18(3):258-68.
11. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, et al. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom

- severity in military personnel: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018; 319(4):354-64.
12. Feeley N, Zerkowitz P, Cormier C, Charbonneau L, et al. Posttraumatic stress among mothers of very lowbirth weight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl Nurs Res*. 2011; 24(2):114-7.
 13. Åhlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health*. 2009; 12(4):261-4.
 14. Holditch-Davis D, Bartlett T R, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(2):161-71.
 15. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Lüdorff K, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res*. 2004; 57(5):473-6.
 16. Karatzias T, Chouliara Z, Maxton F, Freer Y, et al. Post-traumatic symptomatology in parents with premature infants: A systematic review of the literature. *J Prenat Perinat Psychol Health*. 2007; 21(3):249-60.
 17. Gondwe KW, Holditch-Davis D. Posttraumatic stress symptoms in mothers of preterm infants. *Int J Afr Nurs Sci*. 2015; 3:8-17.
 18. Greene MM, Rossman B, Patra K, Kratovil AL, et al. Depression, anxiety, and perinatal-specific posttraumatic distress in mothers of very low birth weight infants in the neonatal intensive care unit. *J Dev Behav Pediatr*. 2015; 36(5):362-70.
 19. Gray PH, Edwards DM, Gibbons K. Parenting stress trajectories in mothers of very preterm infants to 2 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018; 103(1):F43-8.
 20. Petit AC, Eutrope J, Thierry A, Bednarek N, et al. Mother's emotional and posttraumatic reactions after a preterm birth: the mother-infant interaction is at stake 12 months after birth. *PLoS One*. 2016; 11(3):e0151091.
 21. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, et al. Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997; 27(1):153-60.
 22. Bobes J, Calcedo-Barra A, García M, François M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28(4):207-18.
 23. Holditch-Davis D, Santos H, Levy J, White-Traut R, et al. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev*. 2015; 41:154-63.
 24. Hoge C, Chart K. A window into the evolution of trauma-focused psychotherapies for posttraumatic stress disorder. *JAMA*. 2018; 319(4):343-5.
 25. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, et al. Is exposure necessary? a randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2015; 172(5):430-40.

Archivos hace 75 años



El texto completo se encuentra disponible en la versión electrónica de este número.

ANEXO

Escala de trauma de Davidson

(Jonathan R. T. Davidson)

Traducida por J. Bobes, M. T. Bascarán, M. P. González, M. Bousoño, A. Calcedo, J. A. Hormaechea, D. H. Wallace.

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: H/M
Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____ | ____ | ____

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?
.....
 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....
 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?¿Como si lo estuviera reviviendo?.....
 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....
 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).
 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?
 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?
.....
 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?
.....
 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....
 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....
 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....
 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....
 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....
 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....
 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....
 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?.....
 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....
-