



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Representaciones maternas sobre el cuidado de recién nacidos de riesgo: discurso del sujeto colectivo

Adriana Valongo Zani<sup>1</sup>, Vera Lúcia Pamplona Tonete<sup>2</sup>,  
Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>2</sup>

*1 Universidad Estadual de Londrina*

*2 Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.*

### RESUMEN

**Objetivo:** Aprender las representaciones maternas sobre el cuidado de los recién-nacidos con peso muy bajo en unidades de internación neonatal. **Método:** Estudio cualitativo con 41 madres entrevistadas entre noviembre de 2011 y julio de 2012. Para su análisis, se utilizó el referencial de las Representaciones Sociales, y se siguió el método del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). **Resultados:** Emergieron nueve ideas centrales: miedo de lo inesperado, dificultad en la aceptación de la separación, dificultad en hablar del bebé, posibilidad concreta de muerte, impotencia frente a la internación del hijo, culpa por no lograr cuidar del hijo, espera por un milagro, confianza en el equipo y la satisfacción que la proximidad con el recién nacido le da a la madre. **Conclusión:** se identificaron aspectos dificultadores, como el miedo de lo desconocido y la separación del hijo. Por otro lado, la proximidad con el recién nacido se configuró como un aspecto facilitador. Se resalta la necesidad de intervenciones direccionadas a la madre, como apoyo e inserción gradual en el proceso de cuidar.

**Descriptor:** Relaciones Madre-Hijo; Recién Nacido; Recién Nacido de Muy Bajo Peso; Familia; Cuidados Intensivos.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidar a los recién nacidos prematuros, con bajo peso o con algunas complicaciones (considerados de riesgo), ha avanzado mucho en los últimos años debido al incremento científico y tecnológico. Eso posibilitó una mayor sobrevivencia de recién nacidos con muy bajo peso (RNMBP), tanto en países desarrollados como en desarrollo y resultó en un cambio del perfil y la disminución de los índices de mortalidad infantil<sup>(1-2)</sup>.

Las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), equipadas con tecnología de punta y profesionales altamente calificados, contribuyen para aumentar la sobrevivencia del RNMBP. Sin embargo, mantiene el foco primordialmente en aspectos biológicos, favoreciendo comportamientos automatizados, en los que el diálogo y la reflexión crítica no encuentran espacio, incluso por las situaciones continuas de emergencia, gravedad de los pacientes y la dinámica acelerada del servicio. En los días actuales, este tema está siendo discutido especialmente por los enfermeros que actúan directamente con el RNMBP privilegiando la práctica profesional, con la finalidad de transformar tal realidad, ampliando para otras dimensiones e insiriendo el cuidado familiar<sup>(2)</sup>.

Uno de las etapas del ciclo familiar que puede provocar cambios profundos o desafíos significativos en la familia es la llegada de un niño. En el caso del nacimiento de un neonato de riesgo, la familia se ve frente a una experiencia desgastante y desafiadora, lo que ocasiona profundas alteraciones en la dinámica familiar y se prolonga con la internación del bebé<sup>(3-4)</sup>.

El tiempo de internación del RNMBP en la UTIN puede extenderse por varios meses. En el escenario de esta hospitalización prolongada, ocurre un cambio súbito en la vida de la familia - especialmente en la de la madre, que en

un corto espacio de tiempo, se transforma en acompañante del hijo sin estar preparada para eso, frecuentemente con mucho sufrimiento.

En un estudio reciente realizado en el municipio de Maringá (PR), referente a la percepción de las madres adolescentes en relación al recién nacido de riesgo, se evidenció que, culturalmente, el peso del niño es un preponderante para que la familia lo considere saludable o no<sup>(5)</sup>.

La complejidad de los eventos que envuelven a la mujer durante el período gestacional y puerperal implica en conocer no solo los aspectos físicos, sino también las condiciones diversas que podrían estar directa o indirectamente relacionadas a su condición de mujer-madre y del hombre-padre, articuladas con las modificaciones psíquicas de la pareja<sup>(6)</sup>. Durante el embarazo, deseado o no, la familia espera un nacimiento saludable. Pero cuando nace un niño con problemas, este hecho inesperado puede generar sentimientos negativos, como la decepción; el nacimiento se configura como una fase difícil y a veces conflictiva, principalmente por destituirla del papel de una maternidad saludable.

El nacimiento, en condiciones normales, trae consigo dificultades naturales, atribuidas a diversos factores que envuelven el cuidado del recién nacido. Por un lado, necesita desarrollar el ritual cultural clásico y básico del cuidado propiamente dicho, con la interacción y la vinculación de la madre, su hijo y la familia, a su vez influenciado por creencias, valores y experiencias anteriores. Por otro lado, se necesita de la propia adaptación del bebé a la familia y al ambiente<sup>(7)</sup>.

En situación de prematuridad del niño, además de emerger en la vida familiar de manera inesperada, la familia lo ve como un ser inacabado, que puede hasta llegar a ser rechazado. Esta forma de percibir al prematuro genera inseguridad, y desencadena intensos cambios y transformaciones en la vida de cada uno de sus

Zani AV, Tonete VLP, LimaCMGP. Maternal representations about the provision of care to newborns at risk: a collective discourse. *Online braz j nurs* [internet] 2014 Sep [cited year month day]; 13 (3):321-31. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4328>

miembros; una condición que puede acarrear daños emocionales para toda la familia, especialmente para los padres<sup>(7-8)</sup>. Si el bebé está con muy bajo peso, se supone que los sentimientos y actitudes puedan ser más negativos.

Desde muy temprano, los padres se sienten responsables por la vida de su hijo. Al descubrir el embarazo, la madre suele alterar su rutina, dirigiendo su foco al bienestar y a la salud del bebé. Cuando algo no sale bien, (como, por ejemplo, la necesidad de interrumpir el embarazo debido a complicaciones maternas o sufrimiento fetal), muchas mujeres se sienten culpadas por la imposibilidad de un embarazo y un nacimiento saludables<sup>(8)</sup>.

La familia espera por un hijo perfecto y se preocupa con eso. De esa forma, gran parte de las madres al dar a luz, les hacen preguntas al equipo de salud en el salón de parto, con el objetivo de saber si el hijo nació sano, cuál es su peso, si lloró y sus características físicas. Esos cuestionamientos son realizados por la madre con el intuito de verificar si el niño nació sin complicaciones o malformaciones. Sin embargo, cuando el parto se anticipa llevando al nacimiento de un bebé prematuro, de bajo peso que podrá desarrollar complicaciones severas, los sueños y deseos se modifican y una nueva etapa en la vida de esa mujer y la de su familia se inicia<sup>(4)</sup>. En este caso, entre los sentimientos vivenciados, se destacan la ansiedad, la depresión y el miedo de las madres frente a esta situación<sup>(9)</sup>.

Además de los sentimientos, otras dificultades son reportadas en estudios científicos que abordan la participación de los padres en el cuidado del hijo internado en la UTIN<sup>(2,3,6,7,8,9)</sup>, incluyendo la contradicción entre el interés de los profesionales de salud en promover esta participación y la manutención del cuidado centralizado en las rutinas y procedimientos técnicos. Delante de lo expuesto, las siguientes inquietudes nortearon el presente estudio:

¿Cómo las madres vivencian el momento de la hospitalización del RNMBP en la UTIN? ¿Cuáles son sus necesidades en este período?

Por tanto, en lo que se refiere a las realidades de la atención intensiva neonatal, desvelar las vivencias de las mujeres en esas circunstancias, se vuelve una condición esencial para la búsqueda de herramientas y estrategias adecuadas, pautadas en un planeamiento dinámico volcado al atendimento de las necesidades de esas madres/acompañantes, para minimizar el trauma que puede ser ocasionado por la experiencia de la hospitalización del prematuro desde el nacimiento.

En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo aprender las representaciones maternas sobre el cuidado de recién nacidos con muy bajo peso en unidades de internación neonatal.

## MÉTODO

Se Utilizó un abordaje cualitativo para realizar este estudio. La investigación cualitativa propicia conocer el significado de determinado problema en la vida del individuo. Consiste en un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que dan visibilidad al mundo, transformándolo en una serie de representaciones, con el propósito de entender o interpretar los fenómenos<sup>(10)</sup>.

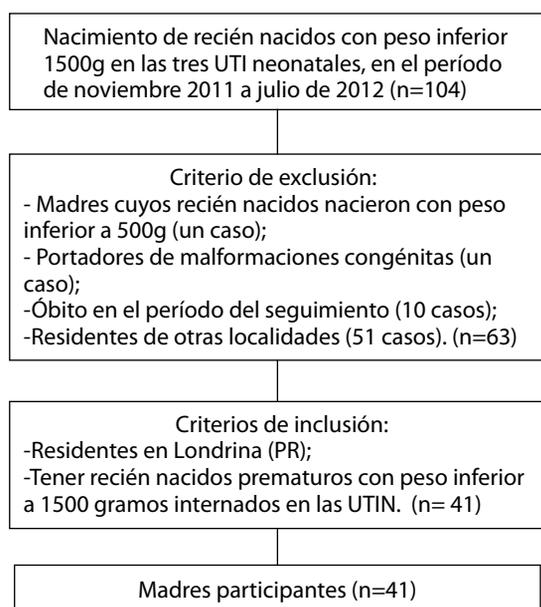
Los escenarios de la investigación, son tres UTIN localizadas en hospitales acreditados por el Sistema Único de Salud (SUS), siendo un servicio público considerado Centro Regional de Referencia y dos instituciones filantrópicas - una de ellas, modelo de cuidado con embarazadas de alto riesgo, y la otra direccionada al atendimento de diversos seguros de salud.

La investigación fue realizada mediante parecer favorable del Comité de Ética en Pesquisa

de la Universidad Estadual de Londrina (UEL), con el nº CEP 228/2011; y del Comité de Ética en Pesquisa de la Hermandad Santa Casa de Londrina (ISCAL), con el nº 393/201. Para garantizar el anonimato, el nombre de la entrevistada fue sustituido por la letra M seguida de una secuencia numérica.

Durante el período de la recolección de los datos (que ocurrió de noviembre de 2011 a julio de 2012), fueron elegidas las madres incluidas en la muestra de este estudio, conforme el diagrama de flujo del reclutamiento. Finalmente, la investigación contó con 41 participantes.

#### Diagrama de Flujo del reclutamiento



La recolección de los datos fue realizada junto a las madres por medio de una entrevista semiestructurada, entre el tercer y el séptimo día de internación. Del material empírico analizado emergieron nueve ideas centrales (con base en el Discurso del Sujeto Colectivo – DSC) fundamentadas en las respuestas de las participantes en el estudio sobre las cuestiones norteadoras: ¿Cómo está vivenciando la situación del nacimiento de su hijo? ¿Cómo fue saber que su hijo era un recién nacido de muy bajo peso?

Vale resaltar que en algunas ideas centrales emergió más de un DSC.

El referencial teórico adoptado para el análisis de los datos fue la Teoría de las Representaciones Sociales, considerada una interpretación de la realidad que presupone que no hay una distinción entre el sujeto y el objeto de la pesquisa: ya que toda la realidad es representada por el individuo, toda representación es por lo tanto, una forma de visión global y unitaria de un objeto. Para que el sujeto pueda formar esta visión global, él usa elementos de hechos cotidianos y de conocimientos del sentido común.<sup>(11-12)</sup>

La representación social posibilita la integración de aspectos implícitos e explícitos del comportamiento de los individuos, resultantes de la interacción social, lo que nos lleva al entendimiento de la realidad y de los fenómenos humanos a partir de la perspectiva colectiva, sin perder la visión de la individualidad.<sup>(12)</sup>

De esta forma, la representación constituye la visión global y unitaria de un objeto y para que el hombre pueda formar esta visión global, usa elementos de hechos cotidianos y del conocimiento del sentido común<sup>(10)</sup>, donde el sujeto de la investigación le da sentido al objeto, partiendo de su propia realidad y/o experiencias<sup>(10)</sup>. Es una expresión filosófica que significa la reproducción de una percepción anterior de la realidad o del contenido del pensamiento. Las representaciones sociales poseen dos funciones: 1) volver convencionales los objetos, personas o acontecimientos que encuentran, dando una forma definitiva; 2) representaciones son “prescriptivas”, esto es, se imponen sobre el individuo con una fuerza irresistible. Esta fuerza es una combinación de una estructura que está presente antes que nosotros comencemos a pensar y de una tradición que decreta lo que debe ser pensado<sup>(12)</sup>. Las representaciones son conocimientos generados por el sentido común, adquiridos espontáneamente y utilizados por las personas para comprender y dominar los hechos del cotidiano y de la propia vida. Se denominan

representaciones sociales porque pertenecen a la colectividad, pero expresan, al mismo tiempo, el pensamiento individual.

Los datos fueron trabajados de acuerdo con el referencial metodológico del Discurso del DSC. La propuesta de ese discurso consiste básicamente en analizar el material verbal colectado, extrayendo de los discursos cuatro figuras metodológicas (expresiones-clave, idea central, DSC y ancoraje) para organizar, presentar y analizar los datos obtenidos por medio de las declaraciones<sup>(13)</sup>.

Las expresiones-clave son constituidas por transcripciones literales de parte de las declaraciones, que permiten el rescate de lo que es esencial en el contenido discursivo; la idea central (IC) de un discurso puede ser entendida como la(s) afirmación(es) que permite(n) traducir lo esencial del contenido discursivo; el DSC es construido en la primera persona del singular y busca reconstruir, con fragmentos significativos de discursos individuales (como un rompe cabeza), tantos discursos-síntesis como se juzgue necesario, para expresar el pensamiento o representación social de un grupo de personas sobre determinado tema; el ancoraje es la manifestación lingüística explícita de una dada teoría, ideología o creencia que el autor del discurso puede declarar y que, en la calidad de afirmación genérica, está siendo usada por el enunciador para "enmarcar" una situación específica<sup>(15)</sup>. En este estudio no se desarrolló la figura ancoraje, porque los declarantes no usaron afirmaciones generales para enmarcar situaciones particulares. Se sabe que el ancoraje es un tipo particular de IC en que no hay exactamente una afirmación, sino el enunciado explícito de un valor, de una creencia, de una ideología<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

Las madres entrevistadas presentaron edad entre 15 y 40 años. Sobre el estado civil,

23 declararon estar casadas, 12 con unión consensual, cinco solteras y una separada. De estas, 25 estaban viviendo por la primera vez la maternidad y 16 ya tenían otros hijos.

A partir de la técnica del DSC, los datos recolectados fueron analizados, obteniéndose las ideas centrales y sus correspondientes expresiones-clave que, a su vez, fueron agrupadas de acuerdo a su semejanza, componiendo los discursos-síntesis en la primera persona del singular – los Discursos Colectivos, representativos de la realidad que se propone estudiar.

Por lo tanto, los resultados revelaron sentimientos negativos y dificultades frente a la situación, demostrados en las IC 1 a 5:

### IC1- Miedo de lo inesperado

**DSC1-** *Está siendo difícil. Yo siento miedo, porque es un bebé bien pequeñito, ¿sabe? La primera vez que entré en la UTI me quedé muy asustada. Lo vi tan pequeñito, frágil... Ay mi Dios, me da hasta un dolor en el corazón recordar! Es muy difícil tener un bebé así, te quedas en aquella expectativa, pensando si él va a quedarse bien o si empeoró. Te quedas siempre pensando... es muy difícil! Yo tengo miedo de que le acontezca alguna cosa a él. (M1, M2, M3, M4, M5, M6)*

### IC2- Dificultad para aceptar la separación

**DSC2-** *Es difícil, pues yo esperaba que cuando naciese, se fuera conmigo para casa y ahora se tiene que quedar aquí el tiempo que él tenía que haberse quedado en mi barriga. Yo quería poder llevarlo para casa. Da una tristeza irme y dejarlo aquí... yo lo que es verlo en casa. (M1, M2, M3, M5, M7, M8, M9, M10)*

### IC3- Dificultad para hablar sobre el bebé

**DSC3-** La familia toda no esperaba que eso pudiese acontecer y los familiares preguntan, preguntan... y tú intentas huir de aquello porque es ruin. Porque venir aquí todos los días es angustiante y muy difícil. Tú huyes de todo y de todos para no tener que responder cosas que no sabes. O cosas que sabes, pero que te hacen sufrir... y los otros se quedan preguntando e insistiendo para saber. Es muy difícil... **(M2, M3, M4, M5, M11, M14, M34, M37, M39)**

### IC4- Posibilidad concreta de muerte

**DSC4-** Los médicos y los enfermeros alertan de todo lo que va a acontecer. Entonces te quedas asustada, porque no esperas, pero sabes que todo es un riesgo para el bebé, riesgo de coger una bacteria – y coge de verdad, queriendo o no. Yo ya sabía que él era un bebé de riesgo, que el chance de sobrevivir era poco. Primero, por ser tan pequeñito y después porque tenía facilidad para coger infecciones y yo sabía que esto aumentaba el chance de que el muriera. **(M1, M2, M3, M5, M7, M8, M9, M10, M11, M21, M30)**

### IC5- Impotencia frente a la internación del hijo

**DSC5-** Es muy difícil verlo, tan pequeñito, frágil. Cada día que vengo aquí puedo recibir una noticia ruin o buena, y no puedo hacer nada, ni protegerlo, cargarlo y ni llevármelo. Me muero de miedo de tocarlo y machucarlo, me siento inútil y tengo que concordar con todo lo que los médicos dicen, pues, ¿Qué es lo que puedo hacer? Sólo rezar y pedirle a Dios para

iluminar las manos de esos profesionales, pues yo no sé de nada, quienes saben son ellos. **(M1, M2, M3, M4, M5, M7, M10, M14, M16, M17)**

**DSC6-** Tuve un día que, me sentí muy culpada. Había pasado la toda la mañana en la UTI e le insistí a las muchachas para cargar a mi nene. Ellas me dijeron que no era prudente, pues él había acabado de salir del equipo que lo ayudaba a respirar, pero yo continué insistiendo... Entonces ellas me dejaron cargarlo, pero no pasó ni media hora, comenzó a ponerse morado y tuvieron que colocarlo rápido en la incubadora para darle oxígeno. Fue horrible, me quedé con tanto miedo que pasé muchos días que ni quería tocarlo, pues tenía miedo que él empeorara. **(M12, M30, M31, M38)**

### IC6: Culpa por no conseguir cuidar del RN

**DSC7-** A veces no tengo deseos de volver al hospital, pues no puedo hacer nada. Me siento incapacitada para realizar cualquier cuidado; parece que él va a romperse. Yo soñé tanto con este embarazó, con el día de su nacimiento... y él tiene tantas ropitas que mal consigo tocarlo; los pañales lo cubren entero. Me siento una incapaz. **(M26, M27, M33, M34, M37)**

Por otro lado, se pueden observar sentimientos positivos que emergieron, como demostrados en las IC 7 a 9:

### IC7- La espera por un milagro

**DSC8-** Yo tengo certeza de que Dios hará un milagro y le pido todos los días que

Él permita que mi hijo sobreviva. Y es lo que me mantiene firme. Antes de entrar en la UTI, yo siempre pido: "Dios, haga un milagro. Permita que mi hijo viva y pueda irse conmigo." (M5, M12, M13, M22, M25, M40, M41)

**DSC9-** Sabe, yo escucho diariamente a los médicos, los enfermeros y al equipo todo diciendo para mí y para la mayoría de las madres que nuestros hijos son bebés graves, que corren el riesgo de morir o quedarse con secuelas. Pero cuando estamos aquí, en nuestra salita, esperando para verlos, nosotros comentamos que para Dios nada es imposible, y él ya ha hecho tantos milagros... la Biblia es la prueba de esto. Por eso, aunque me dicen "sólo un milagro hará a tu hijo mejorar", nosotros vamos atrás de conseguir ese milagro. (M24, M25, M28, M31, M33, M35, M38, M41).

#### IC8- Confianza en el equipo

**DSC 10** – la primera vez que fui a la UTI, la enfermera que estaba acompañándome abrió la puertecita de la incubadora y me dijo que yo podría tocar en él con delicadeza. En la hora me quedé con miedo y le dije que no. Ella insistió, agarró mi mano y fue conmigo. Fue maravilloso, pero confieso que llevó un buen tiempo para acostumbrarme a tocar a mi hijo sin sentir miedo. (M1, M3, M4, M6, M10, M13, M25, M28, M31, M36, M38, M40, M41)

**DSC11-** Yo sé que mi hijo está grave, que corre el riesgo de morir, pero también sé que el equipo que está cuidando de él es muy competente, y les tengo mucha confianza. Ellos se preocupan en decir lo que está aconteciendo, me llaman cuando

él empeora y piden para quedarme más tiempo en el hospital. Por eso tengo fe que él va a sobrevivir, pues confío en los profesionales y sé que Dios está guiando sus manos y pensamientos para que cuiden bien a mi hijo y al hijo de las otras madres. (M13, M15, M18, M19, M20, M23, M26, M27, M29, M32, M36, M37, M39)

#### IC9 - Proximidad con el bebé le da satisfacción a la madre

**DSC12-** Hoy veo que mi presencia aquí (UTIN) es muy importante para mi hijo. Cuando llego y comienzo a hablar con él, miro el monitor y veo que los latidos de su corazón aumenta... ¡Es mucha emoción! Las chicas siempre dicen que él sabe que llegué, porque parece un "cabrito" en la incubadora: hasta que no lo cargo, no se queda quieto. Es muy bueno. (M15, M18, M19, M21, M36).

**DSC13-** ay Dios, fue un momento inolvidable... Un día, llegué al hospital y una de las enfermeras me preguntó si quería cargarlo. Temblé, me quedé con miedo, pero loca por hacerlo. Entonces, cuando lo colocaron en mis brazos, ay Dios, ¡Qué felicidad verlo en mis brazos!! Nunca me voy a olvidar de aquel día... Salí de aquí (UTIN) tan feliz que en aquella noche ni logré dormir, sólo me quedaba recordándome de él en mis brazos. (M22, M24, M26, M27, M32, M35, M36, M38)

**DSC14** - Sabe, cuando vi a mi bebé por la primera vez, fue una mezcla de sentimientos. Primero felicidad, porque a pesar de todo, él estaba vivo. Pero también tuve miedo y decepción, pues era muy pequeño (hasta un poco feo), y yo pensaba que él iba a nacer gordo, fofo, cabelludo, como los

*bebés normales. Entonces, verlo el primer día fue extraño, pero cuando la enfermera abrió la puertecita de la incubadora y pude tocarlo, ¡fue mágico! Él es tan macío, ahora yo pienso que es lindo. (M14, M16, M17, M20, M21, M23, M29, M39)*

## DISCUSIÓN

Los resultados revelaron que las madres que tienen sus hijos internados en la UTIN temen por la vida de los mismos. Ellas procuran tener esperanza, pero desde el principio son informadas de la gravedad de la situación y eso genera intenso miedo por lo desconocido.

Tal observación corrobora con los hallazgos de un estudio<sup>(14)</sup> en el que los padres afirmaron que tener un hijo prematuro en una UTIN representaba la sensación de inseguridad, debido a la condición de fragilidad del RN, así como de la posibilidad de este no sobrevivir.

Por lo que se nota en los relatos de las madres entrevistadas que el miedo de la pérdida inminente y de lo desconocido puede transformar un momento que podría ser de alegría, por el nacimiento de un hijo, en un episodio cercado de angustias, dudas e incertezas sobre el futuro próximo. La vivencia del proceso de hospitalización del bebé constituye una experiencia estresante para los padres y la separación del hijo puede ser muy difícil, lo que puede hacer aflorar diversos sentimientos y emociones como tristeza, miedo, pena, impotencia, sensación de pérdida, frustración, vacío, esperanza y otros<sup>(15)</sup>.

Se configura como una situación difícil para las familias y principalmente para las madres, que de modo general permanecen un tiempo más prolongado en el ambiente hospitalario en detrimento a los demás integrantes de la familia. Muchas se sienten solas y desamparadas, especialmente cuando no poseen el apoyo

familiar y/o de los compañeros. En este estudio, la necesidad de informaciones sobre los niños también se configuró como un factor estresante, pues en muchas situaciones esas mujeres no tenían conocimiento suficiente para elucidarlas.

Frecuentemente los padres se aíslan de los demás familiares durante la hospitalización de sus hijos, cuando afloran dificultades para expresar sobre los sucesos o no de la internación. En el caso de la hospitalización del recién nacido, la separación entre madre/familia e hijo/pariente ocurre cuando el contacto es fundamental para el desarrollo del papel materno/familiar. En relación a las madres, estas tienden a sentirse incapaces de atender las necesidades de los hijos, enfrentando dificultades para lidiar con sus sentimientos y la demandas de los familiares<sup>(16)</sup>.

Aceptar que el hijo al nacer, no podrá ser llevado para casa y mostrado a la familia genera frustración materna y la sensación de alejamiento del niño. Esta realidad hace que las madres se sientan impotentes y sin dominio de la situación, lo que puede desencadenar hasta un cuadro materno depresivo<sup>(7)</sup>.

De hecho, la impotencia delante de lo desconocido fue muy enfatizada por las participantes de esta pesquisa. Ellas desean ayudar en la recuperación de los hijos, pero debido a la gravedad y la falta de conocimiento frente a la situación, se sienten a merced del equipo de salud. Esta situación podría ser mejorada con la inserción cuidadosa y rutinera de las madres al plan de cuidados de los recién nacidos en la UTIN, no debiendo, para ser viabilizada, depender de la buena gana de cada profesional<sup>(17)</sup>. Al mismo tiempo, se hace necesario que el equipo esté preparado para lidiar con la ansiedad de las madres y de sus familias, no cediendo al deseo de ellos en detrimento de la salud del bebé.

De modo general, los padres desean constantemente ser informados sobre la situación de su hijo; no obstante, si el abordaje es inadecuado, esas informaciones pueden reflejarse de

forma negativa: ellos notarán bruscamente la gravedad y el riesgo de muerte del niño. Estos factores elevan el nivel de estrés<sup>(18)</sup>.

La experiencia de convertirse en madre de bebés de riesgo desencadena sentimientos ambivalentes. Al lado de las barreras enfrentadas y ya descritas, este estudio también reveló, como aspecto positivo, la búsqueda de apoyo en la religión para aceptar al hijo y continuar creyendo en su recuperación<sup>(19)</sup>.

La religiosidad de muchas familias favorece para que las madres tengan fuerzas y continúen luchando por sus hijos; ya que, por la complejidad del tratamiento, esos recién nacidos se quedan internados por períodos prolongados, generando problemas como los anteriormente discutidos. Se verificó que, independiente de las orientaciones religiosas maternas, ellas encuentran soporte en la fe en Dios para superar las adversidades vivenciadas. Las creencias religiosas y espirituales proporcionan posibilidades de significación y respuesta a las preguntas existenciales que se colocan frente a la enfermedad y la posibilidad de muerte<sup>(20)</sup>.

Otro aspecto positivo aprendido relacionado a las experiencias maternas fue relativo a los equipos de salud, con el reconocimiento del papel fundamental de los mismos cuanto al involucramiento de los padres en las actividades de la UTIN, principalmente a partir de las orientaciones ofrecidas durante la primera visita. Estos profesionales deben dar subsidios para disminuir la ansiedad y el miedo que los padres del neonato sienten, ofreciendo condiciones de comodidad, intentando responder a las preocupaciones y suministrando informaciones sobre el estado de salud del niño, el tratamiento y equipamientos utilizados<sup>(3)</sup>.

Es importante enfatizar que la comunicación de los profesionales con la familia favorece el surgimiento del vínculo de confianza y respeto que contribuye con la calidad del cuidado prestado al recién nacido. La atención recibida, el relacionamiento interpersonal entre el equipo de salud y

los padres, el hecho de permitir que ellos tengan contacto con su hijo y suministrar informaciones sobre su estado clínico generan bienestar y sentimiento de seguridad y confianza<sup>(3)</sup>.

La literatura científica apunta que la aproximación con la madre/padre ofrece estímulos positivos para la estabilidad y la evolución clínica del prematuro, reducción del tiempo de internación y la disminución de las reinternaciones del niño<sup>(19)</sup>. Sin embargo, el análisis del conjunto de los resultados del presente estudio revela que las madres están muy apartadas del cuidado en el período de internación del recién nacido con muy bajo peso en la UTIN.

La atención centrada en la familia posibilita que las madres y los demás miembros de la familia se sientan importantes en la recuperación del niño en dichas condiciones. Actitudes como permitir que el bebé estable pueda ser colocado en los brazos contribuyen para que ellos se sientan verdaderamente co-responsables por sus cuidados. Aunque a veces no es posible cargar al bebé, le corresponde al equipo identificar actividades que puedan ser realizadas por las madres y familiares, estimulándolos a auxiliar en la construcción de vínculos y en la recuperación de los neonatos. Se refuerza que estímulos táctiles (toque y caricias) y auditivos (habla y canto), son importantes para establecer el vínculo madre-bebé<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se considera que los objetivos del estudio fueron alcanzados al revelar, por medio de las representaciones maternas, aspectos inherentes a su vivencia durante la internación hospitalaria de sus hijos en situación de riesgo, como es el caso de recién nacidos de muy bajo peso. Entre las dificultades enfrentadas, se destacan el miedo a lo desconocido, la separación del hijo,

la cobranza de informaciones sobre aspectos para los cuales no había dominio, la posibilidad concreta de muerte del niño y la impotencia frente a la situación vivenciada. Por otro lado, la fe en Dios, la confianza en el equipo de salud y la proximidad con el recién nacido se configuraron como facilitadores relativos a esa experiencia.

Por lo tanto, se resalta la necesidad de intervenciones direccionadas a las madres acompañantes de bebés internados en unidades de alta complejidad asistencial, como por ejemplo, permitir la inserción cuidadosa en los cuidados de su hijo, con el apoyo del equipo multiprofesional; y posibilitar la presencia de otros familiares que puedan auxiliarla en esta situación.

La comprensión de lo expuesto por parte de los profesionales de salud, en especial por los enfermeros de la UTIN, puede llevarlos a considerar que no debe existir cuidado unidireccional al neonato, sino un contexto de cuidados compartidos entre el equipo y las madres y los familiares.

Se espera que los resultados de esta investigación susciten nuevos análisis que privilegien otras perspectivas posibles para abordar el contexto de cuidados en foco, buscando un pensar y un repensar constantes sobre las intervenciones que faciliten las relaciones entre los diferentes sujetos envueltos, con el objetivo de valorizar la salud integral y humanizada en esos espacios institucionales de salud.

## CITAS

1. Couto FF, Praça NS. Premature newborn: maternal support at home for care. *Rev. Bras. enferm.* [serial on the internet] 2012 Jan/Feb; 65(1): 19-26 [Cited 2014 Jun 30]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100003>
2. Klock P, Erdmann AL. Caring for newborns in a NICU: dealing with the fragility of living/surviving in the light of complexity. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1):45-51.[Cited 2012 oct]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100006&lng=pt&nrm=iso)
3. Merighi MAB, Jesus MCP, Santin KR, Oliviera DM. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(6): 1398-1404.[Cited 2013 march]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600017&lng=pt&nrm=iso)
4. Zani AV, Golias ARC, Martins STF, Parada CMG, Marcon SS, Tonete VLP. Sentimentos vivenciados pela família de recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UFPE on line.* 2013 Jan;7(1):269-78.
5. Zani AV, Merino FGL, Teston EF, Serafim D, Ichisato SMT, Marcon SS. Recém-nascido de risco na percepção da mãe adolescente. *Rev Rene.* 2011 Abr/Jun; 12(2):279-86.
6. MELO, R et al. The voice of the woman-mother of a premature baby in the neonatal unit: a phenomenological approach. *Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet].* 2014 Jun; 13(2) [Cited 2014 Jul 02]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4415>
7. Baum N, Weidberg Z, Osher Y, Kohelet D. No longer pregnant, not yet a mother: giving birth prematurely to a very-low-birth-weight baby. *Qual Health Res.* 2012 May; 22(5): 595-606.
8. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception. *Esc Anna Nery [serial on the Internet]* 2012 Mar; 16(1): 73-81.[Cited 2014 Jun 28]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100010>
9. Tronco CS, Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010 Set; 31(3):575-83.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO; 2010.
11. Moscovici S. Representações Sociais; investigações em Psicologia Social. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6 ed. Êtrópolis: Vozes; 2009.
12. Reis SLA, Bellini M. Representações Sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Rev Acta Scientiarum Human and Social Sciences* 2011; 33(2): 149-59. [cited 2014 Jul 01]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/10256>.
13. Lefèvre F; Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo. São Paulo: Liberlivro; 2011.
14. Favero L, Mazza VA, Lacerda MR. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):490-6.
15. Carmona EV, Coca KP, Vale IN, Abrão ACFV. Mother role conflicts in studies with mothers of hospitalized newborns: an integrative review. *Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet].* 2012 Apr ; 46(2): 505-512. [cited 2013 Jan] Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200032&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200032&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200032>
16. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. The role of the family in care delivery to hospitalized newborns: possibilities and challenges towards comprehensive care. *Texto Contexto -Enferm.* 2012 Oct-Dec; 21(4): 870-8. [cited 2013 Jan] Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
17. Singer LT, Fulton S, Kirchner HL, Eisengart S, Lewis B, Short E, Min MO, Satayathum S, Kerckmar C, Baley JE. Longitudinal predictors of maternal stress and coping after very low-birth-weight birth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010; 164(6): 518-524.
18. Santos MCL, Moraes GA, Vasconcelos MGL, Araujo EC. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido Prematuro. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2010 Out/Dez; 1(2):140-49. [cited 2011 Sept 26]. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/374-8796-1-/pdf\\_17](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/374-8796-1-/pdf_17).
19. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. *Rev. esc. enferm.* 2011 Apr; 45(2): 397-403. [cited 2013 Jan] Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
20. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, Ewald U, Dykes F. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica.* October 2012; 101(10): 1032-1037.

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

**Recibido:** 26/03/2013  
**Revisado:** 15/09/2014  
**Aprobado:** 15/09/2014