

MADRES DESCUBRIENDO EL AMOR INCONDICIONAL EN EL PROCESO ADAPTATIVO DE HOSPITALIZACIÓN DE SU BEBÉ PREMATURO

MOTHERS DISCOVERING THE UNCONDITIONAL LOVE IN THE ADAPTIVE PROCESS OF THE HOSPITALIZATION OF YOUR PREMATURE INFANT

Beatriz Villamizar Carvajal¹, Carolina Vargas Porras², Eugenia Rueda Nieves³

Histórico

Recibido:

15 de Junio de 2014

Aceptado:

19 de Agosto de 2014

1 *Doctora en Enfermería. Magíster en Enfermería Pediátrica. Profesora Asociada Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correspondencia: Carrera 32 N° 29-31, Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Bucaramanga, Colombia. Teléfono: 6344000 Etx. 3006. E-mail: beatriz@uis.edu.co*

2 *Magíster en Enfermería Materno Perinatal. Profesora Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.*

3 *Especialista en Cuidado Crítico. Profesora Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.*

RESUMEN

Introducción: El nacimiento prematuro tiene un impacto social y emocional para la familia, por lo tanto, enfermería tiene el reto de indagar y profundizar sobre las diversas experiencias; para proponer intervenciones que favorezcan el desempeño del rol materno. **Objetivo:** Describir los resultados de un metaestudio sobre la adquisición del rol materno de la madre con un recién nacido prematuro hospitalizado. **Materiales y Métodos:** El metaestudio, involucra 3 fases analíticas: análisis metadatos, meta-método, meta-teoría, consideradas a la luz del contexto histórico, sociocultural y disciplinar. La búsqueda se realizó en: CINAHL, Medline, PsycINFO, Dissertation Abstracts. **Resultados:** Se incluyeron 26 investigaciones de 13 países publicadas en inglés, portugués y español (durante los años 2001-2013). Las expresiones categóricas que emergen de estas investigaciones, son: pérdida de autocontrol; experimentando dolor; buscando significado a los eventos; adaptándose a la situación; adquiriendo el rol materno y descubriendo el amor incondicional. **Discusión:** El metaestudio permitió el análisis crítico de la información, orientando la investigación dentro de un contexto de patrones sistemáticos, con la construcción de una alternativa de cambio del enfoque tradicional de pérdida y sufrimiento al del redescubrimiento desde la visión positiva y transformativa. **Conclusiones:** Reconocer la carga emocional de las madres de recién nacido prematuro obliga al equipo de salud a intervenir e idear estrategias de apoyo, para hacer menos doloroso el proceso de hospitalización de sus hijos. Por ello el cuidado humanizado en la unidad neonatal, debe centrar sus acciones en un cuidado individual, singular, en la integralidad y respeto por la vida.

Palabras clave: Maternidad, Recién Nacido Prematuro, Enfermería Neonatal.

(Fuente: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93>

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth has a social and emotional impact on the family, therefore, nursing is challenged to explore and elaborate on the various experiences; to propose interventions that promote maternal role performance. **Objective:** To describe the results of a meta-study of the experiences of mothers in the NICU. **Materials and Methods:** The meta-study involves three analytical steps: analysis metadata, meta-method, meta-theory, considered in light of the historical, sociocultural and disciplinary context. The search was conducted in: CINAHL, Medline, PsycINFO, Dissertation Abstracts. **Results:** 26 studies from 13 countries published in English, Portuguese and Spanish (in the years 2001-2013) were included. Categorical expressions that emerge from this research are loss of self-control; experiencing pain; seeking meaning to events; adapting to the situation; acquiring the maternal role and finding unconditional love. **Discussion:** The meta-analysis allowed critical information to guide research in a context of systematic patterns, with the construction of an alternative approach to the traditional exchange of loss and suffering to the rediscovery from the positive and transformative vision. **Conclusions:** Recognizing the emotional burden of mothers of preterm infants requires the health care team to intervene and devise support strategies to make the process less painful hospitalization of their children. Therefore, humanized care in the NICU, should focus its actions in individual care, singular, in the integrity and respect for life.

Key words: Parenting, Infant Premature, Neonatal Nursing. (Source: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93>

Cómo citar este artículo: Villamizar B, Vargas C, Rueda E. Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebe prematuro. Rev Cuid. 2014; 5(2): 782-91. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93>

© 2014 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 3.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento prematuro tiene un impacto social y emocional para la familia, por lo tanto, enfermería tiene el reto de indagar y profundizar sobre las diversas experiencias; para proponer intervenciones que favorezcan el desempeño del rol materno.

En esta meta-estudio se resaltan los mecanismos utilizados por las madres para afrontar efectivamente esta experiencia y cómo el descubrimiento de su amor incondicional se convierte en un factor protector para el cuidado de su hijo; siendo éste un aporte al conocimiento, porque desdibuja el imaginario que se teje alrededor de la madre cuyo hijo se encuentra hospitalizado.

Existe una metasíntesis (1), que analizó la experiencia de las madres de recién nacidos pretérminos (RNPT) y recién nacidos a término (RNAT) que se encontraban hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN); en relación al ambiente hospitalario y la relación con el personal de enfermería; pero aún no se ha sintetizado la investigación cualitativa que se ha desarrollado de la experiencia en la adopción de su rol materno de las madres de RNPT en la UCIN.

El objetivo del presente estudio fue describir la adquisición del rol materno de la madre con un recién nacido prematuro hospitalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología se basó en el metaestudio (2), que involucra 3 fases analíticas: meta-datos (análisis e interpretación de los resultados de diversas investigaciones cualitativas), meta-método (estudio del rigor y validez epistemológica de los métodos usados para conducir los estudios cualitativos) y meta-teoría (un análisis de las perspectivas filosóficas, cognoscitivas y teóricas).

La búsqueda se realizó en: Medline, CINAHL, PsycINFO y Dissertation Abstracts. Se incluyeron investigaciones durante los años 2001-2013 publicadas en inglés, portugués y español.

El grupo de investigaciones primarias incluidas en tabla 1 para el análisis del metaestudio lo conformaron

26 informes de investigación de 13 Países: Brasil 6, Colombia 3, Estados Unidos 3, Inglaterra 3, Australia 2, Suecia 2, Francia 1, Corea 1, Dinamarca 1, Taiwan 1, Canadá 1, Tailandia 1 e Irán 1; publicados en revistas especializadas durante los años 2001 a 2013, que cumplieran los siguientes criterios: (a) centrarse en la transformación de perspectiva, el cambio personal o los procesos de aprendizaje en relación con la experiencia de tener un recién nacido prematuro hospitalizado, (b) incluir a las madres, (c) utilizar uno o más enfoques de investigación cualitativa y (d) apoyar las conclusiones de la investigación con citas relevantes u otros datos cualitativos.

Aunque muchas percepciones sobre el fenómeno de estudio surgieron durante la investigación, en lugar de hacer un enfoque en lo relacionado directamente con el sufrimiento que ocasiona un evento crítico e inesperado en el ser humano, se centró en la superación del mismo, como se observa en la descripción de las diferentes categorías y subcategorías; las cuales también se analizan desde el Modelo de Adaptación de Roy.

Aspectos éticos. Esta investigación contó con aval ético institucional, teniéndose en cuenta los lineamientos de la Resolución 008430 (3), en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; clasificándose según esta resolución como una investigación sin riesgo.

RESULTADOS

La hospitalización de un RNPT es una vivencia impactante que provoca sentimientos de incertidumbre, impotencia y pesimismo en las madres; además de ser una experiencia novedosa e inesperada que es muy difícil de asimilar.

Los autores en general como se observa en la tabla No. 1, coinciden en que las madres, experimentan durante la hospitalización de sus hijos; sentimientos de negación, inferioridad, hostilidad, depresión, frustración, ira o culpa (4,5). Al igual que se puede observar en los estudios analizados, que la situación de tener un bebé prematuro desencadena un choque inicial cuando se ven enfrentadas con un bebé diferente en apariencia física al imaginado inicialmente, de ese estado de choque llegan a la etapa de aceptación y luego a la de adaptación.

Tabla 1. Estudios Cualitativos de la Experiencia de las Madres del RNPT en la UCIN: 2001-2013

No.	AUTOR (ES) PAÍS AÑO	DISEÑO MUESTRA	CATEGORÍAS RELEVANTES
1	Malakouti J., et al (6). Irán 2013	Fenomenológico 20 madres	1. Sentido de alienación. 2. Falta de control. 3. Cuidado y privación. 4. Miedo. 5. Culpabilidad. 6. Descubrimiento de la verdad a través del amor.
2	Sawyer A., et al (7). Inglaterra 2013	Descriptivo, 32 madres	1. Información y explicación. 2. Estar en calma en una crisis. 3. Mostrarse confiado y en control. 4. Empatía personal, apoyo, cuidado emocional, aliento y consuelo.
3	Arnold L., et al (8). Inglaterra 2013	Descriptivo, 32 madres	1. Recuerdo borroso de los padres del nacimiento. 2. Ver y tocar a su bebé por primera vez versus emociones, contrastantes, sentir miedo y entusiasmo. 3. Diversas emociones - "padres montaña rusa" de emociones. 4. Impresiones de los padres de la UCIN. 5. Sentirse excluida y confundida acerca de su papel.
4	Peeper D., et al (9). Canadá 2012	Descriptivo interpretativo, 7 padres	1. Toma de decisiones antes y en la UCIN: más allá de la información. 2. El choque cultural en la UCIN: sumergirse en una tierra extraña. 3. Las relaciones en la UCIN: perdurables en una tierra extraña.
5	Rodrigues L., et al (10). Brasil 2012	Interaccionismo simbólico, 9 padres	1. Enfrentamiento a lo inesperado. 2. Conocimiento de los riesgos del niño. 3. Viviendo el miedo a la pérdida. 4. Viviendo con la angustia de tener a su hijo en la UCI. 5. Cambio de la rutina de la vida. 6. Esperando ansiosamente para estar con sus hijos. 7. Aprendiendo del sufrimiento 8. Continuar movida por la fe.
6	Goutaudier N., et al (11). Francia 2011	Descriptivo, 27 madres	1. Sentimientos de ansiedad, ambivalencia hacia el RN, el grupo de salud y la salida del hospital. 2. Aumento de la depresión postparto y desórdenes de estrés posttraumático.
7	Fontoura F.C., et al (12). Brasil 2011	Descriptivo, 16 padres	1. Experiencia paterna con las subcategorías: alegría, confianza, indecisión, miedo. 2. Dudas, expectativas con las subcategorías: secuelas, supervivencia, alta hospitalaria.
8	Da Cruz A.R.M., et al (13). Brasil 2010	Descriptivo, 11 madres	1. Bebé no idealizado, 2. Sentimientos por hospitalización: angustia, tristeza y miedo a la enfermedad. 2. Conflictos con los miembros del equipo de salud causando impotencia y fragilidad. La madre aprende a observar al RN de acuerdo a los comentarios del personal. A pesar del sentimiento de impotencia, las madres demuestran actitudes positivas ante la situación real.
9	Schenk L.K., et al (14). Estados Unidos 2010	Fenomenología/ Heidegger, 9 madres	1. El ser madre: preocupación y miedo. Agotamiento-obligaciones en el hogar. Tocando y sosteniendo el RN. Admirando al RN. 2. Desarrollo de conexiones: -La oración. -Relaciones con los médicos y enfermeras. 3. Adquisición del rol: siendo mamá.
10	Chang Lee S.N., et al (15). Taiwan 2009	Teoría Fundamentada, 26 madres	1. Crisis inesperada. 2. Dificultad en el establecimiento de interacciones físicas. 3. Creación de canales alternativos de contacto con sus hijos con conexiones emocionales. 4. Enfrentamiento y resolución progresiva de conflictos para desarrollar el rol materno. 5. Apoyo de los profesionales de la salud para crear las conexiones entre la madre y el RN.
11	Hall E., et al (16). Dinamarca 2009	Fenomenología hermenéutica, 5 madres	1. Las madres experimentan tranquilidad por el traslado de habitación, pero sienten que es otra sala de paso con otras presiones. 2. Se sienten con un espacio personal, y refugiadas con su bebé. 3. El no tener al personal permanentemente observando al bebé causa confusión.
12	Guerra J., et al (17). Colombia 2008	Descriptivo, 7 madres	Dificultades en el desempeño del rol de padres, impacto ante la hospitalización del neonato, expectativas de los padres frente al cuidado del neonato, comunicación asertiva. Los padres aprenden de las enfermeras.
13	Lindberg B., et al (18). Suecia 2008	Descriptivo, 6 madres	1. Dificultad de sentirse como una madre. 2. redominio de sentimientos de ansiedad. 3. La separación es una experiencia muy estresante. 4. La vida familiar se afecta. 5. Necesidad de que se les involucre en el cuidado de sus bebés.
14	Fenwick J., et al (19). Australia 2008	Teoría Fundamentada, 28 madres	1. Intensidad emocional 2. Esfuerzo cognitivo por aprender en la UCIN. 3. Lograr la conexión y la lucha por ser madre 4. La relación enfermera-madre factor potencial que afecta la confianza en el cuidado del RN.
15	Rodríguez Y.A (20). Colombia 2007	Teoría fundamentada, 10 madres	1. Lo inesperado, el desacuerdo, la desinformación, el temor, la espiritualidad, el reconocimiento. 2. El apoyo: formal e informal; afectivo e informacional. 3. Adaptación: prepararse, aprender y aceptar.
16	Carneiro Rolim K.M., et al (21). Brasil 2007	Descriptivo cualitativo, 10 madres	1. Madre, enfrenta sentimientos de miedo, culpabilidad, inseguridad y falta de control sobre el ámbito hospitalario, generando crisis psicológica. 2. Estar al lado de su bebé hospitalizado le da seguridad y comodidad. 3. Necesidad de información sobre la salud de su bebé. 4. Búsqueda de relaciones armoniosas con los profesionales de salud.
17	Orapiriyakul R., et al (22). Tailandia 2007	Teoría fundamentada, 15 madres	1. Luchar para conseguir conectarse 2. Establecimiento de las conexiones 3. Interrupción de las conexiones 4. Reanudación de la conexión 5. Sentirse conectado.
18	Gavey J (23). Inglaterra 2007	Descriptivo, 20 padres	1. Impresiones de los padres 2. Prestación de la atención. 3. Impacto en las relaciones
19	Cardoso M., et al (24). Brasil 2006	Descriptivo, 6 padres	1. Tristeza; miedo; fe y esperanza; impotencia y alegría. 2. Enorme variación de sentimientos durante todo este proceso, de los cuales predominó el miedo y la esperanza.
20	Gaíva M., et al (25). Brasil 2005	Descriptivo 12 madres	1. La familia no se tiene en cuenta en el proceso de trabajo. 2. La madre y la familia son poco acogidas y no existe parcería entre el equipo de salud y la familia.
21	Arenas Y., et al (26). Colombia 2005	Descriptivo, 11 madres	1. Reacción frente a la hospitalización: dolor, frustración, soledad, preocupación, depresión, temor, miedo ante la posibilidad de la muerte del niño; culpa, tristeza y soledad al ser separados de sus hijos. 2. Aprendizaje basado en otras personas y el fortalecimiento de sus sentimientos hacia ésta.
22	Lee I., et al (27). Corea del Sur 2005	Descriptivo, 50 madres	1. Auto-culpa 2. Preocupaciones por el RN; 3. Rechazo a manifestar lo negativo 4. Miedo a la estigmatización del recién nacido por otros. 5. Demora en el goce de la maternidad.
23	Heerman J., et al (28). Estados Unidos 2005	Descriptivo, 15 madres	1. Percepción de la madre centrada en el contexto ambiental de la UCIN como primer plano de la atención, quedando el bebé en un segundo plano. 2. Aparición del sentido de propiedad del bebé. 3. Reclama la responsabilidad del cuidado, pasando del silencio a proponer y a expresarse verbalmente.
24	Erlandsson K., et al (29). Suecia 2005	Fenomenológico, 6 madres	1. Las madres quieren estar cerca de su bebé. 2. Las normas de la organización, el personal u otras circunstancias, prolongan la separación de su bebé.
25	Lupton D., et al (30). Australia 2001	Descriptivo cualitativo, 31 Madres	Madres dan más importancia al contacto físico con sus hijos y la lactancia materna, pero las enfermeras insisten en enseñar sobre la condición y el tratamiento del niño. En el transcurso del tiempo, la madre trata de posicionarse como la "Experta" en su bebé. Y las enfermeras tratan de posicionarse como "profesores y monitores de los padres".
26	Hurst I (31). Estados Unidos 2001	Etnográfico, 12 madres	1. Actitudes de negociación con los profesionales de salud 2. Búsqueda de apoyo con otras madres de la UCIN 3. Madre asegura situaciones de empoderamiento para el cuidado de su bebé.

Fuente. Datos organizados y adaptados de los diferentes artículos por las autoras

Análisis e interpretación de los resultados

El análisis e interpretación es la consecuencia de la reducción de la información capturada en los estudios, a través de un proceso de comparación constante. Los temas centrales se agruparon en seis categorías generales, que dan cuenta de las experiencias vividas por las madres y de la descripción e interpretación de los hechos, desde la perspectiva del investigador, en el intento por descubrir los significados que otorgan las madres de RNPT, a los cambios no esperados aún en su vida y a los procesos que subyacen al reconocimiento de la situación y la construcción de su “nuevo rol materno”. Siendo estas 6 categorías: pérdida de autocontrol; experimentando dolor; buscando significado a los eventos; adaptándose a la situación; adquiriendo el rol materno y descubriendo el amor incondicional. A su vez emergen 5 subcategorías dentro de las grandes categorías: manteniendo la esperanza, teniendo coraje, empoderamiento potencial, transformación y retomando el control. Las categorías y subcategorías se describen a continuación:

Pérdida de autocontrol

Una situación inesperada como es el nacimiento de un bebé antes de tiempo, da como resultado la experiencia de “perder el control de sí misma”, que representa perder el control ante el manejo de una situación dada, que supuestamente iba a ser controlada por la madre, debido al rompimiento brusco entre el bebé y la madre. Además, cuando la madre hospitaliza a su recién nacido y tiene contacto inicial con nuevas situaciones, equipos y personas de la unidad, allí surgen sentimientos muy variados como la negación frente a la situación del recién nacido, llevándola incluso a no aceptar o a evitar comprender la información que obtiene del equipo de salud, presentando sentimientos de inferioridad, depresión, hostilidad, frustración, ira o culpa; en todos los casos es inesperado el hecho de tener que hospitalizar a su hijo, por lo que se muestra en desacuerdo frente a las normas de visita y el tener que ser separada de su recién nacido (29), de igual manera expresa que debido a su estado de choque, hay desinformación por parte del personal médico (27). Un factor que influye en la pérdida del control, es el desconocimiento del “nuevo rol”, que se caracteriza por la incapacidad inicial para comprender qué está sucediendo con el bebé en un momento determinado y cómo funciona todo lo que le están haciendo (8). Esta condición interfiere con la ejecución de sus actividades rutinarias, es decir, las básicas cotidianas y las instrumentales de la vida diaria (9).

El desconocimiento de la situación por la que está pasando el recién nacido y la pérdida de su control, traen consigo imaginarios negativos (11). Estos imaginarios se presentan inesperadamente en los primeros días o meses después de la hospitalización y se asocian con la pérdida del vínculo, de los cuidados voluntarios y al desconocimiento de las posibles complicaciones que pueda presentar el RNPT. El hecho de estar hospitalizado lo hace más susceptible a presentar complicaciones, lo que retrasa el proceso del vínculo afectivo, interfiere con la vida cotidiana, incrementa la dependencia de otras personas y dificulta el cuidado dado por la madre. La pérdida de control implica la búsqueda de expresiones de esperanza (1).

Manteniendo la esperanza

La esperanza de las madres se ve influenciada por lo que está sucediendo con sus hijos y esta expresión no siempre se presenta como el resultado de una experiencia negativa, las madres mantienen la esperanza en las cosas positivas como cuando su bebé prematuro alcanza un desarrollo significativo.

En un estudio (32), la “enfermera que experimenta el cuidado prestado al recién nacido frente a la presencia de los padres,” es la persona que percibe las necesidades de los padres, tiene expectativas positivas en relación al cuidado realizado y reconoce ser el eslabón entre ellos, ayudándolos a aceptar y a convivir con el hijo internado.

Cuando la enfermera da información precisa y en forma sencilla, hace que los padres mantengan la esperanza y sobre todo que disminuyan el nivel de angustia y estrés a medida que realizan actividades con el bebé (33), y las madres siempre están con expectativas de esperanza de la convivencia con el bebé a futuro, además, esto permite fortalecer la unión familiar (13).

Experimentando dolor

Para estas madres, la pérdida del autocontrol, descritas anteriormente, representa una ruptura con la vida que llevaban antes de nacer el bebé. Este cambio implica iniciar una vida nueva con un RNPT, que se caracteriza por ser, inesperada, obligatoria, difícil y nueva (10).

La ruptura está caracterizada por el cambio de ser independiente, a ser dependiente de equipos y aditamentos para el cuidado del bebé, de realizar actividades espontáneamente, sin previa planeación, a planear las actividades y prever las dificultades que pueden presentarse con la evolución del bebé.

Depender de otros para el cuidado de su bebé, representa una pérdida de la espontaneidad, de la autonomía y de la libertad para emprender cualquier actividad, porque se está supeditado a la disponibilidad de quienes lo cuidan, tiene que planearse y concertarse con ellas. Causa sufrimiento y dolor, siendo la pérdida del control de cuidar al bebé directamente y en su hogar, una de las situaciones más difíciles de manejar (26).

La vida se transforma porque tienen que modificar los hábitos, la rutina y el ritmo de vida. Los hábitos, o la forma como estaban acostumbradas a realizar las actividades cotidianas, se altera en la medida en que tienen que desplazarse a la institución a visitar a su bebé y con habilidades muy especiales para realizarlas, algo que nunca habían imaginado y necesitan invertir una mayor cantidad de tiempo para hacerlo, por lo cual tienen que planearlas con anticipación (23). Otro de los factores que modifica el entorno de la madre es su situación económica y social, como lo es planear cómo va a dirigir sus responsabilidades en el hogar lo que acarrea permanecer menos tiempo en la unidad, debilitando el vínculo afectivo madre-hijo.

Las diferentes barreras durante la hospitalización, constituyen otro cambio fundamental que marca una ruptura en la vida de estas madres, es una realidad presente y genera dependencia de otros, sin importar su habilidad para manejar la situación; esta imposibilidad de cuidar a su bebé por sí mismas despierta sentimientos de impotencia, temor, frustración y tristeza (22).

La madre tiene muchos vacíos de conocimiento en cuanto a la crianza de su bebé, es inexperta y temerosa del manejo de su hijo recién nacido, estas situaciones que deberían interpretarse y documentarse más a fondo por las enfermeras y otros profesionales para darles el manejo adecuado; por el contrario, son distorsionadas por debilidades en la comunicación, haciendo que la madre se sienta agredida, amenazada, incomprendida e incluso observada; dando como resultado una ruptura total de la relación enfermera-madre.

Para la madre son importantes las características del cuidado que las enfermeras ofrecen a sus bebés, ella asocia el cuidado de enfermería con el buen trato, la suavidad, observación continua y respuesta rápida a las demandas del niño, así como la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación, el cambio de pañal, etc... Ellas de acuerdo a estas respuestas clasifican las enfermeras como “la enfermera pendiente, la delicada, la brusca y la indiferente”.

Cuando la madre experimenta la vivencia de tener su hijo hospitalizado, se encuentra frente a situaciones y personas del equipo de salud que son radicales, duras, dogmáticas, negándose a permitir ciertos espacios que para la madre son importantes y necesarios para que ella pueda realizar ese duelo que enfrenta por la separación de su hijo. Como consecuencia de la hospitalización, el comportamiento del equipo de salud se ciñe a unas normas establecidas que en algunas ocasiones resultan rígidas e implacables a los ojos de la madre que desea demostrarle su afecto en el momento de ser separada del bebé, porque tiene que ser hospitalizado de inmediato. (25).

La experiencia de la ruptura modifica la forma de ser, las madres sienten que, debido a los cambios que experimentan, sus emociones se desorganizan. Se vuelven más sentimentales, lloran con facilidad al verse en la condición en que se encuentran, sienten nostalgia por las actividades que podrían realizar si estuviesen con su bebé en la casa y que tienen que abandonar. Durante los primeros días, prevalece la percepción de la ruptura, pero a su vez se van llenando de algo que les ayuda a salir adelante y es el coraje.

Teniendo coraje

Con el nacimiento de un bebé prematuro, los padres y la familia se enfrentan a tensiones que desafían la superación de sus recursos personales lo que fortalece sus relaciones ante su rol.

El coraje se va logrando a medida que la madre se va apoderando del conocimiento necesario para el manejo del recién nacido, lo que lleva a que esos sentimientos negativos se transformen en positivos (12).

Varios estudios (34), demuestran el miedo y la angustia que sienten los padres, pero a medida que ellos se llenan de valor, se fortalecen para afrontar la situación patológica de su hijo. Por otro lado, el hecho de brindar información a los padres transforma los sentimientos como lo evidencia un estudio (32), que demostró que cuando la enfermera da información y aclara dudas a los padres, los lleva a disminuir el miedo y la ansiedad, facilitando que estén con su hijo y puedan sentirse confiados e integrados en el papel de cuidadores.

Buscando significado a los eventos

Los sentimientos de vulnerabilidad están estrechamente vinculados con el proceso de suministrar protección a su hijo. Las madres cambian el significado de lo que es

importante en la vida.

Empoderamiento potencial

La falta de experiencia en el cuidado de los prematuros por parte de las madres conduce a preocupación sobre la seguridad del bebé, pero aprenden de las enfermeras para responder ante las necesidades del niño (17). La confianza y el diálogo permanente entre el personal de enfermería y la madre del niño permite que tengan más participación en el cuidado para poderlo realizar en casa (7).

En un estudio (17), se mostró que una comunicación asertiva con los padres, reconocerlos a ellos como personas, escucharlos, hacer contacto y ponerse en la piel de ellos, genera confianza, demostrada en el cuidado y en los conocimientos para hacerlo bien desde el principio; lo que conduce a que la comunicación sea una herramienta fundamental del cuidado de enfermería. Así mismo, el papel de la enfermera es fundamental para apropiarse a los padres de su función de cuidadores, como lo muestra otro estudio (32), donde revela cómo los padres se apropian de su papel de cuidadores y no de espectadores cuando el personal de enfermería le da la confianza y se informa sobre el estado del niño. A medida que la madre se empodera del rol y empieza el proceso de hablarle y tocarlo, desarrolla más integración con su hijo, que las que siguen angustiadas por el nacimiento de su hijo prematuro (21).

Adaptándose a la situación

Cuando se hospitaliza al RNPT en la UCIN y el equipo de salud incorpora a la madre facilitando las visitas, promoviendo la lactancia materna, involucrándola en el cuidado; con el transcurrir del tiempo, y la permanencia en el ambiente de la unidad, va adquiriendo el aprendizaje en el cuidado y la percepción que va teniendo de la mejoría de la salud de su hijo, lo que lleva a que se sienta, que se acostumbró o adaptó a la condición de la hospitalización del recién nacido (20). Ya en esta categoría la madre encuentra herramientas que le permiten superar todos los obstáculos surgidos al inicio de la hospitalización, participar en la recuperación de su hijo y proyectarse a la salida del hospital (16).

Si la madre se adaptó de manera efectiva se sentirá preparada para este nuevo reto, por el contrario, sino es así, ella expresará temor o no querrá hacerlo, pues no se siente preparada para asumir los cuidados del recién nacido.

Por otro lado, cuando la madre cuenta con un adecuado apoyo social y emocional, se hace más corto y menos doloroso el camino que la llevará a adaptarse a la nueva experiencia; el apoyo formal es dado por el equipo de salud en la medida que existe una buena comunicación, agradable y positiva; sin embargo, las madres sienten que la información brindada por las enfermeras es un poco restringida, debido a normas institucionales, el apoyo informal para la madre, es el apoyo materno, el cual permite un reajuste al nuevo rol (18). La espiritualidad es una fuente de apoyo emocional importante que les genera fortaleza. Sienten que cuentan con apoyo informativo cuando le son solucionadas sus dudas, comentadas las decisiones y explicadas las conductas que se seguirán con su hijo.

Transformación

En algunas madres las experiencias de la maternidad generaron una transformación hacia la estabilización positiva y a salir de un inaceptable estilo de vida (13). “Quiero llegar lejos en mi familia, hacer una diferencia en mi vida y yo quiero que eso sea bueno para mi hijo.” Una estrategia de aprendizaje materno es que la madre adapta su estilo de vida para responder a las necesidades de su bebé. La falta de contacto personal y las condiciones físicas del RN impiden la realización de los padres y a medida que reciben información precisa da resultados positivos para los padres. Los sentimientos de miedo, tristeza y dolor se van transformando en sentimientos positivos y esperan pronta recuperación de sus hijos, además se espera que los profesionales cambien su posición por la presencia de los padres en la unidad de cuidado intensivo para que puedan participar en el cuidado del niño (19, 30).

Adquiriendo el rol materno

Las madres evitan los efectos negativos de su estilo de vida para poder tener la capacidad de cuidar de sus hijos (15).

Durante la hospitalización, las madres presentan dificultades del rol, pero ellas están dispuestas a aprender a cuidar a su hijo con el fin de alcanzar su independencia como cuidadoras y de esta manera fortalecer el establecimiento del vínculo afectivo entre ellas y sus bebés (17).

Retomando el control

El fuerte deseo de ser madres cuando están con sus hijos y poderles brindar todos los cuidados (1). La relación

con su propia madre parece más fuerte después de que el bebé llega a la casa (35). La comunicación fue utilizada para ayudar a las madres a resolver problemas o sentir alivio en las situaciones de estrés.

Un estudio (36), menciona que para que se pueda asumir el nuevo rol de madre, se afianzan estrategias como grupos de apoyo, educación en el manejo de los bebés, de crianza, salud y enfermedad y autocuidado (en el manejo del estrés), además de educación formal como es terminar su escuela secundaria y trabajar para el sustento de su hijo y el propio, logrando así seguir con su vida profesional, personal y su rol materno (14).

Descubriendo el amor incondicional

En un ambiente dominado por el personal de salud como es la UCIN, se destaca en la madre el deseo profundo por sentirse como una madre en realidad (37). A medida que se va dando el acercamiento de la madre hacia su hijo, ella va descubriendo esos sentimientos de amor y afecto hacia su bebé y esto fortalece el vínculo afectivo de la díada madre-hijo; favoreciendo el crecimiento y desarrollo infantil.(13) Es difícil expresar sentimientos de afecto cuando su bebé se encuentra hospitalizado, pero a medida que el personal de enfermería le facilita el acercamiento a su hijo, le permite aflorar nuevos sentimientos, disminuyendo sentimientos negativos.

Se encontró un proceso común, que iniciaba con un cambio radical en la vida de las madres con el nacimiento inesperado del bebé, hasta llegar al desarrollo de las habilidades necesarias para adquirir el adecuado “Rol Materno” (28).

El análisis de estos procesos permitió identificar la categoría central “DESCUBRIENDO EL AMOR INCONDICIONAL”.

La categoría central, representa el significado de la experiencia de los cambios en su sentir y la capacidad de dar (adaptación) de las madres de los recién nacidos prematuros, y el proceso por el cual, después de la situación crítica pueden llegar a descubrir esa capacidad de amar. Se denominó “Descubriendo el amor incondicional”, porque en la vivencia de todas las madres, los cambios en sus significados y en la actitudes las llevan a vivir una vida nueva, diferente, que algunas definieron como “superar la experiencia vivida”.

Descubrir el amor incondicional, es el significado que adquiere la transformación de la existencia, porque las madres se ven obligadas a asimilar los sentimientos,

sensaciones y a modificar en forma sustancial y repentina, su actitud dolorosa ante la hospitalización del bebé. Descubrir el amor incondicional, es el proceso subyacente de encontrar o llegar a identificar algunas manifestaciones del RN y las sensaciones que no existían, pero que se les hacen evidentes con el tiempo.

También es el resultado de un proceso cognitivo, por el cual ellas ven el mundo de una manera diferente, logran asignar significado a las nuevas experiencias, se hacen conscientes de la presencia de barreras en el ambiente y en consecuencia, se llenan de valor, planean y ejecutan respuestas encaminadas a atender sus necesidades básicas. Un proceso de aprendizaje que se inicia por diferentes motivos: 1. Intención de comprender el significado de la nueva experiencia, 2. Sugerencia de personas expertas, en su misma condición o el personal del equipo de salud. 3. Resultado de la vivencia de una situación en la cual el bebé pudo perder la vida, y la interacción con otras personas, en especial seres queridos y amigos. 4. Interés de ser independiente y darle ella misma el cuidado a su bebé. 5. La realidad de manejar las actividades que limitan o impiden la ejecución de algunas de sus actividades o roles. Se trata de un proceso de transformación y crecimiento personal, por el cual las madres encuentran la forma de darle continuidad a su vida y le otorgan sentido a su experiencia.

DISCUSIÓN

El aspecto central del planteamiento teórico, “Adquiriendo el rol materno: descubrimiento del amor incondicional,” se da a través de la comprensión de los procesos y los significados de los cambios en los sentimientos y emociones que están enraizados en la consciencia y se relacionan con el desconocimiento de los eventos, la interpretación que hace la madre de su situación y la identificación de sus patrones de expresión y su integración para alcanzar el nuevo rol.

El proceso de “Descubrir el amor incondicional”, puede explicarse desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (38). Roy establece que la persona es un sistema adaptativo holístico en continua interacción con un ambiente cambiante; en el cual, se encuentran unos estímulos, que al entrar en contacto con ella, desencadenan respuestas de los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo; las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos vitales en tres niveles: adaptado, compensatorio

y comprometido. La meta de Enfermería es promover la adaptación a los cambios del ambiente, definida como un proceso, a la vez un resultado por el cual las personas con pensamientos y sentimientos utilizan la consciencia para crear una integridad humana y ambiental, y el ambiente lo constituyen todas las condiciones y circunstancias que están en la persona o que la rodean y que, por sus características, afectan su desarrollo y comportamiento.

En el concepto de adaptación, Roy destaca la importancia de los procesos cognitivos, en la medida en que las habilidades cognitivas se utilizan para asimilar e interactuar con el ambiente físico y social. Con el ánimo de explicar estos procesos, Roy, en 1988, propuso un modelo de procesamiento cognitivo para enfermería, en el cual sostiene que las habilidades derivadas del mismo están sujetas a múltiples factores de interacción a través de la vida, entre las cuales incluye la participación individual y las influencias históricas, sociales, biológicas y ambientales.

A través del proceso de afrontamiento, las personas procesan la información que proviene del ambiente y le otorgan un significado al relacionarlo con sus conocimientos previos y su experiencia. Esta teoría permite explicar los procesos cognitivos relacionados con la vivencia del cambio en el Ser, que se presentan en las primeras etapas del proceso de “Adquiriendo el Rol materno”, hasta que la madre logra su adaptación a los cambios.

Desde el punto de vista del proceso de afrontamiento cognitivo, la madre con un RNPT hospitalizado, conserva intactos los procesos de alerta y atención, pero se altera el procesamiento de la información, como consecuencia de los trastornos en los mecanismos sensitivos y perceptivos. La madre siente y percibe una sensación desconocida de ausencia de autonomía y de optimismo lo que le genera una alteración a la respuesta espontánea de su interacción con el RN.

Los cambios mencionados traen como consecuencia un desconocimiento de sus reacciones, porque la persona no se percibe ni responde como antes, lo cual la lleva a perder el dominio del Ser. Otro aspecto que influye son los significados de “Adquiriendo el Rol materno”, los cuales se ven descritos en las seis categorías (conceptos) generales identificadas. Estos significados constituyen los estímulos contextuales y residuales, cuya interpretación se relaciona con las experiencias previas y el conocimiento que tiene la persona de la condición de ser madre. Ante esta situación, la persona es incapaz

de planear y ejecutar respuestas adaptativas, lo cual se evidencia en las respuestas inefectivas de los cuatro modos de adaptación, como la dependencia para realizar las actividades cotidianas, el riesgo y la presencia de complicaciones que alteran el concepto de sí misma, la interacción con otras personas y la ejecución de los roles que debe asumir. Todos estos cambios comprometen el nivel de adaptación y llevan a la madre a experimentar una ruptura con la vida que llevaba antes y la obliga a desarrollar estrategias que le permitan asimilar la condición y adaptarse a los cambios.

Con el tiempo y con la experiencia de visitar al RNPT, se llega a encontrar un significado a las nuevas sensaciones y emociones como nuevos códigos que son interpretados y asociados en la memoria y le permiten a la madre identificar el deseo de comunicarse.

El cansancio físico o la incomodidad, con base en estos, planear y ejecutar diferentes respuestas que promueven su adaptación al ambiente. Del mismo modo, aprovechan las capacidades residuales y van desarrollando nuevas habilidades para controlar el bebé y para realizar las actividades cotidianas en la cuna o incubadora y con aditamentos como las sondas orogástricas, pañales, etc., de tal manera, que la percepción del rol y la ejecución de estas actividades, recuperan el carácter inconsciente o instintivo que tienen y favorecen el proceso de adaptación, en la medida en que facilitan la integración de la madre consigo misma y con el ambiente.

Estas madres, viven una experiencia en la cual, los patrones que identificaban en sí mismas como mamás, se modifican completamente y no se pueden reconocer inicialmente. Esta situación causa una ruptura de la relación del Ser consigo mismo y con otros, lo cual se evidencia en la pérdida de su dominio (control). Con el tiempo, empiezan a identificar unas manifestaciones en sus actitudes que aparecen esporádicamente con unas características específicas en términos de sensación y tiempo, que no tienen una explicación clara a la luz de la experiencia. Estas manifestaciones llaman la atención en la consciencia de la madre, hasta que logra encontrarle un significado propio y descubrir su asociación con algún evento en sus sentimientos o en el ambiente.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la carga emocional de estas madres obliga al equipo de salud a intervenir e idear estrategias de apoyo, como: fomentar la participación activa en el cuidado de sus hijos, porque ellas necesitan disminuir sus

culpas mejorar la autoestima y disfrutar la maternidad. También, se plantea la importancia de las redes familiares y profesionales que apoyen a nivel social y emocional a los padres para hacer menos doloroso el proceso de hospitalización de sus hijos.

En cuanto a la humanización del cuidado en las UCIN, las acciones deben centrarse en un cuidado individualizado, teniendo en cuenta la integralidad y el respeto por la vida. A partir de la literatura revisada, se deben proponer acciones encaminadas a minimizar el sufrimiento de la madre y la familia por su recién nacido. Dentro de las estrategias que se pueden plantear son: el tratamiento adecuado ante agentes estresores, el apoyo, el manejo apropiado de la información, la cual debe ser de fácil comprensión, real y completa acerca de la situación del bebé. También se debe facilitar un espacio para que los padres expresen sus sentimientos y estén presentes en el cuidado del niño, favorecer el

apego de los padres con el recién nacido, permitir verlo, tocarlo, atender las necesidades de reposo, calor, nutrición, higiene y observación continua a los bebés. Un aspecto importante que se debe establecer es que las UCINs estén siempre abiertas para los padres las 24 horas al día, sin ningún tipo de restricción.

Agradecimientos:

Este artículo es producto del Proyecto titulado “Modelo de cuidado del recién nacido prematuro, centrado en la familia con enfoque de riesgo familiar total fase I: Parámetros para el modelo basado en evidencia” con código No. 5688 financiado por la VIE de la Universidad Industrial de Santander.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Aagaard H, Hall E. Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *Journal of Pediatric Nursing* 2008; 23(3): 26-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2007.02.003>
2. Paterson BL, Thorne S. The potential of meta-synthesis for nursing care effectiveness research. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)* 2003; 35(3): 39-43.
3. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), Santa fe de Bogotá. 1993; 1-12.
4. Parra FM, Moncada Z, Oviedo SJ, Marquina M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de alto riesgo neonatal. *En index enfermería* 2009; 18(1): 13-17.
5. Jiménez F, Loscertales M, Martínez A, Merced M, Lanzarote D, Macías C, et al. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *VOX Pediátrica* 2003; 11(2): 27-33.
6. Malakouti J, Jabraeeli M, Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. *Iran J Crit Care Nurs.* 2013; 5(4):172-181.
7. Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG.* 2013; 120(5): 637-643. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12104>
8. Arnold L, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. *BMJ open*, 2013; 3(4).
9. Pepper D, Rempel G, Austin W, Ceci C, Henderson L. More than Information. A Qualitative Study of Parents' Perspectives on Neonatal Intensive Care at the Extremes of Prematurity. *Advances in Neonatal Care* 2012; 12(5):303-309. <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e318265b3d5>
10. Rodrigues LM, Moreira PL. Tornar-se pai vivenciando a internação do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *J Health Sci Inst.* 2012; 30(3): 227-30.
11. Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A, Chabrol H. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2011; 29(4): 364-373. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2011.623227>
12. Fontoura FC, Fontenele FC, Cardoso MV, Sherlock MD. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene* 2012; 12(3): 518-25.
13. Da Cruz AR, Oliveira MM, Cardoso MV, Lúcio IM. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2010; 12(1).
14. Schenk LK, Kelley JH. Mothering an extremely low birth-weight infant: a phenomenological study. *Advances in Neonatal Care* 2010; 10(2): 88-97. <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181d28330>

15. Chang SN, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International journal of nursing studies* 2009; 46(3): 326-336. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.004>
16. Hall EO, Brinchmann BS. Mothers of preterm infants: Experiences of space, tone and transfer in the neonatal care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2009; 15(4): 129-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2009.05.001>
17. Guerra JC, Ruiz CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances de Enfermería* 2008; 26(2): 80-90.
18. Lindberg B, Öhrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International journal of circumpolar health* 2008; 67(5): 461-471. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v67i5.18353>
19. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women and birth* 2008; 21(2): 71-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.006>
20. Rodríguez Y. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis de maestría en enfermería materno-perinatal. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2007; 181 p.
21. Carneiro KM, Monteiro M, Leite EM, Sousa MD. Experiencia de madres durante el período del internamiento del recién nacido en la unidad de terapia intensiva neonatal. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia* 2007; (80): 23-28.
22. Orapiriyakul R, Jirapaet V, Rodcumdee B, Kiatlaekakul S, Taboonpong S, Suttharangsee W. Struggling to get connected: the process of maternal attachment to the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Thai Journal of Nursing Research* 2007; 11(4): 251-264.
23. Gavey J. Parental perceptions of neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing* 2007; 13(5): 199-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2007.06.001>
24. Cardoso MV, Souto KC, Oliveira MM. Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene* 2006; 7(3): 49-55.
25. Gaíva MA, Scochi CG. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(4): 444-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400012>
26. Arenas Y, Salgado CY, Eslava D. Vivencias de los padres de los niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. *Actual. Enferm* 2005; 8(2): 8-13.
27. Lee I, Norr KF, Oh K. Emotional adjustment and concerns of Korean mothers of premature infants. *International journal of nursing studies* 2005; 42(1): 21-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.05.004>
28. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatr Nurs* 2005; 31(3): 176-200.
29. Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery* 2005; 21(2): 131-138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.008>
30. Lupton D, Fenwick J. They've forgotten that I'm the mum: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social science & medicine* 2001; 53(8): 1011-1021. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00396-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00396-8)
31. Hurst I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2001; 15(2): 65-82. <http://dx.doi.org/10.1097/00005237-200109000-00006>
32. Barbosa MA, Pinto de Jesus MC, Santin KR, Oliveira DM. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(6).
33. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2011; 17(1): 32-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2010.07.015>
34. Cleveland LM. A Mexican American Mother's Experience in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2009; 23(2): 178-185. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181a391fd>
35. Griffi JB, Pickler RH. Hospital-to-Home Transition of Mothers of Preterm Infants. *MCN* 2011; 36(4): 252-257.
36. Stiles AS. Parenting needs, goals, & strategies of adolescent mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2005; 30(5): 327-333. <http://dx.doi.org/10.1097/00005721-200509000-00011>
37. Plaas KM. Waiting for the other shoe to drop: the lived experience of hope for mothers of premature infants in the neonatal intensive care unit. Doctor of Philosophy Degree. The University of Tennessee, Knoxville. ProQuest 2008; 127 p.
38. Hanna DR, Roy C. Roy adaptation model and perspectives on the family. *Nursing Science Quarterly* 2001; 14(1): 10-13. <http://dx.doi.org/10.1177/08943180122108148>