

*Facultad de Ciencias Sociales*

*Trabajo final de integración*

*Detección de sucesos significativos en  
madres jóvenes cuyos bebés se  
encuentran en unidad de terapia  
intensiva*

*Autor: Nieri Liliana*

*Tutora: Oiberman Alicia*

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Problema</b> .....	3
<b>Objetivo General</b> .....	3
<b>Objetivos específicos</b> .....	4
<b>Marco Teórico</b> .....	4
<b>Método</b> .....	13
<b>Tipo de estudio</b> .....	13
<b>Instrumento</b> .....	13
<b>Muestra</b> .....	15
<b>Procedimiento</b> .....	15
<b>Resultados</b> .....	15
<b>Discusión</b> .....	22
<b>Referencias</b> .....	25
<b>Anexo</b> .....	29

## **Resumen**

Sobre las bases de las investigaciones sobre el estrés y el embarazo, se administra la Entrevista psicológica para la detección de sucesos significativos, para evaluar a una población de madres que tienen a sus hijos internados en UTIN en un hospital Materno Infantil (n = 107), de los cuales 60 madres que correspondían a la adolescencia tardía (17-20 años) y 47 que correspondían a la adultez joven (21-25 años).

Se detectó la existencia de sucesos significativos durante el embarazo. Los resultados obtenidos demuestran diferencias en ambos grupos.

Palabras clave: Estrés, Sucesos de vida, Maternidad, Adolescencia Tardía, Adultez Temprana.

## **Abstract**

Based on research about stress and pregnancy, a psychological interview is made in order to identify significant events. The interview is made to a population of 107 mothers with their children hospitalized on UTIN, of a hospital Materno Infantil. Of the whole population, 60 mothers were cases with Adolescents Delayed (17-20 years) while the rest cases (47) were of Early Adulthood (21-25 years). The results show that there are significant events during pregnancy and also probe the existence of differences within both groups.

Keywords: Stress, Life Event, Maternity, Adolescent Delay, Early adulthood.

## **Problema**

En función de las 320 horas llevadas a cabo en el hospital Materno Infantil, el problema que se puede observar, al administrar la Entrevista psicológica para la detección de sucesos significativos, es que las madres adolescentes y las madres adultas de niños internados con patologías neonatal han atravesado por sucesos significativos durante el último año y que los mismos pueden influir en el normal desenlace de su embarazo y parto.

## **Objetivo General**

El objetivo de esta investigación fue detectar factores de riesgo psicosocial en madres jóvenes con bebés internados en unidad de terapia intensiva neonatal.

### Objetivos específicos:

- 1) Analizar los sucesos significativos que se presentan con más frecuencia en las madres (17-25 años) que tienen a sus hijos internados en neonatología.
- 2) Evaluar el tipo de suceso encontrados en la escala de sucesos significativos de estas madres.
- 3) Comparar los sucesos que se presentan en las etapas de la adolescencia tardía y de la adultez joven.
- 4) Evaluar si existe diferencia entre las patologías de los bebés, los conflictos infantiles y los problemas psicológicos y físicos, de las madres de adolescencia tardía y de la adultez joven.

### **Marco Teórico**

El concepto de maternidad no solo implica cambios biológicos, sino que también, provoca cambios a nivel social, cultural y psicológico. Dentro del concepto de maternidad se incluye el embarazo, parto y puerperio. Es decir, que la maternidad implica una sucesión de secuencias complejas: pubertad, fecundación, parto, lactancia, crianza, educación y separación.

Diversos autores denominan al maternaje, maternalización o cualidad maternal al conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión a su maternidad. Este proceso se caracteriza por el contacto emocional –tierno y cálido- que la madre le otorga a su bebé. Aunque no siempre cuando acontece la maternidad biológica, emerge el proceso de la maternalización. Pues, este último puede quedar reprimido por diversos problemas que este atravesando o haya atravesado esa madre.

En el desarrollo del maternaje, la calidad de la relación entre la madre y su bebé se verá influida por su historia en tanto hija, por la realidad corporal del bebé y por la relación con sus propios padres. (Oberman, 2001)

Freud (1967) consideraba que el amor de una madre es el único sentimiento que no es ambivalente, es decir, que la madre adquiere una importancia única, inalterable y permanente.

A diferencia del autor anterior, Recamier (1983) describe a la maternidad como un fenómeno complejo psicobiológico. Para este autor, el amor maternal es ambiguo, ambivalente y que las etapas evolutivas del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la

madre. Esto significa, que el amor maternal no es un sentimiento puro e ideal, debido a que se mezclan: el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del otro y, finalmente, la confusión con él.

Es necesario considerar que la maternidad es un fenómeno psico-biológico, y también una crisis evolutiva y vital, que reactiva los problemas del pasado y potencia los problemas del presente – afectando, en su mayoría, los vínculos con los otros-.

Esta crisis evolutiva es atravesada por la madre en función de su historia personal, su estructura de personalidad, la situación presente, las características del bebé y la ubicación de este niño en el desencadenamiento histórico de su familia. (Oberman, A y cols, 2001)

Diferentes autores consideran a esta crisis como un estado de trastorno y desorganización, causado por una exigencia vital que no logra solucionarse mediante los recursos personales acostumbrados.

Erikson (1983) agrega que el maternaje provoca en la madre una crisis de identidad y de personalidad, y compara a la maternidad con la adolescencia encontrando puntos en común, como: la transformación corporal y hormonal, cambio en el status social, reactivación de conflictos infantiles, resolución y reconstrucción de identificaciones precoces – en particular la identificación con la propia madre-, transformación corporal en dos tiempos –primero, al producirse el embarazo y luego después del nacimiento-, transformación del sentimiento de identidad personal, entre otros.

Además, este autor considera a la vida como una serie de estadios y etapas, en donde cada una tiene un objetivo psicosocial en el desarrollo, sostiene que la etapa de la adolescencia culmina con la superación de la crisis para resolver el problema de la identidad.

Benedek (1983), al igual que Erikson, sostiene que el embarazo es como la pubertad, ya que “es un paso biológicamente motivado en la maduración del individuo, ese paso requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas para conducir a un nuevo nivel de integración que normalmente representa el desarrollo”. (Benedek, 1983, p.140)

Por otra parte, la adolescencia es considerada por diferentes autores, como un proceso de transición entre la niñez y el mundo adulto, donde se van a producir múltiples cambios físicos y psicológicos. (Moguilevsky, 2005)

Según Aberastury y Knobel (1999) en esta etapa los jóvenes buscan establecer su identidad adulta, a través de las relaciones objétales-parentales internalizada y de la relación con el medio social. Para que esto se logre el adolescente debe atravesar y

elaborar cuatro duelos que se desarrollan en este período: duelo por el cuerpo infantil, duelo por la identidad y el rol infantil, duelo por la bisexualidad y por último, duelo por los padres de la infancia.

UNICEF (2006) sostiene que la adolescencia es una etapa de transición, es una etapa de crecimiento y cambios físicos, mentales y sexuales, en donde buscan constituir su identidad, poniendo en práctica sus valores adquiridos en la infancia y desarrollando diferentes hábitos que le van a permitir convertirse en personas adultas.

Según esta organización, en la Argentina actualmente hay seis millones de adolescentes que tienen entre 12 y 19 años, en donde solo el 15% de esta población son madres adolescentes.

Diferentes autores dividen a la adolescencia en tres etapas, la primera de ellas es la pubertad o pre-adolescencia, la cual abarca entre los 11-13 años de edad. Según Freud (1905) esta etapa se caracteriza por ser un tiempo de transición en donde se elige el objeto y la identidad sexual. En esta etapa comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales primarios y secundarios que provocan una reorganización de la personalidad, este desarrollo se caracteriza por el ensanchamiento y redondez de las caderas -ya que se agrandan los huesos pubianos- y por el crecimiento del busto y la aparición del vello pubiano. (Griffa y Moreno, 2005)

A partir de los 13 años hasta los 16 se desarrolla la adolescencia media o la adolescencia propiamente dicha, en donde se alcanza la construcción de la identidad personal y sexual, los adolescentes comienzan a distanciarse afectivamente de su familia con el objetivo de independizarse de sus padres, se aferran a grupos de pares para identificarse y así lograr una ideología grupal. Las características principales de este período son: la ambivalencia, las vacilaciones y las contradicciones, debido al predominio de las fantasías de independencia que genera estas separaciones y uniones a nuevos grupos.

En esta etapa el desarrollo corporal ha reducido su ritmo y su cuerpo va adquiriendo las proporciones adultas.

Finalmente, aparece la adolescencia tardía que comprende desde los 17 hasta los 20 años de edad, aquí se adquiere el sentido de responsabilidad, esta etapa se caracteriza por el acceso al ámbito laboral, por la elección de una carrera, entre otros. Es decir, que es un estadio de consolidación y ensayo sobre los modos de vida y la relación con los demás, con el objetivo de establecer la búsqueda de la intimidad.

Para finalizar esta etapa el adolescente debe lograr: salir del mundo familiar y conquistar al mundo exterior, la elección del objeto sexual, la adquisición de la idea de

muerte propia, construir un ideal de yo, realizar una elección vocacional-laboral, entre otros. (Sahovaler, 2007)

Según Kaplan (1996) en esta etapa el joven funciona de modo independiente, busca la intimidad y logra formalizar las relaciones sexuales.

Una vez que se logran adquirir esos cambios, se pasa a la etapa de la adultez temprana, la cual se caracteriza por ser una fase de cambios sociales tanto a nivel profesional como familiar.

La vida adulta, al contrario de la adolescencia, esta marcada por acontecimientos sociales, por cambios de los roles, por demandas y exigencias de las tareas sociales. Havighurst (1952) agrega que el adulto joven tiene la capacidad de desarrollar una ocupación, adquirir responsabilidades cívicas, desarrollar capacidades para la elección de una pareja, entre otros.

En 1968 Erikson, en su libro "Identidad, juventud y crisis", explica que los jóvenes en esta etapa, necesitan establecer la intimidad la cual se caracteriza por la entrega a afiliaciones concretas con la capacidad de establecer compromisos profundos con los demás y así superar el aislamiento, el cual genera temor de permanecer separado y no ser reconocido.

Al igual que el autor anterior, Rappoport (1972), menciona tres problemas cruciales que se presentan en esta etapa: la elección de una pareja, la elección de una ocupación o roles y por ultimo, la desilusión.

Levinson con su modelo de "estructura de la vida" divide a la adultez temprana en dos fases: la primera va desde los 17 a los 22 años y se caracteriza por abandonar el hogar paterno, conseguir la independencia emocional y económica. Y la segunda, que va desde los 22 a los 28 años, esta se define por el establecimiento de una primera estructura de vida, elección de una ocupación, casamiento, formación de un hogar y una familia, conformación de grupos cívicos u sociales, forjamiento de un sueño para futuro, entre otros.

#### Maternidad, adolescencia tardía y adultez temprana

Al comienzo del trabajo se mencionaba que la maternidad provocaba una crisis vital y evolutiva, que al ser relacionada con la adolescencia se encontraba diversos puntos en común, es decir, que el embarazo adolescente -a diferencia de la adultez temprana- presenta una doble crisis, la primera de ellas es la crisis normal del embarazo y la otra es la propia de la adolescencia, esto permitiría reflexionar sobre cual es la calidad vincular entre la madre adolescente y su bebé.

Esto podría suceder por que las madres adolescentes aun no han establecido su sentido de sí misma y que a su vez tienen habilidades cognoscitivas mal definidas para el planeamiento futuro de su vida. Según Hamel (1992) las adolescentes embarazadas se ven enfrentadas a un cambio biográfico drástico, ya que pasan de ser niña-hija a madres con obligaciones, sin tener espacio y tiempo para crecer como persona y madurar.

Si bien el embarazo en sí mismo implica una crisis normal, hay que tener en cuenta que el nacimiento de un niño en riesgo o con alguna discapacidad, provoca en la madre otra crisis circunstancial, es decir, que las adolescentes no solo están atravesando por una doble crisis; en la maternidad adolescente -cuando el niño está internado en UTIN-, se provocaría una triple crisis -crisis de la maternidad, crisis de la adolescencia y crisis circunstancial por la internación de su hijo en UTIN-. Este entrecruzamiento de crisis provoca en las madres un sentimiento de angustia, ansiedad, resignificación de problemas anteriores, entre otros.

El servicio de psicología perinatal del Hospital Materno Infantil “Ana Goitía” elaboró una entrevista semidirigida de diseño óptico que toma en cuenta los sucesos significativos de vida -life events- que pueden influir en el embarazo y parto. Este modelo de entrevista es administrada durante el postparto inmediato, permitiendo, a través de la modalidad de entrevista de sesión única, introducir la dimensión psicosocial del nacimiento. La misma toma en cuenta las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, problemas en embarazos anteriores, temas que emergen, entre otros.

Un estudio publicado por la Dra Oiberman,( 1998, 2005) con un grupo experimental de 80 madres con bebés en Unidad de Terapia y un grupo control de 80 madres adultas de internación conjunta, comprobó mayor incidencia de sucesos significativos en las madres que tenían a sus hijos internados en unidad de terapia intensiva neonatal que en aquellas que tenían a sus bebés sanos: el primer grupo había atravesado más sucesos significativos durante el último año -65 madres sobre 80- contra las madres con niños sanos -25 sobre 80- .

Numerosos investigadores se han dedicado a estudiar la relación entre prematurez, bajo peso y/o patología neonatal con los factores psicosociales, teniendo en cuenta la influencia del estrés en el embarazo.

El estrés ha sido objeto de estudio por años, Seyle (1938) lo definió “como una respuesta inespecífica del organismo en donde un agente desencadenante atenta contra la homeostasis del organismo”. Al igual que este autor, Lazarus (1986), agregó que el



estrés surge de la relación entre la persona y su entorno, la cual es valorada por la persona como algo que excede sus recursos y que por lo tanto amenaza su bienestar personal, comprometiendo a la emoción, motivación y cognición del individuo.

En el año 1978 Cox añade que el estrés produce un desequilibrio entre la percepción de la persona acerca de las demandas que le hace la situación y su capacidad para satisfacerla, y que esta percepción de la desigualdad entre la demanda y su capacidad da como resultado el estrés.

Estas definiciones dan lugar a considerar las diferentes repuestas y a su vez las diferentes formas que tiene los individuos de experimentarlo.

Una de las características más importantes del estrés son los acontecimientos vitales, numerosos autores definen “acontecimiento o suceso como hecho o circunstancia de la vida de una persona capaz de alterar o modificar su salud psicofísica”, es decir, que todo acontecimiento vital es una experiencia social, que ocurre en un momento determinado, que posee significación psicológica y que es percibido por la persona con cierta intensidad. (Casullo, 1998)

Holmes en el año 1956 desarrollo el Inventario de Experiencia Reciente -SRE- con el objetivo de evaluar las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad. Este inventario estaba formado por sucesos vitales, los cuales se caracterizan por ser acontecimientos que implicaban cambios en las actividades usuales de la vida de los individuos que los experimentan.

Los sucesos de vida son experiencias de cambio que le exigen a la persona un proceso de reajuste en las conductas para obtener una adecuada adaptación; es decir, que para que allá o no una respuesta al estrés desadaptativa que genere un malestar o distrés emocional, depende el tipo de evaluación que el sujeto realice. (Alvaro, Aranda y Medina, 2002)

Es decir, que estos cambios vitales pueden ser estresantes si son inesperados e incontrolables ya que son situaciones en las que no hay experiencias previas, estas situaciones nuevas son estresantes si existe una asociación previa con el daño, el peligro o el dominio –la novedad en sí misma puede convertirse en una amenaza-. Estos acontecimientos no ocurren de forma aislada, sino que se dan dentro del contexto del ciclo vital de los individuos y en relación con otros acontecimientos, ya sean pasados, recientes o concurrentes.

El modelo de los momentos adecuados sostiene que los eventos vitales son marcadores en el desarrollo, es decir, que las personas responden de manera específica a los eventos de vida y a la época en que estos ocurran.

Danish y D'Augelly, (1980) añaden que durante la niñez y adolescencia los eventos de maduración interna marcan una transición de una etapa de desarrollo biológico a otro. Sin embargo, en la edad adulta el desarrollo de las personas depende más de los acontecimientos sociales.

Esto quiere decir que el estrés es el resultado a un evento imprevisto que ocurre antes o después de la época en que se esperaba. Neugarten (1979) agregó que las personas tienen un concepto de ciclo de vida normal, sostiene que los individuos tienen un reloj mental que marca cuando deben suceder ciertos acontecimientos dentro de sus vidas.

Lazarus junto a Cohen en el año 1977 numeraron tres acontecimientos que alteran la transición normal de la vida:

- Cambios mayores: los cuales se caracterizan por ser fenómenos de tipo cataclismo, estos son considerados como estresantes de forma universal y situado fuera de cualquier tipo de control, en este grupo se incluyen a los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre. Se tratan de hechos que pueden ser prolongados o que pueden ocurrir de formas rápida.
- Cambios mayores que afectan a una sola persona o a unas pocas: en general, los acontecimientos estresantes pueden ser fuera del control del individuo, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante, el fallecimiento de un ser querido o la pérdida de trabajo, entre otros. También, puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo, como es el caso del divorcio, de dar a luz o de someterse a un examen importante, es decir, que cualquier cambio positivo o negativo puede generar un efecto estresante.
- Ajetreos diarios: son aquellas pequeñas cosas que pueden irritar o perturbar a una persona en un momento en un momento dado.

Más adelante Elliot y Eisdorfer (1982) proponen cuatro tipos de estresantes: el primero son los estresantes agudos, limitados en el tiempo.- por ejemplo: esperar una intervención quirúrgica-. El segundo se caracteriza por ser series de acontecimientos que ocurren durante un periodo prolongado de tiempo como resultado de una acontecimiento inicial desencadenante –por ejemplo: el fallecimiento de un ser querido-.

El tercero hace referencia a los estresantes crónicos intermitentes –por ejemplo: problemas sexuales. Y finalmente se encuentran los estresantes crónicos –por ejemplo: incapacidades permanentes-.

El estrés no solo provoca una respuesta psicológica, como se ha mencionado anteriormente, sino que también provoca una respuesta en el organismo. Según Labrador (1993) la respuesta ante el estrés provoca la activación del eje neuronal, el eje neuroendocrino y el eje endocrino.

Walter Cannon (1929) agrega que el estrés al provocar una respuesta orgánica estimula al sistema nervioso simpático y la secreción de epinefrinas por las glándulas suprarrenales, logrando que el organismo se prepare para luchar ante la amenaza o huir de ella. Unos años más tarde Seyle (1976) añade que el estrés rompe con la homeostasis del organismo, en base a esta teoría propone el concepto de “Síndrome General de Adaptación” el cual se caracteriza por ser una respuesta inesperada del organismo ante cualquier demanda del entorno, haciendo que la persona se encuentre más susceptible para contraer algún tipo de enfermedad.

Este síndrome se manifiesta en diferentes etapas, la etapa inicial es de alerta, la cual tiene dos reacciones, la primera es la fase de shock –representando el efecto inicial e inmediato del agente nocivo sobre los tejidos- y la segunda fase es la de contrashock –, aquí hay una dilatación del córtex adrenal y un aumento de las secreciones córticoadrenales, las cuales producen elevación de la presión arterial y la temperatura corporal-.

Luego aparece la etapa de resistencia, que se caracteriza por un aumento de la resistencia al agente estresante y por una disminución de la resistencia ofrecida a otros estímulos. En esta fase hay una triada de reacciones: hipertrofia adrenal, contracción del timo y reducción asociada de linfocitos y de úlceras gástricas. Por último, aparece el agotamiento y muchos de los síntomas de la fase de alarma aparecen de nuevo, esta fase puede producir enfermedades de adaptación tales como el shock anafiláctico, la artritis, entre otros.

Como se mencionaba al comienzo del trabajo el embarazo en sí mismo implica una crisis vital y evolutiva, debido a que es un acontecimiento de vida importante en la mujer, el nacimiento de un bebé implica un cambio de vida para los padres, ya que pasan de una vida íntima entre dos a otra que involucra a una tercera persona que es totalmente dependiente. Esta transición se ve afectada cuando la familia debe atravesar por una crisis circunstancial por la internación de su bebé, se comprobó que la madres

en esta situación se sienten perdidas, no comprenden porque les sucedió eso a ellas, se culpan a sí mismas; sin saber que hay otras madres en su misma situación. (Vega, 2006) En necesario tener en cuenta que en el maternaje el yo es más sensible a las realidades externas, en donde determinados sucesos –que antes eran irrelevantes- cobran un sentido inusitado. Esto llevo a diversos autores a estudiar la relación que existe entre sucesos de vida, prematuros, bajo peso y patologías neonatales; llegando a la conclusión de que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero.

Es decir, que las hormonas del estrés aumenta la contractilidad uterina -la actividad simpática refuerza los mecanismos de expulsión para liberar el útero de su contenido- y disminuye las defensas inmunitarias del organismo.

Salvatierra (1990) explica como actúa la influencia de los factores psicosociales en el embarazo y el parto:

*El mecanismo contráctil básico depende de la acetilcolina mientras que la actividad simpática refuerza los mecanismos de expulsión para liberar el útero de su contenido (dilatación). La acetilcolina causa vasodilatación, mientras que la noradrenalina produce vasoconstricción, y la adrenalina –epinefrina- tiene ambas acciones, dependiendo del tipo de receptores y de las condiciones hormonales. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras hay un equilibrio entre el simpático -catecolamina- y el parasimpático –acetilcolina- (...) la ansiedad aumenta la adrenalina mientras que la tensión se asocia con descarga de noradrenalina. (p.102)*

Esto quiere decir que las hormonas del estrés –corticosteroides y endorfinas- aumentan la contractibilidad del útero y disminuyen las defensas inmunitarias del organismo.

Aunque no necesariamente los sucesos de vida van a producir niveles de estrés incontrolables; ya que el estrés es el resultante del significado atribuido a esos sucesos y de la forma como los mismos se evalúan.

Según las investigaciones llevadas a cabo por la Dra. Oiberman (2005) los sucesos significativos (life events) que emergen en el discurso materno, al administrar la entrevista psicológica son:

Pareja: separación durante el embarazo, violencia, otros.

Muertes: muerte de hijos previos, de la pareja, de otros familiares o personas cercanas.

Social: desocupación, problemas económicos, violencia familiar, violencia barrial, policial, familiar preso, adicciones, desarraigo, abuso sexual o violación a la madre, abuso sexual o violación alguien del entorno, otros.

Problema actual: accidentes, enfermedades, mudanzas (traslado durante el embarazo), otros.

Problemas con otros hijos: patología similar en otro hijo, preocupación por otros hijos, abandono o sustracción de otro hijo, otros.

Muchas investigaciones demuestran que estos sucesos pueden llevar a un parto prematuro o causarle algún tipo de problemática al bebé. En algunos casos el parto prematuro es considerado como una enfermedad psicosocial, ya que se asocia a un nivel socioeconómico bajo, mala nutrición, falta de controles durante el embarazo, entre otros.

Según Newton y Hunt (1984) denominaron factor de riesgo psicosocial a cualquier característica o circunstancia detectable, ambiental o comportamental, que se asocia a las posibilidades de poder desarrollar un daño a la salud.

Los factores de riesgo que se presentan con más frecuencia son: consumo de drogas, tabaco, alcohol, estrés –físico o psíquico-, maltrato doméstico –incluyendo abuso físico, sexual o emocional-, carencia de apoyo social, entre otros; los cuales pueden llevar a un parto pretérmino. (NE-O- PINARD, 2006)

## **Método**

**Tipo de estudio:** Transaccional Correlacional

### **Instrumento**

Se utilizó la Entrevista psicológica perinatal para la detección de sucesos significativos de vida, esta entrevista de diseño óptico consta de 22 sucesos que se dividen en 5 grupos –pareja, muertes, social, problema actual y problemas con otros hijos-. (Oibreman & Galíndez, 2005)

La misma toma en cuenta los sucesos significativos de vida que pudieron influir durante el embarazo y parto, para incorporar la dimensión psicosocial de la madre en las maternidades.

Esta entrevista clasifica la problemática materna en seis categorías:

-Problemas de pareja.

- Tema de la muerte.
- Causa social.
- Preocupación por otros hijos.
- Problemas maternos asociados al embarazo: físico y psicológicos.
- Conflictos en la infancia.

A su vez se subdivide en categorías detectadas como preocupante para las madres:

A. Sucesos significativos (esta subdivisión será tomada para el desarrollo del trabajo)

- 1) Pareja: separación durante el embarazo, violencia, otros.
- 2) Muertes: muerte de hijos previos, de la pareja, de otros familiares o personas cercanas.
- 3) Social: desocupación, problemas económicos, violencia familiar, violencia barrial, policial, familiar preso, adicciones, desarraigo, abuso sexual o violación a la madre, abuso sexual o violación alguien del entorno, otros.
- 4) Problema actual: accidentes, enfermedades, mudanzas (traslado durante el embarazo), otros.
- 5) Problemas con otros hijos: patología similar en otro hijo, preocupación por otros hijos, abandono o sustracción de otro hijo, otros.

B. Problemas maternos físicos asociados al embarazo: internación durante el embarazo, presión alta, pérdidas, Diabetes, HIV, ETS, otros.

C. Problemas maternos psicológicos: temor por la salud del bebé, por la salud propia, presentimiento de parto prematuro, angustia-ansiedad, otros.

D. Conflictos infantiles: abandono, fallecimiento de los padres, violación o abuso en la infancia, otros.

E. Impacto ante el nacimiento: dificultad del vínculo, dificultades de lactancia, angustia por patología del bebé, rechazo hacia el bebé, duelo por fallecimiento del bebé, duelo anticipado.

El objetivo de la misma fue evaluar la influencia de los sucesos significativos que se presentaron en las madres adultas jóvenes y adolescentes cuyos hijos están internados en UTIN de la Maternidad.

### Muestra

El equipo de psicología perinatal del Hospital Materno Infantil ha elaborado una entrevista psicológica perinatal de diseño óptico con el objetivo de introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades tomando en cuenta los sucesos significativos que influyeron durante el embarazo y el parto.

Para este trabajo se selecciono una muestra de 107 madres, que a su vez se dividieron en dos grupos, 60 madres que correspondían a la adolescencia tardía (17-20 años) y 47 que correspondían a la adultez joven (21-25 años). Cuyos hijos estaban internados en neonatología durante el año 2006, en el Hospital Materno Infantil.

### Procedimiento

Primer paso: La entrevista fue administrada por el grupo de psicólogas perinatales del Hospital Materno Infantil, la cual se les administro a las madre entre las 24 y 72 horas de haberse producido el nacimiento.

Segundo paso: se ingresaron los datos de la Entrevista psicológica para la detección de sucesos significativos del Hospital Materno Infantil a un programa estadístico – Stadistix-.

Tercer paso: luego de haber sistematizado las entrevistas, se dividió la muestra en las fases de la adolescencia tardía y en la adultez temprana.

Cuarto paso: se analizaron los sucesos de vida, los problemas físicos, los problemas psicológicos, los conflictos infantiles y los motivos de internación del bebé que se presentaron en las fases de la adolescencia tardía y en la adultez temprana.

### Resultados

A continuación, se describen los objetivos específicos de esta investigación.

La muestra seleccionada es de 107 madres, la cual se dividen en dos grupos, 60 madres que correspondían a la adolescencia tardía (17-20 años) y 47 que correspondían a la adultez joven (21-25 años).

**Tabla 1.** Descripción de los datos poblacionales que se presentan en la fase de la adolescencia tardía y en la adultez joven.

Datos Poblacionales	Edad de las madres		Adolescencia tardía	Adultez temprana
	17-18	29	27.1%	
	19-20	31	29%	
	21-22	17	15.9%	
	23-25	30	28%	
En				
<u>Situación de pareja</u>				
Estable/conviven	38	63.3%	38	80.9%
Estable/no conviven	9	15%	3	6.4%
Inestable	3	5%	---	---
Sola con apoyo familiar	5	8.3%	3	6.4%
Sola sin apoyo familiar	1	1.7%	1	2.1%
Separación durante el embarazo	1	1.7%	2	4.3%
Ausencia de datos	3	5%	---	---
<u>Nivel de escolaridad</u>				
Analfabetismo	3	5%	---	---
Primario incompleto	11	18.3%	4	8.5%
Primario completo	20	33.3%	7	14.9%
Secundario incompleto	10	16.7%	11	23.4%
Secundario completo	10	16.7%	9	19.1%
Terciario incompleto	---	---	1	2.1%
Terciario completo	---	---	---	---
Universitario incompleto	1	1.7%	3	6.4%
Universitario completo	---	---	---	---
Ausencia de datos	5	8.3%	12	25.5%
<u>Trabajo</u>				
SI	9	15%	7	14.9%
NO	48	80%	36	76.6%
Ausencia de datos	3	5%	4	8.5%
<u>Cantidad de hijos</u>				
Madre primeriza	46	76.7%	20	42.6%
Madre de dos hijos	8	13.3%	12	25.5%
Madre de tres hijos	5	8.3%	13	27.7%
Madre de cuatro hijos	1	1.7%	2	4.3%

cuanto a la situación de pareja el 63.3% de las madres de adolescencia tardía



manifestaron tener una pareja estable con convivencia, el 15% manifestaron estar en pareja pero no conviven, el 8.3% se encuentran solas con apoyo y el 5% inestable.

En cambio, en la adultez temprana, el 80.9% de las madres conviven y están estables con su pareja, el 6.4% se encuentran en pareja estable pero no convive, el 6.4% se encuentra sola con apoyo y el 4.3% manifestaron separarse durante el embarazo.

Se puede observar que existe un mayor número de madres adultas con pareja estable en relación a las madres adolescentes

En relación al estudios alcanzados, el 23.4% de las madres de la etapa adulta manifestaron tener secundario incompleto, el 19.1% secundario completo, 14.9% primario completo, 8.5% primario incompleto, el 6.4% universitario incompleto y el 2.1% terciario incompleto.

A diferencia de esta etapa, el 33.3% de las madres adolescentes finalizaron la primaria, el 18.3% primario incompleto, el 16.7% secundario completo, el 16.7% secundario incompleto y el 5% no tiene estudios.

En relación al trabajo el 80% de las madres adolescentes no trabaja, lo mismo ocurre con las madres de la adultez temprana, en donde el 76.6% manifestaron no trabajar.

En cuanto a la cantidad de hijos, el 76.6% de las madres adolescentes son madres primerizas, el 13.3% tienen dos hijos y el 8.3% tres hijos. En cambio, en la adultez temprana, el 42,6% son madres primerizas, el 27.7% tienen tres hijos, el 25.5% tienen dos hijos y el 4.3% tienen cuatro hijos.

**Tabla 2.** Comparación de los sucesos significativos, los problemas físicos y psicológicos y los conflictos infantiles que se presentan en las madres de la adolescencia tardía y de la adultez temprana.

Temas que emergen	Adolescencia tardía	Adultez temprana
Sucesos significativos	22 <b>37%</b>	34 <b>71%</b>
No presentan sucesos	38 <b>63%</b>	13 <b>29%</b>

Tipos de sucesos	Adolescencia tardía	Adultez temprana
------------------	---------------------	------------------

---

<u>Pareja:</u>			
Separación durante en embarazo	10	<b>16.6%</b>	3 <b>6.38%</b>
Violencia	4	6.66%	1 2.12%
Problema pareja anterior	4	6.66%	2 4.25%
Otros	1	1.66%	1 2.12%
<u>Muertes:</u>			
Hijos	---	---	2 4.25%
Abortos	2	3.33%	1 2.12%
Pareja	---	---	---
Otros familiares/personas cercanas	3	<b>5%</b>	9 <b>19.14%</b>
<u>Social:</u>			
Desocupación/problemas económicos/pobreza	9	<b>15%</b>	4 <b>8.51%</b>
Violencia familiar	2	3.33%	1 2.12%
Violencia barrial/policial/familiar preso	2	3.33%	---
Adicciones	5	<b>8.33%</b>	---
Desarraigo (migraciones)	1	<b>1.66%</b>	8 <b>17.02%</b>
Abuso/violación madre	1	1.66%	---
Abuso/violación de alguien del entorno	---	---	---
Otros	2	3.33%	1 2.12%
<u>Problema actual:</u>			
Accidentes	---	---	1 2.12%
Enfermedades	1	<b>1.66%</b>	5 <b>10.63%</b>
Mudanzas	10	<b>16.6%</b>	7 <b>14.89%</b>
Problemas familiares	12	<b>20%</b>	4 <b>8.51%</b>
Otros	3	5%	4 8.51%
<u>Problemas con otros hijos:</u>			
Patología similar en otro hijo	1	1.66%	3 6.38%
Preocupación por otros hijos	1	1.66%	3 6.38%
Abandono/sustracción otro hijo	1	1.66%	---
Otros	---	---	1 2.12%

---

La diferencia más importante que se encontró en los temas que emergen, es que el 63% de las madres adolescentes manifestaron no haber atravesado por algún suceso, en cambio, solo el 29% de las madres adultas no presentaron sucesos.

Sin embargo en la comparación en la adolescencia tardía y en la adultez temprana, los life events que se presentan con más diferencia son:

Separación durante el embarazo, el 16.6% de las madres adolescentes manifestaron tener problemas de pareja, en cambio, solo el 6.38% de las madres de adultez temprana manifestaron atravesar por esta problemática.

En el suceso de muerte de un familiar o persona cercanas, el 19.4% de las madres adultas manifestaron haber atravesado por el mismo. En cambio, solo el 5% de las madres adolescentes atravesaron por el mismo.

En el grupo de sucesos social, la mayoría de las madres adolescentes mencionaron tener problemas de desocupación y pobreza -15%-, en cambio, el 17.02% de las madres adultas manifestaron tener problemas de migración (desarraigo).

En los problemas actuales el 10.63% de las madres adultas manifestaron haber atravesado enfermedades, en cambio, el 20% de las madres adolescentes manifestaron tener problemas familiares. También, en este grupo más del 14% de las madres manifestaron haber atravesado mudanzas.

Problemas físicos	Adolescencia tardía		Adulthood temprana	
Físicos:			43	72 %
33 71.7%				
Embarazo en sí mismo como life event	29	34.6%	17	24.6%
Internación durante el embarazo				
Hipertensión	10	12.3%	8	11.6%
Perdidas	3	3.7%	6	8.7%
Infección urinaria	3	3.7%	2	2.9%
Contracciones	7	8.6%	10	14.5%
Diabetes gestacional	8	9.9%	4	5.8%
HIV/ETS	1	1.2%	---	---
Otros	4	4.9%	9	13%
Ausencia de problemas físicos	17	28%	14	28.3%

En el análisis de los problemas físicos de las madres que tienen a sus bebés internados en la UTIN, se puede observar que ambos grupos viven el embarazo en sí mismo como life event –es decir, que el embarazo es vivido como un problema en sí mismo-, el 34.6% corresponde a las madres adolescente y el 24.6% a el grupo de la adultez temprana. Pero son las madres adolescentes quienes más lo viven en tanto problema.

La mayoría de las madres de ambos grupos sufrieron, por igual, problemas físicos de hipertensión durante el embarazo –las madres de la adolescencia presentaron un 12.3% y las madres adultas un 11.6%-. Sin embargo, se nota una diferencia en cuanto a las perdidas durante el embarazo y en las contracciones, ya que las madres adultas presentaron mayores casos de estos problemas.

En cuanto a la diabetes gestacional, las madres adolescentes -9.9%- presentaron más casos que las adultas -5.8%-. En relación al HIV solo una madre adolescente manifestó ser portadora de este virus -1.2%-.

Problemas Psicológicos	Adolescencia tardía	Adultez temprana
Psicológicos:	17 <b>28.4%</b>	12 <b>25.5%</b>
Temor/salud bebé	5 <b>7.8%</b>	8 <b>16.8%</b>
Temor/salud propia	--- ---	--- ---
Presentimiento de parto prematuro/patología	1 1.6%	1 2.1%
Angustia	4 <b>6.3%</b>	5 <b>10.5%</b>
Ansiedad	6 <b>9.4%</b>	1 <b>2.1%</b>
Temor al parto	4 <b>6.3%</b>	--- ---
Otros	1 1.6%	1 2.1%
Ausencia de problemas psicológicos	43 <b>71.6%</b>	35 <b>74.5%</b>

En relación a los problemas psicológicos que manifestaron atravesar estas madres, el temor por la salud del bebé, aparece en menor proporción entre las madres adolescentes -7.8%- que las madres adultas -16.8%-, podría suponerse que hay mayor grado de responsabilidad ante la llegada del bebe

Otras diferencias que se encontraron en esta problemática fueron en ansiedad y temor al parto. En ansiedad el 9.6% corresponde al grupo de la adolescencia tardía y el 2.1% corresponde al otro grupo. En cuanto al temor al parto el 6.3% de las adolescentes las manifestaron sentirlo, a diferencia de las madres adultas solo se presento un caso -2.1%. Finalmente, más del 70% de las madres entrevistadas de ambos grupos revelaron no tener ningún problema psicológico.

Conflictos Infantiles	Adolescencia tardía	Adultez temprana
-----------------------	---------------------	------------------

Conflictos Infantiles:	11	<b>18%</b>	7	<b>14.6%</b>
Abandono	5	8%	5	10%
Fallecimiento de los padres	4	6.4%	1	2%
Violación/Abuso	1	1.6%	1	2%
Maltrato	2	3.2%	---	---
Otros	2	3.2%	2	4%
Ausencia de conflictos infantiles	49	<b>82%</b>	40	<b>85.4%</b>

En el análisis de los conflictos infantiles, no se presentó diferencia, ya que más del 80% de estas madres no manifestaron haber atravesado por conflictos infantiles.

Una de las diferencias que se presentó fue en el fallecimiento de los padres, ya que a diferencia de la adultez temprana -2%- , las madres adolescentes -6.4%- manifestaron haber atravesado por este conflicto.

**Tabla 3.** Descripción de los motivos de internación del bebé que se presentan en la fase de la adolescencia tardía y en la adultez joven.

Controles durante el embarazo	Adolescencia Tardía		Adultez Temprana	
	Si	51	85%	43
No	6	10%	1	2.1%
Ausencia de datos	3	5%	3	6.4%

Se observa que ambos grupos en un 85%, realizaron los controles obstétricos sugeridos. No obstante existe un grupo mayor de adolescentes -10%- que no concurrió a los controles obstétricos, a diferencia de las madres adultas.

Patología del Bebé	Adolescencia tardía	Adultez temprana
--------------------	---------------------	------------------

---

Observación	1	1.7%	2	4.3%
Patología Neonatal (PN):	39	<b>65%</b>	24	<b>50.8%</b>
Recién nacido pretermino (RNPT)	20	<b>33.3%</b>	21	<b>44.7%</b>
Peso:				
Menos de 1500gr	2	3.35%	6	<b>12.7%</b>
Entre 1600-2000gr	10	16.66%	9	19.14%
Entre 2100-3000gr	25	41.5%	19	40.4%
Más de 3100gr	18	<b>29.89%</b>	8	17%
Ausencia de datos de Peso	5	8.3%	5	10.6%

---

En relación a la patología del bebé no se encontraron diferencias importantes en el nacimiento pretermino del bebé, el 44.7% de las madres adultas tuvieron parto prematuro, en cambio, solo el 33.3% de las madres adolescentes tuvieron un parto prematuro.

Otra diferencia que se presentó fue en la patología neonatal, ya que el 65% de los hijos de las madres adolescentes presentaron más patologías que los hijos de las madres adultas -50.8%-.

En cuanto al bajo peso, los hijos de las madres de la adultez temprana fueron los que más sufrieron de bajo peso extremo -12.7%-, a diferencia de los hijos de las madres adolescentes que fueron los que más casos tuvieron de peso mayor a 3100gr -29.89%-.

### **Discusión**

El objetivo de esta investigación fue establecer si existían diferencias en los eventos vitales que atravesaron las madres de la adolescencia tardía y las madres de la adultez temprana. A lo largo de este trabajo se fueron desarrollando temas como: la maternidad, el maternaje, el estrés durante el embarazo y el efecto fisiológico y psicológico que este produce en el embarazo y en las dos etapas del ciclo de vida propuestas.

A partir de los datos obtenidos en el análisis de la Entrevista psicológica para la detección de sucesos significativos, se puede observar una diferencia marcada entre las madres adultas y las adolescentes en relación a los sucesos significativos que han manifestado vivir durante el embarazo. Las madres adolescentes fueron las que menos sucesos presentaron, esto podría deberse a que les cueste más hablar sobre sus problemas, lo cual implicaría realizar otro tipo de abordaje psicológico.

Sin embargo, cuando se le preguntaba por los conflictos infantiles las madres adolescentes, a diferencia de las adultas, manifestaron haber atravesado más conflictos en su infancia, los conflictos que aparecieron con más frecuencia fueron los de abandono, fallecimiento de los padres y maltratos.

No obstante, fueron escasas las madres de ambos grupos que mencionaron haber atravesado por los mismos, esto podría deberse a las madres al estar atravesando la maternidad, se encuentran más preocupadas por su situación actual.

En cambio, las madres que si atravesaron life events en el embarazo manifestaron haber sufrido problemas actuales, dentro de estos los que más se presentaron fueron mudanzas y problemas familiares.

Las madres adolescentes manifestaron tener ambos problemas, esto se puede relacionar con que la adolescencia es la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta y que esto se logra a través de la resolución del duelo por los padres de la infancia. Es decir que los problemas familiares manifestados pueden deberse a estos conflictos. (Aberastury y Knobel, 1999)

Esta crisis de identidad que atraviesa el adolescente no solo es producto de la etapa evolutiva que está atravesando, ya que a esta se le suma la maternidad que envuelve una crisis vital y evolutiva, y a su vez una crisis circunstancial por la internación de su bebé en UTI. En conclusión, estas madres adolescentes están atravesando por una triple crisis, ocasionándoles problemas de ansiedad, temor por la salud del bebé y angustia. A diferencia del grupo anterior, las madres adultas atraviesan por una doble crisis –la crisis de la maternidad y la crisis circunstancial-, pero que de igual forma les generan angustia y temor por la salud del bebé.

En relación a los problemas físicos en ambos grupos de madres, un porcentaje similar vive el embarazo como un problema en sí mismo. No obstante son las madres adolescentes quienes más manifestaron haber atravesado esa problemática, esto también se puede relacionar con el miedo al parto y la ansiedad – problemas psicológicos- que este le genera, a su vez se lo puede relacionar con la falta de controles durante el embarazo, ya que el grupo de las madres de la adolescencia tardía fueron las que menos controles se realizaron. Esto podría deberse a la falta de aceptación o negación del propio embarazo.

Por otra parte, en la adolescencia es más normal que se presenten problemas familiares, ya que en la mayoría de los casos la llegada del bebé es de manera sorpresiva y no planificada, ocasionando problemas en la estructura familiar.

En cambio, las madres adultas manifestaron haber atravesado por mudanzas, esto se debe, según Erikson (1973), a que los jóvenes adultos necesitan y desean intimidad; requieren establecer compromisos profundos con los demás. Esto se relaciona con la situación de pareja, ya que se puede observar que la mayoría de las madres adultas mantienen una relación estable y a su vez conviven con su pareja.

En el desarrollo de este trabajo se mencionaron diferentes investigaciones que relacionaban los sucesos de vida –life events- atravesados por la madre durante el embarazo con la prematuridad, el bajo peso y las patologías neonatales. Al estudiar las patologías neonatales presentadas por los bebés de estas madres, se encontró una coincidencia con estas investigaciones, ya que la mayoría de los bebés nacieron pretermino y con bajo peso.

Los resultados obtenidos en este trabajo comprueban que los sucesos significativos son variables que es necesario tomarlas en consideración durante el embarazo.

En un futuro es necesario estudiar con mayor profundidad otros datos relevantes que pueden, en un futuro, enriquecer esta investigación. Es decir, que se podría tener en cuenta si la llegada de este bebé fue buscado o aceptado, si la madre lo imaginó durante el embarazo, el lugar que ocupa este bebé en el desencadenamiento histórico de la familia, el impacto ante esta situación, entre otros datos.

Como conclusión final, a lo largo de la residencia pude aprender con más detalle el trabajo que realiza el psicólogo perinatal en una institución pública, ya que el equipo de la Dra Oiberman funciona como un servicio de guardia hospitalaria, trabajando en conjunto con las obstetras, médicos y enfermeros, con el objetivo de intervenir en la situación de crisis que está atravesando la madre.

En general, la forma de encarar este trabajo es entrevistar a toda madre que tiene a su hijo internado en el servicio de neonatología, utilizando la entrevista psicológica de sesión única, lo cual permite incorporarla a la historia clínica neonatal para beneficio de las siguientes guardias neonatales.

Esta modalidad de trabajo se caracteriza por la escucha inmediata ante la situación de riesgo, con el objetivo de ayudar a esa madre a reorganizar sus emociones, permitiendo que emerge la palabra ante la situación de angustia y reorganizarse, dentro de la doble o triple crisis que está atravesando –la de ser madre, ser adolescente y la de tener a su hijo internado en el servicio de neonatología-. El fin de la misma es que el paciente recupere sus recursos y pueda desarrollar estrategias de afrontamiento.



Este trabajo que se realiza en la maternidad se ve favorecido por el buen contacto con el equipo medico, lo que facilita el seguimiento de los casos dentro de la neonatología.

Una de las críticas que se puede hacer, es que el equipo de salud mental del hospital trabaja de forma desconectado con el equipo de psicología perinatal que pertenece a la Facultad de Psicología de la UBA, ya que el equipo de salud mental de esta maternidad trabaja con la demanda externa de las mujeres embarazadas, y no comprenden que el trabajo de psicología perinatal tiene una modalidad totalmente diferente a la modalidad clásica. Ese equipo de trabajo no intento modificar su modalidad clásica, transformándose en un trabajo iatrogénico.

A diferencia del equipo de salud mental, el equipo de psicología perinatal trabaja “codo a codo” con la guardia de neonatología y obstetricia, tiene la modalidad de trabajo en crisis, sin un encuadre clásico, la demanda es flexible y no puede existir interconsulta. Es decir, que se debe trabajar con la situación de crisis, donde la madre se encuentre: UTIN, salas de parto, etc.

### **Referencias**

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1980). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Acosta, E. & Varela, C. (2006). El Parto Prematuro. *NE-O- PINARD*, 1, 5-7.

- Alvarado, R., Medina, E. & Aranda W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista médica de Chile*, 130, 561-568.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benedek, T. (1983). *La psicobiología del embarazo: El enfoque psicobiológico de la condición de progenitor*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boulot, P. (1992). Hipotrophie foetale: psysiopathologie. Revue de la littérature. *Journal Gynecologique Obstetrique Biologique Repreod*, 21, 851.
- Brown, G.W. & Harris. T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Macmillan.
- Cannon W. B.(1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiol*, 9, 399-431.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cox T. (1978). *Stress*. Nueva York: Mac Millan.
- D'Augelly, A. & Danish, S. (1980). *Helping skills: A basic training program*. New York: Human Sciences Press.
- Elliott, G.R. & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer Publishing Company.
- Erikson, E.H. (1968). *Identidad juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1967). *Abregé de Psychanalyse*, Paris: P.U.F.

- Griffa, M. & Moreno, J. (2005). *Claves para una Psicología de Desarrollo: Adolescencia, Adulter y Vejez*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hamel, P. (1992). El embarazo adolescente: un problema social. En: *seminario adolescente*. Santiago: UNICEF & SERNAM.
- Havighurst, R. (1952). *Developmental tasks and education*. Canadá: Longmans.
- Kaplan, H, Sadock, B. & Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Labrador, F. (1993). *Estrés: Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema Isbn.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Levinson, D. (1978). The mind-life transition period in adult psychosocial development. *Psychiatry*, 40, 99-112.
- Milivoj, Jovančević., Mladen, Knežević. & Branka, Makalouš-Smuē. (2004). *Maternidad en adolescentes en una población de refugiados*. Recuperado el 16 de Octubre del 2007 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2004000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000200006&lng=es&nrm=iso).
- Moguilevsky, J. (2005). *Fisiología endocrina y de la reproducción: introducción a la psicoimmunoneuroendocrinología*. Buenos Aires.
- Neugarten, Bernice L. (1979). Time, Age and the Life Cycle. *American Journal of Psychiatry*, 136, 887-894.
- Newton, RW. & Hunt,LP. (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birthweight. *BMJ*, 288, 1191-1194.
- Oiberman, A. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: la entrevista psicologica de diseño óptico. *Revista del instituto de investigaciones de la facultad de psicología. UBA*, 2, 77-89.

- Oiberman, A. (2001). *Observando a los Bebés: Estudio de una Técnica de Observación de la Relación Madre- Hijo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y Después: Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oiberman, A. & Galíndez, E. (2005). Psicología Perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil RAMON SARDA*, 24, 100-109.
- Oiberman, A. (2007). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate* 5. *Psicología, Cultura y Sociedad*. UP, 5. 116-130
- Quiroga, S. (1998). *Adolescencia, del goce orgánico al hallazgo del objeto*. Buenos Aires: Eudeba.**
- Rappoport, L. (1972). *La personalidad desde los 13 a los 25 años. El adolescente y el joven*. Buenos Aires: Paidós.
- Recamier, P. (1984). *A propos des psychoses sur la maternité, en Mere mortifere, mere meurtriere, mere mortifié*. Paris: E.S.F.
- Sahovaler, J. (2007). Los trabajos de la adolescencia tardía. *Actualidad psicológica*. 351, 14-17.
- Salvatierra, V. (1998). Psicología del embarazo y sus trastornos. En: Oiberman, A. (2005). *Nacer y Después: Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Sherif, M. (1965). *Problems of Routh: transition to adulthood in a changing World*. Chicago: Aldine Publishing. En: Aberastury, A. & Knobel, M. (1980). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- UNICEF. Recuperado el 28 de Abril de 2008, de [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ManualSaludSexualidad.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ManualSaludSexualidad.pdf)

Vaillant, G. (1984). The study of adult development at Harvard medical school. In S. A. Mednick., M. Harway. & K. M. Finello (Eds.). *Handbook of longitudinal research*. New York: Praeger.

**Vallone, Doris C & Lori M, Hoffman. (2003). *Preventing the tragedy of neonaticide*. Recuperado el 18 de Mayo del 2007 en [http://find.galegroup.com/itx/infomark.do?action=interpret&contentSet=IACDocuments&type=retrieve&tabID=T002&prodId=ITOF&docId=A108836996&source=gale&srcprod=ITOF&version=1.0&userGroup=up\\_web&finalAuth=true](http://find.galegroup.com/itx/infomark.do?action=interpret&contentSet=IACDocuments&type=retrieve&tabID=T002&prodId=ITOF&docId=A108836996&source=gale&srcprod=ITOF&version=1.0&userGroup=up_web&finalAuth=true).**

Vega, E. (2006). *El Psicoterapeuta en Neonatología: Rol y Estilo Personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

