

R.22902

UNIVERSIDAD DE SEVILLA. FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FARMACOLOGIA Y RADIOLOGIA.

T.D.
M/1995



**DIFICULTADES EN LA RELACION MADRE-HIJO GENERADAS
POR EL INGRESO EN LA UNIDAD NEONATAL: ANALISIS DE
SENTIMIENTOS, ACTITUDES Y OPINIONES MATERNAS.**

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ RIVAS.

Sevilla, Noviembre 1994.

[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARÍA GENERAL

Que se registrada esta Tesis Doctoral
al folio 157 número 296 del libro
correspondiente.

Sevilla, 12 de Enero 1995

El Jefe del Negociado de Tesis,

Lucia Raffetto

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Depositado en Dpto. Farmacología, Pedi-
atría y Radiología
de la F. Medicina
de esta Universidad desde el día 9-12-94
hasta el día 12-Enero-95

Sevilla 12 de Enero de 1995

EL DIRECTOR DEL DPTO.

Manuel Carrabina

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE MEDICINA

CATEDRA DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

Prof. Dr. JOSE GONZALEZ HACHERO

41009 - SEVILLA

HOSPITAL UNIVERSITARIO

«VIRGEN MACARENA»

AVDA .DR. FEDRIANI S/N

TELEFS. } 455 74 00, EXT. 1364

437 08 92

FAX 437 08 92

JOSE GONZALEZ HACHERO, CATEDRATICO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA, JOSEFA AGUAYO MALDONADO, PROFESORA ASOCIADA DE PEDIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA, PEDRO PABLO BONAL PITZ, PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.



CERTIFICAN:

Que **D.FRANCISCO JAVIER MARQUEZ RIVAS**, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado "**DIFICULTADES EN LA RELACION MADRE-HIJO GENERADAS POR EL INGRESO EN LA UNIDAD NEONATAL: ANALISIS DE SENTIMIENTOS, ACTITUDES Y OPINIONES MATERNAS**" , con el que aspira a obtener el Grado de Doctor, y que reúne todas las condiciones requeridas para optar a dicho Grado.

Y para que conste donde convenga firmamos el presente certificado en Sevilla a veintiseis de Octubre de mil novecientos noventa y cuatro.

Fdo: Prof. J. GONZALEZ HACHERO

Fdo: Prof^a J. AGUAYO MALDONADO

fdo: Prof. P.P. BONAL PITZ

CATEDRA DE PEDIATRIA
Y PUERICULTURA
FACULTAD DE MEDICINA
SEVILLA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA. FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FARMACOLOGIA Y RADIOLOGIA.

**DIFICULTADES EN LA RELACION MADRE-HIJO GENERADAS
POR EL INGRESO EN LA UNIDAD NEONATAL: ANALISIS DE
SENTIMIENTOS, ACTITUDES Y OPINIONES MATERNAS.**

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ RIVAS.

Sevilla, Noviembre 1994.

*A mis padres, ejemplos de dedicación,
esfuerzo y sobre todo amor.*

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. José González Hachero, por su constante y decidido estímulo a la investigación, valiosas aportaciones y dirección de este trabajo.

A la Prof^a. Dra. Josefa Aguayo Maldonado y al Prof. Dr. Pedro Pablo Bonal Pitz, por su absoluta dedicación en los aspectos tanto teóricos como prácticos así como en la dirección de este estudio. A Pepa y a Pablo por todo lo demás.

Al Prof. Dr. Juan Polo por su inestimable colaboración en el desarrollo estadístico de esta investigación.

A la Dra. María del Carmen Bustos Gómez y al Dr. Juan Carmona Arango por el apoyo académico a la realización de este proyecto. A la Dra. Lourdes Aguilera Lopez por su apoyo técnico.

Al Servicio de Pediatría del Hospital de Valme. Mención especial merecen todas y cada una de las enfermeras de la Unidad Neonatal por el apoyo y afecto con que me han animado y alentado durante el desarrollo de este estudio.

A María. Su apoyo incondicional en todas las fases de la investigación, su cariño, su confianza y su generosidad sin límite han sido el constante punto de referencia en la realización de este proyecto.

Finalmente, y de forma muy especial, a las madres e hijos de la Unidad Neonatal y de la Maternidad del Hospital de Valme, razón y objetivo final de la investigación, con la esperanza de que sus resultados ayuden a conocer sus necesidades y permitan proporcionarles mejores condiciones de atención y salud.

INDICE

INTRODUCCION - 13 -

 Precedente histórico. - 16 -

 Bases psicobiológicas de la vinculación - 19 -

 Modelos animales - 19 -

 Modelos psicológicos - 20 -

 Vinculación y apego - 22 -

 Fisiología y evolución del vínculo afectivo en el período
 neonatal - 23 -

 Dificultad en la vinculación. Implicaciones - 29 -

 Organización de la asistencia perinatal. - 34 -

 La vinculación en el entorno de la asistencia neonatal - 44 -

 Uso de técnicas cualitativas y cuestionarios en la investigación en
 salud - 61 -

 Brainstorming o tormenta de ideas - 62 -

 Utilización de cuestionarios en la investigación en salud - 64 -

 Ventajas y limitaciones - 65 -

 Estructura interna de los cuestionarios. Preguntas. - 68 -

 Metodología en el diseño y uso de los cuestionarios - 71 -

 Validez y fiabilidad. - 72 -

HIPOTESIS DE TRABAJO	- 75 -
MATERIAL Y METODOS	- 79 -
Cuestionario (descripción)	- 84 -
Método estadístico	- 99 -
RESULTADOS	- 102 -
Tormenta de ideas	- 103 -
Cuestionario	- 107 -
Características socioeconómicas y culturales	- 107 -
Antecedentes maternos	- 111 -
Variables clínicas y asistenciales de los RN	- 113 -
Contacto madre-hijo, sentimientos y actitudes.	- 121 -
Satisfacción, información y organización.	- 135 -
Ayuda afectiva	- 146 -
Disponibilidad materna y apertura de la UN	- 154 -
Análisis comparado	- 159 -
Análisis de varianza. Grupo de estudio vs. Grupo control	- 164 -
Análisis de variables explicativas	- 174 -

DISCUSION	- 184 -
Brainstorming	- 185 -
Análisis descriptivo	- 187 -
Análisis comparado y de variables explicativas.	- 202 -
CONCLUSIONES	- 218 -
RESUMEN	- 221 -
BIBLIOGRAFIA	- 227 -

INTRODUCCION

La importancia creciente de la problemática social en general y dentro de ella, los problemas en la integración familiar, educativa y las temibles implicaciones del maltrato infantil, así como otros problemas relacionados por su especial trascendencia ética, moral, política y económica, ha supuesto en los últimos años un continuo estímulo investigador con el ánimo de comprender el proceso por el cual los padres desarrollan un vínculo estrecho y duradero con sus hijos.

El estudio de los lazos que se producen entre padres e hijos empezó a considerarse de interés en el área neonatal, cuando el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) observó que después de sacar adelante a niños con bajo peso o con enfermedades que amenazaban sus vidas o sus capacidades para un posterior desarrollo intelectual y de comportamiento normales, éstos volvían a sufrir hospitalizaciones precoces, a pesar de ser dados de alta con un buen estado de salud^{1,2}.

El examen cuidadoso de este fenómeno muestra que la hospitalización pediátrica muy temprana se asocia de una forma desproporcionada con una historia posterior de niños deprivados, o que sufren fallo de alimentación de origen no orgánico³.

Algunos investigadores detectan determinados "indicadores de riesgo" para la aparición de malos tratos, entre los que se encuentran la ausencia de visitas familiares al recién nacido (RN) que precisa hospitalizaciones prolongadas^{4,5}.

Actualmente, el ingreso en las Unidades Neonatales (UN) garantiza al RN una atención médica de primera calidad, pero en la mayoría de ellas se carece del entorno, instalaciones, servicios y personal necesario para prestar atención a las peculiares necesidades del niño y sus familiares en esta época de la vida.

Niños que han recibido escasa atención psico-social en los primeros momentos de sus vidas pueden tener un mayor riesgo de formar parte de la población de niños maltratados, presentar una conducta más "perturbadora" y difícil en la escolarización e incluso una mayor inestabilidad en los patrones en la adolescencia⁶. Meijer⁷ indica que el internamiento hospitalario durante la época de la lactancia puede considerarse como un elemento predictivo de alto riesgo en la posterior aparición de problemas conductuales y de aprendizaje en la edad escolar⁸.

Si conceptualizamos la "salud" como el nivel más alto posible de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que se encuentra inmerso el individuo, es importante considerar que los eventos que pueden alterarla, a veces se encuentran en los primeros momentos de la vida de los seres humanos. Por estas razones, desde el período gestacional, la salud de la madre y el niño, se encuentran entre los objetivos que requieren una mayor atención y protección por parte de nuestra estructura social^{9,10,11}.

A. PRECEDENTE HISTORICO.

Budin, obstetra francés, y considerado históricamente como pionero en la neonatología ^{12,13} ya apuntaba, a primeros de siglo, la necesidad de un estudio diferenciado para el prematuro y consideraba que: "Las madres separadas precozmente de sus niños perdían el interés por ellos y se volvían incapaces de cuidarlos o quererlos"³. Los principios del cuidado del recién nacido fueron establecidos por este autor a principios de siglo, al enunciar los problemas de los prematuros como aquellos que se derivaban del control de la temperatura de estos niños, de las dificultades en su alimentación y de la propensión a padecer enfermedades. Frente a la primera cuestión planteó como solución el uso sistemático de las incubadoras. Frente al segundo punto, propuso a la lactancia materna como la mejor opción para estos niños, recomendando el mantenimiento de la alimentación al pecho, y por último, respecto al riesgo de infección propuso una serie de medidas revolucionarias entre las que se encontraban: agrupar a los niños sanos, aislar a los niños enfermos o con sospecha de padecer enfermedades contagiosas, establecer zonas de esterilización para la leche y el lavado de manos hasta los codos.

Progresivamente, los investigadores, conscientes del interés que representaban los niños nacidos antes de término van adaptando los preceptos de Budin respecto al cuidado de los prematuros con conceptos que aun hoy son las bases del cuidado de estos niños^{14,15}. Se fueron estableciendo centros para prematuros, incorporando los principios de Budin y de Hess con respecto a la separación física de los prematuros para asegurar una enfermería con entrenamiento especial y de elementos que, como las incubadoras, permitieran el aislamiento de estos niños y consecuentemente la disminución de las infecciones.

De esta forma, la preocupación de los médicos por prevenir las infecciones y la alta mortalidad de los niños hospitalizados a principios del siglo XX fueron campo abonado para el desarrollo de estrictos aislamientos de los pacientes, no permitiéndose a las madres participar en los cuidados de sus hijos debido, entre otras circunstancias,

a las experiencias en este campo de Couney que paradójicamente, refleja también las dificultades para que los padres se hicieran cargo de sus hijos al alta del hospital.

Posteriormente, durante la segunda guerra mundial, y debido a la falta de personal, las madres tuvieron que hacerse cargo de muchos de los cuidados de sus niños lo que se acompañó, curiosamente, de un importante descenso de la mortalidad³.

El movimiento psicoanalítico en 1930 enfatizó la importancia de la experiencia temprana de la madre y el niño, y las aportaciones de Spitz¹⁶ propician leyes que impiden el trato a lactantes en las instituciones de la época por sus catastróficos efectos sobre los niños¹⁷.

En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño^{18,19} que en su principio número 6, enfatiza la importancia de que el niño de corta edad no debe ser separado de su madre salvo circunstancias excepcionales y remarca la necesidad de crecer bajo el cuidado, responsabilidad y el amor de sus padres.

En 1984 se promulga la Carta Europea de derechos de los niños hospitalizados que en su apartado tercero reseña: El "Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria". En su apartado quinto el mismo documento proclama el "Derecho del niño a una recepción y tratamiento individuales, destinándose en la medida de lo posible el mismo personal para dicha recepción y los cuidados necesarios"²⁰.

En el ámbito de nuestra comunidad autónoma, se desarrolla desde 1985 un marco legal en el que se establece un programa de atención materno-infantil integrada^{21,22}.

En 1988 el parlamento Europeo proclama la "Carta de Derechos de la parturienta"²³ en la que se defiende el derecho a una asistencia perinatal idónea que favorezca el adecuado desarrollo de la maternidad, la lactancia y el apoyo a la mujer embarazada tanto en sus aspectos legales como laborales y sanitarios.

Así pues, el concepto histórico de atención perinatal ha ido variando continuamente en este último siglo, pudiéndose apreciar un continuo esfuerzo por evitar la infección y aquellos factores que pudieran interrumpir la eficaz actuación del personal encargado del cuidado de los niños, dejándolos siempre en manos expertas, desplazando a un segundo plano a los padres y concediendo prioridad absoluta a los factores biológicos del desarrollo del niño. Por otra parte hay leves intentos al principio y más decididos después, de poner de manifiesto, sin dejar de lado las consideraciones biológicas del cuidado, una forma de actuación más cercana al proceso natural de interacción entre los hijos y sus padres. Estas dos concepciones se han imbricado en ocasiones en un único proyecto de atención, mientras que en otros momentos han estado claramente encontradas.

La tendencia actual en el cuidado perinatal va dirigida a una forma más humanizada y cercana de la atención, donde sin olvidar el peso de los factores biológicos se tenga en cuenta también el desarrollo psicológico y social del niño y de la familia^{24,25,26}.

B. BASES PSICOBIOLOGICAS DE LA VINCULACION

1. MODELOS ANIMALES.

Las limitaciones para extrapolar las observaciones de los estudios en animales a los comportamientos humanos son siempre manifiestas. Los modelos animales han tenido la ventaja de mostrar de forma evidente la existencia del vínculo que se forma entre las madres y sus crías y de apuntar hacia los mecanismos de su formación, enriqueciendo el limitado conocimiento de la socialización en lactantes humanos^{27,28}.

Los modelos animales posibilitan la modificación de las condiciones de investigación, lo que en la mayoría de las ocasiones, no es posible realizar en modelos humanos por sus implicaciones en el campo de la ética. El riesgo de estos modelos es su utilización de una forma simplista, y sin relación con otros procesos que configuran el desarrollo del individuo, desde un punto de vista biológico, social o psíquico²⁷.

En el comportamiento animal, se describe un desplazamiento evolutivo desde las especies inferiores, donde la cría toma la iniciativa para mantener el contacto con la madre, a las especies superiores en las que la iniciativa pertenece a la madre; ello se manifiesta también por la menor capacidad de los recién nacidos para valerse por sí mismos, que aparece en miembros avanzados del orden de los primates, el gorila y el hombre.

De mayor relevancia para el hombre son los mamíferos y en especial los primates. En las escalas inferiores, como los lemures o las marmotas, es la cría la que debe permanecer cerca de su madre ya que ésta no le presta prácticamente ninguna atención. Sin embargo, los más avanzados filogenéticamente, como el mandril y el mono rhesus, promueven la mayor parte de la atención de sus madres después de las primeras horas de vida. En los escalones evolutivos más avanzados como el gorila y el hombre, el lactante es completamente incapaz de unirse a su madre y es ésta la que debe mantenerlo consigo^{29,30}.

Los intentos de explicar el comportamiento de crianza de la madre hacia su hijo se basan tanto en variables fisiológicas como psicológicas. Las explicaciones de tipo fisiológico se centran en los cambios hormonales que ocurren después del parto o en conexión con la lactancia, que harían a la madre más sensible a su hijo. Es difícil, sin embargo, separar los efectos de los cambios bioquímicos maternos de aquellos que despiertan las propiedades del hijo y que alientan la relación de crianza, como se evidencia en los diferentes comportamientos animales que hacen hincapié en el primer momento de la relación tras el parto como base para fijar la relación de dependencia posterior.

Los determinantes del comportamiento maternal son muy poco conocidos; entre los más importantes se citan los estímulos proporcionados por el lactante durante la succión, la estimulación esteroceptiva, sensitiva y somática³⁰.

Se propone la existencia de una sincronización en las actividades de la madre y del niño que sigue un modelo transaccional del desarrollo. Es decir, el comportamiento de la madre y del hijo afectaría a ambos. Así, por ejemplo, los movimientos iniciales del nuevo ser llamarían la atención de la madre y la atención de ésta aumentaría la capacidad del niño para succionar. A medida que el lactante incrementa su motilidad y su acción independiente, vuelve a modificar el comportamiento de la madre reduciendo su compromiso de atención³¹.

2. MODELOS PSICOLOGICOS

Los fenómenos implicados en la unión madre-hijo se han intentado explicar a la luz de las teorías que las diferentes corrientes de la psicología han aportado al estudio del comportamiento humano: teorías del aprendizaje, teoría psicoanalítica y teoría transaccional.

Los mecanismos propuestos por las diferentes escuelas no siempre consiguen una explicación totalmente satisfactoria, pero sí ofrecen el marco teórico para avanzar en las investigaciones sobre la estructura de la vinculación.

Las teorías del aprendizaje afirman que la conducta social del niño se conforma fundamentalmente desde el exterior, reconociéndole al recién nacido sólo unas

necesidades biológicas y unas potencialidades en el desarrollo de la conducta³². El niño sería un ser activo en relación a la satisfacción de sus necesidades biológicas, mientras que su interés por los miembros de la especie sería aprendido.

Los mecanismos por los que podrían establecerse estos fenómenos relacionan a la madre que, satisfaciendo las necesidades biológicas del niño tomaría, para algunos investigadores, las características de un "reforzador secundario de la conducta"³³. Para otros autores, la ausencia de la madre es la que actuaría generando apego como un elemento reforzador básico de la reacción emocional interna que sufre el niño ante la privación que sería, en este caso, la necesidad biológica primaria a satisfacer³¹.

La teoría psicoanalítica es más contradictoria que la anterior respecto a la explicación del fenómeno^{16,29}. En ella, se basa la construcción del apego en una necesidad primaria^{34,35} como sería la unión afectiva a algunos miembros de la especie, al servicio de la supervivencia, generando las conductas de aproximación y contacto desde el momento del nacimiento³⁶. Autores como Bowlby defienden el proceso de socialización afectiva como secundarios^{37,38}.

En el modelo transaccional propuesto por Sammeroff y Chandler^{33,39} la vinculación forma parte de la relación entre dos individuos que están continuamente influenciándose, el comportamiento materno y neonatal contribuyen de una forma interactiva en el desarrollo de las relaciones de vinculación sin recaer el peso del establecimiento de los lazos en un "programa" previo al nacimiento, en relaciones exclusivas en el entorno del aprendizaje, en la base de la satisfacción de conductas primarias o en factores ambientales^{40,41,42,43}.

C. VINCULACION Y APEGO.

1. CONCEPTO.

Las definiciones que los diferentes autores han propuesto para estos términos han ido modificándose con el tiempo^{44,45}. El término "unión" (attachment) fue propuesto por John Bowlby²⁹ como un concepto general que incluye los comportamientos que sirven para mantener la proximidad con otro individuo, entre los que se integra la unión que se establece entre el niño y su madre. Bowlby, influenciado por la Etología^{46,47}, especuló sobre una base intuitiva del comportamiento recíproco de la unidad madre-hijo. Esta teoría, asume que los vínculos paterno-filiales son el producto de la interacción momento a momento⁴⁸, de forma que los vínculos entre adultos y niños surgen de la interacción mutua³³.

El proceso de vinculación ("bonding"), propuesto por otros investigadores, como Klaus y Kennell, sería "la interrelación única entre dos personas que es específica y que permanece a lo largo del tiempo", y podría producirse en un breve período de tiempo, inmediatamente después del nacimiento, denominado "período sensible" en el que la interacción madre-hijo es crucial para el desarrollo del lazo emocional permanente que les unirá durante el resto de sus vidas^{49,50,51}.

El recién nacido estaría biológicamente programado para establecer con los adultos interacciones que facilitarían los lazos emocionales, los cuales van encaminados a garantizar su supervivencia en un estado de dependencia al igual que se ha definido para modelos animales^{30,52}.

Autores como Goldberg y Vaughan, sin embargo, cuestionan tanto la existencia de un período inicial precoz necesario para la formación del vínculo, como la estabilidad de éste una vez establecido, y defienden la necesidad de una interacción prolongada más que el momentáneo efecto de un acercamiento inmediato^{53,54,55,56}.

Ainsworth^{57,58} define la vinculación como el "lazo afectivo que una persona o animal forma entre él mismo y otro de su especie, que les impulsa a estar juntos en el espacio y a permanecer unidos en el tiempo, siendo su característica más sobresaliente, la tendencia a lograr y mantener un cierto grado de proximidad al objeto de apego que permita tener un contacto físico en algunas circunstancias o comunicarse a cierta distancia en otras".

Sammeroff^{39,48}, propone un modelo "transaccional" en el que el comportamiento materno y el neonatal contribuyen de forma interactiva en la calidad de las relaciones de vinculación. El niño va estableciendo relaciones especiales con el grupo de personas que le rodea y le responden a su vez, con formas diferenciadas de trato. A esta especial relación, es a lo que algunos investigadores denominan apego.

El apego entendido como un lazo afectivo entre el niño y quienes lo cuidan y como sistema de conducta que opera de forma flexible, está mediatizado por sentimientos y se encuentra en interacción constante con otros sistemas de conducta. Se considera el resultado de un largo proceso de generación filogenética que ha llegado a formar parte del sistema de la especie y contribuye a la supervivencia al garantizar que la cría esté cerca de la madre. El niño nacería equipado con este programa, así como con las capacidades para llevarlo a cabo, relacionándose de forma efectiva con el propio programa de la madre⁵⁸.

2. FISILOGIA Y EVOLUCION DEL VINCULO AFECTIVO EN EL PERIODO NEONATAL.

Durante los primeros días de vida el niño alcanza el control fisiológico de sus mecanismos reflejos y homeostáticos y termina una parte importante de la transición del mundo fetal al neonatal e inicia las interacciones con el entorno. Es el protagonista principal de las esperanzas, fantasías y temores de sus progenitores, y de las experiencias que la madre va percibiendo durante la gestación^{59,60,61}.

Empezando con la decisión de tener un niño y continuando con las variaciones que este nuevo hijo produce en la estructura familiar, los lazos emocionales que padres e hijos van estableciendo, experimentan cambios con el tiempo^{62,63,64}.

En la actualidad se sabe que desde el nacimiento, el lactante puede organizar la experiencia de una manera adaptativa. El lactante responde al placer y al disgusto, cambia de comportamiento en función de sus consecuencias, forma lazos íntimos y pronto hace discriminaciones visuales y de afecto^{17,44}.

Algunos autores opinan que tanto madre como hijo disponen de una serie de recursos para el establecimiento de sus relaciones sociales, muchos de los cuales están basados en el desarrollo neuroconductual del niño y el resto en la adaptación temporal de los sistemas de relación maternos^{3,45,65}.

Entre los sistemas de conductas del niño, las conductas procuradoras de contacto corporal como son la prensión, la tendencia a restablecer el contacto cuando éste se ha perdido, el reflejo de búsqueda, y la conducta de succión, van encaminadas no sólo a garantizar la supervivencia sino a servir como medio de conocimiento de la realidad y de obtención de placer. Así, por ejemplo, la conducta de succión, favorece el contacto al buscar de forma activa la interacción y sincronización madre-hijo, haciendo a las madres sensibles a los estímulos y ritmos de los niños y acomodándose a ellos; es uno de los primeros reflejos que se desarrollan y se convierte en el medio más importante de relación entre el niño y la madre^{66,67}.

El niño dispone también de expresiones gestuales que le permiten comunicar su estado emocional^{65,68} y explica la respuesta de los niños, en los primeros meses de vida, con apego, incluso a experiencias negativas. Ello es coherente con las complejas relaciones que existen entre vinculación y malos tratos^{38,69}.

El llanto, como conducta, tiene la función de conseguir que se atiendan las necesidades del niño. Las madres, respondiendo a la llamada, interactúan ampliamente con sus hijos. La necesidad de atenciones afectivas puede ser tan primaria como las necesidades biológicas.

La sonrisa, de forma gradual, se hace dependiente de los estímulos sociales, especialmente del rostro humano, para finalmente convertirse en una conducta claramente selectiva que discrimina entre conocidos y extraños. La sonrisa endógena o inicial se ve solamente durante el sueño tranquilo, con un origen subcortical y mediada por fenómenos del sueño REM, y puede ser provocada por sonidos o estímulos

táctiles⁷⁰. La sonrisa exógena comienza gradualmente durante las primeras semanas y está mucho más orientada hacia la actuación social.

Mientras que el llanto provoca la presencia de la "madre" y la eliminación por parte de ésta de la causa que lo provocaba, la sonrisa está más desligada de las necesidades biológicas y más orientada a favorecer la interacción lúdica y el intercambio social como finalidad en sí mismo³¹.

Las madres desarrollan y adaptan sistemas de conducta que están perfectamente dirigidos hacia el niño, formando un sistema especial de comunicación entre los que destacan la tendencia a establecer un contacto directo "piel con piel" con el niño y a garantizar la satisfacción de las necesidades biológicas primarias en un intercambio más global: caricias, palabras, mecimientos, etc. Las madres mantienen una conducta visual especial en la que miran al niño aproximadamente un 70% del tiempo que dedican a amamantarlo, colocándose a la distancia perceptiva óptima para él, siguen la mirada del niño y provocan la ruptura del espacio interpersonal habitual entre adultos, buscando continuamente la posición de frente⁷¹.

El lenguaje que desarrolla la madre recurre a los gestos con más frecuencia y los ejecuta de forma exagerada en el tiempo y en el espacio con lo que facilita al niño su percepción. Se caracteriza por ser simple y redundante usando pocas palabras, con muchas repeticiones, diminutivos y sonidos^{72,73}. Lo que ocurre con este lenguaje materno, como en otros aspectos de la interacción madre-hijo, es que se produce una desformalización de los métodos de comunicación entre adultos en favor de un sistema más sencillo y cargado de afecto³¹.

La vinculación no es un proceso inmediato sino que implica el establecimiento de patrones progresivos de comportamiento, a través de los cuales se despliegan conductas en los adultos que responden a las necesidades del niño y que hace a éste elegirlos como blanco de su apego⁴⁸.

No está claramente establecida su cronología precisa, pero la secuencia en que éste se establece es más o menos invariable y es posible adaptarla a amplios intervalos de desarrollo. Desde los primeros días de vida, la preferencia visual por las figuras que se asemejan al rostro humano⁷⁴ es una conducta que tiene importancia para facilitar o suscitar interacciones que conducen a la formación de lazos sociales, es frecuente que

las madres cuentan que la mirada del niño en sus ojos es un estímulo importante que les lleva al desarrollo de una vinculación afectiva^{52,75}.

La aportación que hace el lactante al establecimiento de vínculos y apegos en este momento, sorprende por su complejidad en un ser del que habitualmente se piensa que nace desprovisto de la mayoría de los sistemas necesarios para la supervivencia; no puede comunicarse en el código habitual que usa el adulto, es incapaz de obtener alimento por sí solo y no puede desplazarse o seguir a su madre. Sin embargo, es capaz de establecer contacto y de interesar a los que le rodean, convirtiéndose en el centro de atención de la familia^{28,76}.

Los RN muestran una atención preferente por las voces agudas, y vuelven la cabeza más rápidamente hacia el sonido de la voz de su madre que hacia voces extrañas, incluso en los primeros minutos y horas de vida^{77,78}. Estas observaciones sustentan la hipótesis de una unión precoz.

Igualmente, el sentido del olfato juega su papel en el proceso de vinculación. Días después del nacimiento el niño es capaz de localizar por el olfato a su madre y recíprocamente las madres también distinguen a sus propios hijos mediante dicho sentido^{79,80}.

En las primeras horas de vida, cuando el niño se encuentra en estado alerta y tranquilo, hay oportunidades particularmente favorables que facilitan el establecimiento de vínculos y apegos lo cual debería tenerse muy en cuenta en el marco de una atención global madre-hijo^{28,51,81}.

Observaciones filmadas^{45,82}, muestran que cuando a la madre se le presenta a su niño desnudo y a solas, comienza a acercarse con pequeños toqueteos de los dedos en las extremidades para, en unos minutos, pasar a un delicado masaje y un acompasado palmoteo del tronco. Las madres de los niños prematuros, también siguen este comportamiento aunque de una forma mucho más lenta.

Para Stern⁷¹, la anatomía especial del recién nacido junto con su comportamiento característico, son elementos básicos para desarrollar interés en los adultos. Los niños con dificultades en este terreno, por su apariencia física o por la calidad de sus

expresiones, estarían en desventaja para el establecimiento de una vinculación adecuada.

Respecto al contacto visual, en las primeras horas de vida, las madres intentan permanecer frente a sus hijos, manteniendo sus caras alineadas. Esto es posible si el niño está alerta, activo, y capaz de seguir los movimientos de su madre y para ello ha debido de evitarse que la madre esté sedada⁸³.

El desarrollo emocional normal es una cadena de etapas que se superponen y que comienza, como primer eslabón, con el logro de la autorregulación o capacidad para calmarse a sí mismo en los tres primeros meses⁸⁴. Con las experiencias neonatales que favorecen el desarrollo de vínculos y uniones y con la continua interacción social, los lactantes van distinguiendo a las personas y objetos de su entorno y ya entre la segunda y la sexta semana de vida, puede observarse que se encuentran más cómodos con personas conocidas que con extraños²⁸.

Respecto a conductas más elaboradas, los recién nacidos e incluso los nacidos prematuramente pueden mostrar sonrisas fragmentarias en los primeros momentos, pero la sonrisa social bien desarrollada se manifiesta normalmente entre la tercera y la quinta semana de vida. El niño que con 8 a 12 semanas de edad no muestra sonrisa social debe considerarse, en principio, como un posible caso de desviación grave del potencial de desarrollo o de la calidad de la experiencia ambiental¹⁷.

Durante este periodo se promueve de forma óptima la sensación de seguridad del lactante si la madre, o quien asume su papel, cuida de él de forma que inspire confianza⁸⁵. Se ha comprobado que un entorno que reacciona a las solicitudes del niño es más importante para su desarrollo que los intentos por parte de los padres u otros cuidadores de iniciar los cuidados anticipándose a sus necesidades³. Waters³² opina que las diferencias individuales en la organización de las interacciones entre las madres y sus hijos, afectarían al estilo en la interacción posterior con otros compañeros sociales, tanto niños como adultos.

El desarrollo de la angustia de separación y del temor a los extraños dependería, en cierta medida, de la profundidad con la que el lactante haya desarrollado pautas cómodas de comunicación e intercambio emocional con sus principales cuidadores^{17,31}.

Por último, hay que considerar que el niño nace en un medio social del que ya llevaba algún tiempo siendo un importante partícipe al haber protagonizado esperanzas y temores de sus progenitores, formando parte de las experiencias de la madre durante la gestación^{86,87,88}. A ello hay que añadir los acontecimientos que rodean al parto, los cuales podrían tener el efecto de vincular en mayor o menor medida a los padres con el niño. Durante las horas, días y meses que siguen a su nacimiento, el niño responde a estos vínculos con su "apego" por las personas significativas de su entorno a las cuales irá acudiendo en el futuro para solicitar de ellos protección, cuidados y amor²⁸.

El complejo proceso de la vinculación conlleva implicaciones que afectan al desarrollo de la persona y a sus posteriores patrones de comportamiento hasta la vida adulta y más adelante como futuros padres y va a estar influenciado por el entorno bio-psico-social^{89,90,91,92,93}.

La influencia del contacto precoz en el comportamiento maternal^{49,94} puede no ser biológicamente esencial para el vínculo entre las madres y sus hijos. La hipótesis de partida para estas consideraciones, lejos de contradecir la evidencia de la producción de este vínculo, sugieren la necesidad de mejores investigaciones sobre los efectos del contacto en el comportamiento materno-infantil y la introducción de un mayor número de procedimientos y grupos de control en los estudios³⁵. Es probable que las diferencias individuales en la relación madre-hijo, formen parte de un proceso complejo que requiere un profundo análisis tanto en las contribuciones maternas como en las infantiles.

Por otra parte, la tendencia creciente a considerar el nacimiento como un acontecimiento más social que médico empieza a cambiar progresivamente las prácticas tradicionales y de esta forma, madres y padres comienzan a incorporarse a programas prenatales orientados a prepararles para el nacimiento y la crianza de sus hijos^{95,96}.

Cada vez se promueven más las actitudes centradas en la familia durante el embarazo y la lactancia, así como la concepción del parto natural sin necesidad obligada de analgesia, la lactancia al pecho como técnica más adecuada y la instalación del recién nacido en la habitación con su madre durante el período neonatal para que madre, hijo y resto de la familia puedan conocerse a lo largo de las primeras horas y días de vida^{97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107}.

Las intensas necesidades físicas de los lactantes y la dependencia en los aspectos más básicos, incluida la alimentación, el vestido, la higiene y el desplazamiento, que requieren una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para quienes los cuidan, hacen que el vínculo sea un elemento central y básico para su desarrollo emocional temprano⁸⁴.

El lactante se une a quien lo cuida, quien le proporciona comodidad, seguridad y consistencia además de satisfacción de sus diferentes necesidades físicas; la calidad del vínculo en cuanto a su seguridad va a depender de si la respuesta de quien lo cuida es constante, oportuna, solícita y predecible¹⁰⁸.

La mayoría de las teorías acerca de la vinculación se basan en la seguridad del apego como equilibrio entre el lazo formado y la capacidad para alejarse de él en busca de exploración. Los lactantes con vínculos seguros, "utilizan" a quien lo cuida como una base segura para la exploración del mundo que lo rodea. La unión segura de un lactante con el "cuidador primario", la madre con más frecuencia, es crucial no sólo para el desarrollo emocional del lactante, sino también para determinar el tipo de relaciones futuras de este nuevo individuo^{109,110}.

3. DIFICULTAD EN LA VINCULACION. IMPLICACIONES.

El carácter esencial y vital de la relación con los demás iniciada desde el nacimiento, se manifiesta de una forma más marcada, y a veces dramática, cuando ésta falta. Las bases de la conexión entre las discapacidades en el desarrollo y los factores perinatales fueron establecidos, hace más de 100 años, por Little. El síndrome de hospitalismo, descrito por Spitz¹⁶, en orfanatos donde lo que faltaba eran sobre todo los cuidados maternos y en los que los niños morían más fácilmente o presentaban más trastornos que aquellos niños que vivían en ambientes normales, es un caso extremo que aporta la literatura.

El desarrollo del niño depende del entorno social y de vinculación en el que se desenvuelve y es fundamental para su maduración neuroconductual. Cuando éste se altera o se pierde surgen problemas en la interacción del niño con el ambiente, que pueden derivar en alteraciones definitivas del desarrollo infantil¹¹¹.

Gráficamente, podemos dividir estos efectos en inmediatos o tardíos por su perfil temporal y en sociales, biológicos o psicológicos por su origen. Es difícil su clasificación, al tratarse de un proceso donde confluyen el concepto bio-psico-social del individuo que va formándose desde los sistemas básicos a sus aspectos neuropsicológicos y conductuales, y culminan en un entramado de actitudes y aptitudes que permiten al niño integrarse en la "estructura social".

Los problemas éticos limitan la experimentación en seres humanos, sin embargo, las situaciones en las que podemos encontrar en ocasiones a los niños, como el internado en casas cunas, en hospitales o en instituciones, ofrecen posibilidades de comparar la realidad con las alteraciones apreciadas en modelos animales frente a la separación.

En estas situaciones de separación, se observa inicialmente una fase de protesta que comienza cuando los niños toman conciencia de que se quedan solos; presenta una duración variable, desde horas hasta semanas, intentando evocar a los que lo cuidan con conductas de llamada de atención, regresivas, ansiosas y con trastornos del sueño. Posteriormente aparece una fase de ambivalencia con conductas contradictorias y finalmente, una fase de adaptación al nuevo rol, donde los efectos reales de tal fenómeno, en muchos casos, son desconocidos^{112,113}.

Los niños privados de personas a las que vincularse pueden presentar efectos a largo plazo; sufren un retraso general más profundo en el lenguaje y problemas en sus relaciones sociales. La insuficiencia de cuidados adecuados frena el crecimiento físico y puede tener efectos a nivel de motricidad^{6,7,114}.

Las restricciones impuestas por las necesidades asistenciales y los períodos prolongados de aislamiento, hacen al lactante prematuro particularmente vulnerable a los efectos de la privación sensorial o social durante el período neonatal y autores como Vaughan, opinan que podría desembocar en el denominado "síndrome del niño vulnerable", en el que el niño es más sensible a los efectos negativos del medio externo, tanto social como biológico, desarrollando problemas relacionales e incapacidades para alcanzar los niveles potenciales de desarrollo intelectual o social^{28,115}.

Las dificultades en la interacción explican deficiencias cognitivas en niños con estos problemas tales como retraso del desarrollo intelectual con retardos en la vocalización, el lenguaje y la capacidad de abstracción^{52,116}.

Escalona¹¹⁷, detecta una disminución de las aptitudes cognitivas en el segundo año de vida en relación al bajo nivel socioeconómico y Wilson¹¹⁸ considera a los niños en este caso especialmente vulnerables a los déficits de aprendizaje.

Bakeman y colaboradores¹¹⁹ también consideran que los efectos de la privación y las características especiales de los niños al nacimiento son muy importantes en el desarrollo conductual, aunque para estos autores, los efectos de la socialización posterior son capaces de compensarlos en mayor o menor grado.

Otras características no biológicas que han tenido efectos sobre el desarrollo cognitivo precoz son los desajustes emocionales que llevan a problemas de comportamiento. Werner y colaboradores¹²⁰ han indicado que un ambiente social considerado como de alto riesgo, es mucho más predictivo respecto a la salud de los niños que otros factores clásicamente considerados como, por ejemplo, el bajo peso al nacimiento. Un ambiente favorable, por el contrario, como es el determinado por una educación maternal previa, un número de hijos no demasiado elevado, niveles de renta y patrones positivos de interacción entre madres e hijos, mejora los efectos de la enfermedad y el peso al nacimiento, sus logros escolares, y disminuye el número de problemas de comportamiento.

En el seguimiento a largo plazo^{2,121} se apreció que de los niños que pesaron poco al nacer, los que se desarrollaron en ambientes más saludables tuvieron mejores valoraciones neuroconductuales que niños de las mismas características en ambientes considerados de alto riesgo. Neligan⁹¹, considerando los factores socioeconómicos y el número de gestaciones obtiene importantes diferencias frente al cociente intelectual final en los niños en edad escolar. Escalona y colaboradores, afirman que las características sociales determinan la evolución a largo plazo de manera más precisa que la patología o el peso al nacimiento por sí solos¹¹⁷.

Como se desprende de los datos anteriores, si las variables socioambientales son ignoradas, parece que habría una relación causal entre las complicaciones en el nacimiento y un menor coeficiente intelectual final. Sin embargo, cuando éstas son

consideradas en el análisis de la situación, se observa que son los niños con un menor nivel socioeconómico, los que tienen más problemas en el nacimiento, mayor índice de bajo peso y los que tienen menores coeficientes intelectuales

La interacción que se produce entre la madre y su hijo es la que garantiza la formación del apego. Este proceso sin embargo puede sufrir desviaciones hacia la patología como el "apego ansioso" o la desactivación de las conductas de apego por parte de quienes tienen a su cargo al niño²⁹.

La forma en la que la vinculación favorece la supervivencia es mediante la obtención de protección por parte de los adultos frente a los potenciales peligros, manteniendo una base de seguridad en la que poder apoyarse y a la que poder recurrir en caso necesario³¹. La indefensión del niño le exige apearse a los adultos para sobrevivir, a pesar de que, en algunos casos, éstos no se comporten "adecuadamente" en relación al programa establecido.

Los trastornos en la esfera de lo psicológico y social se producen cuando los niños son incapaces de relacionarse con su madre o cuidador primario en los términos anteriores. Autores como Ainsworth⁵⁸ los denominan "ansiosamente vinculados". Estos niños se comportan de forma diferente ante pequeñas separaciones y encuentran dificultades para ser reconfortados después de la separación.

Algunos autores opinan que el comportamiento infantil de vinculación ansiosa, tiene como origen las conductas, comportamientos e interacciones precoces que se producen tras el nacimiento, sobre todo en el período neonatal^{32,33,63}.

Russell¹²² expone como diferentes patrones de interacción pueden asociarse a diferentes formas o patrones de vinculación. Destaca el papel relevante de las medidas precoces de comportamiento y rechazo y defiende la existencia de un período de estabilización en el comportamiento de las madres, después de un período de cambio, que puede variar entre el primero y el noveno mes, y relaciona el comportamiento inseguro-resistente con aquellas madres que habían producido más conductas de rechazo en las primeras interacciones.

Ainsworth⁵⁸ subraya en este sentido que estos niños lloran más y tienen una menor respuesta al cogerlos en brazos. También fueron menos activos en la interacción

frente a frente, con expresiones más pobres y con menor comunicación gestual y vocalizadora³³. Cuando la atención materna es deficiente, la conducta del niño no se ve recompensada de forma regular por el alivio de la tensión o bien la respuesta afectiva es tardía y el niño no puede asociarla con ninguna acción concreta.

La regularidad y la respuesta a los estímulos parecen aspectos importantes en la atención de los cuidadores a la conducta del niño. Gold y cols.¹²³, ponen de manifiesto que las perturbaciones psicológicas más graves pueden dar lugar a abandono postnatal del niño, siendo la relación entre internaciones más o menos prolongadas y alteraciones de conducta un punto de acuerdo para los diferentes investigadores^{2,124}.



D. ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA PERINATAL. HOSPITALIZACION EN UNIDADES NEONATALES.

Uno de los objetivos más importantes de los programas de actividades preventivas es el de mejorar el nivel de salud materno-infantil de la población.

Estos programas, tienen un interés tanto social como sanitario, ya que un adecuado nivel de salud en la población gestante, tiene una repercusión directa en el nacimiento de niños sanos que es la base fundamental para un adecuado desarrollo. El inicio del control del embarazo y el mayor número de visitas mejora la evolución de la gestación y parto, así como el estado del recién nacido¹²⁵, considerándose necesarios unos cuidados y observación médica que tratan de evitar o diagnosticar precozmente las alteraciones que pueden producirse.

La educación maternal, tal y como hoy se concibe, se inicia a principios de siglo con observaciones que mostraban que las mujeres sin miedos y relajadas daban a luz de forma más satisfactoria¹²⁶, llegándose a la conclusión de que gran parte del dolor del parto era engendrado por el miedo que desencadenaba mecanismos de defensa en forma de tensión muscular que a su vez aumentaban el dolor. Con esta filosofía surge la escuela de psicoprofilaxis obstétrica. Este revolucionario método se introduce en Europa por Lamaze¹²⁷, que preconizó contrarrestar los condicionamientos negativos previamente existentes con la formación de otros nuevos que actuaran positivamente¹²⁸.

Antes de 1940 los cuidados perinatales prácticamente no tenían estructura y la atención se dispensaba de forma individual. En la mayoría de las áreas rurales muchos partos ocurrían en casa, mientras que paralelamente, se desarrollaban un número creciente de maternidades en los núcleos urbanos que servían como centros de formación y que, a veces, contaban con servicios destinados a los partos en casa¹²⁹.

La madre aprendía sobre el nacimiento al participar en el parto de otras mujeres y estaba despierta en sus propios partos²⁴, recibía y atendía al niño inmediatamente después del nacimiento, sin ningún período de separación. Hasta hace unos años, la profesionalización de la práctica obstétrica y la preocupación por las enfermedades infecciosas han ido apartando a la madre de la participación y del conocimiento de la experiencia del parto, y la atención perinatal hospitalaria ha influido en la reducción de la relación madre-hijo, al separar sistemáticamente al niño de su madre, para observación durante un período variable de tiempo que no está justificado en un Recién Nacido (RN) normal; si el RN era pretérmino ó existían problemas al nacimiento los períodos de separación llegan a ser muy prolongados^{89,130}.

La tendencia actual considera el nacimiento como un acontecimiento social más que médico. Madres y padres se incorporan a programas prenatales orientados a prepararles para el nacimiento y la crianza de sus hijos²¹.

Se promueven las actitudes centradas en la familia durante el embarazo y la crianza, la restricción del uso de analgésicos y anestésicos durante el parto, la lactancia materna y la instalación del RN en la habitación de la madre^{28,131}.

En nuestro medio, las actuaciones en el ámbito materno infantil van orientadas a procurar las mejores situaciones fisiológicas y de salud, con programas que tienen como objetivo cambiar conductas y modificar en lo posible el entorno^{22,132}. Las futuras madres se encuentran integradas, desde muy temprano en la gestación, en programas de atención que persiguen la detección de enfermedades que posteriormente podrían afectar al normal desarrollo del niño, como podrían ser las malformaciones y las infecciones prenatales¹³³ y en aquellos destinados a dar a conocer el fenómeno del embarazo, sus problemas, los cambios que la gestación produce en la mujer, y como afrontar el acontecimiento final del parto. Se potencia la figura del padre como un elemento dinamizador importante, que acompaña a la pareja, participa con ella y del que se espera sea un soporte fundamental en el parto.

En la mayoría de las culturas un miembro de la familia, normalmente una mujer, permanece con la gestante durante el trabajo de parto y el parto. Antes de que los nacimientos se trasladaran a los hospitales, el parto se producía en casa con la ayuda de miembros de la familia y de personal más o menos entrenado. Aunque cada vez a

más padres se les permite que acompañen a las madres en el parto, todavía hay un considerable número que dan a luz sin la presencia de sus familiares más cercanos.

Newton¹³⁴ refiere que las madres que permanecían tranquilas y relajadas durante el parto, tuvieron mejores relaciones con los encargados de su asistencia y refirieron las primeras impresiones que tenían de sus hijos de forma más gratificante. Klaus, Kennell y Sosa¹²⁶, concluyen que la compañía de personas "especializadas" o "doulas", tiene efectos muy positivos en cuanto a la duración del parto y a la disminución de complicaciones relacionadas^{135,136}. Estos autores encuentran una clara disminución en el número de cesáreas cuando estas figuras están disponibles¹³⁷.

La sociedad ha atribuido a las mujeres la responsabilidad del cuidado de los niños, y en ellas cae todo el peso de la crianza¹³⁸. Temores, dudas y recelos sobre la capacidad de su maternidad pueden surgir en los primeros momentos¹³⁹. Para Serwint¹⁴⁰ una adecuada atención en esos momentos, por parte de personal especializado, contribuye a disminuir dichos temores, siempre y cuando sean lo suficientemente precoces. Richard y Alade consideran que las primeras actuaciones en la sala de partos son fundamentales para conseguir el mantenimiento de la lactancia materna¹⁴¹.

Las madres, durante el desarrollo de la gestación, y posteriormente al parto muestran diferentes actitudes que son consideradas dentro de la normalidad. Así, por ejemplo, la ansiedad es un elemento frecuentemente observado, y es considerado por algunos investigadores como la experiencia psicológica más importante⁸⁷. Los procedimientos de preparación al parto, el número de gestaciones previas y sobre todo el momento del parto, son factores que de forma negativa o positiva afectan a este estado, siendo el momento del parto el factor determinante en los niveles de ansiedad⁸⁸.

La reacción de las mujeres ante su maternidad depende de muchos factores, entre los que se destacan los apoyos de los que disponga, implicando en ello al personal sanitario. Las vivencias durante la gestación tienen un importante papel en la interacción madre-hijo que se establece posteriormente^{142,143}.

Para algunos autores, determinados factores como las dificultades socioeconómicas, las relaciones afectivas y profesionales y el soporte del que disponen las madres, justifican alteraciones del comportamiento, incluso con significación clínica

manifiesta ya que tienen importantes efectos sobre las interacciones precoces. En este sentido, las visitas prenatales son más eficaces, en comparación con las postnatales, en relación a la prevención de alteraciones de la interacción madre-hijo^{144,145}.

Kumar¹⁴⁶, refiere que las primíparas en un 40% y las múltiparas en un 25% tuvieron una primera reacción de indiferencia al coger la primera vez a sus hijos. Este autor considera que estos resultados se relacionan con la realización de amniotomías para abreviar el expulsivo o con otras circunstancias en las que el parto había sido doloroso o poco placentero enfatizando la importancia del acontecimiento del parto. Sin embargo, la mayoría mostraron afecto en la primera semana y no se observó una mayor incidencia de efectos adversos como depresiones postnatales o impulsos agresivos hacia los hijos.

Los equipos encargados de la atención a la mujer embarazada, deben proporcionar seguridad y confianza a los padres para superar miedos y dudas y en insistir en los esfuerzos necesarios para aportar los cuidados necesarios y el seguimiento adecuado al recién nacido^{147,148,149}.

Se están extendiendo prácticas de este tipo, desarrollándose un profundo debate acerca de cual es la estructura más adecuada en el aporte de salud. El contacto telefónico permanente o las visitas a los recién nacidos y a sus madres, dentro de las primeras 24 a 48 horas de vida, para establecer una relación precoz entre familia y pediatra y reducir en lo posible el stress familiar así como proporcionar una adecuada fuente de información con respecto al niño que acaba de nacer son algunas de ellas^{150,151,152,153,154}.

1. ASISTENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

En la actualidad, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) han desarrollado un alto nivel de asistencia médica, con tecnología altamente especializada, que ha permitido la supervivencia de RN pretérminos menores de 1000 gr. que hace unos años eran considerados no viables¹⁵⁵.

De la misma forma, en RN con patología considerada mortal hasta hace poco tiempo, hoy es posible tanto su estabilización como su tratamiento médico o quirúrgico^{156,157,158}.

El precio a pagar en ocasiones es alto; el coste de la asistencia neonatal se encuentra entre uno de los más caros de la asistencia hospitalaria^{159,160,161,162}, y requiere un personal altamente cualificado y entrenado en un importante número de técnicas de soporte vital¹⁶³.

La mayor supervivencia neonatal conlleva, para algunos recién nacidos, tiempos de hospitalización muy prolongados, que a su vez, suponen un gasto emocional, humano y económico secundario a las dificultades que estos niños presentan en sus cuidados, como son los procedimientos dolorosos, las rehospitalizaciones frecuentes y periódicas, etc.^{130,164,165}.

En los últimos años se ha impulsado el desarrollo de sistemas de atención neonatal de tipo regionalizado orientados hacia la máxima capacitación posible y el máximo rendimiento en el tratamiento de la patología del neonato. Igualmente, cada vez se da más importancia a la prevención. Por una parte controlando influencias biológicas o sociales negativas como embarazos múltiples y en edades extremas de la vida fértil, el hábito tabáquico o la drogadicción como factores acumulativos pero independientes sobre la patología perinatal¹⁶⁶. Por otra, se actúa de forma precoz en proveer características apropiadas para el desarrollo de los niños que necesitan de las atenciones de las unidades neonatales.

El parto normal ocurre en una atmósfera en la que, en teoría, la madre desea finalizar su embarazo y se siente feliz y orgullosa de tener el hijo normal que esperaba. Esta felicidad es compartida con el niño y la familia, contribuyendo a mejorar la nueva relación madre-hijo que se va estableciendo.

Contrariamente, cuando nos situamos ante una mujer con riesgo de terminar su gestación de forma prematura, el conjunto de experiencias es completamente diferente. Unido a la angustia de la posibilidad de la pérdida del niño se asocia la preocupación del personal que asiste al parto, de una actuación dirigida a mantener la vida del nuevo ser, siendo difícil, en estas circunstancias, el tomar un tiempo para establecer una buena interacción madre-hijo. Después del parto, los padres continúan preocupados por la

posible anormalidad del hijo que se les retira de inmediato. Todo ello contribuye a dificultar enormemente el establecimiento de esa primera relación madre-hijo^{30,167}.

Frente a la hermosa experiencia que supone un niño sano y normal que se integra rápidamente en su familia y que culmina las expectativas que en su entorno han ido creándose, los niños que requieren asistencia neonatal especializada, ofrecen una perspectiva muy diferente.

Los RN pretérminos, esqueléticos, y con poca o ninguna actividad y sin respuestas sociales, y a veces también muy enfermos, son muy difíciles de ver o tocar de camino a la UN. La UCIN se convierte, para muchas familias, en un nuevo ambiente donde los niños están sujetos a determinados cuidados "críticos", dentro de microambientes a los que está prohibido el acceso y rodeados de monitores y equipo de los que el personal que los atiende obtiene información de la que se infiere el estado de su hijo¹⁶⁸.

Ocurre algo similar en el caso de los RN a término con algún problema en los primeros días de vida. Los padres en ocasiones son incapaces de entender que es lo que ha fallado y que les ocurre a sus hijos que a pesar de ser mucho más grandes que sus "compañeros" en la UN, están tan enfermos o más que ellos.

2. CARACTERISTICAS PARTICULARES DE LA UNIDAD NEONATAL EN LA ATENCION AL NIÑO. CARACTERISTICAS DIFERENCIALES.

Las UN, dependiendo del nivel de organización hospitalaria que se considere, adquieren mayor o menor complejidad. Sin embargo, presentan una serie de rasgos comunes que son independientes de su tamaño, complejidad, personal asignado y tecnología de la que puedan disponer; se encuentran separadas físicamente del resto de los servicios pediátricos, su personal es autónomo e independiente ya que requieren una especialización y cualificación que se consigue con el trabajo continuado en estas áreas.

En términos generales, se presta poca atención a definir y satisfacer las necesidades emocionales y de desarrollo de los niños en los hospitales y, en general, no parecen estar diseñados para ellos, sino para el personal que trabaja en ellos. El niño recién nacido no va a disponer en las UN, independientemente de aspectos tan

importantes como la interacción con los padres o la familia que comentaremos más adelante, de una estructura de cuidados que se asemeje remotamente a sus necesidades básicas^{166,169,170}.

En todas las UN, el nivel de iluminación y ruidos es muy elevado; a menos que existan protocolos en contra, normalmente las luces se encuentran encendidas la mayor parte del tiempo^{171,172,173}, y en todo momento hay gran cantidad de sonidos que provienen, fundamentalmente, de los sistemas de monitorización que emiten información continua sobre las constantes vitales de los niños; por otra parte, existe un nivel de ruido añadido que proviene del personal que atiende a estos niños, cambios de turno del personal, llamadas telefónicas desde otros puntos del hospital, procedimientos médicos de urgencia etc. que contribuyen, de una manera importante, a aumentar el nivel de ruido en estas unidades¹⁷⁴.

El número de personas que se encarga de aportar los cuidados asistenciales a los niños es enorme, si lo comparamos con un medio familiar donde sólo los padres y en ocasiones, algunos familiares se están relacionando con el niño en un determinado período de tiempo. Se ha calculado que un "niño típico hospitalizado" puede tener más de 54 personas que le cuiden en las primeras 24 horas desde su admisión y algunos autores¹⁷⁵ observan un elevado número de interacciones, realizados por personas diferentes en un lapso de tiempo de sólo 12 horas, siendo además estas intervenciones muy breves en el tiempo. Otros autores, como Smith y colaboradores¹⁷⁶, observaron un tiempo medio de atención en lactantes de 1.5 minutos. Un cálculo sencillo en muchas unidades se establece considerando que cada día la enfermería cambia tres veces lo que ya supone 21 cambios por semana, a los que hay que sumar las intervenciones de médicos residentes, neonatólogo y diferentes especialistas que, en un determinado momento, están interactuando con el recién nacido¹⁷⁷.

En teoría estas interacciones comentadas anteriormente, por el mero hecho de su número, podrían no parecer a primera vista como un factor determinante en el ambiente del niño en la unidad o incluso considerarse beneficiosos desde el punto de vista de la estimulación neurosensorial al pretérmino y autores como Lawson, no encuentran diferencias entre los niños pretérminos y los a término¹⁷⁴.

Thoman¹⁷⁸, por el contrario, indica que la hiperestimulación a que están sometidos estos niños, no es necesariamente beneficiosa. Los estudios realizados

mediante el control de las variables biológicas de los recién nacidos han relacionado los cuidados de este tipo con situaciones de hipoxemia y bradicardia, concluyendo que la mayoría de los episodios de hipoxemia encontrados estaban relacionados con alguna manipulación por parte de los miembros del staff o del entorno como luces y ruidos^{179,180,181,182,183,184}. Long¹⁸⁵ considera que el 75% de las hipoxemias que ocurren en una UCIN se relacionan con manipulaciones.

Sin embargo, la estimulación táctil y propioceptiva realizada en momentos adecuados, de forma agradable y controlada se ha asociado a una mayor ganancia de peso y menores complicaciones^{186,187,188}. Resnick y colaboradores¹⁸⁹, en un estudio realizado mediante estimulación vestibular, visual y actividades de desarrollo a través de ejercicios y cassettes con latidos cardíacos, voces de los padres y música clásica, en los momentos de alerta del niño, reseñan que los niños sometidos a este estudio presentan mejores valoraciones en el desarrollo mental y físico y una menor prevalencia de retraso de desarrollo durante el primer y segundo años, aunque no encuentran diferencias en el momento del alta respecto a la supervivencia con el grupo control.

Por otra parte, niños que recibieron cuidados de enfermería individualizados tuvieron una evolución médica que se consideró más favorable que aquellos que recibieron cuidados rutinarios¹⁹⁰. Ello ha planteado, en algunas unidades de neonatología, la necesidad de la figura del "adulto cuidador" constante para cada niño, estableciéndose una atención continuada por la misma enfermera y médico¹⁸⁸.

Estas y otras aportaciones han consolidado, en algunas UN, el establecimiento de protocolos en los que se evita la estimulación excesiva, agrupándose los cuidados en un mismo período de tiempo¹⁸⁵; surgiendo, de esta forma, los protocolos de "cuidados mínimos", en los que se pretende reducir al mínimo la estimulación, considerando al pretérmino como un ser inestable en el que toda su energía debe concentrarse en el mantenimiento de las funciones vitales^{191,192,193}.

No se han realizado investigaciones formales destinadas a definir los efectos de la supresión de todas las formas de estimulación médica y social de lactantes en la UCIN. Esto sería imposible de lograr dado el numeroso personal y los procedimientos indispensables para proporcionar apoyo vital a los recién nacidos de alto riesgo y por sus implicaciones éticas. En muchas UCIN se intenta proteger a los lactantes de la

deplección de sus escasas reservas de energía mediante procedimientos que requieren manipulación mínima de los lactantes todo el tiempo o en ciertos períodos donde no se realizan pruebas médicas ni tratamientos si no son urgentes¹⁹⁴.

Estos enfoques han creado cierta controversia entre la protección de la energía limitada de los lactantes frente al hiperestrés del ambiente en comparación con la subestimulación de las estructuras emergentes del SNC. Los estudios clásicos de Spitz¹⁶ demuestran los riesgos mortales de negar la participación de las capacidades interactivas de los lactantes hospitalizados, otorgadas en circunstancias notablemente diferentes. Un ambiente rico en experiencias sociales y perceptuales parece estimular el crecimiento y organización del cerebro del lactante cuando se le comparó con ambientes relativamente privados de estimulación^{195,196}.

En los niños sanos, desde el nacimiento hasta el período de escolarización, pocas personas establecen contacto íntimo con ellos y éste puede ser iniciado por el niño con el refuerzo o defensa de la propia familia cuando la interacción ya no es agradable. Por el contrario, en el medio hospitalario muchas personas tocan grandes áreas del niño a veces de una forma incómoda y él rara vez dispone de una adecuada movilidad que le permita conductas normales de alejamiento de esas estimulaciones excesivas o molestas.

En las UCIN no siempre es posible evitar toda la molestia que los niños padecen ya que su supervivencia hace necesarios múltiples procedimientos dolorosos como intubaciones, extracciones de sangre, drenajes torácicos, procedimientos quirúrgicos etc. Actualmente se hace hincapié en la necesidad de tratar el dolor en el neonato durante dichos procedimientos, aunque a veces el carácter urgente impide que sea posible en todas las ocasiones¹⁶⁸.

El hecho de que los niños no vayan a "recordar", o que su experiencia del dolor "no esté formada" no justifica el sufrimiento de niños a los que puede evitarse este dolor y son cada vez más los investigadores que intentan limitar las molestias que algunos procedimientos imponen^{197,198}.

Tras la excitación normal que produce el fenómeno del nacimiento, cuando éste se ha desarrollado normalmente, poco a poco comienzan a establecerse patrones rítmicos que devuelven el orden y la productividad a la vida de la familia que se había

interrumpido y centrado en la nueva incorporación y se van produciendo secuencias más o menos constantes de atención al niño. En el hospital, los ritmos y patrones que sigue la atención del personal a menudo se interrumpen como consecuencia de las propias necesidades médicas o de otro tipo y pueden tener poca o ninguna relación con los ritmos que se inician y establecen en el niño.

Las manifestaciones de los niños, en un entorno familiar, va seguida por respuestas casi inmediatas por parte de los que lo cuidan. El llanto del niño es una forma de interacción que actúa como el primer eslabón de una cadena que incluye alimentación, cambios de posición, abrazos, y estimulación social y afectiva satisfactorias para el niño. Esto hace que poco a poco el niño vaya interactuando con sus padres acerca de lo que le resulta placentero³¹. En la Unidad Neonatal esto no siempre ocurre así, ya que un personal muy ocupado puede no reaccionar adecuada y prontamente; paralelamente la familia, más preocupada por la vida del niño, puede estar dedicada a su propia interacción con el medio hospitalario, olvidando la interacción con el niño¹⁹⁹.

Progresivamente, al aumentar la madurez del niño, hay períodos más amplios de atención y alerta que evolucionan a necesidades más complejas mientras que la atención en las UN siguen el mismo modelo día tras día con muy pocos cambios apreciables²⁰⁰. El conocimiento que va adquiriendo el niño de las personas y prácticas familiares diarias, tiene importancia creciente en las esferas cognitiva y emocional. La atención de rutina en los hospitales, por definición, tiene un origen diverso y multidisciplinar y puede considerarse, desde el punto de vista del niño, como impredecible.

Conforme el niño se desarrolla, son más importantes las relaciones causa-efecto, mediante las cuales integra las experiencias intelectuales, de lenguaje, sociales, motoras y emocionales. En el ambiente que rodea a un niño en la UN lo que está dentro del alcance y control de la cuna del niño es sin embargo muy limitado, y las situaciones interesantes y nuevas que se producen en el hogar no se desarrollan en la UN³¹. El medio hospitalario ofrece pocos cambios en el tiempo y pocas experiencias nuevas que, además, normalmente son sinónimas de nuevas técnicas, operaciones o estudios que, en general, no van a suponer una experiencia agradable para el neonato.

3. LA ASISTENCIA PERINATAL EN LA TRANSICION HOGAR-HOSPITAL. UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS. UNIDADES DE CUIDADOS MINIMOS.

Cuando los niños no necesitan soporte vital, y es posible observarlos de forma óptima sin necesidad de la hospitalización en un ambiente de cuidados intensivos, suelen pasar a otras unidades donde el ruido, el estrés y la luz son más reducidos y donde los padres pueden establecer, en un ambiente más relajado, un contacto más estrecho con sus hijos²⁰¹.

El personal de enfermería es también más propicio a proporcionar más contactos de tipo social una vez que el período crítico ha sido superado y la supervivencia del niño no está en juego. En las salas de cuidados mínimos y de lactantes es donde los padres asumen la mayoría del cuidado de sus hijos y sirve como una forma de transición previo a ser dados de alta hospitalaria, permitiendo que se sientan más seguros y confiados en cuanto a la alimentación y cuidado de sus hijos. Además de ser unidades donde se puede interactuar más fácilmente, requieren un menor coste económico para su funcionamiento¹⁶⁸.

4. LA VINCULACION EN EL ENTORNO DE LA ASISTENCIA NEONATAL.

La hospitalización inmediata y prolongada de los recién nacidos de bajo peso o que presenten alguna patología al nacimiento, provoca una separación madre-hijo que compromete, desde las primeras horas de vida, el establecimiento del lazo afectivo indispensable para la ligazón ulterior y perdurable entre los padres y los hijos. Muchos autores insisten en la frecuencia, en estas circunstancias, de problemas en la relación padres-hijos al nacimiento así como a largo plazo¹²³.

Los recién nacidos, aunque no está establecido con exactitud a que edad o nivel de maduración de los niños sucede, parece que pueden distinguir entre cuidados médicos o procedimientos terapéuticos y otros cuidados de diferente índole, tales como masajes o caricias desde los primeros momentos de vida¹⁵⁸.

Hasta hace unos años, la atención sanitaria era opuesta a que los padres y las madres entraran en las UCIN planteando, sobre todo, razones de eficacia y disminución de la exposición a agentes infecciosos para los neonatos. Actualmente, sin embargo, es

creciente la tendencia a considerar fundamental el contacto precoz entre los padres y sus hijos incluso en el caso de grandes prematuros o niños gravemente enfermos. En este sentido son clásicos los trabajos de De Chateau^{202,203} donde se remarca la importancia del contacto madre-hijo en los primeros momentos o días tras el parto.

Aunque las visitas de los padres se permiten en las UCIN, éstos continúan sufriendo una importante presión emocional, incluso cuando tienen un contacto estrecho con sus hijos, experimentan un stress prolongado y muchos, sufren reacciones de dolor en las que no concuerdan, necesariamente, el nivel de su respuesta emocional con la gravedad del niño²⁰⁴.

Los niños normales y a término estimulan a sus padres respondiendo a sus expectativas sociales e iniciando una interacción y modulación social. Por el contrario, los recién nacidos pretérminos, están carentes de buena parte de la competencia social de los niños a término. Estos niños duermen mucho, se fatigan fácilmente y están un tiempo muy pequeño en estado de alerta tranquila^{67,168}; tienen un consumo energético muy elevado para conservar la homeostasia de su circulación, respiración y temperatura, y les queda poco para la interacción social. La tendencia a la sobrecarga o agotamiento del sistema nervioso más inmaduro de los niños pretérminos, se manifiesta por la aparición de respuestas anómalas, de índole autónoma o motora difícilmente interpretables por sus padres. El control inestable del estado del niño no le permite la vigilia y el alerta tranquilos que constituyen el momento más adecuado para la interacción social productiva²⁰⁵.

De esta manera, las respuestas que estos niños aportan, en la mayoría de los casos, son descorazonadoras para sus padres y su evolución y desarrollo, lentos y poco objetivables.

Desde el punto de vista de los padres, la atención de un niño pretérmino puede complicarse por diversos problemas. Es posible que su aspecto físico y su tamaño despierten aversión, además se encuentra detrás de toda una barrera de aparatos técnicos y su vida la ven dependiente de todo ello. El lazo entre padres e hijos está tan entorpecido por las barreras creadas por el equipo técnico como por las infrecuentes visitas de los padres debido a la distancia de la UN o a las propias restricciones de ésta²⁰⁶. Estos padres ansiosos encuentran una tremenda dificultad para interactuar con

sus hijos ya que no pueden recibir la retroalimentación que supone el cuidado que ellos exigen y demandan^{113,189}.

No solo el aspecto físico del niño y la estructura técnica de la UN son determinantes, sino que por otra parte, la madre puede encontrarse bajo el efecto de una crisis emocional que no tienen otras madres debido al adelantamiento del parto, sentimientos de culpa por no haber podido llevar a término su embarazo, falta de confianza en si misma para cuidar a un hijo tan frágil, incertidumbre hacia la vida del hijo y sensación de extrañeza respecto al medio clínico existente en las UCIN^{206,207}.

El estrés y la vulnerabilidad de la familia pueden afectar la capacidad de cada progenitor de reaccionar, en la esfera emocional o en su presencia física, respecto al niño hospitalizado²⁰⁸.

La capacidad de los padres de velar por su hijo en el medio hospitalario es limitada. Es difícil superar el estrés, la falta de intimidad y otros elementos concurrentes de tipo emocional o económico que pueden afectar su fortaleza física y la decisión de sentirse la fuente de "crianza" constante para su hijo. Se necesita mucha fuerza y entereza para ser capaz de dar afecto a un niño rodeado de cables y de sondas, confortar a un niño hambriento al que no se puede alimentar o a un niño irritable cuyo dolor no puede ser aliviado o, al menos, no por parte de la familia.

Algunos padres incluso temen que tocar a su hijo pueda hacerles aun más daño del que ya sufren, a pesar de que se les intente convencer de lo contrario y de la importancia de que les acaricien e interactuen con ellos²⁰⁴. Estos padres están temerosos por el estado de salud de sus niños y tienen sentimientos de pérdida, pueden sentir que no son capaces de aportarles los cuidados que necesitan y tender a separarse de sus hijos y de la atmósfera de la UN¹¹³.

De forma global, las familias experimentan como una situación crítica las circunstancias que rodean al ingreso de un niño gravemente enfermo en una UCIN. El resultado puede ser una incapacidad temporal para actuar, confusión cognoscitiva, labilidad afectiva, conducta desordenada y aumento espectacular de la tensión o de la ansiedad²⁰⁹.

El desarrollo óptimo de las relaciones entre las madres y sus hijos prematuros está amenazado por un elevado número de condiciones que contribuyen al riesgo elevado del niño. Estas interacciones se ven a veces aumentados por los efectos de un ambiente poco óptimo que rodea al parto prematuro. El ambiente intimidatorio de las UN y el curso médico de los niños puede producir abandono emocional y poca familiaridad hacia sus hijos. Las madres que carecen de contacto con sus hijos pretérminos pueden resultar en expectativas poco realistas sobre sus hijos¹⁶⁷.

La familiaridad y contacto con los prematuros se ve dificultada por la necesidad de un tratamiento intensivo y de la longitud de la hospitalización. Pocas visitas en la UCIN se han asociado con menores medidas en la vinculación madre-hijo, y en casos extremos en abuso infantil y negligencia⁵⁵. Rosenfield²¹⁰, en esta misma línea, confirma estos datos llamando la atención sobre el hecho de que el número de visitas, que por algunos se considera un índice sensible del apego establecido, puede incrementarse en relación con factores tales como la mejoría de la condición física de la madre, su mayor certeza de que el niño podría sobrevivir, su mayor familiaridad con el status de la unidad de cuidados intensivos y la apariencia de mejoría por parte del niño.

Algunas investigaciones han asociado la capacidad de la madre para brindar la unión necesaria con un complejo de factores socioeconómicos, educativos y personales; paridad, sexo del niño, etc. De Chateau^{202,203}, considera importantes la paridad ya que puede suponer una experiencia anterior positiva.

Las madres de las clases socioeconómicas media y alta, con un mejor nivel educativo, una identidad personal segura y una vida emotiva familiar estable, cuentan con una ventaja relativa. El medio rural se postula por algunos como un elemento protector²¹¹. Por otra parte, y sobre todo cuando el lactante ha sufrido alguna complicación que altera su aspecto y hace que requiera una mayor atención, son las madres de estratos socioeconómicos más bajos, con escasa educación o problemas emocionales las que tienden a presentar hijos con alteraciones del desarrollo^{212,213}.

Parker²¹⁴ indica que los niños prematuros que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen una mayor morbilidad en el desarrollo a largo plazo que los niños con un nivel socioeconómico mayor que se encuentran en las mismas circunstancias clínicas. La relación es doble ya que en estos estratos la prematuridad es

más frecuente y su desarrollo es inferior. Las consecuencias de estos factores son a veces poco valoradas ya que el seguimiento de estos niños es difícil y complicado cuando abandonan la UCIN.

Autores como Minde²¹⁵, sin embargo, no encuentran diferencias socioeconómicas en relación con problemas emocionales.

Meyer y cols.²¹⁶ concluyen que el grado de ansiedad y estrés agudo puede relacionarse, de forma significativa, con los problemas médicos que ponen en peligro la vida del niño. Las características socioeconómicas estarían más en relación, para estos autores, con una forma de estrés más general.

Bensel y cols.²¹⁷ no relacionan los problemas en la interacción madre-hijo con muchos de los factores clásicamente considerados tales como: longitud de la hospitalización, el parto prematuro o las pocas visitas, aunque si podría estarlos con la edad gestacional y con la existencia o no de la separación postparto.

Parece influir significativamente la experiencia de la madre durante la infancia. En los estudios de niños que han sufrido malos tratos se encuentra a menudo que sus padres tuvieron experiencias similares cuando eran pequeños^{218,219,220}. El padre preocupado por medios sociales insuficientes, enfermedad psíquica, trastorno de la personalidad o experiencias deformadas o defectuosas de la afectividad respecto a su propia niñez, quizás no pueda compensar o neutralizar los obstáculos psicológicos de su hijo. De esta forma se prepara la escena para transacciones materno infantiles menos favorables que constituyen un elemento negativo en el desarrollo del pequeño y en los ajustes necesarios por parte de los padres²⁰⁵.

Para Sameroff³⁰, permitir a la madre, especialmente a la primípara, que esté en contacto con su hijo prematuro reduce sus sentimientos de incapacidad. Ya que es difícil ver bien al niño en la incubadora y apreciar su estado, la criatura que la madre ve confirma a veces su sentimiento de haber tenido un producto desviado; ello puede provocar, que cuando el niño es dado de alta, sin haber tenido un contacto previo y continuado, se le reciba con aprensión por su aspecto, su pequeñez y la sensación de falta de destreza de la madre para cuidar a un ser que parece tan frágil.

Los datos que recogen los diferentes investigadores sobre los niños pretérminos quizás sean fácilmente previsible. Sin embargo, las separaciones breves pueden tener efectos importantes en los niños a término. No se conocen bien cuales serían las variables más importantes pero parece que el contacto, inmediato o prolongado posteriormente al parto o sólo la convicción de la madre de pertenecer a un grupo de atención especial, pueden influir en estos resultados^{30,221}.

El ingreso suele constituir una urgencia no planeada que deja poco tiempo a los padres para la preparación emocional, donde la falta de comprensión puede aumentar su confusión y preocupación, lo cual conduce a un sentimiento de desamparo y desesperación añadido al alto nivel de ansiedad²⁰⁹.

El equipo asistencial tiene la oportunidad de proporcionar asistencia realmente confortable. Una pequeña ayuda, dirigida de modo racional y enfocada correctamente en un momento estratégico, puede ser más efectiva que un auxilio mas intenso proporcionado en un momento de menor accesibilidad emocional^{207,210}.

Los miembros del equipo de la UN deben de tener el convencimiento de que son responsables de proporcionar la mejor asistencia e información médica al nivel de conocimiento de los padres. La mejor forma de evitar tanto el exceso como la simplificación condescendiente, es escuchar las preguntas que hacen los padres procurando responder de una forma clara²⁰⁹. Actualmente se reclama una participación activa de los padres en las UCIN aportando sugerencias y remarcando las deficiencias que aprecian en el cuidados de sus hijos. Para Lucey²²², esto supone el inicio de una nueva concepción de los cuidados neonatales.

El trabajo de Harrison²²³, madre de un niño pretérmino, en la creación de los "Principios del Cuidado Neonatal Centrado en la Familia" es un magnífico ejemplo de los profundos cambios que se están produciendo en este aspecto y sus puntos principales se exponen en la tabla I.

TABLA I. PRINCIPIOS DEL CUIDADO NEONATAL CENTRADO EN LA FAMILIA

I	Debería basarse en una comunicación abierta y sincera entre padres y profesionales en los aspectos médicos y éticos.
II	Para trabajar con los profesionales, los padres deberían disponer de una información completa y exhaustiva.
III	En las situaciones de alto riesgo, gran sufrimiento o controversia médica los padres deberían tener derecho a tomar la decisión de evitar tratamientos agresivos a sus hijos.
IV	Los padres deberían ser advertidos sobre los riesgos de su gestación y las posibilidades de tratamiento si su hijo es pretérmino.
V	Padres y profesionales deberían trabajar juntos para aliviar el dolor de los niños en la UCIN.
VI	Padres y profesionales deberían trabajar juntos para asegurar un adecuado ambiente a los niños.
VII	Padres y profesionales deberían trabajar juntos para asegurar la seguridad y eficacia de los tratamientos neonatales.
VIII	Padres y profesionales deberían trabajar juntos para desarrollar políticas de enfermería y programas que promuevan la implicación de las familias con sus niños hospitalizados.
IX	Padres y profesionales deberían trabajar juntos para promover un seguimiento adecuado para los niños de muy alto riesgo que salieron de la UCIN.

Modificado de Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. Pediatrics 1993; 92: 643-650.

Le Blanc²²⁴, por otra parte, considera que con las adecuadas condiciones es posible que las madres de niños prematuros puedan desarrollar los recursos necesarios para superar los acontecimientos que impone la hospitalización de estos niños y su estado clínico.

Los padres que reaccionan de un modo insuficiente o excesivo ante la situación real son aquellos que generalmente requieren asistencia social adicional; los factores de riesgo elevado incluyen: las familias en las que falta uno de los padres, los padres que presentan historia anterior de disfunción psiquiátrica y los que experimentan un dolor residual por pérdidas previas no resueltas²⁰⁹.

Muchos padres de niños gravemente enfermos experimentan un duelo anticipado que conviene identificar y tener en cuenta: shock y rechazo iniciales caracterizados por negación o incapacidad para aceptar la situación, sentimientos de cólera, rabia, depresión y aceptación eventual.

Los sistemas asistenciales a los padres pueden llegar desde otros miembros de la familia, de asociaciones, del personal de la UN o de servicios de salud mental comunitaria o asistencia social. Sin embargo, es importante recordar que la presencia de la familia o de los amigos no siempre significa que se recibe la asistencia adecuada²⁰⁹.

5. ACTUACIONES EN EL ENTORNO DE LA UNIDAD NEONATAL.

Los modelos de intervención tienden a detener la espiral negativa de las transacciones desfavorables. Para ello deben realizarse desde fecha temprana, antes de que se haya establecido un patrón adverso de interacción, pero no demasiado pronto, dando tiempo a la madre para conseguir un estado psicológico adecuado. Además han de ser económicamente factibles²⁰⁵ y estar correctamente planificados, adecuándose a las especiales necesidades de la población^{225,226}.

Múltiples investigadores, durante las últimas décadas, han valorado los efectos de diferentes tipos de intervenciones en los niños de bajo peso al nacimiento; muchas de ellas se basan en el supuesto del pretérmino como un ser hipóestimulado, por lo que han ido encaminadas, fundamentalmente, a aportar estímulos desde muy pronto tras el nacimiento^{196,227,228,229,230}.

En la mayoría de estos casos, no es posible hacer comparaciones ya que las estimulaciones no han sido estandarizadas y los criterios de unos y otros variaban. Sin embargo, existe un acuerdo generalizado para la mayoría de los autores, respecto a que

la estimulación produce efectos beneficiosos en estos niños según la variable analizada: mejoría de la supervivencia, ganancia de peso, el tiempo de estancia, la valoración neuroconductual etc.^{231,232,233,234}.

Klaus y Kennell y sus colaboradores, desde sus primeras publicaciones hasta la actualidad, ponen de manifiesto un nuevo modelo de intervención en el área neonatal, al considerar que la mejor atención que puede aportarse a estos niños es procurarles un ambiente lo más parecido posible al que disfrutarían en el seno de sus familias. Se imponen desde este momento, sin dejar de lado las anteriores, investigaciones en las que se pretende aportar esas condiciones "ideales" y valorar su repercusión en la mayor parte de los aspectos del desarrollo infantil^{235,236,237,238,239,240,241,242}.

En este sentido, y en un estudio diseñado por Shannon y cols.²⁴³, recogiendo las opiniones de un importante número de neonatólogos de UN de nivel terciario, exponen que de los diferentes métodos de intervenciones propuestos por los autores, ellos consideran el más importante el cuidado individualizado, y el de menor interés, en el momento actual, la estimulación en sus aspectos clásicos. Fleisher y cols.²⁴⁴ confirman estas opiniones.

De acuerdo con ello²⁰⁵, las características de una intervención que se consideran más interesantes se exponen en la tabla II.

TABLA II. FINALIDADES DE UNA INTERVENCION.

I	Permitir a la madre apreciar las características singulares de su hijo, su temperamento y capacidad de desarrollo.
II	Sensibilizar a la mujer respecto a las "manifestaciones" que señalan sobrecarga de estímulos o agotamiento y las que indican el momento en que se encuentra en el mejor estado para generar interacción.
III	Enseñar a las madres a responder de manera apropiada y oportuna respecto a las "pistas" que indican sobrecarga, molestias o agotamiento por parte del hijo.
IV	Capacitar a la mujer para asimilar e incluir su sensibilidad y reactividad en las tareas diarias como el baño, la limpieza, el vestido y la alimentación del lactante.
V	Aumentar el disfrute de la compañía del niño.

Modificado a partir de Klaus MH, Kennell JH. Care of the mother, father and infant. En: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant, 5ª ed. St Louis: Mosby Year Book 1992; 465-477.

Por otra parte Lamb²⁴⁵ en un interesante trabajo de revisión, es crítico con las investigaciones anteriores poniendo en entredicho toda la literatura aportada hasta el momento acerca de la relación madre-hijo y el problema de la vinculación, alegando falta de hipótesis de trabajo, de rigor metodológico, un escaso número de sujetos a la hora de establecer conclusiones o diferencias aportadas que podrían no deberse a significación estadística.

6. ACTIVIDADES ESPECIFICAS. PROPUESTAS PARA LA INTERACCION.

Dentro del ámbito de la interacción comienza a considerarse fundamental el fomento de estrechas relaciones entre los médicos y las familias en la creencia de que sólo una comunicación fluida entre ambos permitirá desarrollar las estrategias más adecuadas para cada caso particular²²² y planificar aquellas que mejor pueden colaborar en el desarrollo adecuado de estos niños y sus familias en el ambiente adverso de la UCIN y su problemática particular^{246,247}.

Los diferentes autores son concordantes en la necesidad de un contacto estrecho entre las madres y sus hijos, con unidades abiertas, con pocas restricciones para la visita de los padres como base para un adecuado desarrollo de los programas de intervención²⁴⁸, sobre todo teniendo en cuenta que no se han demostrado efectos adversos en aquellas circunstancias en que las madres permanecen con sus hijos desde el nacimiento hasta el momento del alta²⁴⁹. Harper y cols.²⁵⁰ en un estudio observacional en una unidad neonatal donde se permitió la entrada sin ninguna restricción, indican que a pesar de no reducirse los niveles de ansiedad de los padres, al dárseles la oportunidad de tener un contacto más intenso con sus hijos, la mayoría se sintieron más útiles y un alto porcentaje de ello (90%) estaban a favor de un contacto precoz y duradero sin restricciones en el entorno de la unidad neonatal.

a. MANTENER JUNTOS A MADRES E HIJOS.

El contacto precoz con los niños prematuros facilita a los padres la adaptación hacia el problema colaborando en la resolución de miedos, culpas o tristezas; si estos sentimientos ceden, la madre y el padre pueden progresivamente volcar más energía en el establecimiento de las relaciones con su hijo. La mayoría de los padres que visitan



frecuentemente a sus hijos terminan por apreciar y aceptar sus características de comportamiento así como sus especiales necesidades personales y médicas. Estos padres, a veces, son mucho más tenaces en la estimulación de sus hijos que los padres de niños a término lo que también podría ser contraproducente por el riesgo de abrumarlos con estímulos que no siempre son beneficiosos.

En este sentido Field²⁵¹, recoge que madres e hijos sin problemas interactúan sobre un 70% del tiempo de forma natural mientras que cuando se les estimula, la interacción materna sube hasta un 80% mientras que la del niño, curiosamente, desciende hasta solo un 50%. Por otra parte, en niños de alto riesgo la interacción materna es de cerca del 90% o mayor mientras que la del pequeño puede llegar a ser de solo el 30% e incluso puede descender si se potencia ese comportamiento. Estos estudios sugieren que la estimulación no planificada de los comportamientos de relación de los niños con sus madres puede producir un efecto contraproducente y una menor respuesta por parte del niño, si no se planifica adecuadamente. De manera que hay que ser cautelosos al recomendar una mayor estimulación de los niños prematuros³. Los padres frecuentemente necesitarán asistencia en la interpretación del comportamiento de los niños prematuros y es donde tienen justificación los programas de intervención.

El desarrollo de unidades de tratamiento neonatal hace que las madres estén separadas a veces de los niños por lo que, si no es posible el transporte antes del parto, Klaus y Kennel^{3,45} recomiendan que este se produzca en el período postparto inmediato. Los mismos autores, consideran la posibilidad de transportar el niño a la habitación de la madre en la maternidad del hospital, con lo que se les ofrece la posibilidad de encontrarse con su hijo en circunstancias parecidas a las que tienen las madres de los niños a término sin problemas. En niños estables propusieron contactos precoces de media a una hora en los tres primeros días del nacimiento mediante una incubadora de transporte y colocación en la cama de la madre con una fuente de calor y con una enfermera cerca, observando las condiciones del niño. En este estudio, ellos no observaron mayores alteraciones de la temperatura del niño ni tampoco mayores episodios de apnea o bradicardia.

O'Connor y cols.²²¹ consideran que las dificultades serias en el parentaje no son hechos aislados; la frecuencia de este fenómeno y su potencial problemática a largo plazo, justifica mejorar el vínculo que une a los padres con sus hijos lo más posible, ya que existe una menor incidencia de problemas de parentaje en niños que disfrutaron de

un contacto precoz; éstos mantuvieron la lactancia más tiempo, su curva de crecimiento fue mejor y sus madres tuvieron un mayor nivel de autoconfianza.

Otros investigadores proponen un sistema en el que se dispone de un soporte de enfermería para los padres de los niños prematuros permitiéndose a las madres pasar unos días en el hospital con los niños antes del alta²⁵². El estudio de este tipo de cuidados se hace permitiendo a las madres disponer de habitación con sus hijos a partir de que los niños presentan un peso entre los 1.700 gr-2.100 gr. Aunque la mayoría de las madres no pueden dormir en las primeras 24 horas, cuando pasa este primer momento comienzan a solicitar el alta precoz insistiendo en llevarse a sus hijos antes de lo que teóricamente estaba planeado²⁰⁴. Se sugiere que el alta precoz, precedida de un período de internamiento conjunto de la madre y del hijo, puede ayudar a normalizar el comportamiento de ésta tras la UCIN con lo que podría reducirse la incidencia de desordenes parentales entre la población con pequeños enfermos o prematuros^{3,45}.

b. CUIDADOS DE CANGURO.

El cuidado de canguro, o piel con piel, describe la práctica de coger a los niños pretérminos desnudos, salvo el pañal, entre los senos de las madres. Rey y Martínez²⁵³, en Bogotá, fueron los primeros en utilizar estas medidas con el fin de disminuir el rechazo a los niños que encontraban en sus madres, propiciar la alimentación con leche materna y evitar las aspiraciones. Ellos consideran que este tipo de cuidados, en las unidades neonatales, es barato y seguro, a la vez que permite educar a los padres y madres y hacerles partícipes en el cuidado de sus hijos; no refieren un mayor número de infecciones, se evitan regurgitaciones y aspiraciones de una forma notable y es una forma placentera de cuidarlos tanto para los padres como para los niños.

Estos cuidados que, en principio, parecían sólo adecuados para sociedades en vías de desarrollo, también se han aplicado en las modernas unidades neonatales en conjunción con la avanzada tecnología, más que en sustitución de ellas, con resultados igualmente beneficiosos^{254,255,256}.

Permitir que las madres mantengan a sus hijos piel contra piel durante períodos prolongados puede tener efectos muy saludables y si se toman las precauciones

adecuadas, tales como el lavado de manos, no se evidencian problemas en cuanto a complicaciones como la infección, problemas en la oxigenación, pausas de apnea o alteraciones del control de la temperatura y si reportan beneficios como el aumento de la lactancia y de la propia autoestima materna y de sentimientos de cercanía a sus hijos al compararlos con los grupos controles en las mismas circunstancias^{3,45}.

Whitelaw observó que la duración de la lactancia es significativamente mayor y que se redujo significativamente el tiempo en el que los niños estuvieron llorando. Las madres de los niños estudiados en los grupos de cuidados de canguro expresaron más autoconfianza, mejores sentimientos hacia sus hijos y mayor confianza en su propia capacidad para criarlos mientras que las madres de los grupos de control se mostraron más temerosas sobre el futuro de sus hijos y más dependientes de la tecnología^{257,258,259}. No se evidenciaron diferencias en cuanto a su oxigenación, pareciendo incluso mejor oxigenados y no se objetivaron diferencias en cuanto a cambios de temperatura entre los cuidados de canguro y las cunas térmicas.

La mayoría de los autores concuerdan en que es un método seguro, incluso para un nivel terciario de atención y para edades gestacionales entre 27 y 31 semanas; Acolet afirma que no es perjudicial en lactantes muy pequeños e incluso mejora el ritmo cardíaco y la perfusión tisular, no observando alteraciones de temperatura o un mayor aumento de las aspiraciones u otras complicaciones durante esta práctica^{260,261}. Este técnica mejora o disminuye el stress materno, al darles la oportunidad de sentir que son capaces de "completar la gestación" y aportar los cuidados que sus hijos necesitan, a la vez que tiene un importante efecto sobre el mantenimiento de la lactancia.

c. ALIMENTACION AL PECHO

Es indudable que las experiencias de la madre pueden ser más satisfactorias desde el punto de vista emocional mediante el amamantamiento. La alimentación artificial no deprime emocionalmente al lactante en forma directa, pero la satisfacción que obtienen la madre de la alimentación con pecho aumenta el placer que obtiene del niño y por consiguiente aumenta su unión con él. Holt²⁶² afirma que el estado psicológico en la madre, es el factor que posibilita o impide el éxito en el cuidado del niño. La alimentación con pecho implica un mayor compromiso personal en la crianza del niño, una sensación creciente de ser esencial para el bienestar del niño y un mayor

compromiso físico con el lactante por medio del contacto y la estimulación táctil. La evaluación inversa muestra que madres con problemas psicosociales presentaron muchas menores tasas de alimentación al pecho⁹⁰.

La alimentación con pecho puede proporcionar a la madre y al niño estímulos táctiles en grandes sectores del cuerpo. El contacto de piel mutuo brinda un mundo sensible a ambos. La capacidad del niño para responder al contacto cara a cara con la madre no funciona por completo hasta el mes de edad y la sonrisa requiere otros dos meses, pero la posibilidad de contacto con la piel está presente desde el nacimiento. Para las madres que no amamantan, hay muchas interacciones posibles que oscilan entre abrazar al niño en pañales contra su bata hasta acunar al niño desnudo sobre su pecho. Klaus y cols.⁴⁵ destacan la posibilidad de que la madre juegue con el niño desnudo inmediatamente después del nacimiento. Su estudio muestra los cambios positivos potenciales en la relación madre-hijo que pueden alentarse con esta experiencia.

Si el objetivo es que la madre se sienta cómoda con su hijo, respetando siempre su decisión sobre la técnica de alimentación, lo natural es aconsejarla en favor de la lactancia materna¹⁰⁰. Sin embargo, en una reciente revisión de las prácticas en las maternidades de Barcelona, los autores encuentran que la mayoría de ellas se desconocen las disposiciones de la OMS en el sentido de protección de la lactancia materna^{263,264,265}.

En las unidades neonatales, se advierte un mayor interés por aportar esta fuente de estímulos a los niños que han tenido muy bajo peso al nacimiento. Los estudios de Pierce²⁶⁶, indican que los pretérminos pueden comer al pecho de forma precoz no encontrándose dificultades ni problemas relacionados. El éxito se atribuye a factores como una política de visitas no restringida y una actitud positiva del staff y de la enfermería a la lactancia materna siendo muy importante alentar a su mantenimiento.

Bier y cols²⁶⁷, en un reciente trabajo corroboran estos resultados afirmando que la lactancia materna es más beneficiosa desde el punto de vista fisiológico ya que la alimentación con biberón a largo plazo requiere un mayor consumo energético. Consideran que es una práctica menos estresante y beneficiosa, sobre todo en el grupo de niños que presentaban patología respiratoria crónica.

Diferentes investigadores, han confirmado estos datos y tampoco encuentran diferencias cuando relacionan estas prácticas con el nivel de inteligencia de los niños nacidos prematuramente^{268,269}. Se consiguen, además, un menor número de días de alimentación por sonda, una mayor ganancia de peso y un menor coste para el hospital al conseguir un alta más precoz así como una menor incidencia de enterocolitis necrotizante^{270,271}.

d. ALTA PRECOZ.

En las UN actuales, las situaciones que provocan mayores estancias hospitalarias son las que se derivan del bajo peso al nacimiento.

Ya en 1971 Berg²⁷², revisa críticamente la tendencia a dar de alta a los niños pretérminos cuando alcanzan un peso entre 2200 y 2500 gr, considerando los posibles efectos deletéreos de la separación en el crecimiento y desarrollo de los niños y los efectos sobre la autoconfianza de la madre para cuidar de su hijo siendo la raíz de gran cantidad de problemas en las relaciones posteriores con los hijos^{37,239,273}. Se considera, además, que la mayor parte del trabajo de una UN se dispersa frecuentemente en los cuidados de rutina de niños que realmente no están enfermos, con lo que ello supone respecto a carga de trabajo y costes económicos.

Los niños con bajo peso no requieren necesariamente una hospitalización prolongada y pueden ser dados de alta sin problemas siempre y cuando cumplan unos mínimos criterios de salud y seguridad entre los que se destacan la capacidad ventilatoria a aire ambiente, adecuada alimentación al pecho o con biberones e instrucción adecuada de los padres acerca del cuidado que necesiten sus hijos²⁷⁴. De esta forma, cada día de ocupación debería ser cuidadosamente evaluado en términos de su necesidad y efectividad.

El seguimiento de niños menores de 2000 gr no relevó anormalidades. En las entrevistas posteriores que los investigadores realizaron con las madres, sólo en un porcentaje muy pequeño, éstas se sintieron agobiadas o cansadas por el alta y todas respondieron con sentimientos de placer y satisfacción al tener a sus hijos en casa antes de lo que esperaban.

Desde entonces, han sido muchas las revisiones acerca del alta precoz, con acuerdo generalizado en considerar esta práctica, siempre que los criterios de selección sean estrictos, como segura y más barata, recalcando sus efectos positivos sobre la experiencia materna y la relación precoz que se establece entre la madre-hijo^{275,276,277,278,279,280,281,282}.

En una reciente revisión en nuestro país, Martín y colaboradores, consideran que otros factores y no el peso son los que deberían tenerse en cuenta a la hora de decidir cuando un niño está preparado para el alta. Para estos investigadores es fundamental, previo al desarrollo de estas prácticas, una humanización del Servicio de Neonatología, propiciando una relación directa del personal sanitario con los padres que puedan acudir al servicio 24 horas al día, aconsejándoles que visiten frecuentemente a sus hijos y enseñándoles progresivamente como hacerse cargo de su cuidado para fomentar relaciones y disminuir la angustia que genera un niño ingresado. Igualmente refieren una mayor duración en el mantenimiento de la lactancia materna, mayor ganancia de peso, y sin encontrar patología que pudiera asociarse con el alta precoz. Por otra parte, son relevantes en sus resultados el mayor nivel de satisfacción de las madres en el grupo que experimentó el alta precoz y el alivio económico que supone para una familia el tener a un hijo ingresado en el hospital el menor tiempo posible²⁴⁶.

e. VISITA DE LOS HERMANOS

El nacimiento de un niño prematuro es tan estresante para los hermanos como para los padres ya que se enfrentan a unos progenitores cansados, que pasan mucho tiempo en el hospital, sin entender porqué el nuevo hermano, que su madre les había prometido, no vienen con ellos¹⁷⁰.

Establecer una política de visita de los hermanos en las UN, no sólo no es perjudicial para el RN, sino que contribuye decisivamente a la estabilidad familiar y al igual que ocurre con los cuidados de canguro anteriormente citados, cuando se establecen unos criterios claros de selección, no se asocian ni a aumentos en la tasa de infecciones ni a otras patologías^{283,284}.

f. GRUPOS DE PADRES.

Los grupos de padres convierten a éstos en más competentes a la hora de estimular a sus hijos y las madres muestran más implicación en la alimentación estando más sensibilizados en el desarrollo de sus hijos cuando abandonan la unidad^{3,45}. Suelen reunirse una o más veces a la semana, durante una o dos horas, para discutir acerca de los problemas de sus hijos; la mayoría de ellos, encuentran consuelo en el grupo y son capaces de compartir con otros sus propios sentimientos¹¹³.

Minde²⁸⁵, en un estudio controlado, encuentra que padres de un grupo de autoayuda visitaban el hospital de forma significativamente mayor que los controles y que también tocan, hablan y miran más a sus hijos en la posición de frente, a la vez que se sienten más competentes en las medidas de los cuidados del niño. Estos padres se encuentran más implicados con sus hijos incluso a los tres meses del alta de la UN.

En definitiva, el parentaje de los prematuros en el hospital es complejo y los padres requieren protección y apoyo de los miembros del equipo que los atiende, que debería estar preparado para prestárselo en función de una formación general y otra particular a partir de los propios padres, ello permitiría una atención individualizada; los padres pueden aportar cuidados tan básicos e importantes como la alimentación o el cambio de los pañales y deberían ser considerados a la hora de planificar los cuidados de los niños.

El tiempo privado de la familia, sin interrupciones del personal pero con su apoyo, es beneficioso especialmente cuando la unidad o el hospital permiten flexibilidad en las visitas, incluida la de los hermanos, en el mantenimiento y promoción de la estructura familiar.

E. USO DE TECNICAS CUALITATIVAS Y CUESTIONARIOS EN LA INVESTIGACION EN SALUD.

Algunos de los datos necesarios para nuestra investigación difícilmente se expresan en unidades de tipo resumen. La metodología usual para la obtención de indicadores sanitarios normalmente trabaja con promedios y puede ocultar información acerca de determinados grupos de población.

Frente a la metodología de tipo cuantitativo que caracteriza los fenómenos en términos de su probabilidad de ocurrencia, los métodos cualitativos se emplean en la comprensión más profunda de los rasgos del fenómeno en sí^{286,287}.

Pinault²⁸⁸ señala que "Un consenso, obtenido entre un grupo de personas que conozca bien a la comunidad, o los problemas en estudio, es suficiente para que se puedan utilizar los resultados de forma ventajosa".

La información de tipo cualitativo y las técnicas que la proporcionan, se desarrollaron para intentar complementar o paliar algunos de los defectos de la información de tipo cuantitativo ayudando a perfilarla y enriquecerla. Su importancia radica en utilizar como fuente de datos a la comunidad o población en estudio y a que su uso no se limita a la planificación sino que permite la detección de necesidades y la evaluación de programas destinados a la población²⁸⁹.

Las técnicas de búsqueda por consenso tratan de encontrar conocimientos razonables sobre temas controvertidos. En la elección de los participantes se deben de buscar individuos con un alto grado de conocimiento de la población en estudio y/o problema a tratar y con interés en participar. La elección de los participantes se hará de forma lógica, con alto interés y en temas en el que se consideren "expertos" por su conocimiento o por su situación vivencial. Ello asegura un alto porcentaje de éxito en estas técnicas^{290,291}. Las técnicas cualitativas sirven también en el acercamiento

previo al problema y en su delimitación de cara a la utilización posterior de técnicas amplias de tipo cuantitativo²⁹².

La investigación sanitaria se realiza habitualmente mediante el uso de técnicas de investigación siguiendo el método clínico o epidemiológico. Sin embargo, determinados problemas de salud complejos, con claras trascendencias físicas, psíquicas y sociales tanto en su génesis como en su resolución, pueden beneficiarse en sus fases iniciales de procedimientos de tipo cualitativo.

Entre las técnicas de búsqueda por consenso se encuentran las que utilizan las operaciones de grupo como son: el grupo nominal, el método delphi, las técnicas a través de informadores clave, el "brainwriting" y el forum comunitario. Otras técnicas se basan, específicamente, en la asociación de ideas: la sinéctica, las técnicas de pensamiento lateral o de "zig-zag" y el "brainstorming" o tormenta de ideas. De todas ellas, describiremos el "brainstorming" (BS).

1. BRAINSTORMING O TORMENTA DE IDEAS.

El "Brainstorming" o "tormenta cerebral" es un método productor de ideas nuevas, utilizando el trabajo en grupo, que permite el acercamiento a problemas de difícil concretización. Se basa en la suposición de que la cantidad de ideas produce también una mayor calidad, por lo que se centra en la generación de las mismas. Para conseguirlo, toda valoración y toda crítica sobre las ideas expuestas por algún participante están rigurosamente prohibidas. La función del animador es la de conseguir que se emitan la mayor cantidad posible de éstas, por peregrinas que parezcan. Permite la expresión libre y espontánea de ideas y ocurrencias en torno a un tema o problema propuesto o bien respuestas libres planteadas en torno a una pregunta o estímulo divergente.

El procedimiento esencialmente consiste en examinar un problema determinado en un entorno grupal que sigue "reglas de juego" específicas: las ideas se van expresando con absoluta independencia de su calidad y de su grado de acercamiento al problema en cuestión, no puede evaluarse una determinada aportación hasta que no se hayan expresado todas, la elaboración de las ideas de una persona por parte de los otros individuos que participan en la reunión no sólo se permite, sino que se recomienda. De

esta manera queda absolutamente prohibido toda crítica, expresión, reproche o rechazo durante el breve tiempo de introducción de ideas^{288,291,293}.

Se convoca al grupo de personas, al que se le ha informado de la necesidad de su asistencia sin entrar en detalles sobre el problema en cuestión. Una vez reunidos, se aconseja un número aproximado de 10-12 personas por grupo, se procede a una introducción sobre el motivo preciso de su presencia, con explicaciones más o menos completas acerca del tema, y se exponen las "reglas de oro" necesarias para su desarrollo, pidiéndoles que expliquen, dentro de sus posibilidades, con su propio vocabulario y sin ningún tipo de impedimentos, todas aquellas ideas o valoraciones que se les ocurran en relación con una pregunta dada.

Se les pide que trabajen en absoluto silencio, sin comentar entre ellos durante este período de tiempo, que puede ser más o menos amplio en función de la motivación del propio grupo, escribiendo una por una las ideas que les parezcan más adecuadas. Una vez terminado el trabajo se procede a exponer, por orden de rondas, las opciones que cada persona ha escrito, sin crítica, recogidas en una pizarra. Se recomienda añadir todas aquellas nuevas opciones que se vayan planteando a partir de lo propuesto por otros compañeros, por asociación de ideas o por pensamiento en "zig-zag".

Una vez terminada la exposición, las ideas quedan planteadas como pertenecientes al grupo y pueden pedirse aclaraciones por parte de cualquier participante de aquellas expresiones que no queden suficientemente perfiladas.

El investigador que lleva el peso de la tormenta puede entonces ir asociando términos en categorías semejantes, eliminando aquellos que son repetitivos y trasladando algunos de ellos, con el consentimiento del grupo, a un lenguaje más técnico o de mayor precisión si ello es posible. Cuando todo el trabajo ha concluido se interrumpe la sesión agradeciendo al grupo su participación y con la promesa de que serán informados de los avances que de esta técnica se hayan derivado.

Entre las ventajas de esta técnica destacan el que anima a participar hasta a los menos decididos y que es simple y accesible. Por otra parte prohibir la crítica puede ser difícil de llevar a cabo y el éxito dependerá en gran medida de la experiencia y capacidad del investigador; son técnicas que requieren cualificaciones particulares por parte de los que las utilizan como son habilidad para la generalización, capacidad para tolerar la

ambigüedad, un buen conocimiento de la técnica y finalmente una planificación cuidadosa previa a su realización.

2. UTILIZACION DE CUESTIONARIOS EN LA INVESTIGACION EN SALUD.

Los métodos de observación están orientados hacia la descripción y comprensión de la conducta y ello los hace menos efectivos a la hora de proporcionar información acerca de elementos tales como las percepciones que una persona tiene, sus creencias, sentimientos, motivaciones, anticipaciones o planes futuros, etc. De la misma forma, prácticamente no proporcionan información sobre conductas, comportamientos o aptitudes que consideramos privadas o en el ámbito de la intimidad personal.

Para obtener estos tipos de información se han diseñado otras formas de acercamiento a la realidad entre las que destacan la entrevista personal y el cuestionario.

Tanto uno como otro se caracterizan por la necesidad de confiar en la información verbal por parte de los sujetos sometidos a investigación como fuente para obtener datos acerca de los estímulos o experiencias a que están expuestos así como para el conocimiento y comprensión de su conducta²⁹⁴.

La investigación de muchos de los fenómenos en el campo de la salud sometidos a investigación se encuentra en estos supuestos^{64,123}. Los comportamientos individuales y grupales que se relacionan con la salud y con la enfermedad están, en la mayor parte de las ocasiones, influenciados o condicionados por una gran variedad de componentes sociales, culturales, económicos y de otra índole entre los que destacan precisamente los hábitos, creencias, valores, actitudes y aptitudes.

El conocimiento y la comprensión de estos aspectos constituye una prioridad a la hora de programar una investigación o de aclarar las causas de un determinado fenómeno. Para ello la entrevista en general como técnica de investigación, y el cuestionario como instrumento, tienen una especial relevancia metodológica²⁹².

a. CONCEPTO DE ENTREVISTA, ENCUESTA Y CUESTIONARIO. VENTAJAS Y LIMITACIONES

Tanto en las entrevistas como en los cuestionarios y encuestas, la calidad de la información obtenida depende de la validez de las informaciones recogidas. En el cuestionario, la información que se obtiene se limita a las preguntas escritas que ya han sido preparadas y estructuradas previamente, mientras que en la entrevista, se le permite al investigador una mayor flexibilidad, y ambos, entrevistador y entrevistado, están presentes al tiempo que las preguntas son formuladas y contestadas. A veces, sin embargo, puede ser difícil discriminar ambas técnicas. De forma resumida, la encuesta se considera una forma de estudiar, valorar o investigar un determinado problema; la entrevista una técnica de cara a establecer la comunicación y el cuestionario un instrumento o protocolo utilizado para recoger la información de una forma más o menos sistemática^{292,294,295}.

La encuesta, como diseño de investigación, es definida como "la investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y/o subjetivas de la población"²⁹⁶.

La entrevista se define como "una conversación seria que se propone un fin determinado distinto del simple placer de la conversación"; para Grawitz²⁹⁷ supone "La concurrencia o conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar de un asunto". Hay acuerdo para aceptar los diferentes elementos que la componen: comunicación verbal, guión estructurado, finalidad específica, proceso bidireccional y adopción de roles específicos por ambas partes: entrevistador-entrevistado.

Uno de los problemas de los cuestionarios, sobre todo si son complejos, es que requieren cierto nivel de educación. Las entrevistas sin embargo pueden ser utilizadas en la mayor parte de la población⁸⁶; son más sensibles a los malentendidos de los encuestados ya que permiten asegurarse de que las preguntas han sido comprendidas con exactitud antes de registrar la respuesta. La entrevista es entonces la técnica más adecuada para revelar la información sobre sujetos emocionalmente turbados o para comprobar los sentimientos que pueden estar escondidos bajo la expresión de una

opinión determinada²⁹⁸. El cuestionario es considerado "un instrumento, soporte o esqueleto de la investigación por encuesta, específicamente diseñado para poder cuantificar y universalizar la información de los sujetos así como controlar la estandarización del procedimiento de realización de la entrevista " siendo, por tanto, una herramienta²⁹⁶.

Los cuestionarios, frente a las entrevistas son procedimientos más baratos, requieren menos habilidad y pueden ser administrados a un gran número de individuos simultáneamente; ofrecen cierta uniformidad en la medida al estar estandarizados y permiten la comparación de resultados. Los encuestados tienen, además, mayor confianza en su anonimato, con lo que pueden expresar más libremente sus opiniones. El cuestionario permite dentro de ciertos márgenes un período mayor para la reflexión que la entrevista²⁹⁹.

Entre sus limitaciones están que si el diseño muestral no es delicado, pueden producirse errores en la selección de los individuos que han de contestar y que a la hora de responder, el grado de fiabilidad sea menor al no ser posible observar al encuestado²⁹⁸. Ello puede evitarse si se administra mediante entrevista personal²⁹⁴.

La clasificación de los cuestionarios puede hacerse en función de los fines, formas y contenidos con los que se diseña y aplica esta herramienta de trabajo. Los tipos de cuestionarios se recogen en la Tabla III.

TABLA III. TIPOS DE CUESTIONARIOS.

Descriptivos o explicativos	Descriptivos	Tiene por objeto establecer cual es la distribución o estado de un fenómeno que interesa analizar para perfilar globalmente lo que está estableciéndose en la investigación.		
	Explicativos	Tiene como finalidad determinar las razones o causas por las que se produce un fenómeno conocido.		
Técnica de aplicación	Entrevista personal	La entrevista personal consiste en la administración de un formulario establecido por un investigador.		
	Por correo	Es autoadministrado por el individuo -Permite mayor tiempo de reflexión. -Alta tasa de no respuesta.		
	Otros	Telefónico, etc.		
Por la naturaleza de lo investigado	Según sus contenidos	Hechos	Indaga sobre acontecimientos en los que el encuestado es el protagonista principal. (Características demográficas, ambientales y de conducta manifiesta o aparente).	
		Opiniones	Información referente a datos subjetivos del individuo y de su estado de opinión.	
		Actitudes	Motivaciones y sentimientos.	
	Por su desarrollo temporal	Intracuestionario	Las preguntas indagan sobre hechos, opiniones o actitudes anteriores al momento en que se formulan.	
		En el tiempo	Estudiando a la población en el tiempo presente (sincrónicos). Estudiando la población a lo largo del tiempo (diacrónicos).	

Modificado a partir de Anastasi A. Test psicológicos, 2ª ed. Madrid: Aguilar, 1982.

b. ESTRUCTURA INTERNA DE LOS CUESTIONARIOS. PREGUNTAS.

Las preguntas no tienen siempre la misma función dentro del cuestionario, ni todas se dedican a obtener información sobre el tema de investigación ya que pueden servir para economizar información, detectar congruencia, fiabilidad y veracidad en las respuestas. Los principales tipos de preguntas se detallan en la tabla IV.

Tan importante como la función de las preguntas es la estructura física de las mismas pudiendo diferir de esta forma en el grado de estructuración utilizado³⁰⁰. Las preguntas cerradas son más sencillas y rápidas en su administración y análisis, mientras que en las preguntas abiertas ambas cosas son complejas. Comparadas con el simple proceso de tabulación de las respuestas precodificadas el análisis de las respuestas de las preguntas abiertas puede ser difícil.

Sin embargo, las preguntas cerradas pueden obligar a una opinión en sujetos que no la han formado aún, que no quieren exponer su desconocimiento sobre el tema o que se sienten presionados a contestar y puede, además, que lo planteado en la pregunta no satisfaga lo que el interrogado cree que debe contestar.

Las preguntas cerradas, por otra parte, son más fácilmente reproducibles en condiciones similares que las de estructura abierta, siendo más eficaces en aquellos casos en los que las posibles alternativas son conocidas y están bien definidas, mientras que las preguntas abiertas son más útiles cuando el tema es complejo o cuando las dimensiones no son conocidas o son el objeto de investigación.

Respecto a la extensión de los cuestionarios, las opiniones son muy variadas; si el conjunto de temas está bien estructurado, el número de preguntas no parece afectar de manera significativa al número de respuestas siempre y cuando se tenga en cuenta economizar las preguntas para no ser repetitivo, utilizar preguntas de acceso y facilitar el paso de un tema a otro^{299,301}.

En líneas generales, suele empezarse con las preguntas más simples para ir introduciendo las más complejas sin cambios bruscos; es conveniente agruparlas de modo que formen una unidad temática en batería y paulatinamente deben irse planteando preguntas más complejas, aunque sin dejarlas al final para evitar la fatiga del

entrevistado. Las preguntas de identificación pueden colocarse al principio o al final siendo más frecuente hacerlo al comenzar el cuestionario, de manera que actúen a modo de presentación.

El lenguaje y redacción es un elemento fundamental en la construcción del cuestionario que debe ser sensible a las peculiaridades de la población sometida a análisis, en relación a sus características socioculturales, edad, sexo, etc. Existen una serie de normas básicas: evitar preguntas en las que el encuestado tenga poca experiencia o conocimiento, evitar preguntas muy generales cuando se pretende obtener información concreta sobre un tema y hacer más de una pregunta cuando éstas investiguen actitudes, motivaciones y valores. Además, es fundamental controlar la falta de congruencia, veracidad y fiabilidad con preguntas de consistencia y control³⁰².

La redacción de las preguntas ha de ser clara y sencilla, de fácil lectura, evitando preguntas cargadas emocionalmente ya que pueden inducir a determinadas respuestas, siendo más aconsejable un planteamiento indirecto en cuestiones comprometidas.

TABLA IV. TIPOS DE PREGUNTAS.

POR SU FUNCION	Preguntas filtro.	Para evitar redundancia, economizar información o seleccionar aquellas preguntas que deben ser contestadas evitando alargar el cuestionario.
	Preguntas de consistencia.	Dirigidas a detectar la congruencia de la respuestas del encuestado. Se redactan dos o más preguntas que varían en la forma pero que son iguales en el contenido.
	Preguntas de control.	Intentan determinar la fiabilidad y veracidad de las respuestas, incluyendo respuestas falsas o categorías con trampa.
	Preguntas de acceso, muelle o colchón.	Sin buscar información específica se introducen para abordar temas delicados.
	Preguntas de aflojamiento o introductorias.	Se utilizan para comenzar el cuestionario, ganar la confianza del encuestado o pasar de un tema a otro.
POR SU ESTRUCTURA	Preguntas cerradas o de "alternativa fija".	Las respuestas del sujeto se encuentran limitadas a alternativas ya prefijadas, de tipo lógico (si/no) o categórico con varios grados de información o acuerdo con respecto a un ítem.
	Preguntas abiertas o de "final abierto".	Permiten respuestas relativamente libres del sujeto. Solo se le sugiere una línea de respuesta pero no la estructura que debe de adoptar.

Modificado a partir de Anastasi A. Test psicológicos, 2ª ed. Madrid: Aguilar, 1982.

3. METODOLOGIA EN EL DISEÑO Y USO DE LOS CUESTIONARIOS.

Se definen como sesgos, las potenciales fuentes de error en el diseño y aplicación de la técnica de la entrevista, que dificultan su validez interna y la fiabilidad de las respuestas. Se clasifican según sean debidos a la influencia del entrevistador, del entrevistado o del cuestionario como instrumento (Tabla V).

TABLA V. SESGOS

INFLUENCIA DEL ENTREVISTADOR	Condicionamiento verbal. "Efecto Greespoon"	Modificación de la conducta de los individuos introduciendo un refuerzo por el entrevistador.
	Personalidad del entrevistador	El aspecto físico, edad, sexo, raza, y otros son factores importantes en la aceptación y consideración científica del encuestado.
	Fenómeno de sugestión	El sujeto responde a lo que cree que desea obtener el entrevistador en su investigación.
INFLUENCIA DEL ENTREVISTADO	Juicios basados en las apariencias	Enjuiciamiento de los entrevistados sin apenas conocerle por su apariencia.
	Efecto de halo	El producido por la impresión general que el entrevistado produce sobre el entrevistador.
	Efecto prestigio	Al no estar bien formuladas las preguntas el encuestado no responde con arreglo a la verdad sino a lo que considera se espera como respuesta.
	Efecto de aprendizaje	Se produce por conocimiento mutuo entre encuestador y encuestado durante la entrevista.
INFLUENCIA DEL INSTRUMENTO - PROCEDIMIENTO	Orden de colocación de preguntas y respuestas	Genera efectos de falta de coherencia y desorden. Se percibe el cuestionario como mal estructurado lo que influye en la sinceridad de las respuestas.
	Efecto de cadencia	Si el cuestionario no sigue un ritmo o cadencia se dificulta la comunicación fluida.
	Efecto de las no respuestas	Hay que investigar la tasa de no respuestas ya que los motivos pueden influir en el resultado de la investigación.

Modificado a partir de Anastasi A. Test psicológicos, 2ª ed. Madrid: Aguilar, 1982.

4. VALIDEZ Y FIABILIDAD.

Por validez se entiende el grado en que un instrumento mide realmente aquello que pretende medir. En el proceso de validación de un cuestionario se estudian tres aspectos básicos: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio^{303,304}.

VALIDEZ DE CONTENIDO: Validez lógica o "de sentido común". Es una comprobación cualitativa, no estadística, sobre la capacidad que tienen un conjunto de dimensiones de definir un concepto o también las categorías de respuesta previstas en una pregunta sobre algún tema concreto. La validez de contenido supone esencialmente el examen sistemático del contenido del test para determinar si comprende una muestra representativa de la conducta que ha de medirse.

VALIDEZ APARENTE: La validez aparente intenta conocer si el test parece válido a los sujetos que lo reciben, el personal que decide sobre su uso y a otros no formados técnicamente en el tema. Es un rasgo deseable de los cuestionarios ya que un contenido infantil o inadecuado tendrá una cooperación escasa con independencia de la verdadera validez del test. Nunca puede considerarse un sustituto de la validez objetivamente determinada. Siempre habrá que controlar directamente la validez del cuestionario en su forma final.

VALIDEZ DE CRITERIO O EMPIRICA: Indica la eficacia de un cuestionario determinado en la predicción de una conducta del individuo en condiciones específicas. Se basa en el hallazgo de una correlación entre la medida que hemos obtenido y otra que se puede considerar como verdadera y que se adopta como referencia. Cuando no existe posibilidad de comparar con otro criterio más válido, nuestra medida es considerada la más válida.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO O VALIDEZ ESTRUCTURAL: Cuando interesa comprender de forma global un fenómeno que no puede ser explicado mediante la definición de una sola variable, sino que es el resumen o función de varias dimensiones, es necesario elaborar la definición teórica y operativa o "constructo" de ese concepto multidimensional. La validez del constructo es la prueba a la que se somete la definición operativa del concepto teórico que estamos manejando, contrastando las definiciones

elaboradas para cada dimensión. La validez estructural de un cuestionario es el grado en que se mide la elaboración o rasgo teóricos.

La validez de constructo, requiere información procedente de:

-Correlaciones con otros test.

-Análisis Factorial de Componentes Principales: Analiza la conducta mediante la reducción del número de categorías, desde una multiplicidad inicial de variables del test, hasta unos pocos factores o rasgos comunes que son los que definirían de forma más precisa las variables "internas" del rasgo o conducta que estamos midiendo.

-Consistencia interna. Medida en que los items son representativos de la variable en estudio, se basa en el análisis estadístico del propio test.

-Validación convergente y discriminante. Correlación con otras variables con que debería estar teóricamente correlacionado (Validación convergente), y no correlación significativa con variables de las que debiera diferir (Valoración discriminante).

FIABILIDAD: Es la capacidad que tiene una medida para dar los mismos resultados al ser aplicada dos o más veces, en situaciones similares a un mismo grupo de sujetos, en distintos momentos (reproductibilidad), a una misma persona en tiempos diferentes (estabilidad de la medida) o a una sola persona frente a la verdadera medida (acuracidad) y las técnicas que nos permiten evaluar fiabilidad: test-retest, formas múltiples y consistencia interna.

a. FASES EN LA CONSTRUCCION DE UN CUESTIONARIO.

El cuestionario, como cualquier otro elemento ha de estar enmarcado en las distintas fases de la metodología científica^{292,294,304}:

- * Definición del objeto del estudio.
- * Revisión y análisis de los conocimientos actuales sobre el tema.
- * Objetivos específicos: Desglose en objetivos cuantificables del objetivo general.
- * Definir la población y muestra: Definición del universo poblacional y selección de una muestra poblacional indicando las características demográficas (edad, sexo, nivel educativo...), tamaño de la muestra y dimensión temporal del estudio.
- * Formulación de hipótesis y operacionalización de las variables.
- * Elección de la técnica de recogida de información.
- * Elaboración del instrumento.
- * Primera redacción del cuestionario.
- * Revisión de las preguntas.
- * Realización del Pre-test o estudio previo y presentación del cuestionario
- * Elaboración del cuestionario definitivo
- * Codificación y tabulación.
- * Análisis de resultados.

HIPOTESIS DE TRABAJO

De los datos anteriormente expuestos, se aprecia que la relación madre-hijo iniciada desde el embarazo, puede verse dificultada ante una situación no esperada como es el nacimiento anticipado de su hijo. De la misma manera, el ingreso del niño suele dejar poco tiempo de adaptación a los padres a la nueva e imprevista situación emocional, lo que contribuye a aumentar su nivel de confusión y ansiedad.

Es necesario conocer las dificultades de relación que se establecen entre las madre y el niño en la unidad neonatal para poder mejorarlas, si es preciso, y hacer una asistencia neonatal más integral y humanizada.

En nuestro estudio hemos planteado la siguiente hipótesis de trabajo: "El ingreso en la unidad neonatal supone una dificultad en la relación madre-hijo, y genera actitudes y sentimientos maternos contradictorios, independientemente de otro tipo de factores personales, socioeconómicos o culturales".

Los objetivos principales del estudio han sido los siguientes:

- 1.- Conocer las percepciones y opiniones que se generan ante el ingreso del recién nacido en la unidad neonatal en: madres, enfermeras y pediatras.
- 2.- Detectar la existencia de dificultades en la relación madre-hijo debidas al ingreso del recién nacido en la unidad neonatal.
 - 2.A. Conocer las características de la primera relación madre-hijo.
 - 2.B. Detectar la presencia de sentimientos negativos en las madres.
 - 2.C. Valorar las características de la lactancia en niños ingresados en la unidad neonatal.
- 3.- Contrastar la existencia de sentimientos negativos en la relación madre-hijo, en madres con niños ingresados y madres con niños no ingresados.
- 4.- Conocer el tipo de ayuda afectiva recibida por las madres.
- 5.- Investigar el grado de satisfacción materna con la atención sanitaria recibida en la unidad neonatal.
 - 5.A. Satisfacción global por los servicios recibidos.
 - 5.B. Satisfacción con la información recibida.
- 6.- Conocer la opinión y disponibilidad de las madres frente a nuevas propuestas de actuación en la unidad neonatal.

- 7.- Conocer las principales características sociodemográficas y culturales de las madres de los recién nacidos en nuestra maternidad.
- 8.- Estimar los antecedentes clínicos-obstétricos de las madres.
- 9.- Valorar las características clínico-asistenciales de los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal.
- 10.- Estimar la relación entre las variables clínico-asistenciales y la gravedad de los recién nacidos y las características y sentimientos de la relación madre-hijo.

MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo ha sido realizado sobre una encuesta efectuada a madres cuyos hijos fueron ingresados en la UN del Hospital Universitario de Valme, que atiende a la población del área sur de Sevilla, durante el período comprendido entre los meses de Enero y Septiembre de 1993 ambos incluidos. El grupo control, está formado por madres ingresadas en la maternidad del Hospital durante el mismo período de tiempo, cuyos hijos no precisaron ingreso en la UN.

Durante el período de estudio, ingresaron en la UN 268 recién nacidos, siendo encuestadas 209 mujeres, en función de los criterios de exclusión previamente establecidos.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Fueron excluidos del estudio las madres de los Recién Nacidos ingresados en la UN que cumplieran algunos de los siguientes criterios (Tabla VI):

1°.- Estancia de los niños en la UN menor a 48 horas, ya que éste es el tiempo mínimo necesario para formar opiniones válidas acerca de los diferentes aspectos de la encuesta. Cuarenta y ocho horas es, además el tiempo mínimo que permanecen los RN que no ingresan en la UN (grupo control) en la maternidad antes de ser dados de alta, lo que evita sesgos metodológicos en el diseño del cuestionario.

2°.- Traslado del RN a otro centro hospitalario.

3°.- RN con malformaciones que alteren de forma importante la imagen corporal tales como labio leporino amplio, onfalocetes, malformaciones importantes de los

miembros, etc. Fueron excluidos de la encuesta para evitar producir yatrogenia no justificable desde el punto de vista de la investigación.

4°.- RN fallecidos durante su estancia hospitalaria. Fueron excluidos, por los motivos comentados en el grupo anterior y para evitar introducir importantes sesgos metodológicos.

TABLA VI. MOTIVOS DE EXCLUSION.

1	Estancia hospitalaria inferior a 48 h.
2	Traslado del RN a otro centro hospitalario.
3	Malformaciones que alteren la imagen corporal.
4	Recién nacidos fallecidos durante la estancia hospitalaria.

DELIMITACION DEL ESTUDIO.

La primera fase fue la elaboración del cuestionario. Para ello se consideró el uso de técnicas cualitativas de análisis. Debido a la necesidad de disponer de gran cantidad de ideas básicas, se utilizó para ello una de las técnicas caracterizadas por la generación de ideas (brainstorming).

Fueron realizadas tres tormentas de ideas en tres grupos de participantes: el primer grupo estaba formado por 11 madres con experiencia previa de haber tenido un hijo ingresado en la UN, el segundo grupo compuesto por 9 enfermeras/auxiliares de la UN y el tercero por 7 pediatras del servicio. A cada uno de los grupos, por separado, se les explicó el motivo de la reunión en relación a la identificación del problema, así mismo se explicaron las "reglas de oro" de la tormenta de idea, quedando prohibida toda crítica, reproche o rechazo sobre las ideas expuestas por algún participante durante el breve período de producción de ideas. A cada uno de los grupos, por separado, se les pidió que expresasen con su propio vocabulario y sin ningún tipo de impedimento sus ideas en relación a una única pregunta dada: ¿Qué problemas pensáis que se plantean en la relación madre-recién nacido al ingresar el niño en la Unidad Neonatal ?.

El análisis de estos datos nos permitió la elaboración de un primer cuestionario a partir de las ideas generadas en los tres grupos de participantes y en base a la amplia aceptación de determinados items por todos los grupos.

1. CUESTIONARIO

El diseño del cuestionario fue realizado a partir de los datos obtenidos de las diferentes tormentas de ideas y fue estructurado, en función de los objetivos y problemas prioritarios considerados por los diferentes grupos en varios apartados: sentimientos, actitudes y aceptación de la gestación, organización e información, y por último de características socioeconómicas y culturales.

El test fue validado mediante una primera revisión respecto a su estructura interna y confección técnica. En una primera fase, se sometió a un pilotaje previo sobre un conjunto de 40 personas, lo que permitió eliminar errores de redacción, precisar las categorizaciones y desechar preguntas confusas o reiterativas, así como perfilar y reorganizar algunos items.

La estructura definitiva del cuestionario fue realizada adoptando las modificaciones impuestas por el desarrollo del pretest. El cuestionario utilizado está formado por preguntas de elección múltiple, cerradas y categorizadas, precodificadas y con la posibilidad de ampliar la información en algunas de ellas.

La encuesta definitiva se estructuró en los siguientes apartados:

- Características clínico-asistenciales del embarazo, parto y RN.
- Características de la propia relación madre-hijo: Lugar, duración y momento preciso, circunstancias y actividades.
- Sentimientos maternos hacia el niño debidos al ingreso de éste.
- Preocupaciones y temores centrados en el hijo.
- Organización e información.
- Calidad asistencial y de la información recibida.
 - Disponibilidad de acceso a la Unidad.
 - Disponibilidad materna al cuidado de los hijos.
 - Relación con los profesionales sanitarios

- Ayuda afectiva recibida.
- Características socioeconómicas y culturales.
- Aceptación de la gestación.

La encuesta fue realizada mediante entrevista personal, para evitar sesgos debidos a las características socioeconómicas y culturales de la muestra. Fue llevada a cabo por dos entrevistadores, previamente entrenados. Todas las madres fueron encuestadas en el momento del alta hospitalaria ya que por los criterios de exclusión recogidos anteriormente, se consideró el alta como el momento más adecuado en el estudio. Tiene como desventaja que las situaciones más complejas y delicadas de la estancia han podido transcurrir en tiempos diferentes, por lo que se asume dicho sesgo en el estudio.

Los datos clínico-asistenciales fueron recogidos a través de los sistemas de registro de la Unidad Neonatal y contrastados con los aportados por las propias madres utilizándose como preguntas de control. Previo a la realización de la entrevista, las madres fueron informadas de la absoluta voluntariedad de su realización y de la confidencialidad de los datos obtenidos. El modelo de cuestionario se detalla a continuación:

2. CUESTIONARIO (DESCRIPCION).

RELACION MADRE-HIJO

1. ¿Cuándo dio a luz, vio a su hijo estando aún en el paritorio?
- | | |
|---------------------|---|
| si | 1 |
| no | 2 |
| no se acuerda | 3 |
| NS/NC | 4 |
2. ¿Cuándo vio por primera vez a su hijo?
- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| En las primeras 24 horas | 1 |
| Después de 24 horas | (especificar) 2 |
| No se acuerda | 3 |
| NS/NC | 4 |
3. ¿Cuándo dio a luz, tuvo en sus brazos a su hijo estando aún en el paritorio?
- | | |
|---------------------|---|
| si | 1 |
| no | 2 |
| No se acuerda | 3 |
| NS/NC | 4 |
4. ¿Cuándo tuvo por primera vez en brazos a su hijo?:
- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| En las primeras 24 horas | 1 |
| Después de 24 horas: | (especificar) 2 |
| No se acuerda | 3 |
| NS/NC | 4 |
5. ¿En las primeras 24 horas cuantas veces ha visto a su hijo?
- | | |
|-----------------------|---|
| Ninguna | 1 |
| 1 vez | 2 |
| De 2 a 5 veces | 3 |
| De 5 a 10 veces | 4 |
| Más de 10 veces | 5 |
| NS/NC | 6 |
6. Dígame, de la primera vez que vio a su hijo, si recuerda haber hecho algunos de los siguientes gestos (Puede contestar una, algunas, todas o ninguna):
- | | | |
|---------------------------|----|----|
| Mirarle | si | no |
| Tocarle/Acariciarle | si | no |
| Hablarle | si | no |
| Ponerlo al pecho | si | no |

7. ¿En que lugar acarició o tocó por primera vez a su hijo?
- | | |
|--------------------------------------|---|
| En el parto | 1 |
| En la cuna de la unidad | 2 |
| En la incubadora | 3 |
| En la habitación (el nido) | 4 |
| En la sala de lactancia | 5 |
| En otro lugar | 6 |
| Aún no lo ha hecho | 7 |
| NS/NC | 8 |
8. ¿Cuántas veces ha acariciado o tocado a su hijo en las primeras 24 horas?
- | | |
|--------------------------|---|
| Ninguna | 1 |
| 1 vez | 2 |
| 2 veces | 3 |
| 3 veces | 4 |
| Más de 3 veces | 5 |
9. ¿Cuántas veces se ha puesto su hijo al pecho en las primeras 24 horas?
- | | |
|--------------------------|---|
| Ninguna | 1 |
| 1 vez | 2 |
| 2 veces | 3 |
| 3 veces | 4 |
| Más de 3 veces | 5 |
| NS/NC | 6 |
10. ¿Cuántas veces le ha hablado a su hijo en las primeras 24 horas?
- | | |
|--------------------------|---|
| Ninguna | 1 |
| 1 vez | 2 |
| 2 veces | 3 |
| 3 veces | 4 |
| Más de 3 veces | 5 |
| NS/NC | 6 |

SENTIMIENTOS Y ACTITUDES

Es frecuente en las madres, tener en los primeros días de vida diferentes tipos de sentimientos hacia su niño, como por ejemplo alegría , pena etc. De los siguientes dígame si los ha sentido o no. Si es así entonces le preguntaré por la frecuencia.

11. **Alegría:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
12. **Cariño/ternura:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
13. **Miedo:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
14. **Tranquilidad:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
15. **Pena:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

16. **Satisfacción:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
17. **Sentimiento de culpa:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
18. **Rechazo hacia el niño:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
19. **Sentirse Inútil:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
20. **Otros: _____ (especificar).**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

MIEDOS Y TEMORES

En las madres es frecuente que aparezcan algunos tipos de preocupaciones y sensaciones ,al igual que antes, le cuento una serie de cosas y me dice si los ha sentido o no y la frecuencia.

21. A que no sea normal del todo:
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
22. A que no me reconozca:
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
23. El sentirlo como un extraño:
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
24. A que le cambien el niño/a:
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
25. A hacerle daño:
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

26. **A no poder cuidarle:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
27. **Miedo a perder el niño:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
28. **Otros: _____ (especificar).**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
29. **Los niños que tienen problemas en los primeros días de vida, necesitan ser ingresados en prematuros y su cuidado requiere de médicos y enfermeras. El hecho de que los cuidados de su hijo dependan de otras personas además de usted:**
- | | |
|----------------------|---|
| Le preocupa | 1 |
| No le preocupa | 2 |
| NS/NC | 3 |
- Y el hecho de que los cuidados de su hijo haya dependido de otras personas, como médicos y enfermeras produce igual que antes, diferentes tipos de sensaciones. De los que le cuento me dice si los ha sentido o no y la frecuencia.**
30. **Impotencia:**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

31. **Tranquilidad/Seguridad:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
32. **Confianza:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
33. **Celos:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
34. **Sentirse Inútil:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
35. **Rabia:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |
36. **Angustia/Ansiedad/Preocupación:**
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

37. Otros: _____ (especificar)
- | | |
|-----------------------------|---|
| No | 0 |
| Muy rara vez | 1 |
| Algunas veces | 2 |
| Con frecuencia | 3 |
| Prácticamente a todas horas | 4 |
| NS/NC | 5 |

ORGANIZACION E INFORMACION

38. En general, ¿Cómo de satisfecha se encuentra con las atenciones que ha recibido usted y su hijo en el servicio?
- | | |
|-----------------|---|
| Muy satisfecha | 1 |
| Satisfecha | 2 |
| Poco satisfecha | 3 |
| Nada satisfecha | 4 |
| NS/NC | 5 |
39. El tiempo que le dedica el pediatra a informarle le parece:
- | | |
|--------------------|---|
| Muy poco | 1 |
| Poco | 2 |
| Adecuado | 3 |
| Mucho | 4 |
| NS/NC | 5 |
| No le ha informado | 6 |
40. Lo que le cuenta el pediatra de como marcha su hijo le parece:
- | | |
|--------------------|---|
| Muy poco | 1 |
| Poco | 2 |
| Adecuado | 3 |
| Mucho | 4 |
| NS/NC | 5 |
| No le ha informado | 6 |
41. Fue informada de la situación clínica de su hijo antes de verlo por primera vez en la UN:
- | | |
|----|---|
| no | 1 |
| si | 2 |
- ¿Quién le informó?
- | | |
|-----------------|---|
| Marido / pareja | 1 |
| Ginecólogo | 2 |
| Pediatra | 3 |
| Enfermera | 4 |
| Otro | 6 |

42. A veces los médicos nos expresamos con palabras difíciles de entender, por ser muy técnicas; cuando le informan acerca de la situación de su hijo/a, ¿comprende lo que le decimos?:

- Todo 1
- Casi todo 2
- Algunas cosas 3
- Casi nada 4
- Nada 5
- NS/NC 6

43. ¿Ha entrado alguna vez dentro de la Unidad Neonatal para visitar a su hijo?:

- No 0
- 1 vez 1
- Menos de 5 veces 2
- Menos de 10 veces 3
- Más de 10 veces 4

- ¿Lo acarició?: Si No NS/NC
- ¿Le habló?: Si No NS/NC
- ¿Lo miro a los ojos?: Si No NS/NC

44. ¿Y su pareja?. ¿Ha entrado alguna vez?.

- No 0
- 1 vez 1
- Menos de 5 veces 2
- Menos de 10 veces 3
- Más de 10 veces 4

45. ¿Cómo considera el tiempo que ha tenido en ver a su hijo en la Unidad de Neonatología?

- Suficiente 1
- Adecuado 2
- Insuficiente 3
- No ha entrado 4
- NS/NC 5

46. ¿Cómo considera el lugar que ha tenido para estar con su hijo, en la Unidad de Neonatología?

- Suficiente 1
- Adecuado 2
- Insuficiente 3
- No ha estado 4
- NS/NC 5



De los siguientes aspectos, relativos a la organización actual de las visitas, ¿cómo los considera?:

47. Turnos horarios de las visitas:

Muy adecuados	1
Adecuados	2
Poco adecuados	3
Nada adecuados	4
NS/NC	5
No ha entrado	6

48. Duración de la visita:

Muy adecuados	1
Adecuados	2
Poco adecuados	3
Nada adecuados	4
NS/NC	5
No ha entrado	6

49. La presencia de los familiares de otros niños durante la visita:

Muy adecuada	1
Adecuada	2
Poco adecuada	3
Nada adecuada	4
NS/NC	5
No ha entrado	6

50. ¿Le ha dado el pecho mientras el niño ha estado ingresado?

no:

sí: ¿cuando comenzó? (edad del rn): _____

51. ¿Le ha dado el biberón mientras el niño ha estado ingresado?

no:

sí: ¿cuando comenzó? (edad del rn): _____

52. ¿Cómo considera el tiempo de que disponía para darle la toma?:

Suficiente	1
Adecuado	2
Insuficiente	3
NS/NC	4
No se la ha dado	5

53. ¿Cómo considera el lugar del que disponía para darle la toma?:
- | | |
|----------------------------|---|
| Muy adecuado | 1 |
| Adecuado | 2 |
| Poco adecuado | 3 |
| Nada adecuado | 4 |
| NS/NC | 5 |
| No se la ha dado | 6 |
54. ¿Ha tenido la oportunidad de quedarse ingresada en el hospital mientras el niño estaba ingresado?:
- Si No
55. Si no ha quedado ingresada ¿Por qué?:
- | | |
|--|---|
| No se le ha ofrecido | 1 |
| Problema familiar | 2 |
| Problema económico | 3 |
| Problema distancia | 4 |
| Podía ir y venir sin problemas | 5 |
| Otros _____ | 6 |
| NS/NC | 7 |
56. ¿Piensa que la Unidad de prematuros debería estar abierta para la entrada de padres?:
- NO
SI
- ¿En que forma cree que debería estar abierta para los padres?:
- | | |
|--|---|
| Durante todo el día | 1 |
| Durante la noche | 2 |
| Unas horas | 3 |
| Cuando el trabajo lo permita | 4 |
| NS/NC | 5 |
57. Si se hubiera organizado /organizara un sistema para que pudiera participar en los cuidados de su hijo/a de forma directa, ¿le gustaría participar?:
- no: ¿porque?: _____
- si:

58. ¿En que actividades le hubiera gustado participar?:
- | | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Alimentarlo | si | no |
| Acompañarlo | si | no |
| Bañarlo | si | no |
| Cambiarle los pañales | si | no |
| Ayudando a la enfermera | si | no |
| Cuidando otros niños | si | no |
| Otras _____ (especificar) | | |
59. ¿En que medida?:
- | | |
|-----------------------------------|---|
| Todo el día | 1 |
| Solo durante unas horas | 2 |
| Solo durante el día | 3 |
| Durante la noche | 4 |
| NS/NC | 5 |
60. ¿Como de satisfecha se encuentra con su relación con las enfermeras que han estado a cargo de su hijo/a?:
- | | |
|---------------------------------|---|
| Muy satisfecha | 1 |
| Satisfecha | 2 |
| Poco satisfecha | 3 |
| Nada satisfecha | 4 |
| NS/NC | 5 |
| No ha tenido relación | 6 |
61. ¿Como de satisfecha se encuentra con su relación con los médicos que han estado a cargo de su hijo/a?:
- | | |
|---------------------------------|---|
| Muy satisfecha | 1 |
| Satisfecha | 2 |
| Poco satisfecha | 3 |
| Nada satisfecha | 4 |
| NS/NC | 5 |
| No ha tenido relación | 6 |
62. Durante el tiempo que el niño está ingresado en Neonatología, las madres pasan por momentos difíciles. ¿En que personas se ha sentido apoyada o ayudada para superar las ansiedades y problemas de esas situaciones? (puede contestar todas, algunas, una o ninguna):
- | | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Otras madres ingresadas | si | no |
| Marido / pareja | si | no |
| Abuelas | si | no |
| Otros familiares | si | no |
| Amigos | si | no |
| Enfermeras | si | no |
| Médicos | si | no |
| Otros | si | no |

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES

- A. **Estado civil:**
 Casada 1
 Separada/Divorciada 2
 Viuda 3
 Soltera con pareja estable 4
 Soltera sin pareja estable 5
 Otros 6
- B. **Edad de la madre:**
- C. **Edad del padre:**
- D. **Nivel de instrucción de la madre:**
 No sabe leer ni escribir 1
 Solo lee y escribe 2
 Estudios primarios (EGB) 3
 Estudios secundarios (FP/BUP-COU) 4
 Estudios superiores 5
- E. **Nivel de instrucción del padre:**
 No sabe leer ni escribir 1
 Solo lee y escribe 2
 Estudios primarios (EGB) 3
 Estudios secundarios (FP/BUP-COU) 4
 Estudios superiores 5
- F. **Situación laboral de la madre:**
 Tiene trabajo remunerado SI NO
 Profesión o tipo de actividad laboral: _____
- G. **Situación laboral del padre:**
 Tiene trabajo remunerado SI NO
 Profesión o tipo de actividad laboral: _____

ACEPTACION DE LA GESTACION.

- AG1. Preferían ustedes un niño o una niña? Sexo V M
- | | |
|--|---|
| Los dos niño | 1 |
| Los dos niña | 2 |
| El niño y yo niña | 3 |
| El niña y yo niño | 4 |
| Nos daba igual | 5 |
| A mi me daba igual y él niño | 6 |
| A mi me daba igual y el niña | 7 |
| A él le daba igual y a mi niña | 8 |
| A él le daba igual y a mi niño | 9 |
- AG2. Buscaron o planificaron el niño? SI NO
- Fin. ¿Desearía usted añadir algo más en este cuestionario?:

B. METODO ESTADISTICO

Los cuestionarios fueron revisados minuciosamente para ser posteriormente codificados de cara a su tratamiento informático, mediante el programa de base de datos dBASE IV (Vs.1.0) de Ashton-Tate.

En una primera fase, se realizó un estudio estadístico descriptivo de distribución de frecuencias absolutas y porcentajes de las variables cuantitativas. En las variables cualitativas se analizaron las frecuencias relativas, realizándose el contraste de hipótesis con el test de χ^2 cuadrado de Pearson, test de χ^2 de Mantel-Haenzel y test exacto de Fisher.

En una segunda fase, fue realizado un estudio estadístico comparativo mediante análisis factorial de las principales variables comunes al grupo de estudio y al grupo control. Estas variables, para el análisis de la estructura factorial fueron agrupadas en 6 factores:

- Factor 1 : Cuantificación de las primeras horas de relación madre-hijo.
- Factor 2 : Momento de la primera relación madre-hijo.
- Factor 3 : Sentimientos negativos maternos.
- Factor 4 : Sentimientos positivos maternos.
- Factor 5 : Sentimientos de capacidad materna.
- Factor 6 : Miedo a perder al niño.

Para el estudio estadístico se aplicó un análisis de t de Student comparando el grupo de estudio y el grupo de control y un análisis de varianza (ANOVA) de una vía para el estudio por criterio de gravedad.

El grupo de estudio fue dividido en dos subgrupos en función de criterios de gravedad según la escala de valoración que se expone en la tabla VII. Se aplicó el

análisis de varianza para los factores considerados significativos en el análisis factorial.

Por último se han relacionado todas las variables comunes del grupo de estudio y de control frente a determinadas variables que podrían concurrir en la distribución de los resultados del análisis obtenidas a partir de los test descriptivos (variables explicativas).

El tratamiento estadístico se realizó mediante los programas informáticos Statistical Package for Social Sciences: SPSS/PC+ (Vs. 2.0) de Spss Inc. y EPIINFO (Vs. 5.0).

TABLA VII. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

ESCALA DE VALORACION DE NEONATOS INGRESADOS.			
1)	EDAD GESTACIONAL.	< 30 sem 30-37 sem > 37 sem	0 1 2
2)	PESO.	< 1500 gr 1500-2500 gr > 2500 gr	0 1 2
3)	APGAR 1	0-4 5-7 8-10	0 1 2
4)	APGAR 5	0-4 5-7 8-10	0 1 2
5)	REANIMACION.	3-5 2 1	0 1 2
6)	ESTANCIA.	> 15 días 7-15 días < 7 días	0 1 2
7)	VENTILACION MECANICA.	SI NO	0 2
8)	OXIGENOTERAPIA EN CARPA.	SI NO	0 2
9)	VIAS CENTRALES.	SI NO	0 2
10)	NUTRICION PARENTERAL.	SI NO	0 2
TOTAL			
CRITERIO GRAVEDAD < 9			

RESULTADOS

A. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

1. TORMENTA DE IDEAS

En los tres grupos de participantes: madres, enfermeras y pediatras fue formulada la siguiente pregunta. ¿Que problemas pensáis que se plantean en la relación madre-hijo al ingresar el niño en la Unidad Neonatal?.

Las distintas aportaciones surgidas durante el período de producción de ideas en los tres grupos de participantes se presentan en las tablas VIII-X. Durante la sesión, y con el consentimiento de cada grupo, las respuestas fueron clasificadas en varias categorías afines, eliminando los términos que eran repetitivos: problemas psicoafectivos, de organización, de información recibida y otros diversos que se agruparon en uno denominado miscelánea. El mayor volumen de problemas detectados corresponde a las categorías psicosociales.

Las necesidades sentidas por los tres grupos fueron muy similares. El personal sanitario fue el grupo que aportó una mayor estructuración técnica de los problemas.

La información recogida en el grupo materno fue muy elevada, con una participación muy activa del grupo y donde se produjeron la mayor asociación de ideas en zig-zag por interacción del grupo. Fueron detectados un alto grado de sentimientos negativos tales como: angustia, ansiedad, rechazo, sensación de extrañeza, impotencia y miedo (Tablas VIII-X).

TABLA VIII. GRUPO DE MADRES. RESULTADOS BRAINSTORMING

1.- PROBLEMAS PSICOAFECTIVOS
<p>Sensación de angustia y tristeza Situación de ambivalencia Sentimientos de rechazo hacia el niño Sentir al niño como un extraño Sensación de impotencia Madre relegada a un segundo plano Sensación inexplicable y de choque Sentimiento de inutilidad Miedo a que no sea normal Miedo a hacerle daño Miedo a no poder ni saber cuidarle Vivencias y temores que perduran mucho tiempo</p>
2.- PROBLEMAS DE ORGANIZACION
<p>Retraso en ver y tocar al niño Mirar a través del cristal Falta de intimidad Prisas en el personal sanitario</p>
3.- PROBLEMAS DE INFORMACION
<p>Falta de información previa al ver al niño Información escasa y estricta Miedo al hablar con el médico Discordancia de información con lo que vemos</p>
4.- MISCELANEA
<p>Incomprensión del personal hacia las madres. Apoyo y ánimo entre las madres No utilización del potencial humano materno en el hospital</p>

TABLA IX. GRUPO DE ENFERMERIA. RESULTADOS BRAINSTORMING

1.- PROBLEMAS PSICOAFECTIVOS
<p>Sensación de angustia y tristeza Ambivalencia Rechazo hacia el niño Fracaso y culpabilidad de la madre Sensación de raptó del niño Desorientación materna Separación Miedo Ruptura del vínculo natural</p>
2.- PROBLEMAS DE ORGANIZACION
<p>Descordinación entre el personal sanitario Falta de unidad de criterios en el personal Dedicarles tiempo Impotencia de las madres detrás del cristal</p>
3.- PROBLEMAS DE INFORMACION
Falta de información
4.- MISCELANEA
<p>Bajo nivel cultural para detectar el problema Inmadurez de algunas madres Problemas de adaptación Planes de futuro rotos</p>

TABLA X. GRUPO DE MEDICOS. RESULTADOS BRAINSTORMING

1.- PROBLEMAS PSICOAFECTIVOS
Angustia materna/Ansiedad Depresión Rechazo temporal Ruptura de la relación madre-hijo Sensación de separación y miedo a lo desconocido Preocupación por lo que le pasa al niño Preocupación por las secuelas Miedo a lo desconocido Frustración. Impotencia. Culpabilidad Hostilidad hacia el hospital
2.- PROBLEMAS DE ORGANIZACION
Retraso en verlo Pérdida contacto madre-hijo Dificultad o anulación de lactancia materna Ambiente incómodo
3.- MISCELANEA
Falta de estímulos Problemas en el entorno familiar Dependencia física del hospital Duración del ingreso

2. CUESTIONARIO

a. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES.

Durante el período de estudio fueron encuestadas un total de 333 mujeres (209 en el grupo de estudio y 124 del grupo de referencia). Un total de 59 mujeres no fueron incluidas en el estudio en función de los criterios de exclusión (RN ingresado menos de 48 horas: 22; RN trasladado a otro hospital: 20; RN con malformaciones: 3; RN éxitus: 3) y por otros motivos (pérdidas: 9; negativa a realizar la encuesta: 2).

Las características respecto a la edad, estado civil, sociocultural y nivel de instrucción de la población en estudio se recogen en las tablas XI a XIII.

No se observan diferencias respecto a las edades de los padres entre el grupo de estudio y el grupo control. La mayoría de las madres encuestadas estaban en el abanico de edad de 20-35 años (77 %) siendo las medias de las edades maternas de 27.72 ± 6.25 años y 27.35 ± 5.30 años respectivamente, existiendo un predominio de madres añosas en el grupo de estudio frente al grupo control (12.0% de mujeres mayores de 35 años frente al 5.6 % del grupo control) (Tabla XIII).

La edad de los padres en ambos grupos fue similar (de 30.58 ± 6.79 años y 30.02 ± 5.58 años).

El mayor porcentaje de mujeres eran casadas o en situación de pareja estable, para ambos grupos (90.4 % del grupo de estudio y 96.8 % del grupo de control). En el grupo de estudio, sin embargo, otros estados civiles (solteras, separadas, viudas...) ocupan casi un 9.9 % frente a solo un 3.2 % del grupo de control (Tabla XI).

El embarazo en la adolescencia, considerado como aquel que se produce por debajo de los 19 años, fue de un 11% para el grupo de estudio y de un 8% para el grupo de control, con frecuencias similares tanto en lo que se refiere a la adolescencia precoz (2.4% para ambos grupos), como a la adolescencia tardía (Tabla XIII).

Un alto porcentaje de madres (58.4 % y 60.5 %) no tenían trabajo remunerado y una gran parte de ellas sólo tenían estudios primarios (42.6% y 40.5%) o carecían de ellos (35.9% y 32.2%) (Tabla XI).

En relación al tipo de actividad profesional, el porcentaje de "amas de casa" alcanzó el 57.9 % y el 58.1% de los grupos de estudio y de control respectivamente, y es de señalar la escasez de empleos con alguna cualificación; siendo también los empleos sin cualificación los que con más frecuencia se encuentran en los padres (Tablas XI y XII).

En el grupo de estudio hemos observado una mayor tasa de paro (13.4%) que en el grupo control (1.6 %).

TABLA XI. MADRES: CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES.

		GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL	
		n	%	n	%
ESTADO CIVIL	Casadas	182	87.1	120	96.8
	Solteras con pareja estable	7	3.3	3	2.4
	Solteras sin pareja estable	12	5.7	0	0
	Otras	8	3.9	1	0.8
NIVEL DE INSTRUCCION	Analfabetas	21	10.5	4	3.2
	Leen y escriben	53	25.4	36	29
	Primarios	90	42.6	50	40.3
	Secundarios	35	16.7	26	21
	Superiores	10	4.8	8	6.5
OCUPACION	Desempleadas	122	58.4	75	60.5
	Empleadas Fijas	72	34.6	44	35.5
	Eventuales	15	7	5	4
CUALIFICACION PROFESIONAL	Cualificadas	16	8.4	23	18.6
	No cualificadas	74	34.5	29	23.3
	S/L	119	57.1	72	58.1

TABLA XII. PADRES: EDAD, CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES.

		GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL	
EDAD	Media y D.S.	30.58 ± 6.79		30.02 ± 5.58	
	Rango	16-51		17-43	
		n	%	n	%
NIVEL DE INSTRUCCION	Analfabetos	16	7.7	1	0.8
	Sólo leen y escriben	68	32.5	43	34.7
	Primarios	82	39.2	40	32.3
	Secundarios	28	13.4	27	21.8
	Superiores	15	7.2	13	10.5
OCUPACION	Desempleados	28	13.4	2	1.6
	Empieados fijos	164	78.5	108	87.1
	Eventuales	17	8.1	14	11.3
CUALIFICACION PROFESIONAL	Cualificados	54	25.8	49	39.5
	No cualificados	155	74.2	75	60.5

TABLA XIII. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS.

		GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
EDAD	Media	27.72 ± 6.25 (DS)		27.35 ± 5.30 (DS)	
	Rango	13-47		14-43	
		%	n	%	n
	< 19 a.	11.0	23	8.0	10
	20-35 a.	77.0	161	86.2	107
	> 35 a.	12.0	25	5.8	7
PARIDAD	Primíparas	56.5	118	40.3	50
	2ª - 3ª	35.5	74	53.3	66
	Múltiparas	8.0	17	6.4	8
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	MORTINATOS	2.4	5	0.8	1
	ABORTOS	23.4	49	16.9	21
	PRETERMINOS	9.1	19	2.4	3

b. ANTECEDENTES MATERNOS.

Los antecedentes maternos respecto al embarazo, parto y existencia de antecedentes obstétricos desfavorables que pueden influir negativamente en la relación madre hijo se recogen en las tablas XIII a XVI; más de la mitad de las madres de los neonatos ingresados eran primíparas (56.5%) y un 34.9% de ellas habían tenido experiencias negativas previas en embarazos anteriores tales como abortos, niños pretérminos y mortinatos, siendo más desfavorables que en el grupo de control (20.1%).

El control del embarazo fue sensiblemente inferior en el grupo de estudio (86.6%) respecto al de referencia con un 96.8 %, y las características del parto presentan que fueron eutócicos el 60.2% del grupo de estudio frente al 76.2% del grupo control. Los tipos de partos distócicos se recogen en la Tabla XIV.

TABLA XIV. PARTOS DISTOCICOS.CAUSAS.

	GRUPO ESTUDIO (n=209)		CONTROL (n=124)	
	%	n	%	n
CESAREAS	20.1%	42	13.5%	17
PARTOS GEMELARES	5.7%	12	0%	0
FORCEPS	1.4%	3	0%	0
VENTOSAS	11.0%	23	6.5%	8
ESPATULAS	1.0%	3	0%	0
SUFRIMIENTO FETAL	6.7%	14	3.6%	4
OTROS	3.3%	7	1.6%	2
TOTAL	39.8%	83	23.8	30

Entre los antecedentes patológicos son destacables las enfermedades durante el embarazo, siendo más frecuente en el grupo de estudio que en el de referencia (58.4% vs 27.3%) (Tablas XV-XVI); respecto al consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, incluyendo en este apartado drogas, alcohol y tabaco, es muy similar en ambos grupos de estudio, no apreciándose diferencias relevantes (Tabla XVII).

TABLA XV. ANTECEDENTES MATERNOS. PATOLOGIA PREVIA Y GESTACIONAL.

	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	n	%	n	%
PATOLOGIA PREVIA AL EMBARAZO	25	12	18	14.5
PATOLOGIA DURANTE LA GESTACION	122	58.4	57	27.3

TABLA XVI. GRUPO DE ESTUDIO: PRINCIPALES ANTECEDENTES OBSTETRICOS DURANTE LA GESTACION

	n	%
INFECCIONES SISTEMICAS MATERNAS	18	8.6
INFECCIONES MATERNAS UROLO-GINECOLOGICAS	16	7.7
DIABETES MATERNA	19	9.1
ANEMIA DEL EMBARAZO	20	9.6
HIPERTENSION ARTERIAL MATERNA	26	12.4
PLACENTA PREVIA	23	11
AMENAZA DE ABORTO	27	12.9
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	32	15.3
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	15	7.2
PATOLOGIA FUNICULAR	10	4.8
PATOLOGIA DEL LIQUIDO AMNIOTICO	6	2.9

TABLA XVII. CONSUMO DE TOXICOS.

		GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
		%	n	%	n
MADRES	DROGAS	4.3	9	1.6	2
	ALCOHOL	4.3	9	0.8	1
	TABACO	29.7	62	28.2	35
PADRES	DROGAS	5.3	11	0	0
	ALCOHOL	22.5	47	47	15
	TABACO	59.8	125	54	67

En el estudio, observamos que el número de padres que pudieron acompañar a sus parejas en el momento del parto fue muy reducido. Sólo el 4.8% de los padres de los recién nacidos que precisaron ingreso pudieron estar en el paritorio y sólo el 12.9% de los padres de los niños que no precisaron ingreso pudieron disfrutar de este acontecimiento.

c. VARIABLES CLINICAS Y ASISTENCIALES DE LOS RN

Respecto a las características de los RN, el 63% eran niños a término, y el 37.3% eran pretérminos. Un alto porcentaje de niños ingresaron en la unidad neonatal desde el mismo paritorio (67.9%). El 75.1% (n = 157) fueron ingresados en las primeras 24 horas de vida y el 94.8% en la primera semana. La edad media al ingreso fue de 1.38 días con un rango que oscilaba entre 0 y 19 días y la estancia media de 11.09 ± 12.70 D.S. (Tablas XVIII a XX).

TABLA XVIII. VARIABLES CLINICO-ASISTENCIALES DE LOS RECIEN NACIDOS (I).

		n	%
EDAD GESTACIONAL	< 30 sem	5	2,4
	31-36 sem	73	35,0
	37-42 sem	133	63,6
	> 42 sem	3	1,4
	MEDIA D.S. RANGO	37.28 2.70 27-43	
PESO AL NACIMIENTO	< 1500	6	2,9
	1500-2000	12	5,7
	2001-2500	58	27,7
	2501-3500	94	45,0
	3501-4500	39	18,6
	> 4500	2	0,9
	MEDIA D.S. RANGO	2813.01 709.97 1025-4600	
SEXO	VARONES	120	57.9%
	MUJERES	89	42.1%

TABLA XIX. VARIABLES CLINICO-ASISTENCIALES DE LOS RECIEN NACIDOS (II).

CARACTERISTICAS DEL INGRESO EN LA UN.		n	%
PROCEDENCIA			
	Paritorio	142	67.9
	Maternidad	29	13.9
	Otros	41	18.2
EDAD			
	Al nacimiento	142	67.9
	Primeras 24h	15	7.2
	Primeras 48h	17	8.1
	>48h	35	16.8
REINGRESOS		13	6.3
ESTANCIA EN LA UN			
	Media	11.09 ± 12.70	
	Rango	3-91	

TABLA XX. VARIABLES CLINICO-ASISTENCIALES DE LOS RECIEN NACIDOS (III).

		G de est (n = 209)		Control (n = 124)	
		%	n	%	n
Apgar 1	0-4	3.8%	8	0%	0
	5-7	24.4%	51	14.5%	18
	8-10	71.8%	150	85.5%	106
Apgar 5	0-4	1.5%	31	0%	0
	5-7	5.7%	12	0%	0
	8-10	92.8%	166	100%	124
Reanimación	1	81.8%	171	97.6%	121
	2	11.5%	24	2.4%	3
	3-5	6.7%	14	0%	0

Los principales motivos de ingreso, diagnósticos al alta y procedimientos más frecuentes a los que estuvieron sometidos los niños ingresados en la UN se recogen en las tablas XXI a XXIV. El 44% de los niños precisaron monitorización continua durante su ingreso en la UN, recibieron oxigenoterapia el 44% y ventilación mecánica el 9.1%. El 37.3% de los niños necesitaron mantener un acceso venoso abierto. El 8.6% de los niños precisaron de vía central, para aporte de nutrición parenteral o para monitorización de gasometrías arteriales. Un alto porcentaje de niños (49.3%) recibieron fototerapia.

TABLA XXI. PRINCIPALES MOTIVOS DE INGRESO EN LA UN.

	n	%
BAJO PESO / PRETERMINOS / CIR	60	28.8
DISTRESS RESPIRATORIO	31	14.9
ICTERICIA	30	14.4
RIESGO INFECCIOSO	28	13.4
OBSERVACION	24	11.4
SUFRIMIENTO FETAL	13	6.2
SOSPECHA CARDIOPATIA CONGENITA	5	2.4
OTROS	18	8.5
TOTAL	209	100%

TABLA XXII. PRINCIPALES DIAGNOSTICOS AL ALTA (I).

		n	%	
INFECCIOSOS	SEPSIS	Streptococos grupo B	6	2,8
		Otros	10	4,7
	MENINGITIS		1	0,5
	BRONQUIOLITIS		2	0,9
	SIFILIS		2	0,9
	ARTRITIS		1	0,5
	INFECCIONES CUTANEAS		3	1,4
CARDIORRESPIRATORIAS	CARDIACAS	CIV	2	0,9
		Ductus arterioso persistente	2	0,9
		HTA	2	0,9
	RESPIRATORIAS	Taquipnea transitoria	15	6,9
		Asfixia perinatal severa-moderada	33	15,2
		Sd. Distress respiratorio	9	4,1
		Sd. Aspiración meconial	2	0,9
		Otros	6	2,8
ENDOCRINOMETABOLICAS	ICTERICIAS		89	40,7
	HIPOGLUCEMIAS		15	6,9
HEMATOLOGICAS	ENF HEMOLITICA		3	1,4
NEUROLOGICAS		7	3,0	
DIGESTIVAS		2	0,9	

TABLA XXIII. PRINCIPALES DIAGNOSTICOS AL ALTA (II).

		n	%
D E S A R R O L L O	PRETERMINOS	Pequeños para su edad gestacional.	15 7,0
		Muy pequeños para su edad gestacional.	2 0,9
		Pretérminos.	63 29,0
	POSTERMINOS	Postérminos	12 5,5
		Postmaduros	1 0,5

TABLA XXIV. PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS EN LA UN.

PROCEDIMIENTO	%	n	Duración media
MONITORIZACION	44	92	6.04 ± D.S.
ASISTENCIA RESPIRATORIA.			
OXIGENOTERAPIA EN CARPA	44	92	2.96 ± 5.83
SOPORTE VENTILATORIO	9.1	19	9.05 ± 5.83
ASISTENCIA HEMODINAMICA			
ACCESO VENOSO PERIFERICO	37.3	78	9.05 ± 11.04
ACCESO VENOSO CENTRAL	8.6	18	4.82 ± 3.12
TRANSFUSIONES	2.8	6	
FOTOTERAPIA	49.3	103	3.93 ± 1.96
APOYO NUTRICIONAL PARENTERAL	8.13	17	11.7 ± 9.46
CONTROL TERMICO	56.5	118	7.92 ± 11.86

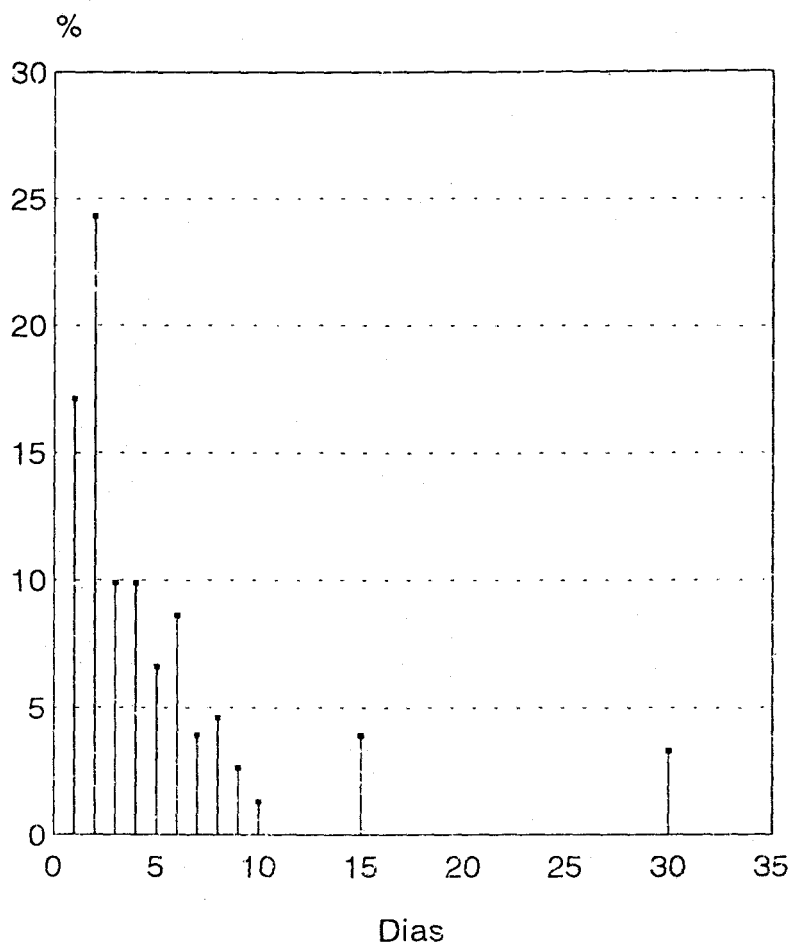
ALIMENTACION.

En nuestro grupo de estudio, el porcentaje de niños que fueron alimentados, en algún momento de su estancia con leche materna fué muy elevado (83.8%), consiguiéndose unas altas tasas de niños de bajo peso alimentados con leche de su propia madre (entre 79.3 y 83.3%), algunos de estos niños inicialmente son alimentados con leche materna por nutrición enteral mediante sonda nasogástrica y posterior lactancia al pecho. Un 72.7 % de los niños estudiados recibieron alimentación materna exclusivamente (Tabla XXV). La frecuencia de inicio de la alimentación al pecho se refleja en la Figura 1.

TABLA XXV. LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD NEONATAL. DISTRIBUCION POR PESOS Y EDAD GESTACIONAL.

PESOS		Nº total	PECHO	%
	< 1500	6	4	66.6
	1500-2000	12	10	83.3
	2000-2500	58	46	79.3
	2500-3500	94	70	74.4
	3500-4500	39	22	56.4
	> 4500	2	1	50
	TOTAL	209	152	72.7
EG				
	< 30 s	5	3	60
	30-36 s	73	53	72.6
	37-42 s	130	95	73
	> 42 s	1	1	100
	TOTAL	209	152	72.7

INICIO ALIMENTACION AL PECHO EN LA UNIDAD NEONATAL



↑ Casos

HU VALME

FIG. 1

d. CONTACTO MADRE-HIJO, SENTIMIENTOS Y ACTITUDES.

Los ítems valorados bajo este apartado han sido los que posteriormente se han utilizado para el análisis factorial que detallaremos posteriormente.

(1) PRIMER CONTACTO MADRE-HIJO.

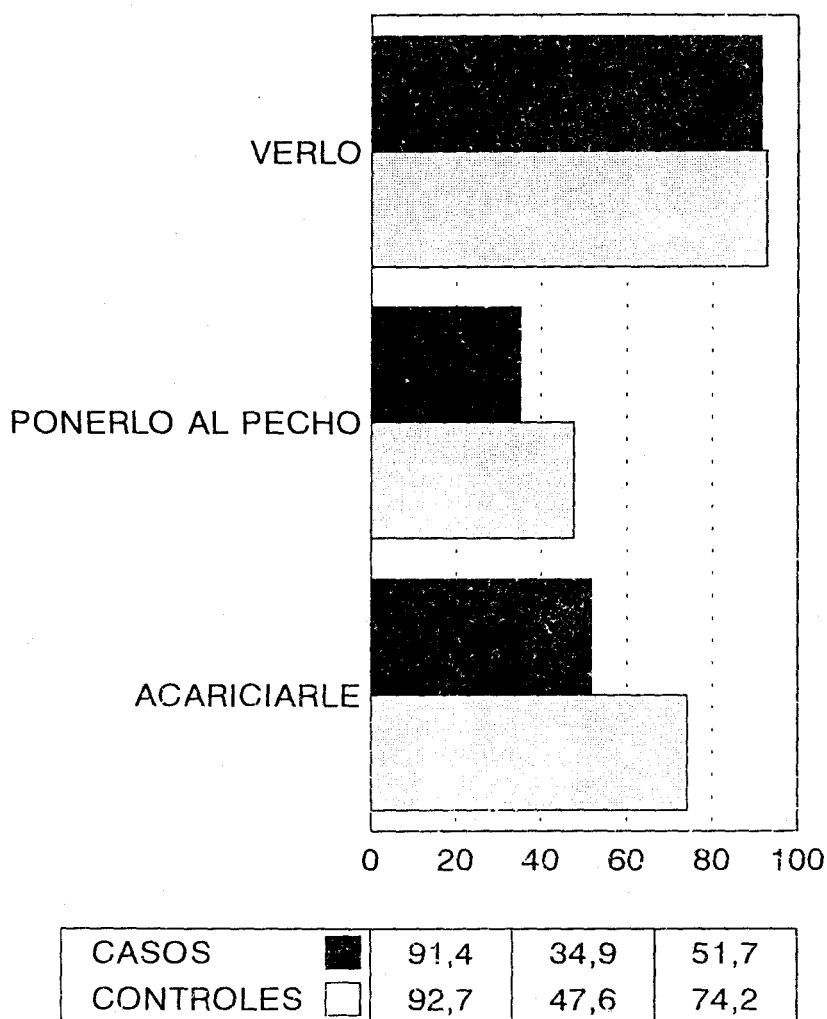
Los resultados de la encuesta respecto a los ítems de la primera relación madre-hijo fueron valorados en las preguntas 1 a 10 del cuestionario, referidas a las primeras 24 horas posteriores al parto y al primer momento en que dicha relación se ha producido, independientemente si ocurrió dentro del primer día o en días sucesivos.

Las respuestas fueron las siguientes: Al considerar los resultados del momento del parto, la mayoría de las madres de los niños que precisaron ingreso pudieron ver a su hijo (91.4%) y acariciarlos sólo el 51.7% (Figura 2).

Si valoramos las primeras 24 horas de vida podemos observar que el 23% de las madres cuyos niños ingresaron no pudieron verlos y que el 57.9% no pudieron tocarlos ni acariciarlos, mientras que la mayoría de las madres del grupo control pudieron verlos y tocarlos o acariciarles (96.7% y 96.8% respectivamente) (Figuras 3 y 4).

Respecto a la frecuencia de la relación madre-hijo, la mayoría de las madres del grupo de control (83.9%) referían haber visto a sus hijos más de 10 veces en las primeras 24 horas; esto sólo ocurría en un 25.5% de las madres del grupo de estudio (Figura 3). Datos similares a los anteriores se refieren a la frecuencia en poder acariciarles (85.5 % vs. 25.8%) (Figura 4).

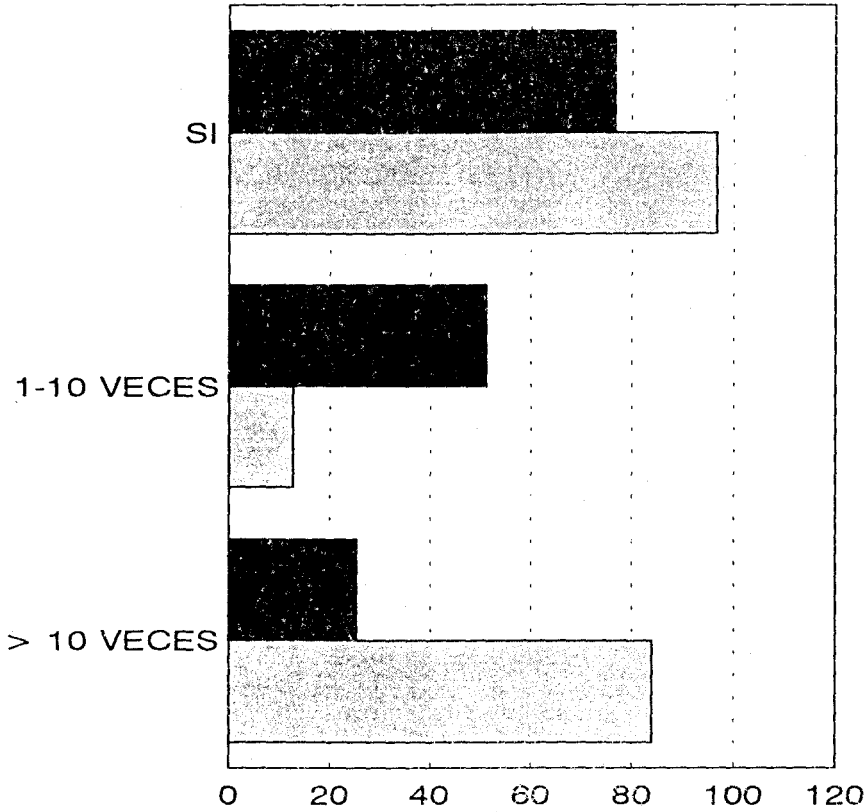
TIPO DE RELACION MADRE-HIJO: EN EL MOMENTO DEL PARTO



HU VALME

FIG. 2

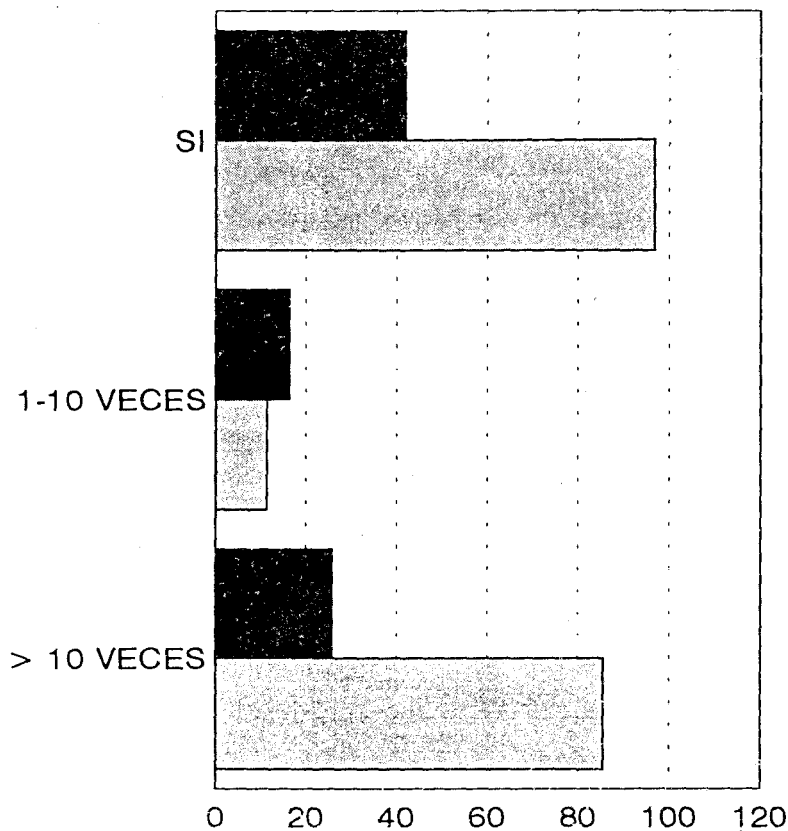
RELACION MADRE-HIJO EN LA UN:
VER A SU HIJO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS



CASOS	■	76,7	51,2	25,5
CONTROLES	▨	96,7	12,8	83,9

HU VALME
FIG. 3

RELACION MADRE-HIJO EN LA UN:
ACARICIARLO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS



CASOS	■	42	16,2	25,8
CONTROLES	▨	96,8	11,3	85,5

HU VALME

FIG. 4

(2) SENTIMIENTOS Y ACTITUDES

Cuando fueron preguntadas por los diferentes tipos de sentimientos negativos hacia el niño, las respuestas fueron las siguientes:

Un alto porcentaje de madres refirieron haber tenido sentimientos de miedo (68.9%), angustia o ansiedad (64.6%) por la situación del ingreso de su hijo; en menor grado, referían sentimientos de culpabilidad (12.4%) (Figura 5).

Del porcentaje de madres que afirmaron tener sensación de miedo cuando el niño ingresaba en la UN, la mayoría de ellas lo refería como la sensación de poder perderlo (78.5 %) y, en menor grado, miedo a hacerle daño (24.4 %) y a no saber cuidarle (29.7%)(Figura 6).

En el 36.8% existía un fuerte sentimiento de impotencia ante la situación de ingreso en la UN así como de inutilidad (30.4%) (Figura 7).

Los sentimientos maternos positivos hacia el niño, tales como alegría, cariño o ternura fueron manifestados con frecuencias similares en ambos grupos, siendo éstas muy elevadas; sin embargo, los sentimientos de tranquilidad y satisfacción por haber tenido el niño se reflejan con una frecuencia inferior en el grupo de madres cuyos niños ingresan (56.5% y 86.1%) respecto al grupo de madres cuyos niños no precisan ingreso (87.1% y 99.2%) (Figura 8).

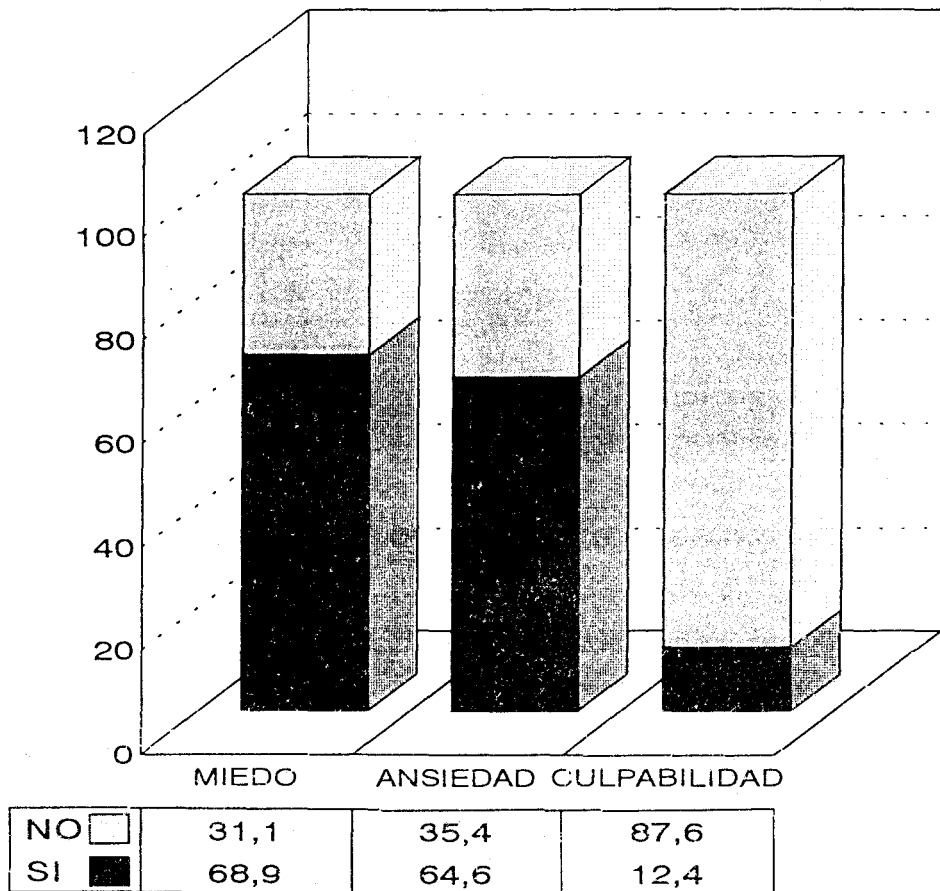
La sensación de rechazo hacia el hijo fue recogida en un pequeño porcentaje de madres con niños ingresados (3.8%), no siendo observado este sentimiento en ninguna de las madres del grupo control (Figura 9).

El miedo materno respecto a que su hijo fuera normal al nacimiento, fue un ítem muy extendido en ambos grupos (85.2% grupo estudio vs 90.3% grupo control) y se expone en la figura 10; los ítems de la encuesta donde fueron valorados la preocupación de las madres porque les cambien al niño o la identificación del RN, no muestran diferencias al comparar el grupo de estudio y el grupo de control (53.6 % vs. 53.2 %).

Por último, los porcentajes de madres que refieren miedo o temor a que el niño no las reconozca como madre o el sentimiento de extrañeza hacia el niño, fueron muy inferiores en ambos grupos (Figuras 11 y 12).

Los sentimientos de capacidad que las madres tienen para cuidar a sus propios hijos y el miedo a perderlos no muestran diferencias, aunque se observa una mayor frecuencia en el grupo de estudio que en el grupo de control (29.7% vs. 20.2% y 78.5% vs. 71.8%).

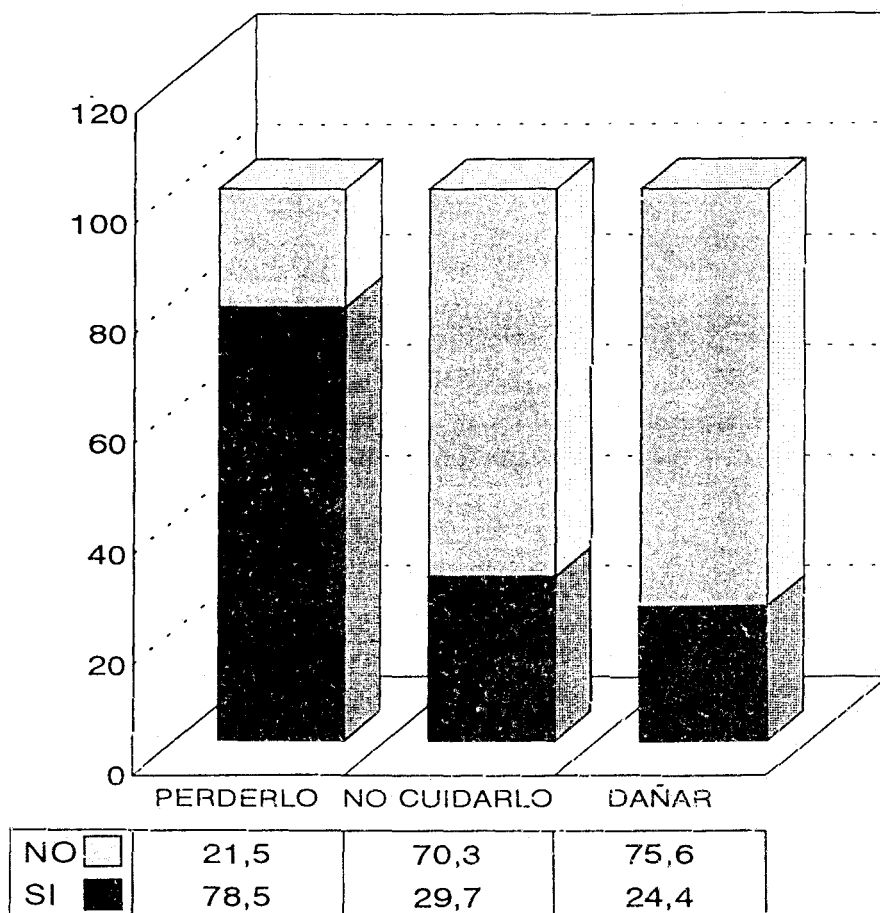
RELACION MADRE HIJO. INGRESO UN (I)
SENTIMIENTOS MATERNS



HU VALME

FIG. 5

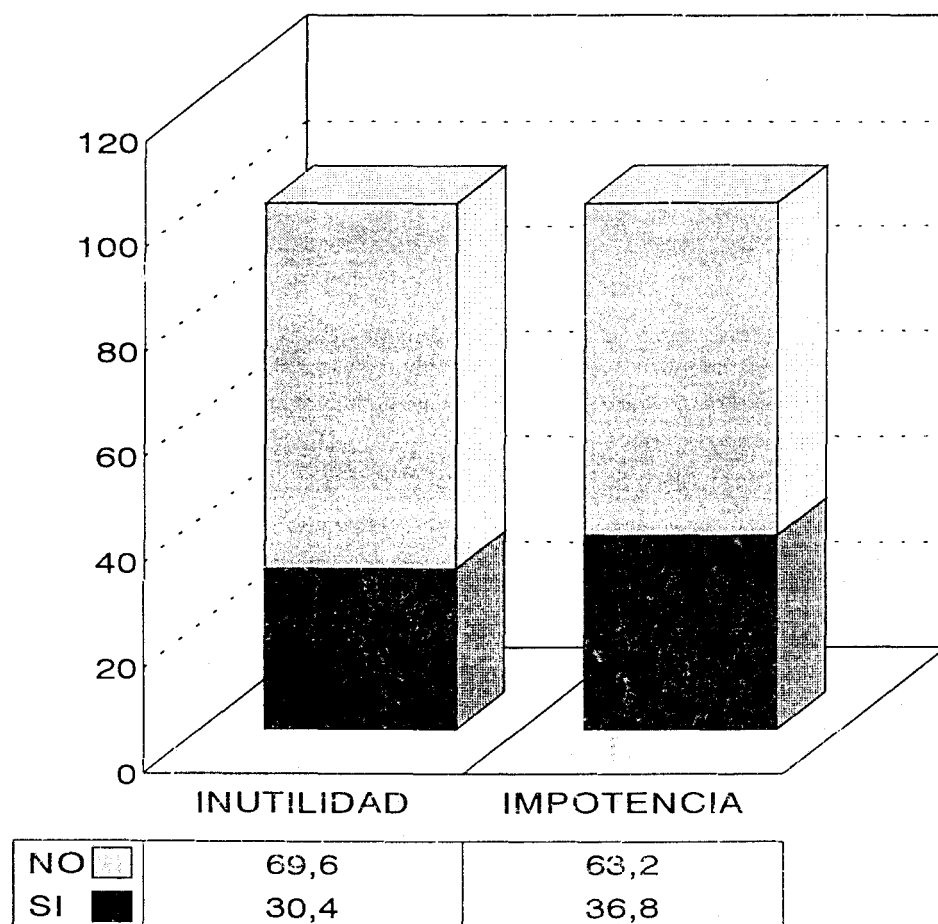
RELACION MADRE HIJO. INGRESO UN (II)
SENTIMIENTOS MATERNO (MIEDO).



HU VALME

FIG. 6

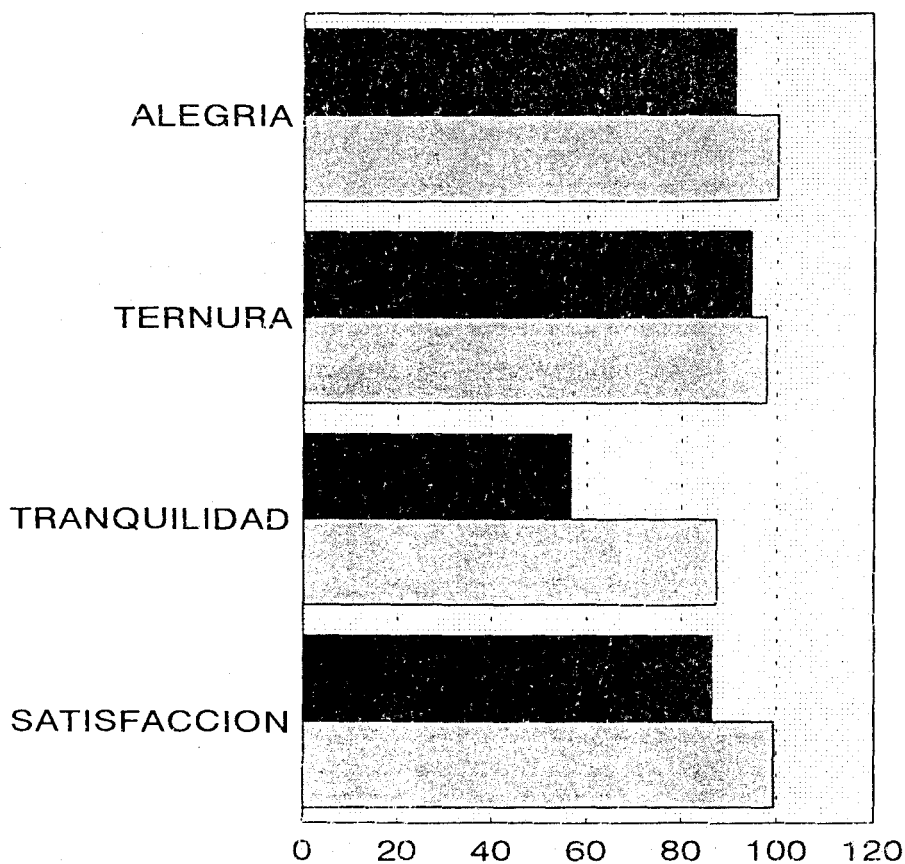
RELACION MADRE HIJO. INGRESO UN (III) SENTIMIENTOS MATERNOS.



HU VALME

FIG. 7

SENTIMIENTOS MATERNOS POSITIVOS

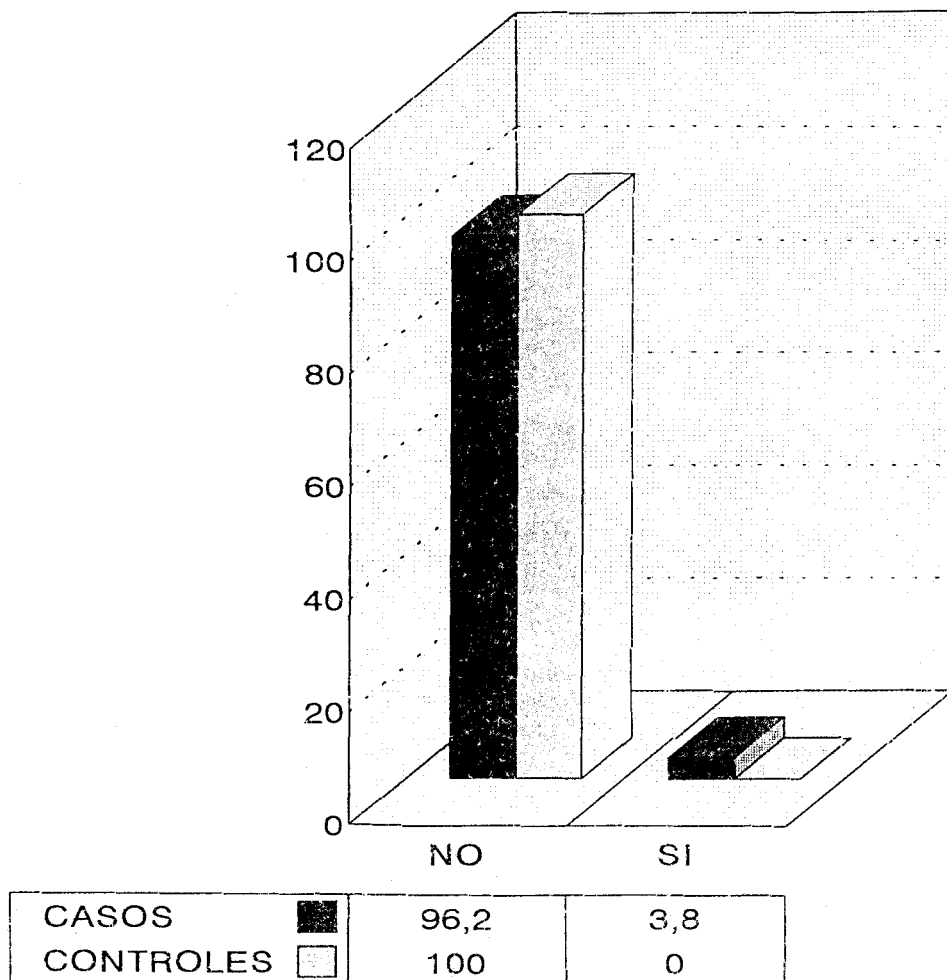


CASOS	■	90,9	94,3	56,5	86,1
CONTROLES	▨	100	97,6	87,1	99,2

HU VALME

FIG. 8

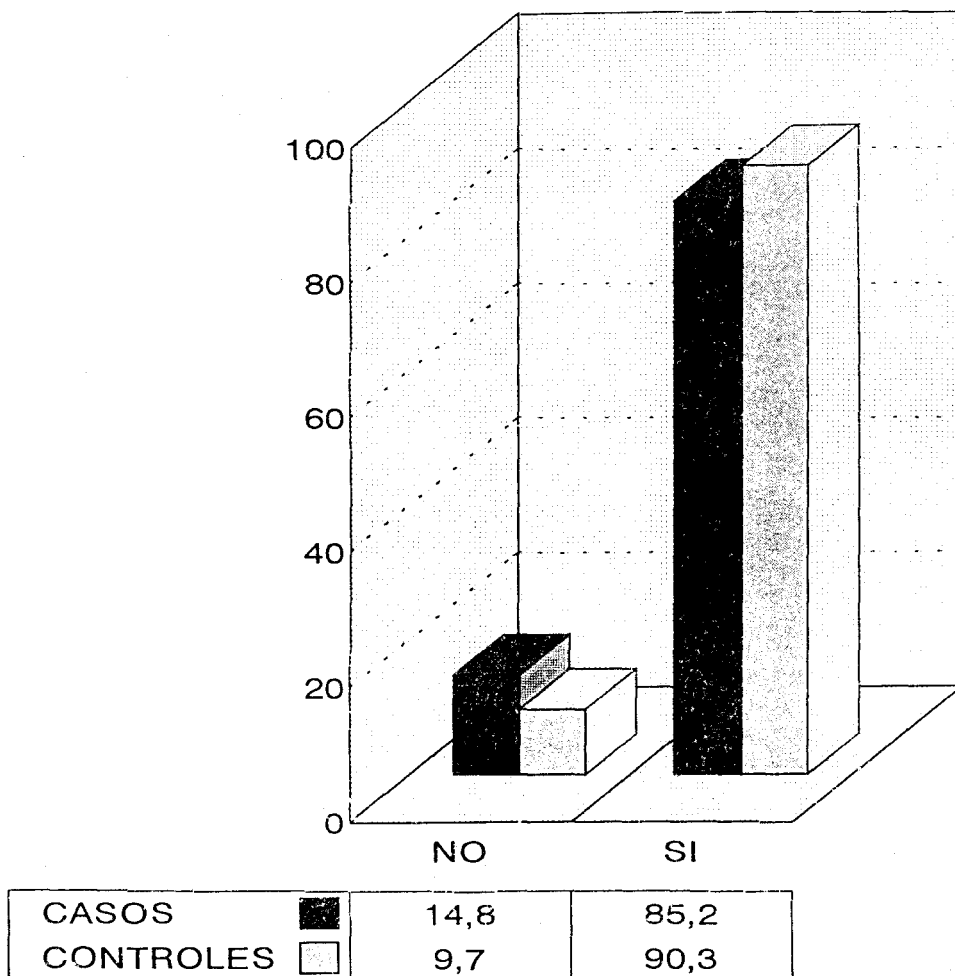
SENTIMIENTO DE RECHAZO AL NIÑO



HU VALME

FIG. 9

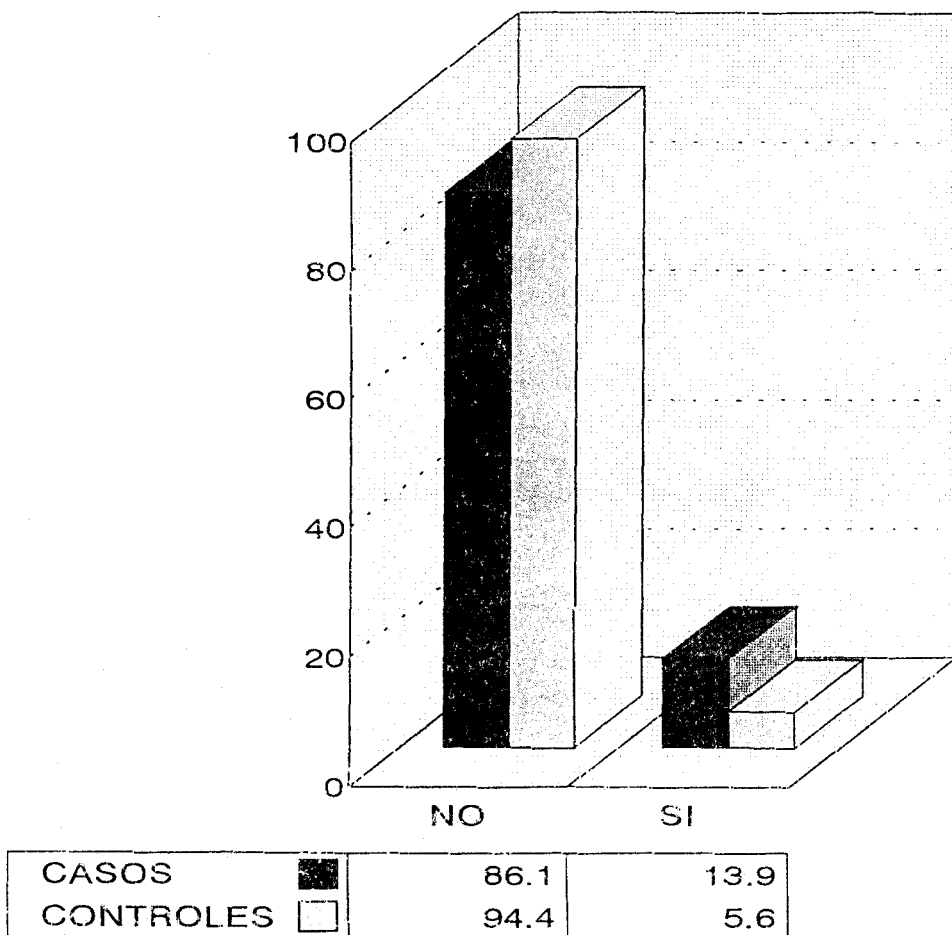
MIEDO A QUE NO SEA NORMAL



HU VALME

FIG. 10

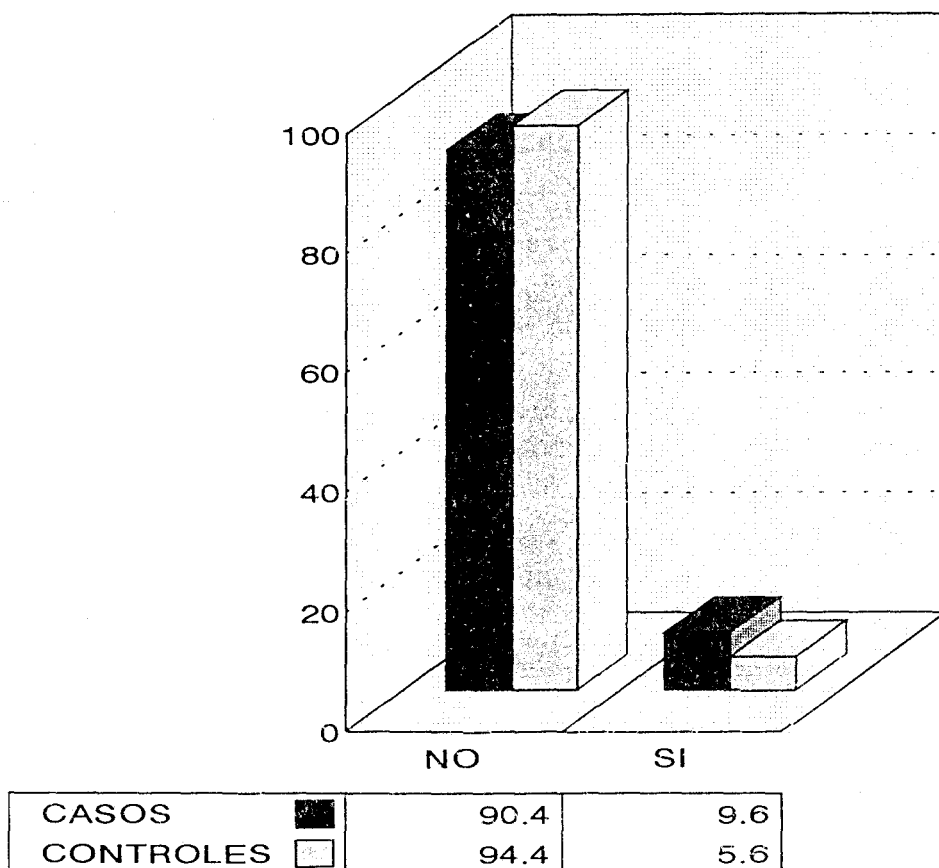
MIEDO A QUE NO LE RECONOZCA



HU VALME

FIG. 11

MIEDO A SENTIRLO EXTRAÑO



HU VALME

FIG. 12

e. SATISFACCION, INFORMACION Y ORGANIZACION.

Respecto al grado de satisfacción, información y organización, así como de la ayuda afectiva recibida y disponibilidad materna a participar en los cuidados del recién nacido, que referimos a continuación, sólo fueron encuestadas las madres del grupo de estudio ya que el objetivo era valorar los criterios de la UN y la actitud materna a participar en los cuidados de sus hijos ingresados.

(1) GRADO DE SATISFACCION.

Un alto porcentaje de las madres encuestadas (92.9%) estaba satisfecha con la atención global referida en la UN (Figura 13). Al desglosar el grado de satisfacción expresado para los diferentes colectivos encargados de la atención a su hijo, más de la mitad de las encuestadas (54.5%) afirmaron estar muy satisfechas con la atención recibida por el personal de enfermería, siendo la satisfacción con respecto al personal facultativo sensiblemente menor (Figuras 14 y 15).

Un 15.3% de las madres de los niños ingresados en la UN manifestaron no haber tenido relación con el pediatra encargado de la atención de su hijo. Sólo un 3.3% de las madres contestaron no haber tenido relación con el personal de enfermería (Figuras 14 y 15).

Cuando fueron preguntadas respecto al hecho de que el cuidado de sus hijos dependiera de médicos y enfermeras, un alto porcentaje de madres (75.1%) no manifestaban preocupación por no ser la cuidadora directa de su hijo (Figura 16). Los sentimientos de tranquilidad, seguridad y confianza eran los que predominaban frente a los de rabia, celos o sensación de inutilidad (Figuras 17 y 18).

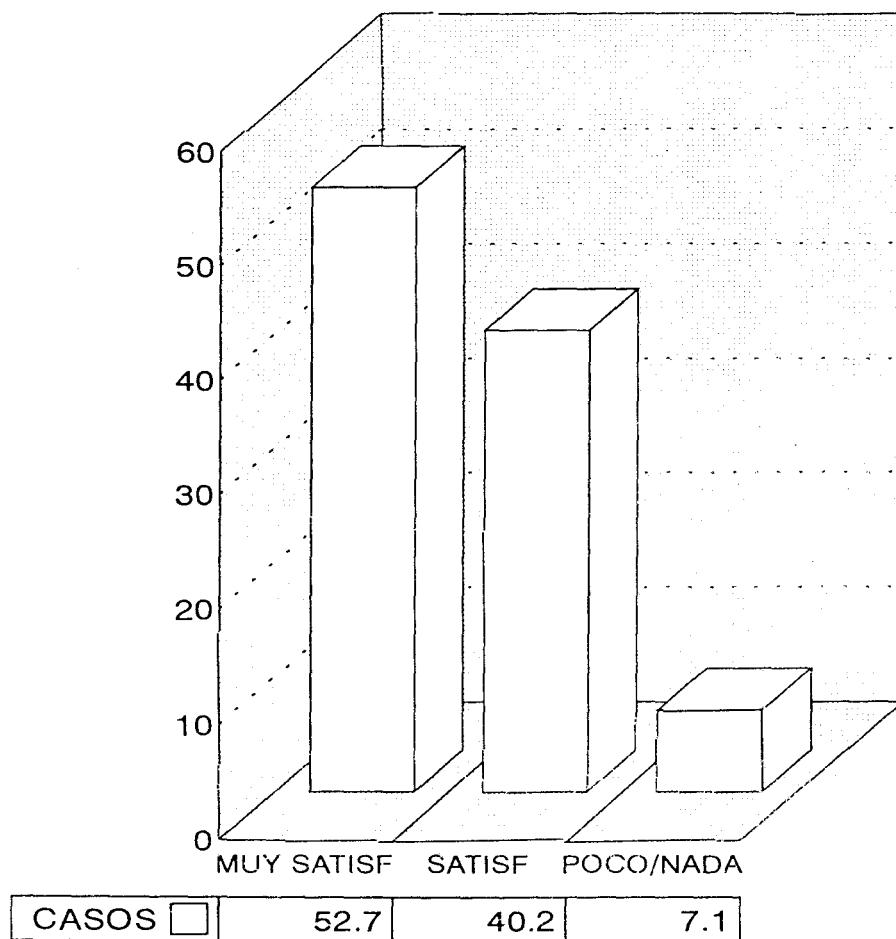
(2) INFORMACION.

De los items que reflejan el grado de información recibida se puede apreciar que para la mayoría de las madres encuestadas (62.7%), el contenido de la información que habían recibido de la situación clínica de sus hijos era considerado adecuado. Es reseñable que un 7.7% expuso no haber recibido información acerca de la evolución del mismo y que el 29.6% no habían sido previamente informada de la situación clínica de su hijo antes de verlo por primera vez en la UN. En relación al informador inicial de la

situación del niño, el pediatra ocupa esta función en el 51.2% de los casos. Las fuentes restantes son fundamentalmente el marido y la enfermera (Figura 19).

En los items de información, se valoraron también la comprensión y el tiempo que se dedica a informar a los padres. Un 22.5% de las madres consideraron que la claridad de la información era escasa. Respecto al tiempo que dedica el pediatra a informar a los padres, el 32.6% de las encuestadas lo consideraron insuficiente (Figura 20).

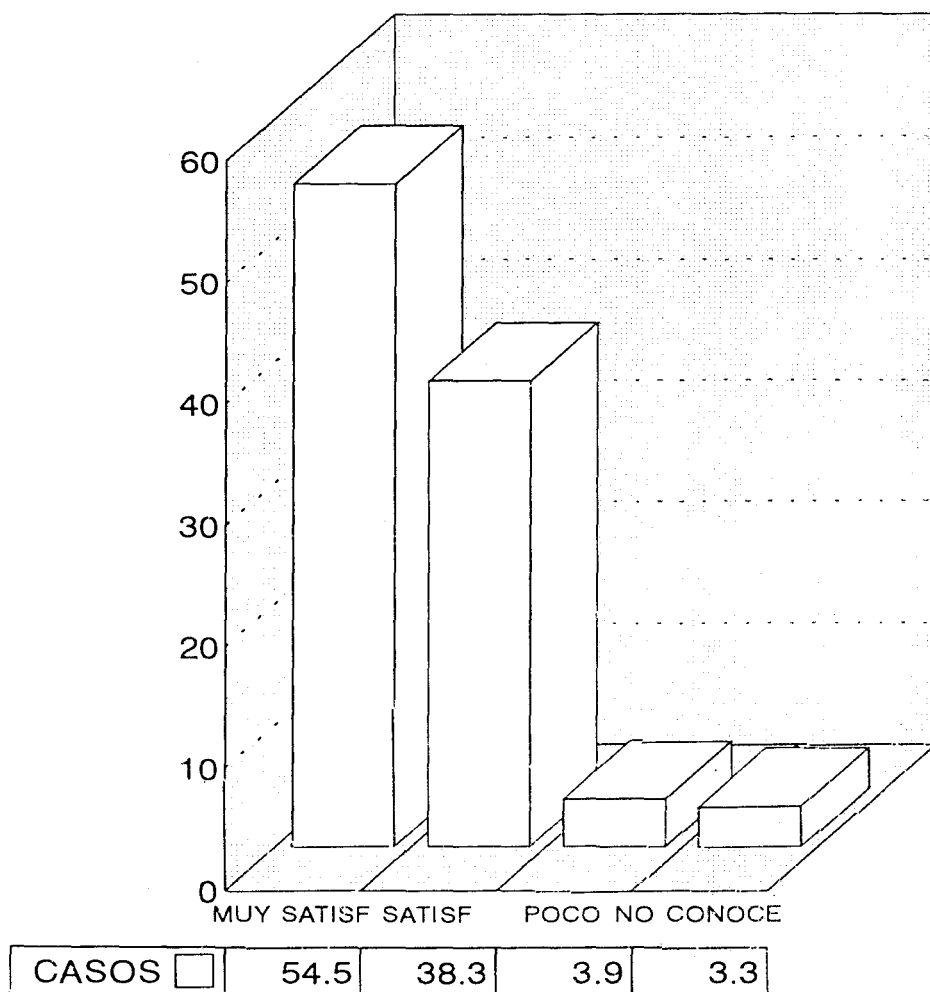
SATISFACCION CON LA ASISTENCIA (I) IMPRESION GLOBAL



HU VALME

FIG. 13

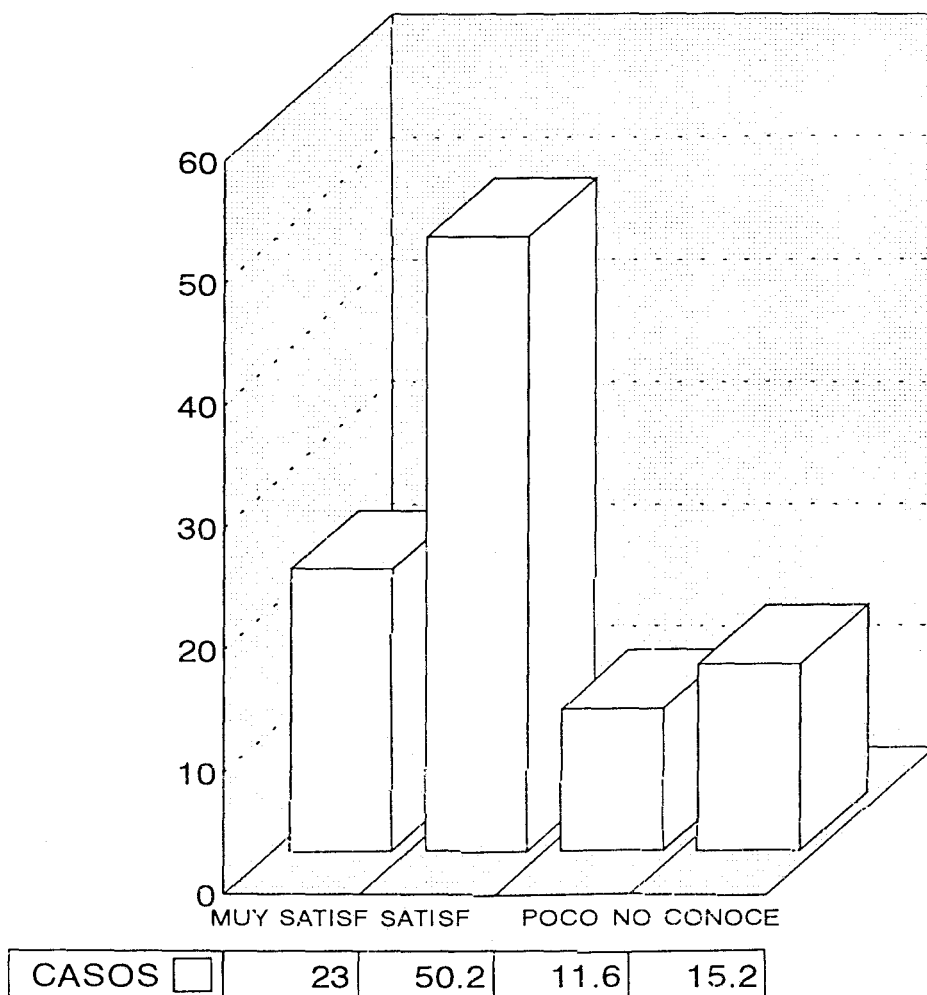
SATISFACCION CON LA ASISTENCIA (II) PERSONAL DE ENFERMERIA



HU VALME

FIG. 14

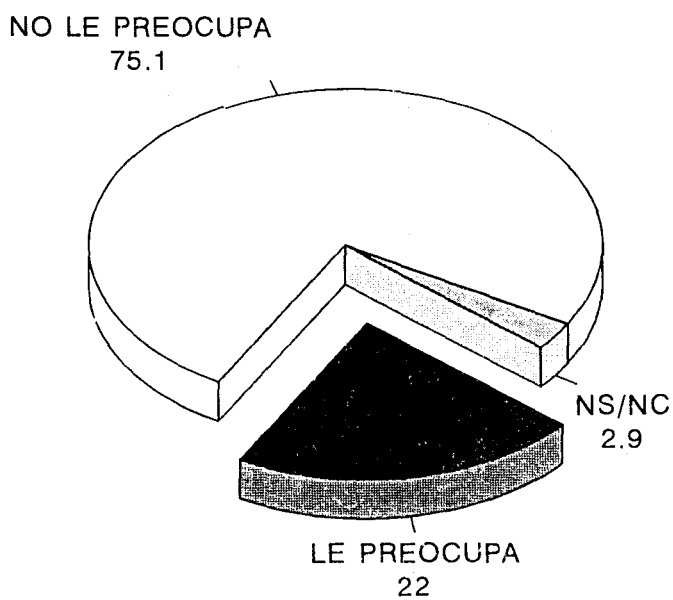
SATISFACCION CON LA ASISTENCIA (III) PERSONAL FACULTATIVO



HU VALME

FIG. 15

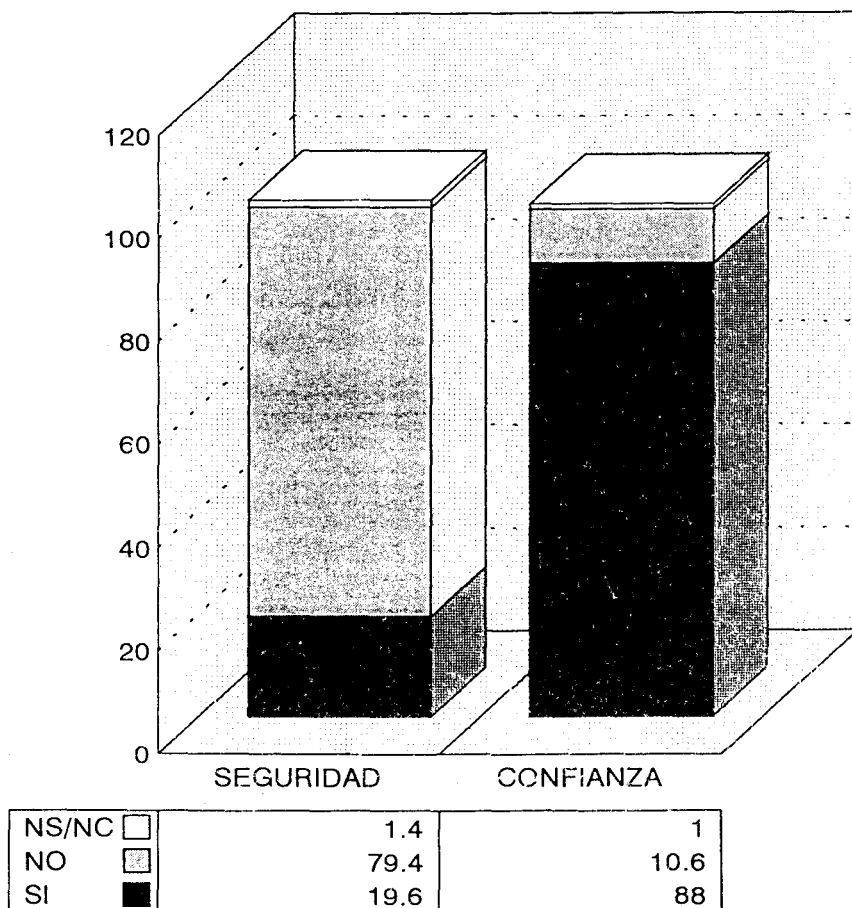
ACTITUD FRENTE AL HECHO DE NO SER
CUIDADORA DIRECTA DE SU HIJO (I)
PREOCUPACION



HU VALME

FIG. 16

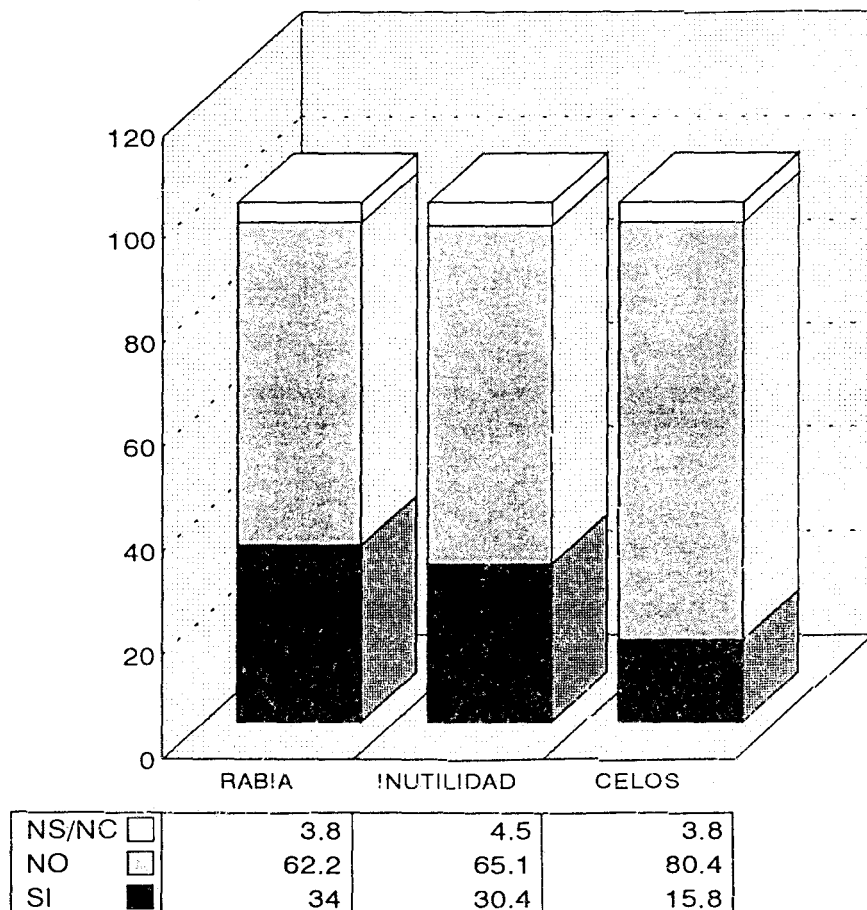
ACTITUD FRENTE AL HECHO DE NO SER
CUIDADORA DIRECTA DE SU HIJO (II):
SENTIMIENTOS POSITIVOS



HU VALME

FIG. 17

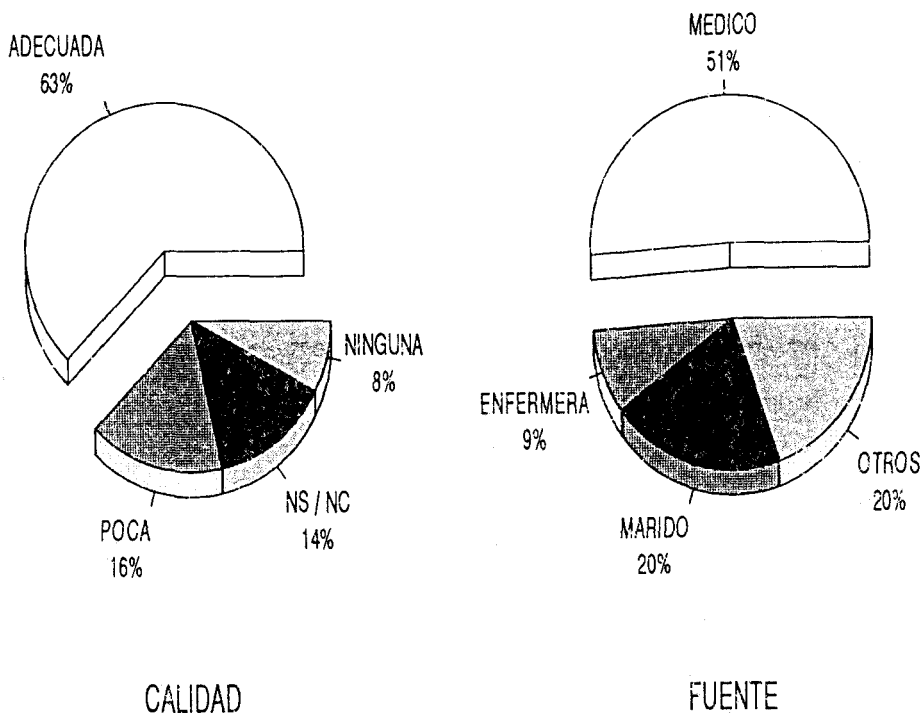
ACTITUD FRENTE AL HECHO DE NO SER
CUIDADORA DIRECTA DE SU HIJO (III):
SENTIMIENTOS NEGATIVOS



HU VALME

FIG. 18

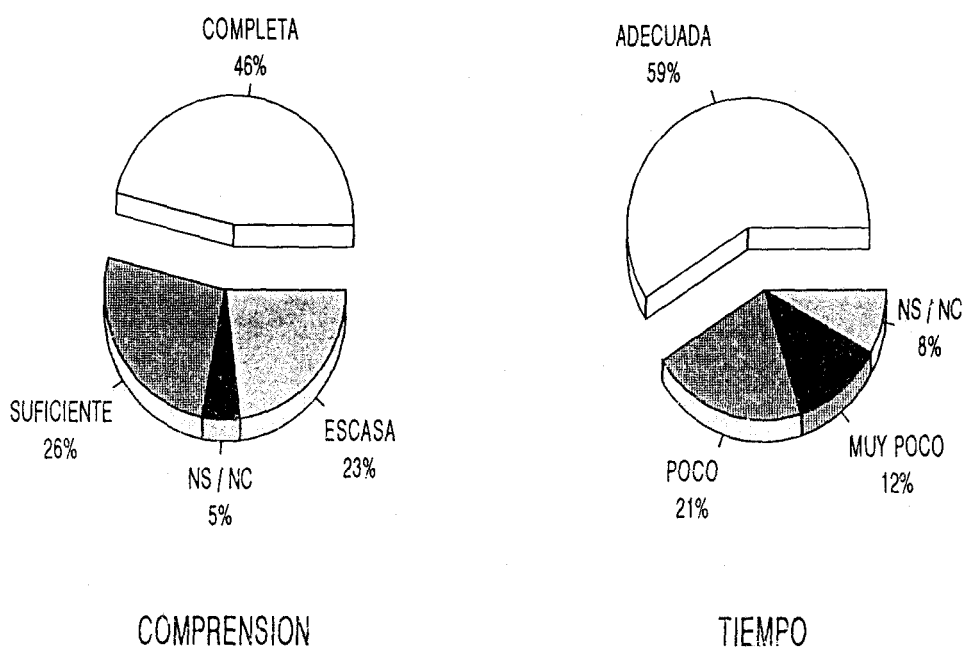
VALORACION DE LA INFORMACION RECIBIDA (I)



HU VALME

FIG. 19

VALORACION DE LA INFORMACION RECIBIDA (II)



HU VALME

FIG. 20

(3) GRADO DE ACCESO A LA UNIDAD.

Solo el 38.7 % de las madres realizaron las visitas a sus hijos entrando directamente en la UN para estar con sus hijos, y no detrás de los cristales, siendo la entrada directa de los padres algo menor (34.5%) (Figuras 21 y 22).

De aquellas madres que mantuvieron un contacto directo con sus hijos en la UN, más de la mitad de las encuestadas consideraban insuficiente el tiempo que se les permitía estar con sus hijos, mientras que las opiniones relacionadas con otros aspectos como son el lugar del que se dispone para la visita, los turnos horarios y la presencia de los familiares de otros niños dentro de la UN, fueron muy dispersas (Figura 23).

(4) LACTANCIA

A todas las madres cuyos hijos ingresan en la UN se les ofrece la posibilidad de quedarse ingresadas en el hospital para ofrecer lactancia materna al niño. Un porcentaje importante de madres tomaron esta opción (73.2%). Los motivos por las que el resto de las madres no permanecieron en el hospital durante este período de detención en la figura 24.

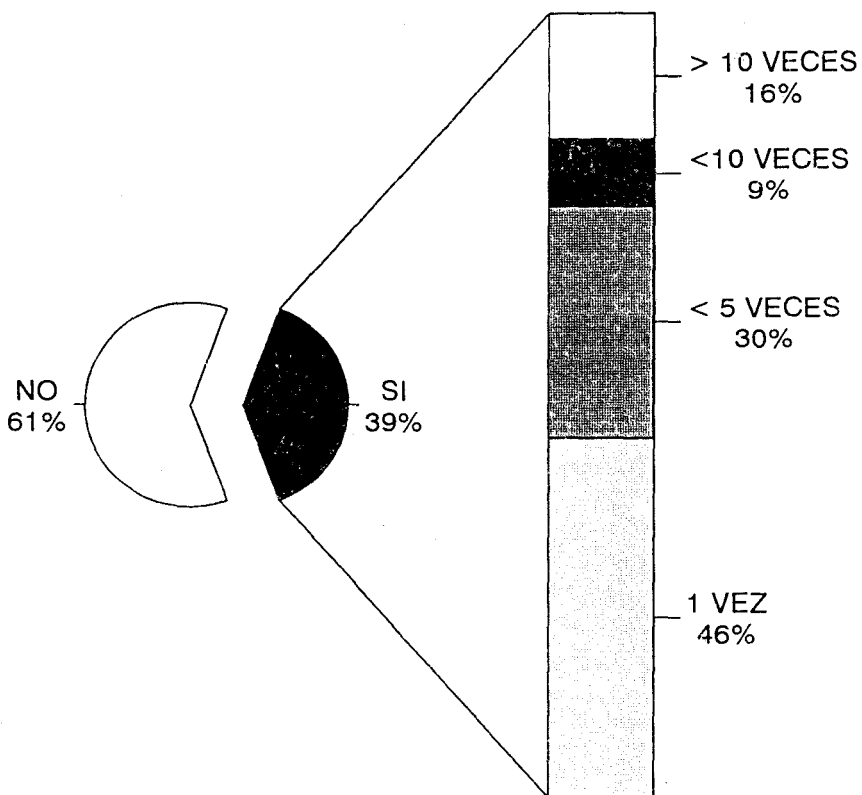
El 85.6% de las madres amamantaron en algún momento a sus hijos durante su estancia en la UN. El 41.4% iniciaron lactancia materna en las primeras 48 horas y hasta un 80.26% alimentaba a sus hijos al pecho en la primera semana (Figura 1). El 8.6% de las madres no tuvieron la oportunidad de alimentar a sus hijos. La proporción de niños alimentados con lactancia materna según el peso y la EG (Tabla XXX), destacando el alto porcentaje de niños de bajo peso que es alimentado de esta forma (83.3% de los niños entre 1500 y 2000 gr y el 79.3% de los niños entre 2000 y 2500gr.).

En relación a los aspectos que se relacionan con la práctica de la lactancia materna en nuestra UN, el 35.5% de las madres consideraron insuficiente el tiempo de que disponían para alimentar a sus hijos y el 46 % consideraron poco o nada adecuado el espacio del que se disponía para la lactancia (Figura 25).

f. AYUDA AFECTIVA.

Las fuentes de apoyo afectivo que referían las encuestadas haber recibido para superar las situaciones emocionalmente difíciles procedían fundamentalmente del grupo familiar, sobre todo de la propia pareja (86.2%) y de las madres de las mujeres encuestadas (56%) (Figura 26). Es interesante resaltar el hecho de que más de la mitad de las mujeres (53.1%), afirmaron haber recibido ayuda afectiva del colectivo formado por las otras madres ingresadas en una situación similar a la suya, así como por parte del personal de enfermería de la UN (48.3%) (Figura 27).

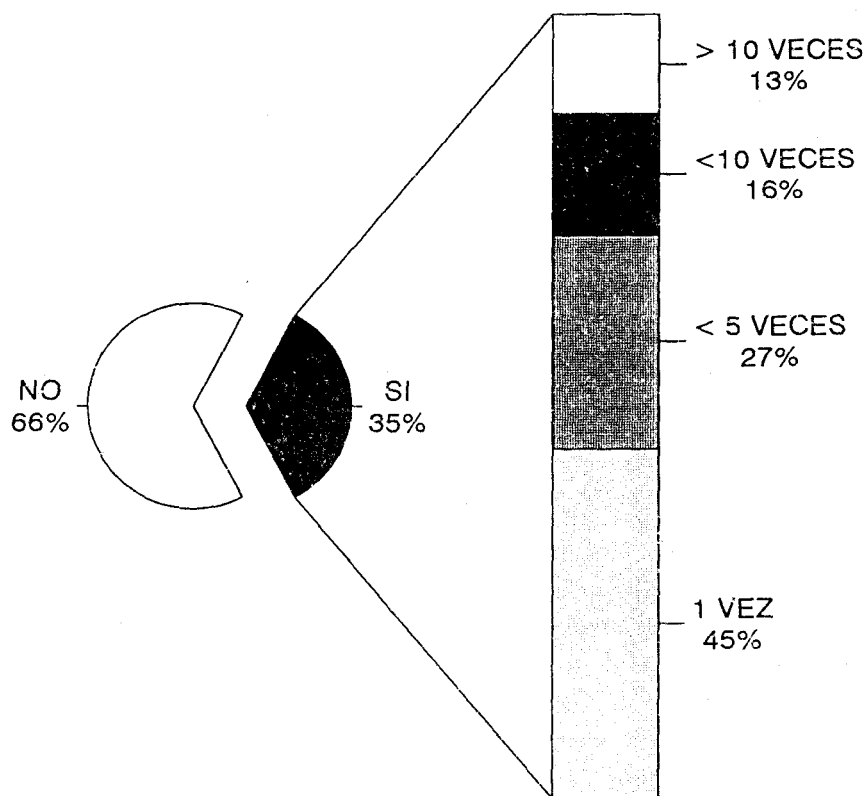
ENTRADA DE MADRES EN LA UNIDAD NEONATAL



HU VALME

FIG. 21

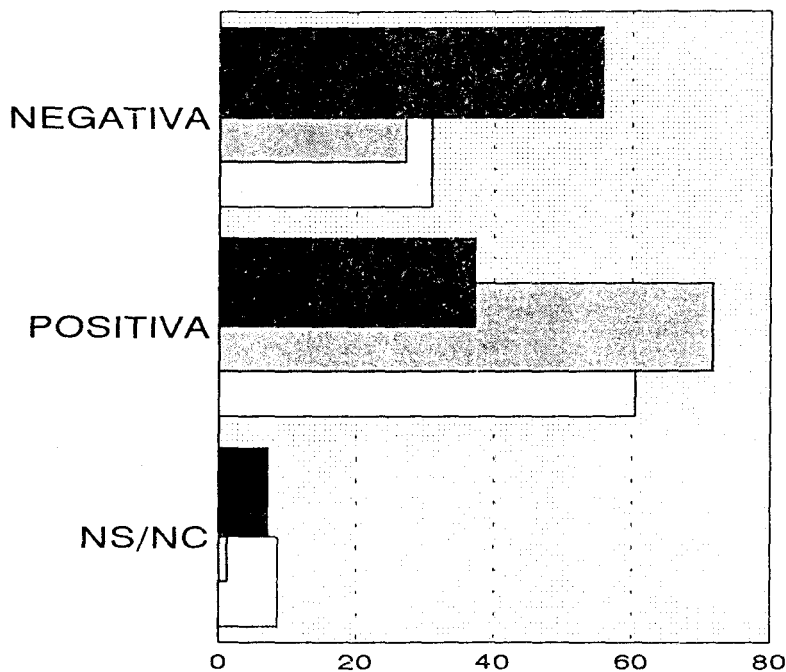
ENTRADA DE PADRES EN LA UNIDAD NEONATAL



HU VALME

FIG. 22

ESTANCIA EN LA UNIDAD NEONATAL: OPINIONES MATERNAS

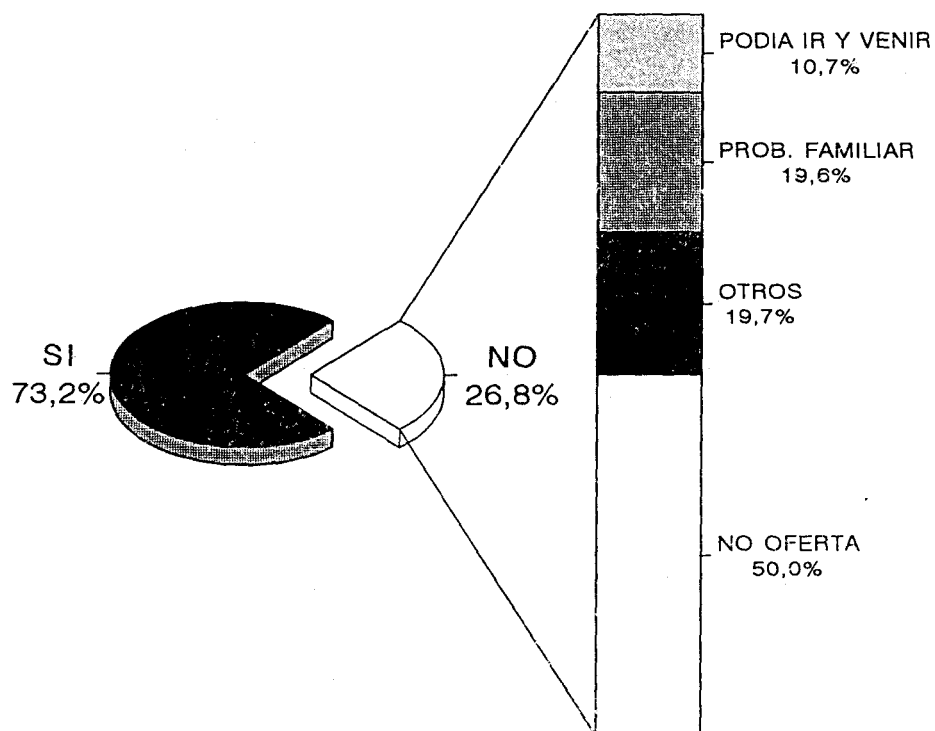


TIEMPO		55.6	37.2	7.2
LUGAR		27.2	71.6	1.2
OTROS FAM		30.9	60.5	8.6

HU VALME

FIG. 23

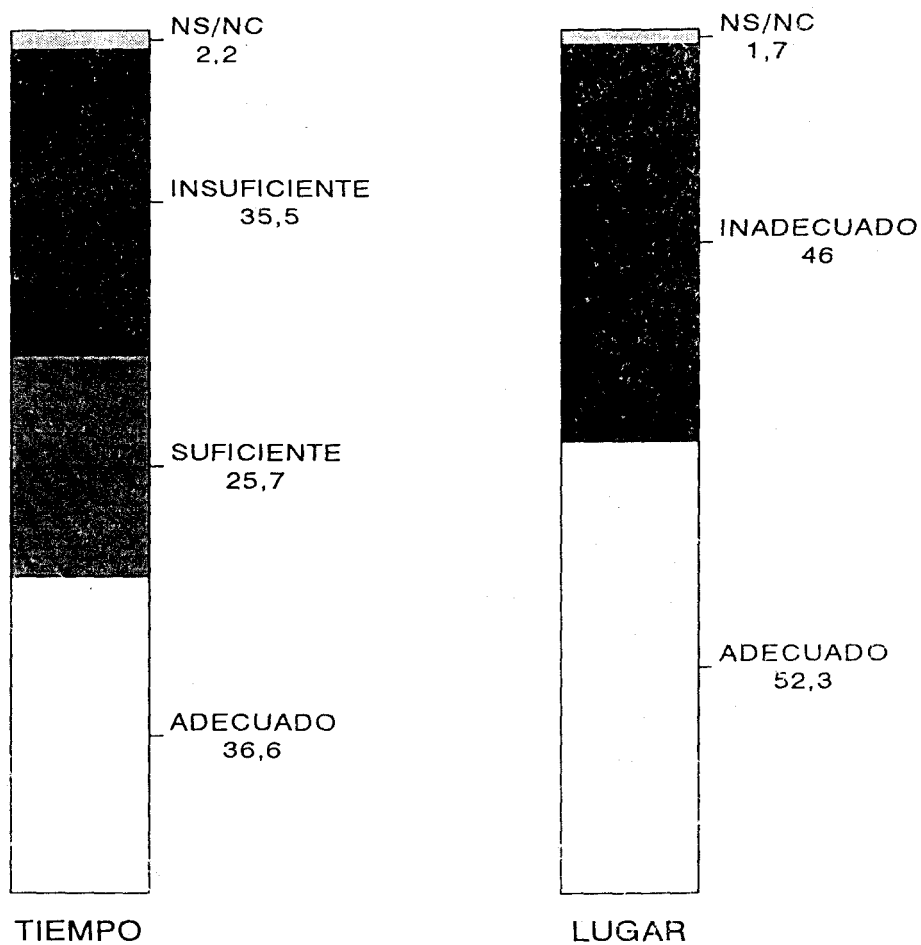
INGRESO HOSPITALARIO MATERNO FOMENTO DE LA LACTANCIA



HU VALME

FIG. 24

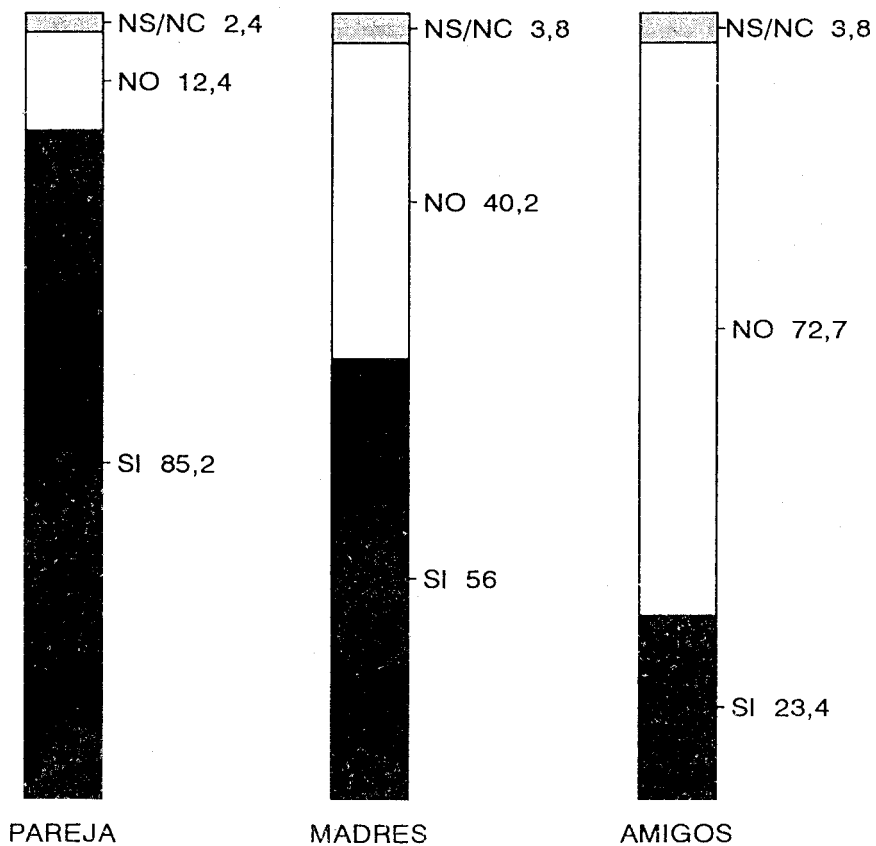
VALORACION DE LA LACTANCIA TIEMPO Y LUGAR PARA LA TOMA



HU VALME

FIG. 25

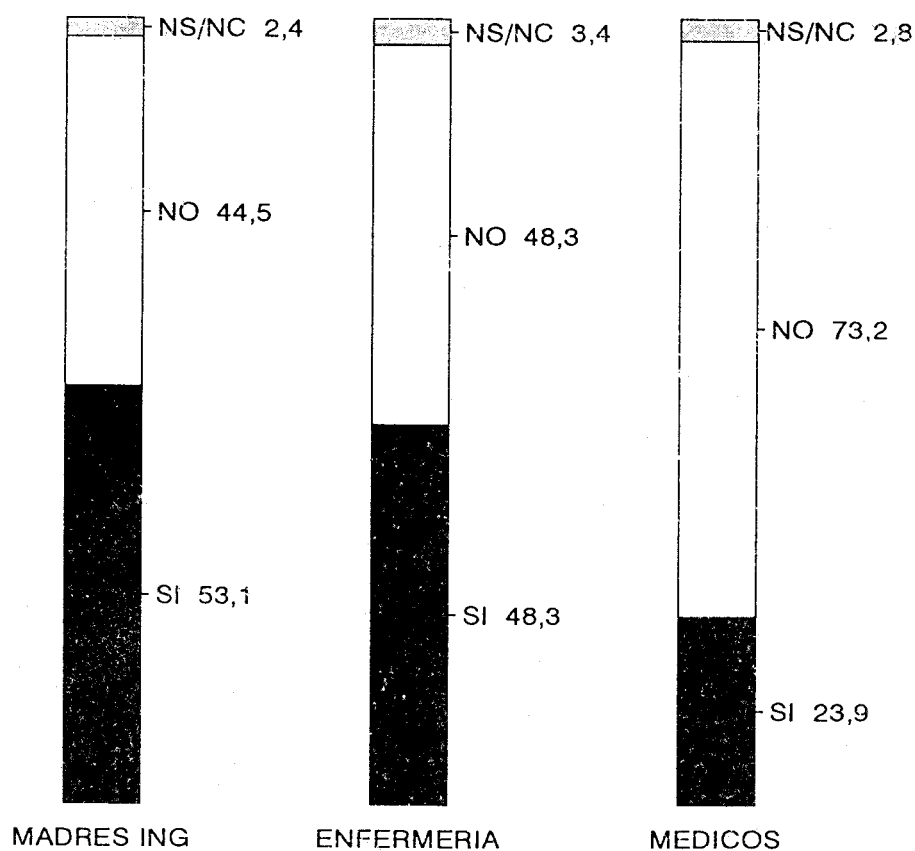
APOYO PSICOSOCIAL MATERNO (I) FAMILIARES Y AMIGOS



HU VALME

FIG. 26

APOYO PSICOSOCIAL MATERNO (II) OTROS COLECTIVOS



HU VALME

FIG. 27

g. DISPONIBILIDAD MATERNA Y APERTURA DE LA UN.

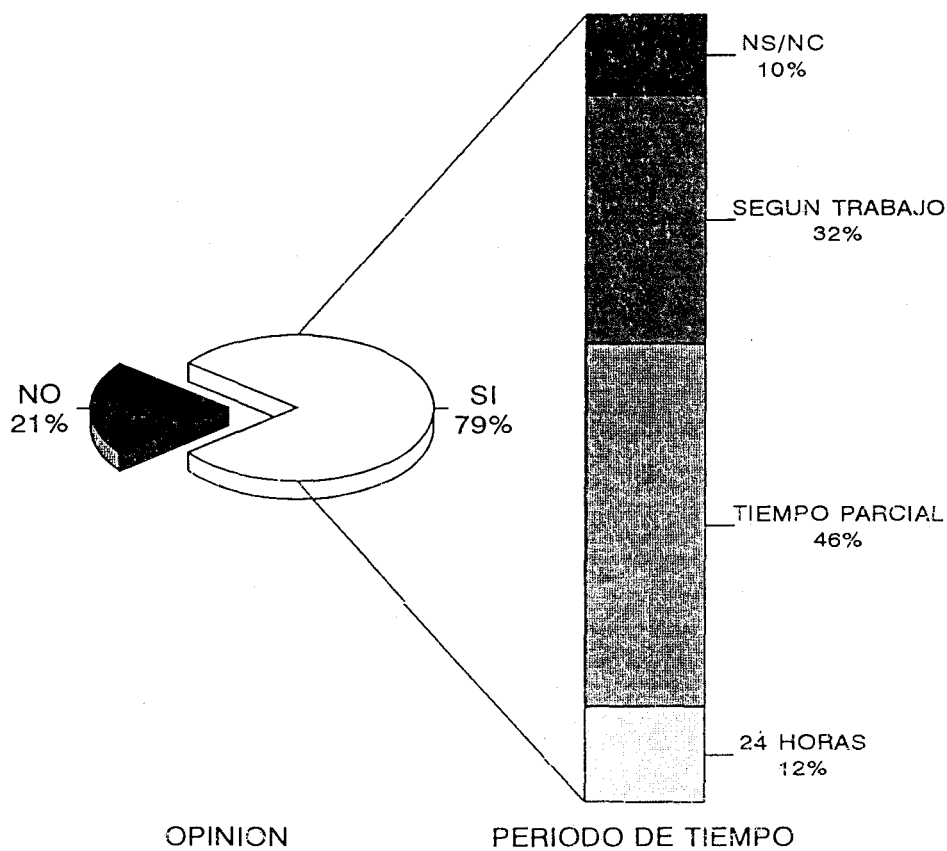
Por último, nos interesó conocer la opinión de las madres sobre si la UN debería ser una unidad hospitalaria abierta para la entrada de padres y el grado de disponibilidad de las mujeres para la participación activa en los cuidados del RN.

La mayoría de las madres encuestadas (79.9%) consideran que la unidad neonatal debería estar abierta para la entrada de los padres. Los motivos fundamentales que las madres daban para estar en contra de la apertura (21.1%) fueron, sobre todo, el riesgo de infecciones o la preocupación por hacerles daño al transmitirles alguna enfermedad. Del porcentaje de madres que estuvieron a favor de la apertura, la mayoría de ellas opinaban, respecto al tiempo de apertura, que debería ser una UN abierta durante todo el tiempo o a tiempo parcial (Figura 28).

La mayor parte de las mujeres (92.8%), se mostraban dispuestas a participar activamente en los cuidados de sus hijos; de las actividades que se les proponían en el cuestionario, las frecuencias en las que estaban dispuestas a participar fueron las siguientes: alimentar al niño (91.9%), acompañarlo (90.9%), bañarlo (89%), cambiar pañales (90%) y cuidar a otros niños de la UN (76.6%) (Figuras 29 y 30).

Respecto al tiempo del que dispondrían para estas interacciones, más de la mitad de las encuestadas (51.2%), estarían disponibles todo el día y un 38.2% durante al menos unas horas (Figura 31).

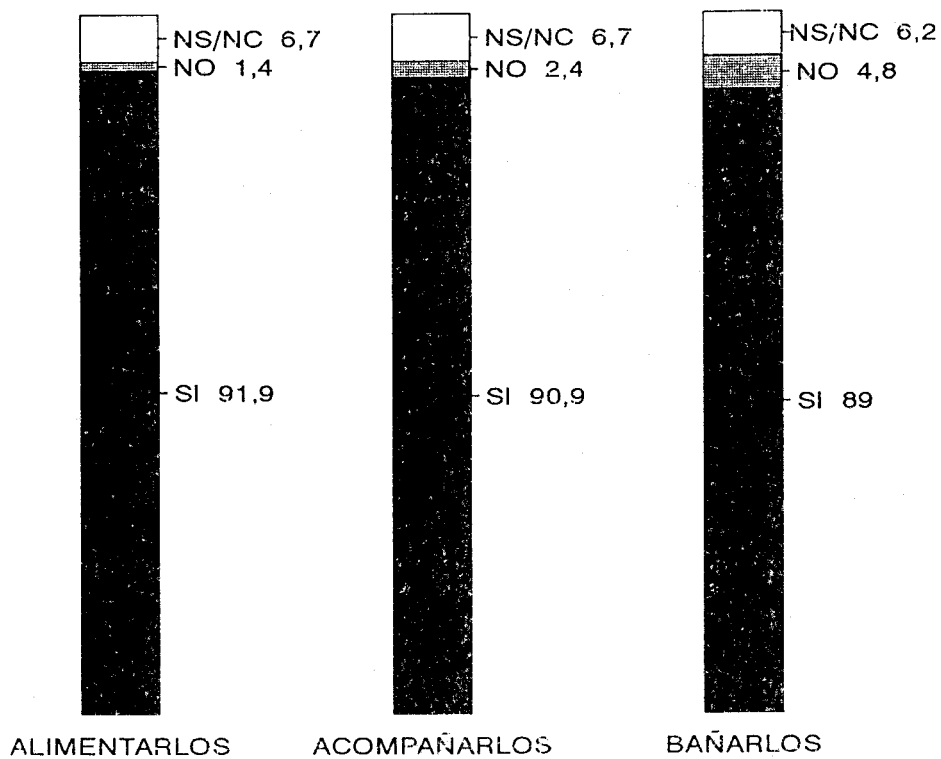
¿ UNIDAD NEONATAL ABIERTA ? ACTITUD MATERNA



HU VALME

FIG. 28

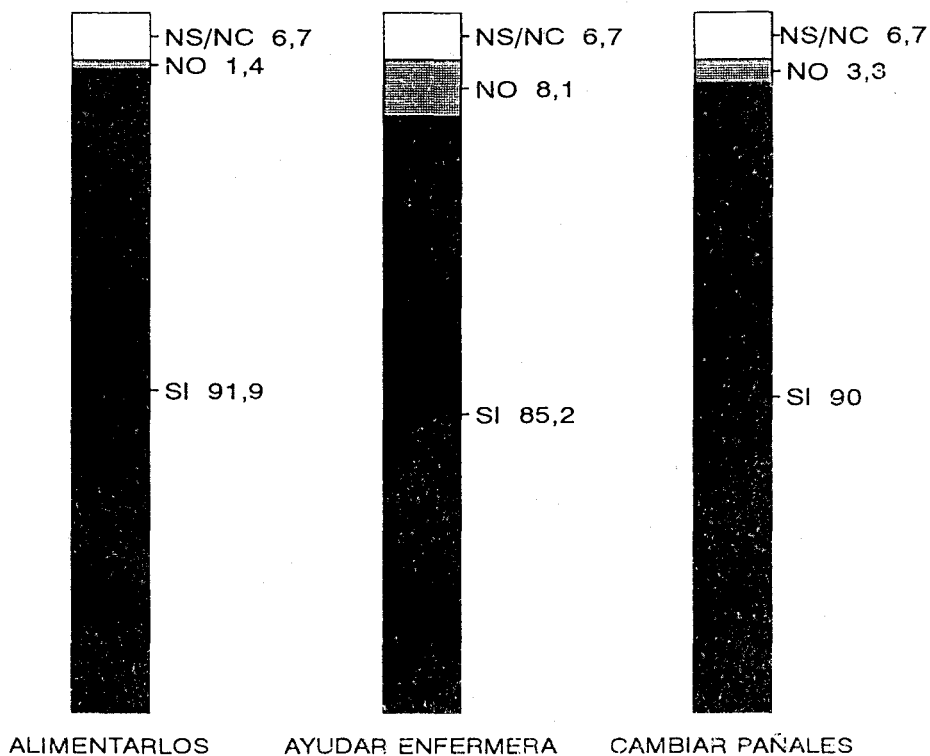
DISPONIBILIDAD MATERNA EN LOS CUIDADOS DE SU HIJO: ACTIVIDADES (I)



HU VALME

FIG. 29

DISPONIBILIDAD MATERNA EN LOS CUIDADOS DE SU HIJO: ACTIVIDADES (II)

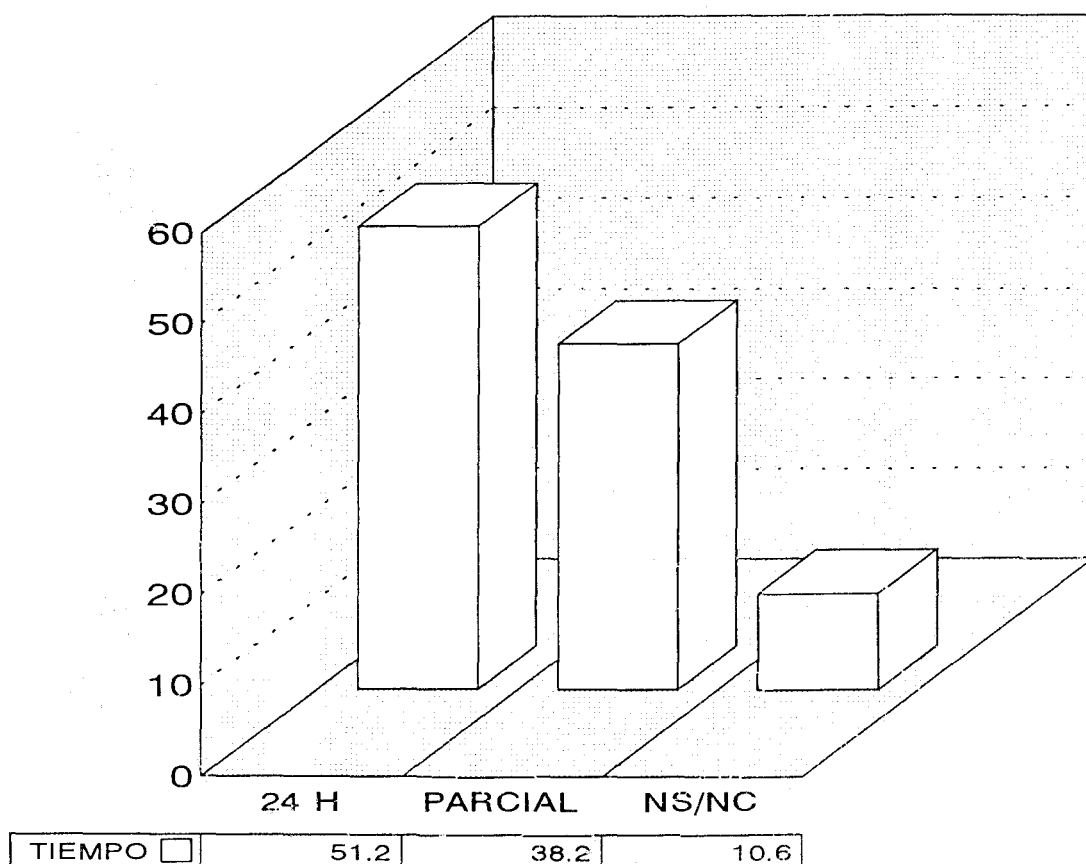


HU VALME

FIG. 30



DISPONIBILIDAD MATERNA EN
LOS CUIDADOS DE SU HIJO:
TIEMPO



HU VALME

FIG. 31

B. ANALISIS COMPARADO. ANALISIS FACTORIAL. ANALISIS DE VARIANZA

El análisis comparado fué realizado, según se describe en el apartado de material y métodos, mediante análisis factorial sobre las 27 preguntas del cuestionario, las cuales fueron agrupadas en 6 factores considerados de mayor peso y que delimitan las siguientes situaciones:

Factor 1: cuantificación de las primeras horas de relación madre-hijo.

Factor 2: momento de la primera relación madre-hijo.

Factor 3: sentimientos maternos negativos.

Factor 4: sentimientos maternos positivos.

Factor 5: sentimientos de capacidad materna.

Factor 6: sentimientos de miedo a perder al niño.

Los items del cuestionario que corresponden a cada uno de los factores que se han considerado para el análisis de la estructura factorial se recogen en la Tabla XXVI.

TABLA XXVI. ESTRUCTURA FACTORIAL. ITEMS DE MAYOR PESO Y DENOMINACION PROPUESTA.

FACTOR	ITEMS	DENOMINACION PROPUESTA
1	P1, P2, P4, P5, P8, P9, P10, P14	CUANTIFICACION DE LAS PRIMERAS HORAS DE RELACION.
2	P6b, P6c, P6d, P6e	MOMENTO DE LA PRIMERA RELACION.
3	P17, P22, P23	SENTIMIENTOS NEGATIVOS.
4	P11, P12, P16, P18	SENTIMIENTOS POSITIVOS.
5	P25, P26	SENTIMIENTOS DE CAPACIDAD MATERNA.
6	P27	MIEDO A PERDER AL NIÑO.

Los valores de la varianza y la varianza acumulada para cada uno de los factores se recogen en la Tabla XXVII. Se consideraron los 6 primeros factores que en su conjunto explican el 55.6% de la variación por su estructura lógica en el desarrollo del estudio.

TABLA XXVII. ANALISIS FACTORIAL: VALORES PROPIOS Y PORCENTAJES DE LA VARIANZA DE LOS SEIS FACTORES.

Factor	VALOR PROPIO	% DE LA VAR	VARIANZA ACUMULADA
* 1	6.99566	24.1	24.1
* 2	2.79691	9.6	33.7
* 3	1.88070	6.5	40.2
* 4	1.68932	5.8	46.0
* 5	1.49505	5.2	51.2
* 6	1.29510	4.5	55.6

El análisis estadístico fue realizado entre el grupo control frente al grupo de estudio. Finalmente, el grupo de estudio fue dividido en dos subgrupos (A y B), en función de los criterios de gravedad que se establecieron en la escala de valoración que se expone en el apartado material y métodos (Tabla VII), siendo considerado como gravedad para un puntaje menor de 9 (Tabla XXVIII). Se aplicó el análisis de varianza para los factores considerados significativos en el análisis factorial (Tabla XXVI).

TABLA XXVIII. ANALISIS ESTADISTICO: GRUPOS DE ESTUDIO.

GRUPO	n
GRUPO CONTROL	124
GRUPO UN	209
SUBGRUPO CON CRITERIO DE GRAVEDAD(*) (GRUPO A).	69
SUBGRUPO SIN CRITERIO DE GRAVEDAD(+) (GRUPO B).	140
* Puntaje < 9 + Puntaje ≥ 9	

Por último se han relacionado los seis factores del análisis factorial frente a las variables clínico-asistenciales que podrían concurrir en la distribución de los resultados del análisis (variables explicativas).

El estudio y la delimitación de las "variables explicativas" recogidas de las características clínico-asistenciales mediante análisis estratificado de χ^2 y sus resultados se detallan en las tablas XI, XXIX y XXX. Se consideraron en el estudio aquellas variables explicativas que presentaron significación estadística y que son las siguientes:

- 1) Paridad.
- 2) Riesgo perinatal.
- 3) Control del embarazo.
- 4) Características del parto eutócicas.
- 5) Estado civil.
- 6) Aceptación de la gestación.

TABLA XXIX. SIGNIFICACION ESTADISTICA PARA EL ANALISIS χ^2 CUADRADO ESTRATIFICADO. GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO CONTROL (VARIABLES EXPLICATIVAS)(I).

	PAR	R.PER	ENF M	P EMB	C EMB	P EUT	P PAD	E CIV	A GES
P1		<0.05							
P2	<0.05*					<0.000			
P3	<0.01*								
P4	<0.05*					<0.000		<0.05	<0.05
P5					<0.05+	<0.000		<0.05+	
P6 _a	<0.05+								
P6 _b		<0.05			<0.05	<0.05			<0.05
P6 _c		<0.01				<0.05			
P6 _d						<0.01		<0.05	
P6 _e						<0.05			
P8	<0.01*					<0.05		<0.05+	<0.05
P9					<0.05				
P10									<0.05

PAR PARIDAD R PER: RIESGO PERINATAL ENF M: ENFERMEDAD MATERNA
P EMB: PATOLOGIA EMBARAZO. P EUT: PARTO EUTOCICO
P PAD: PADRE EN PARITORIO E CIV: ESTADO CIVIL. A GES: ACEPTACION GESTACION.

(*): SIGNIFICATIVO SOLO PARA EL GRUPO DE ESTUDIO.
(+): SIGNIFICATIVO SOLO PARA EL GRUPO CONTROL.

1. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs. GRUPO CONTROL.

Todas las variables del análisis estadístico han sido consideradas estadísticamente significativas para un nivel de significación de $p < 0.05$.

Para el factor 1, que agrupa los items relacionados con las primeras horas en el establecimiento de la relación madre-hijo, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudio y el de control. Las madres de los niños ingresados en la UN establecen una relación con su hijo de forma más tardía, en las primeras horas (Tabla XXXI).

TABLA XXXI. FACTOR 1. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	-0.4239	0.978	0.068
GRUPO DE CONTROL	124	0.7146	0.510	0.046

VALOR DE LA F		SIGNIFICACION(*)
3.68		0.000
VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-12.02	331	0.000
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-13.93	326.39	0.000

*DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA $P < 0.05$

No encontramos diferencias estadísticamente significativas (d.e.s.) para los ítems agrupados en el factor 2 dedicado a valorar el momento preciso en que se establece la primera relación madre-hijo (Tabla XXXII).

TABLA XXXII. FACTOR 2. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	-0.425	1.019	0.071
GRUPO DE CONTROL	124	0.716	0.967	0.087

VALOR DE LA F		SIGNIFICACION(*)
1.11		0.520
VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-1.01	331	0.315
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-1.02	269	0.309

*DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA P < 0.05

Existen d.e.s. al comparar el grupo de estudio frente al grupo control tanto en los ítems del cuestionario que valoran los sentimientos maternos negativos (factor 3) como frente a aquellos ítems que agrupan los sentimientos maternos positivos (factor 4) (Tablas XXXIII y XXXIV).

TABLA XXXIII. FACTOR 3. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	0.1330	1.158	0.080
GRUPO DE CONTROL	124	-0.2242	0.592	0.053

VALOR DE LA F		SIGNIFICACION(*)
3.82		0.000
VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
3.201	331	0.002
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
3.722	325	0.000

*DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA P < 0.05

TABLA XXXIV. FACTOR 4. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	-0.0842	1.224	0.085
GRUPO DE CONTROL	124	0.1419	0.367	0.033

VALOR DE LA F	SIGNIFICACION(*)
11.15	0.000

VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-2.00	331	0.046
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-2.49	265	0.013

*DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA P < 0.05

No observamos d.e.s. al comparar los items del cuestionario dedicados a los sentimientos de habilidad materna (factor 5) y de miedo a perder al niño (factor 6) (Tablas XXXV y XXXVI). Los sentimientos respecto a la capacidad cuidadora de la madre y el miedo a perder al niño fueron similares en ambos grupos.

TABLA XXXV. FACTOR 5. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	0.0059	1.097	0.076
GRUPO DE CONTROL	124	-0.0099	0.814	0.073

VALOR DE LA F	SIGNIFICACION(*)
1.81	0.000

VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
0.14	331	0.890
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
0.15	315	0.881

*DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA P < 0.05

TABLA XXXVI. FACTOR 6. ANALISIS DE VARIANZA. GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

	Nº DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
GRUPO DE ESTUDIO	209	-0.0526	1.116	0.077
GRUPO DE CONTROL	124	0.886	0.761	0.068

VALOR DE LA F		SIGNIFICACION(*)
2.15		0.000
VARIANZA AGRUPADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-1.25	331	0.213
VARIANZA SEPARADA		
VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICACION(*)
-1.37	325	0.172

*DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA P < 0.05

2. ANALISIS DE VARIANZA. (CRITERIOS DE GRAVEDAD).

En este apartado se expresan los resultados del análisis de varianza al considerar los criterios de gravedad establecidos en el apartado de material y métodos (Tabla VII), en los niños ingresados en la unidad neonatal (Tabla XII). Fue considerado criterio de gravedad para aquellos niños que cumplían un puntaje inferior a 9.

El grupo de estudio fue dividido en dos subgrupos; el grupo A, con puntaje menor de 9, cumplía los criterios de gravedad y estaba formado por 69 RN; el grupo B (n = 140) estaba formado por aquellos RN ingresados que no cumplían los criterios de gravedad establecidos (Puntaje \geq 9). El análisis estadístico expresa los resultados al comparar los tres grupos: grupo de control (n = 124), grupo B sin criterio de gravedad (n = 140) y grupo A con criterio de gravedad (n = 69).

Al considerar los criterios de gravedad, los resultados fueron los siguientes:

Para los factores 1 y 2 relacionados con las primeras 24 h de relación madre-hijo y el momento inicial de la primera relación, se aprecian d.e.s. en los grupos de RN ingresados al separarlos por criterios de gravedad, al igual que frente al grupo control. Aquellas madres cuyos hijos presentan un patología de mayor gravedad presentan una demora en el inicio de la relación madre-hijo (Tablas XXXVII y XXXVIII).

TABLA XXXVII. FACTOR 1. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	129.7730	64.8865	105.8338	0.0000
DENTRO DE LOS GRUPOS	202.2270	0.6128		

	GRUPO A	GRUPO B	CONTROL	MEDIA
GRUPO A				-1.0101
GRUPO B	P < 0.05*			-0.1628
GRUPO CONTROL	P < 0.05*	P < 0.05*		0.7049

* Diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ese nivel de significación.
 A: GRUPO DE ESTUDIO CON CRITERIO DE GRAVEDAD.
 B: GRUPO DE ESTUDIO SIN CRITERIO DE GRAVEDAD.

TABLA XXXVIII. FACTOR 2. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	12.9512	6.4765	6.6979	0.0014
DENTRO DE LOS GRUPOS	319.0488	0.9688		

	GRUPO A	GRUPO B	CONTROL	MEDIA
GRUPO A				-0.4070
GRUPO B	P < 0.05*			0.1108
GRUPO CONTROL	P < 0.05*			0.0764

* Diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ese nivel de significación.
 A: GRUPO DE ESTUDIO CON CRITERIO DE GRAVEDAD.
 B: GRUPO DE ESTUDIO SIN CRITERIO DE GRAVEDAD.

El factor 3, en relación con sentimientos negativos expresados por las madres presenta d.e.s. entre el grupo de control y el grupo de estudio que no presenta el criterio de gravedad (Grupo B), no apreciándose diferencias entre los demás grupos, tal y como se expone en la tabla XXXIX.

TABLA XXXIX. FACTOR 3. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	12.6783	6.3392	6.5511	0.0016
DENTRO DE LOS GRUPOS	319.3217	0.9676		

	GRUPO A	GRUPO B	CONTROL	MEDIA
GRUPO A				-0.4079
GRUPO B			P < 0.05 *	0.1108
GRUPO CONTROL				0.0764

* Diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ese nivel de significación.
 A: GRUPO DE ESTUDIO CON CRITERIO DE GRAVEDAD.
 B: GRUPO DE ESTUDIO SIN CRITERIO DE GRAVEDAD.

El factor 4 y el factor 5 no presentan d.e.s. al considerar los grupos según criterios de gravedad (Tablas XL y XLI). Por último, en el factor 6, relacionado con los sentimientos de perder al niño, se aprecian d.e.s. al comparar el grupo control con el grupo de estudio sin criterio de gravedad (Tabla XLII).

TABLA XL. FACTOR 4. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	0.3538	0.1769	0.1760	0.8387
DENTRO DE LOS GRUPOS	331.6462	1.0050		

NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA EL NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05.

TABLA XLI. FACTOR 5. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	2.2136	1.1068	1.1075	0.3316
DENTRO DE LOS GRUPOS	329.7864	0.9994		

NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA EL NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05.

TABLA XLII. FACTOR 6. ANALISIS DE VARIANZA. CRITERIOS DE GRAVEDAD.

	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	RELACION DE LA F	PROBABILIDAD
ENTRE GRUPOS	6.9238	3.4619	3.5143	0.0309
DENTRO DE LOS GRUPOS	325.0762	0.9851		

	GRUPO A	GRUPO B	CONTROL	MEDIA
GRUPO A				-0.0188
GRUPO B				-0.1429
GRUPO CONTROL		P<0.05*		0.1778

* Diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ese nivel de significación.

A: GRUPO DE ESTUDIO CON CRITERIO DE GRAVEDAD.

B: GRUPO DE ESTUDIO SIN CRITERIO DE GRAVEDAD.

3. ANALISIS DE VARIABLES EXPLICATIVAS

a. GRUPO DE ESTUDIO vs. GRUPO CONTROL

La parte final del estudio ha sido el análisis estadístico (ANOVA) referido a los seis factores de los ítems principales obtenidos del análisis factorial del cuestionario, en los diferentes grupos de estudio planteados (Grupo control, grupo A y grupo B) y frente a las variables explicativas seleccionadas de las características clínico-asistenciales mediante el análisis χ^2 (Tablas XXVIII y XXIX).

Las variables explicativas analizadas fueron: la paridad como indicativa de gestaciones previas, los antecedentes perinatales negativos (mortinatos, pretérminos y abortos), el control de embarazo y las características eutócicas del parto, la aceptación de la gestación, y el estado civil.

Frente al factor 1, las primeras horas en la relación madres-hijo, la variable explicativa que encontramos relacionada en el estudio es la característica eutócica del parto (Tablas XLIII y XLIV).

En el factor 2, que define el momento de la primera relación entre la madre y el hijo, las variables explicativas que presentaron significación estadística fueron: el control del embarazo, las características eutócicas del parto, el estado civil y la aceptación de la gestación (Tablas XLV y XLVI).

En el factor que agrupa los sentimientos negativos (factor 3) las variables que presentan significación estadística son el control del embarazo, las características eutócicas del parto, y el estado civil (Tablas XLVII y XLVIII).

En el factor 4, que agrupa los ítems del cuestionario que reflejan los sentimientos positivos, de las variables explicativas propuestas, las que presentan significación estadística en el análisis el control del embarazo y las características eutócicas del parto (Tablas XLIX y L).

Para el factor 5, considerado como aquel que se compone de los ítems relacionados con la sensación de capacidad de la madre para afrontar la crianza, la única

variable explicativa de las propuestas que presentó significación estadística ha sido la paridad (Tablas LI y LII).

Ninguna de las variables explicativas propuestas presentó significación estadística en el factor que se relacionaba con el miedo a perder a los hijos (Factor 6) (Tablas LIII y LIV).

En la tabla LV se muestran, de forma resumida, las variables explicativas que han presentado significación estadística para cada uno de los factores.

**TABLA XLIII. FACTOR 1. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	3.2520	0.0399
RIESGO PERINATAL	0.0406	0.8405
CONTROL DEL EMBARAZO	2.3425	0.1268
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	97.8441	0.0000
ESTADO CIVIL	0.0842	0.7718
ACEPTACION DE LA GESTACION	2.6032	0.1076

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA XLIV. FACTOR 1. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	2.968	0.053	137.721	0.000
RIESGO PERINATAL	1.229	0.268	139.836	0.000
CONTROL DEL EMBARAZO	0.023	0.880	135.132	0.000
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	93.631	0.000	134.691	0.000
ESTADO CIVIL	1.126	0.289	140.329	0.000
ACEPTACION DE LA GESTACION	1.195	0.275	136.702	0.000

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

TABLA XLV. FACTOR 2. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS: GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	0.5203	0.5949
RIESGO PERINATAL	0.0123	0.9116
CONTROL DEL EMBARAZO	10.0207	0.0017
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	5.2564	0.0225
ESTADO CIVIL	5.4480	0.0202
ACEPTACION DE LA GESTACION	4.7221	0.0305

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

TABLA XLVI. FACTOR 2. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS: CRITERIOS DE GRAVEDAD.

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	0.490	0.613	1.089	0.298
RIESGO PERINATAL	0.000	0.931	1.158	0.283
CONTROL DEL EMBARAZO	9.232	0.003	0.325	0.569
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	4.585	0.033	0.501	0.480
ESTADO CIVIL	4.944	0.027	0.657	0.418
ACEPTACION DE LA GESTACION	4.408	0.037	0.862	0.354

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

TABLA XLVII. FACTOR 3. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS: GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	1.8002	0.1669
RIESGO PERINATAL	0.2970	0.5861
CONTROL DEL EMBARAZO	12.7951	0.0004
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	13.4428	0.0003
ESTADO CIVIL	9.3137	0.0025
ACEPTACION DE LA GESTACION	0.0310	0.8603

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

TABLA XLVIII. FACTOR 3. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS: CRITERIOS DE GRAVEDAD.

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	0.197	0.821	0.230	0.632
RIESGO PERINATAL	0.927	0.336	13.094	0.000
CONTROL DEL EMBARAZO	9.424	0.002	9.132	0.003
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	19.782	0.000	18.817	0.000
ESTADO CIVIL	7.269	0.007	10.439	0.001
ACEPTACION DE LA GESTACION	0.182	0.670	12.590	0.000

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA XLIX. FACTOR 4. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	0.2086	0.8118
RIESGO PERINATAL	2.1224	0.1461
CONTROL DEL EMBARAZO	4.4479	0.0357
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	11.1095	0.0010
ESTADO CIVIL	0.4055	0.5247
ACEPTACION DE LA GESTACION	3.3021	0.0701

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA L. FACTOR 4. ANALISIS DE VARIANZA: VARIABLES EXPLICATIVAS.
CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	0.197	0.821	137.721	0.632
RIESGO PERINATAL	2.319	0.129	139.836	0.501
CONTROL DEL EMBARAZO	4.192	0.041	135.132	0.876
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	12.016	0.001	134.691	0.280
ESTADO CIVIL	1.126	0.289	140.329	0.000
ACEPTACION DE LA GESTACION	3.195	0.075	136.702	0.705

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA LI. FACTOR 5. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	10.9385	0.0000
RIESGO PERINATAL	0.9078	0.3414
CONTROL DEL EMBARAZO	0.9290	0.3358
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	1.4863	0.2237
ESTADO CIVIL	3.5982	0.0587
ACEPTACION DE LA GESTACION	2.0789	0.1503

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA LII. FACTOR 5. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	11.012	0.000	0.025	0.636
RIESGO PERINATAL	0.887	0.347	0.001	0.981
CONTROL DEL EMBARAZO	0.911	0.341	0.001	0.976
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	1.582	0.209	0.0115	0.734
ESTADO CIVIL	3.691	0.056	0.129	0.720
ACEPTACION DE LA GESTACION	2.054	0.153	0.001	0.975

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA LIII. FACTOR 6. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
GRUPO DE ESTUDIO vs GRUPO CONTROL.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)
PARIDAD	1.9338	0.1462
RIESGO PERINATAL	0.5749	0.4489
CONTROL DEL EMBARAZO	1.5424	0.2151
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	1.3434	0.2473
ESTADO CIVIL	1.2710	0.2604
ACEPTACION DE LA GESTACION	1.5291	0.2171

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

**TABLA LIV. FACTOR 6. ANALISIS DE VARIANZA. VARIABLES EXPLICATIVAS:
CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

VARIABLE	VALOR DE f	SIGNIFICACION(*)	VALOR DE f FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD	SIGNIFICACION FRENTE AL CRITERIO DE GRAVEDAD(*)
PARIDAD	2.381	0.094	7.220	0.008
RIESGO PERINATAL	0.230	0.632	5.965	0.015
CONTROL DEL EMBARAZO	0.707	0.401	5.470	0.020
CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO	0.574	0.449	5.547	0.019
ESTADO CIVIL	2.088	0.149	7.145	0.008
ACEPTACION DE LA GESTACION	1.147	0.285	5.934	0.015

*Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0.05$

TABLA LV. ANALISIS FACTORIAL. FACTORES Y VARIABLES EXPLICATIVAS RELACIONADAS.

FACTOR	ITEMS INCLUIDOS	VARIABLES EXPLICATIVAS
1	Primeras horas en la relación madres-hijo.	* PARIDAD * CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO
2	Momento de la primera relación madre-hijo.	* CONTROL DEL EMBARAZO * CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO * ESTADO CIVIL * ACEPTACION DE LA GESTACION
3	Sentimientos negativos.	* CONTROL DEL EMBARAZO * CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO * ESTADO CIVIL
4	Sentimientos positivos.	* CONTROL DEL EMBARAZO * CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO
5	Sentimientos de capacidad para la crianza.	* PARIDAD
6	Miedo a perder el niño.	

b. CRITERIO DE GRAVEDAD

Cuando se introduce la comparación entre los tres grupos diferenciados: grupo de control, grupo de estudio con criterio de gravedad (A) y grupo de estudio sin criterio de gravedad (B), las variables explicativas mantienen su significación excepto para la paridad en el factor 1. La diferenciación de los grupos en función del criterio de gravedad justifica el comportamiento de los datos como se detalla a continuación.

La estructura en grupos establecida por el criterio de gravedad, es estadísticamente significativa para todas las variables explicativas en los factores 1 y 6 y para la mayoría de las variables de los factores 2 y 3, no siendo significativa para los factores 4 y 5 (Tablas XLIV, XLVI, XLVIII, L, LII y LIV).

DISCUSSION

A. BRAINSTORMING

El Brainstorming es una técnica cualitativa de actividad creativa basada en la expresión libre de ideas en torno a un tema o problema. Este método productor de ideas que utiliza el trabajo en grupo como soporte y que permite el acercamiento a problemas de difícil concretización, nos ha permitido obtener una visión global de las necesidades que en este tema percibe el personal sanitario y las madres de los recién nacidos ingresados, siendo muy productiva la participación en ambos grupos y a muy bajo coste^{289,305}.

Las madres, tal y como se demuestra en la tabla VIII, fueron una fuente muy rica y valiosa de información, tanto en la identificación de problemas como en la propuesta de soluciones. El uso de técnicas cualitativas como fuente informativa nos ha permitido el conocimiento de algunas de las necesidades sentidas por las madres de los neonatos ingresados en la UN que no hubieran sido detectadas por los sistemas de registros habituales.

Pensamos que las madres son piezas claves a la hora de planificar este tipo de asistencia sanitaria que debe tener como pilar fundamental la atención centrada en el paciente.

Son interesantes de destacar las características diferenciales de esta fase, en las que el colectivo de madres aportó gran cantidad de problemas y proposiciones con una gran riqueza emocional, mientras que, a nuestro juicio, el colectivo sanitario presentó una perspectiva diferente, con una mayor tendencia a enfatizar en los aspectos más organizativos y asistenciales de la cuestión planteada.

Es evidente la similitud en muchos de los puntos expuestos por parte de las madres y del personal sanitario. Así, los sentimientos de angustia y miedo, la ambivalencia y la separación son problemas psicoafectivos sobresalientes para todos los colectivos. Las dificultades organizativas que retrasan el contacto madre-hijo son

también aspectos comunes, pero es destacable que los problemas derivados de la falta de información no parezcan relevantes para el grupo de médicos. Sin embargo, para las madres, el personal facultativo es la fuente principal de información y el conocedor de los problemas que justifican el ingreso de sus hijos en la UN. Uno de los pilares básicos para mejorar la relación entre las madres y sus hijos y la calidad de la asistencia prestada, es la sensibilización del personal sanitario en la importancia de mantener una comunicación fluida y una información completa.

Finalmente es necesario subrayar la importancia de esta técnica cualitativa de análisis en la confección del cuestionario. Gran parte de los items recogidos en él se derivan de la adaptación a una técnica cuantitativa de las preocupaciones y problemas detectados en estos colectivos. Su valor en la definición del problema de estudio y de los aspectos que se relacionan con él nos ha permitido un estudio más preciso, a través del cuestionario, al confeccionar una herramienta que se adecua a las necesidades de la población a la que va dirigida³⁰⁶.

B. ANALISIS DESCRIPTIVO.

Las características socioeconómicas, demográficas y culturales no ofrecen diferencias con otros datos de nuestro entorno³⁰⁷. Desafortunadamente existe un alto nivel de analfabetos reales y funcionales de nuestra muestra. Estos datos son relevantes y justifican la recogida de información mediante entrevista personal sobre cuestionario, y no mediante autocumplimiento del mismo. Otros autores, entre ellos Casas²⁹⁸, llegan a conclusiones similares en su estudio comparativo de cuestionarios frente a entrevista personal, considerando la entrevista personal un método más adecuado en situaciones de nivel cultural bajo.

Teniendo en cuenta que el intervalo de edad de la población considerada en nuestro estudio es relativamente joven al tratarse de mujeres en período fértil, los datos anteriores nos parecen de importancia, ya que la problemática del analfabetismo y el bajo nivel cultural y social es un punto de enorme interés en la salud, fundamental para un óptimo desarrollo del individuo desde edades muy tempranas.

El bajo nivel educativo se ha relacionado con menores niveles en la utilización de servicios, peores accesos a las diferentes prestaciones y mayor desconocimiento de las prácticas que favorecen un estado saludable en la gestación y en el período perinatal. Así, McGaughey¹¹², cuando estudia los factores que influyen en el entorno social de los niños pretérminos considera que el nivel de educación materna es fundamental para clasificarlos en grupos de alto o bajo riesgo. Las madres por debajo del nivel de bachillerato, la mayor parte de nuestra muestra, son las que presentan los niños con más riesgos. Escalona¹¹⁷, comparando los riesgos en cuanto al desarrollo en sus fases iniciales de los factores biológicos y sociales, llega a conclusiones similares. Para Hunt³⁰⁸, en un estudio a largo plazo sobre el papel del status familiar y la enfermedad neonatal en niños de bajo peso al nacimiento considera que, si bien el patrón de normalidad lo define el estado al nacimiento, el grado de deficit alcanzado va a depender en gran parte de la educación de los padres. Resnick¹⁸⁹, demuestra en su estudio sobre intervenciones para el desarrollo que el apoyo y la educación a los padres proporciona

al grupo de estudio mucha menores tasas de retrasos neuroconductuales. Parker²¹⁴, obtiene datos similares en su estudio sobre intervenciones para el desarrollo en niños de madres con bajo nivel socioeconómico.

Es evidente que en nuestra UN, en la que el grado de analfabetismo, tanto real como funcional, alcanza a un tercio de la población, con poca o ninguna cualificación en el empleo, estas consideraciones son de indudable valor. Al problema del nacimiento de un hijo enfermo o muy pequeño y su ingreso en la UN se suma el ambiente sociocultural y la escasez de recursos. Estos niños tendrán soportes psicoafectivos de menor calidad, y el acceso a los recursos sanitarios será probablemente menor. El soporte social y la educación sanitaria en nuestra población debe considerarse una necesidad básica a la hora de planificar estrategias sanitarias para el desarrollo y expectativas a largo plazo de estos niños. La implicación de colectivos e instituciones sanitarias así como de ayuda y formación social en este tema es fundamental.

Las variables clínicas maternas mostraban un mayor índice de antecedentes personales desfavorables en la población de estudio, siendo el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas de abuso) similar a otros trabajos de nuestro entorno⁶⁴. El 4% de la población encuestada refiere el antecedente de consumo de drogas, siendo una cifra preocupante al considerarse un importante problema de salud para la madre, con importante repercusión para el feto, derivados de la propia exposición al tóxico y del ambiente sociocultural más desfavorecido que generalmente envuelve a estas personas³⁰⁹. La atención a estos grupos con especiales necesidades sanitarias y sociales, sigue siendo prioritaria desde el punto de vista de la prevención y tratamiento del consumo de tóxicos en la gestación.

El control del embarazo fue inferior en el grupo de estudio frente al control. El nivel de madres que refirieron no haber controlado su embarazo fue de un 10% para el grupo de estudio. Aunque estas cifras son muy inferiores a las presentadas por otros autores^{126,135}, con cifras superiores al 50%, nosotros consideramos el porcentaje de embarazos no controlados registrados en nuestro estudio elevado, si partimos de la base de un sistema de salud que cubre al 100% de la población^{60,105,125}.

Respecto al tipo de parto, en nuestro estudio, hemos apreciado frecuencias algo mayores en la incidencia de distocias en el parto en el grupo de estudio frente al grupo control (49.7% vs. 38.4%). Autores como Klaus y Kennell^{3,135} han descrito las

características del parto como fundamentales en el desarrollo de problemática relacional en el ingreso en la UN. Sin embargo, estas opiniones no son compartidas por otros investigadores como Rosenfield²¹⁰ o Linch¹⁰⁷ que no encuentran el tipo de parto como un factor determinante en su estudio sobre los aspectos implicados en el desarrollo infantil y su consecuencias a largo plazo.

La incidencia del embarazo en la adolescencia no muestra diferencias entre el grupo de estudio (7.2%) y el grupo control (6.5%) y ello es debido a las similitudes socioeconómicas y culturales que existen entre ambos grupos y que se comentaron anteriormente. Datos similares son aportados por Aubry⁸⁶ en su trabajo sobre los niveles de aceptación de la gestación y de los niños en madres adolescentes.

La frecuencia del embarazo en la adolescencia es difícil de precisar, variando las cifras en relación con las distintas series publicadas. Así, por ejemplo, nuestros datos aportan cifras superiores a las recogidas por Pascual en nuestro país^{310,311}, similares a las publicadas por Jiménez⁸⁸, e inferiores a las recogidas por Levine³¹² que las sitúa en torno a un 10% de los embarazos.

La problemática de la madre adolescente en general y en relación con el ingreso en la UN en particular es compleja, al combinar una situación tan abrumadora como la gestación en un individuo con insuficiente madurez y recursos psicológicos para afrontarla y el ingreso del niño en la UN. La consideración de los aportes psicoafectivos, sociales y sanitarios como fundamentales en el apoyo a las madres y comentadas en relación a las características socioculturales son igualmente válidos aquí. La madre adolescente, por su edad, tiene menor nivel cultural, cualificación profesional y estabilidad económica, familiar y afectiva. De nuevo el apoyo psicosocial y la educación se convierte en un pilar básico en la resolución de este problema^{112,189,214}.

Aunque la mayoría del personal sanitario reconoce el beneficio que reporta a la mujer estar acompañada durante el proceso del parto por sus seres queridos, existen en los hospitales obstáculos de diferente naturaleza, tales como falta de espacio o falta de intimidad, que contribuyen a la existencia de criterios restrictivos a la hora del acompañamiento en el parto, a pesar de que la mayoría de las mujeres expresan esa necesidad. Aunque existe un reconocimiento generalizado de la importancia del padre en el parto, hay autores que opinan que la progresiva tecnificación de la práctica obstétrica, con mayor tendencia al parto instrumental, impide que éstos accedan, ya que

este tipo de partos no se consideran apropiados para que se encuentre presente el padre³¹³.

Este debiera ser un punto de reflexión que remarcase la necesidad de una mayor integración y coordinación de la atención primaria con el hospital, incluyendo cursos de formación, protocolos de actuación conjunto, etc., de manera que aquellas mujeres que acuden a los programas de planificación familiar, donde se les insiste sobre la necesidad del parto compartido y el apoyo de su pareja, no vean después frustradas sus expectativas en el momento de la llegada al hospital al impedirse la entrada de su pareja para compartir la experiencia de tener un hijo.

En nuestro estudio, es de destacar el escaso número de padres que pudieron estar presentes en el momento del parto, tanto en el grupo control (12.9%) como en el grupo de estudio (4.8%). La idea que se refleja es la escasa participación real de la pareja en el parto, a pesar de las recomendaciones globalmente aceptadas por organismos internacionales que defienden los derechos de los padres a participar en el parto de sus hijos^{23,24,45,131}. Todo ello conlleva un problema de fondo en la atención integral al parto, ya que el padre, dada su vinculación afectiva previa, brinda un apoyo psicológico que, a la mayoría de las mujeres, le es imprescindible y que difícilmente puede suplir el personal sanitario.

Algunos autores, como Sosa¹²⁶, Klaus y Kennell^{135,137} defienden la conveniencia de una figura "familiar" o "doula" por los efectos positivos que encuentran sobre los problemas en el parto, presentando incluso un menor índice de cesáreas. Klaus y Kennell⁴⁵, dan importancia a la figura del padre aportando que, cuando se les permite interactuar con sus hijos tras el parto, mejora sustancialmente el potencial de cuidados que éstos son capaces de aportar. Las dificultades metodológicas en el estudio de la relación entre los padres y sus hijos, que también se producen en nuestro caso, explican la escasez de trabajos sobre el tema, como recoge Sameroff³⁰.

Nuestros resultados reflejan una escasa atención a la figura del padre que sería mejorable sólo mediante la adecuada sensibilización del personal que se encarga de la atención al parto. Indudablemente otros factores tales como salas de parto más amplias, mayor dotación profesional, formación especializada, etc., serían también de gran valor.

Las variables clínico-asistenciales de los niños permitieron establecer una escala para clasificarlos por el criterio de gravedad que hemos considerado en apartados anteriores (Tabla VII), concordante con las valoraciones propuestas por diversos autores aunque modificado para adaptarlo a las características de nuestra muestra. Aunque sin indicaciones pronósticas de ningún tipo, creemos que el criterio de gravedad planteado cumple el objetivo de diferenciar aquellos niños que más problemas hallan podido plantear durante sus estancias. Una clasificación dicotómica como la que presentamos puede ser criticable, ya que el criterio de "gravedad" probablemente sea un "continuum" difícil de fragmentar en partes^{56,115,117,155,166,216,250,314,315}.

La patología apreciada en nuestra muestra, estimada a partir de los diagnósticos al alta y procedimientos expuestos con anterioridad y recogidos en las tablas XXI a XXIV, es similar a la reportada en la bibliografía reciente de nuestro país, para una UN de segundo nivel asistencial como la que presentamos³¹⁶. Algunas de las valoraciones aportadas quizás serían aplicables, con las oportunas modificaciones, a UN de características similares.

El grado de satisfacción global de las madres en la UN, fue para la mayoría positivo (El 52,7% se declaró muy satisfecha y el 40.2% satisfecha, con sólo un 7,2% de madres que se consideraban poco o nada satisfechas). Datos similares encontramos en el estudio de Serwint¹⁴⁰ y en el estudio observacional de Harper²⁵⁰. Además, el grado de confianza en el personal de la UN, expresado en los sentimientos que produce que éste se encargue del cuidado de sus hijos, fue alto, ya que la mayoría de las madres se encontraban tranquilas y seguras (79%), confiadas (88%), y no referían celos del personal (80.4%). Los sentimientos de inutilidad, rabia e impotencia secundarios al cuidado de los hijos por otras personas (30.4%, 34% y 33% respectivamente) tampoco fueron mayoritarios. Estos datos concuerdan con la estimación global positiva que presentamos. El grado de satisfacción global refiere, en parte, las relaciones interpersonales que se establecen entre la madre y el hijo y los distintos miembros del personal que los atiende y va más allá de la atención puramente asistencial, incluyendo otros aspectos de carácter social o emocional tales como el respeto a la mujer, el apoyo psicológico, la cordialidad en las relaciones, la comprensión y el ánimo.

Estos datos no deben, sin embargo, ser interpretados con excesivo entusiasmo. La tendencia de las madres a ser complacientes con el entrevistador y la intuición por la proximidad del alta, deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Se recoge claramente un mayor grado de satisfacción con el personal de enfermería frente al personal médico, probablemente debido a un contacto más estrecho y más disponibilidad de las enfermeras frente a los facultativos, como aporta Waserman¹⁴⁹. Estos datos son parejos a las apreciaciones recogidas también a través del cuestionario, en las que hasta un 15% de las madres referían no haber tenido relación con el médico encargado de su hijo durante su estancia hospitalaria.

Dentro del grado de satisfacción, la información que reciben las madres sobre la evolución del estado de su hijo y las diferentes actuaciones sanitarias es uno de los aspectos fundamentales de la atención, que debido a su importancia se ha reflejado en el cuestionario en items aparte. Respecto a la información recibida hay que observar que un colectivo pequeño (7.7%) pero a nuestro juicio importante, de madres refirieron no haber recibido información alguna sobre sus hijos hasta el momento del alta, o bien ésta había tenido lugar muy tardíamente. Ello es parejo a otras situaciones encontradas en la literatura tanto nacional como internacional y pone de manifiesto el escaso contacto que a veces se establece entre los encargados de la asistencia sanitaria y las familias^{209,222}. Esto es producto en parte por diferencias en los horarios de trabajo, dificultades organizativas, falta de planificación, sobrecarga de trabajo, escasez de reuniones, etc. y en parte, porque el personal sanitario suele estar preocupado por ofrecer una elevada calidad asistencial y a veces se olvida de la información al familiar, lo que contribuye a aumentar la sensación de dependencia y vulnerabilidad.

Las valoraciones anteriores apoyan la interpretación de la información como un índice de calidad de la asistencia y un factor determinante en el grado de satisfacción final por parte de las familias.

El trabajo de Martín²⁴⁶, sobre alta precoz en niños de bajo peso en el que el establecimiento de una unidad abierta con asistencia a los padres durante 24 horas al día presenta una tasa de satisfacción del 100% es un buen ejemplo de lo anterior.

Aunque el pediatra debe de ser el informador directo, en nuestro estudio un importante porcentaje de madres (39.7%) fueron informadas a través de terceras personas. Esto último va en contra del establecimiento de una buena relación entre pediatras y madres, dificultándose el desarrollo de una relación de mutua confianza. Por otra parte, la desvirtuación de la información que proporcionan otros informadores diferentes del médico redundando indudablemente en expectativas poco realistas sobre los

propios hijos. Además, hasta un 22.5% de las encuestadas manifestaron no haber comprendido adecuadamente la información recibida. Las características culturales, que son siempre importantes en estos fenómenos, se añaden a lo considerado anteriormente. El flujo de comunicación real con las madres puede hallarse entonces en niveles muy bajos tal y como refieren otros autores^{126,151,154,208,220}. El trabajo de Ostfeld²⁴⁷, que recoge los principales problemas que se plantean en la hospitalización en la UCIN refleja la escasez de comunicación, información y falta de planificación del alta como las quejas más frecuentes.

Una información clara, de primera mano y sensible a las necesidades de las madres parece el pilar fundamental en la relación con el personal sanitario, y así está recogido en la literatura, al hablar sobre las apreciaciones del papel de los cuidados y del ambiente social en los niños de alto riesgo en la UN¹⁶⁸ y sus implicaciones sobre las madres⁸⁷.

Las nuevas tendencias en las que padres y pediatras comienzan a trabajar juntos, tienen su punto culminante en el trabajo de Harrison²²³, que a partir del trabajo conjunto de médicos, enfermeras y padres junto con psicólogos y trabajadores sociales, propone los "Principios para el cuidado neonatal centrado en la familia", implicando a la madre en los cuidados de su hijo en la problemática de la UN. Los pediatras y neonatólogos comienzan también a expresarse en el mismo sentido²²², y Hostler⁹⁷ en una extensa revisión sobre las necesidades de los niños en estos entornos, considera como una "Revolución Copernicana" esta nueva concepción que da protagonismo a las familias en la planificación, establecimiento y desarrollo de los cuidados de los niños. La atención centrada en la familia coloca a ésta y no al hospital en el centro de la atención, y en este sentido, en nuestro país comienzan a desarrollarse estrategias de humanización de los servicios de neonatología, con políticas de UN abiertas y contacto con los padres las 24 horas al día, preocupados por reforzar la unión madre-hijo y disminuir los sentimientos de angustia, ansiedad y vulnerabilidad de los padres²⁴⁶.

Otra variable que hemos considerado de interés en el análisis ha sido la entrada directa de los padres en la UN. Desde el trabajo clásico de Klaus y Kennel²³⁶, en el que se refleja una relación directa entre una menor tasa de visitas maternas en niños que fueron posteriormente maltratados, y en donde se defiende la necesidad de UN completamente abiertas y sin restricciones sea cual sea el grado de enfermedad del niño, los datos aportados por diferentes autores en la literatura han sido muy prometedores

al trabajar en UN abiertas^{249,250,252}. Lewis¹⁶⁶ en un estudio donde permitió la entrada de no solo los padres, sino también de hermanos y abuelos durante todo el día, demuestra unos mejores índices de desarrollo infantil y menores tasas de angustia familiar.

Autores como Schwab proponen formalmente la visita de los hermanos²⁸⁴, siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría¹⁷⁰.

En nuestro estudio, el grado de acceso a la UN por parte de los padres lo consideramos bajo (39.2%), y aquellos padres que pudieron disfrutar del contacto directo con sus hijos consideran que el tiempo disponible fue insuficiente. Es ésta pues una diferencia fundamental comparada con otras series.

En contraposición a las UN abiertas están las apreciaciones de Jacobsen¹⁹¹ que propone un protocolo de "cuidados mínimos" de cara a mejorar la supervivencia de los niños de bajo peso al nacimiento basado en la agrupación de técnicas e interacciones para disminuir al mínimo el contacto y el esfuerzo que ello supone. Speidel¹⁸⁰, cuando analiza los efectos de los cuidados de rutina recoge datos similares. Gorsky¹⁹⁶, en su revisión sobre la hospitalización neonatal también recoge estas propuestas aunque llama la atención sobre la delicada línea que se establece entre la hipoestimulación y sus riesgos y el exceso desmedido de tales maniobras.

La posibilidad de que las madres permanezcan ingresadas es recogida por muchos autores dentro de las propuestas para que madres e hijos estén juntos el mayor tiempo posible^{3,252}. Lewis¹⁶⁶, considera que el estado clínico de la madre, y su estancia en el hospital son factores importantes en los patrones de visita a sus hijos en la UCIN, disminuyendo considerablemente cuando éstas eran dadas de alta.

En nuestro hospital, se le ofrece a la madre la posibilidad de ingreso hospitalario, pero esta medida ha sido relativamente poco rentable por las condiciones restrictivas de entrada a la UN en algunos casos y que posteriormente han sido modificadas a la luz de nuestros resultados.

A nuestro juicio ésto representa un importante potencial de trabajo y desarrollo emocional y afectivo desperdiciado. Esto se aprecia en el alto porcentaje de madres encuestadas que expresaban su disponibilidad a trabajar en las actividades propuestas. Más de la mitad de estas madres incluso se encontraban dispuestas para estar

interactuando con sus hijos durante todo el día si ello fuese posible. Gorsky¹⁹⁵, en este sentido, considera la UCIN como un importante lugar para el establecimiento de estrategias de intervención para ayudar a optimizar el desarrollo de estos niños y la adaptación familiar subsiguiente.

Investigadores como Graven¹⁶⁹, sobre todo para bajos niveles socioeconómicos, Fanaroff, Klaus y Kennell²³⁶ y Chiswick¹⁹⁹ cuando revisa las señales que pueden ser indicativas de maltrato en niños deprivados, exponen que un escaso número de visitas en la UN es un indicador de riesgo valioso en el pronóstico de la relación entre la madre y su hijo. En nuestro caso, disponemos de un colectivo dispuesto a la interacción, con una infraestructura de atención organizada, ya que la oferta de ingreso de la madre es una práctica rutinaria, y en la que es posible preparar interacciones de una forma cuidadosamente controlada. El estudio de Shannon²⁴³ recogiendo las percepciones de una muestra de neonatólogos acerca de las posibilidades de intervención en la UCIN muestra que para estos profesionales, el cuidado individualizado y la intervención de apoyo de la enfermería a la familia son los más apropiados y es indicativo de las nuevas concepciones que se están desarrollando en la atención a los niños en el área perinatal.

La tendencia actual en la organización de la atención perinatal se acerca a una forma más humanizada y cercana de la atención, donde sin olvidar el peso de los factores biológicos, se tengan en cuenta los factores psicológicos, sociales y de relación madre-hijo.

Los protocolos de alta precoz, basados en conceptos de salud infantil y de capacidad materna, en los que los RN con buen estado clínico y con madres capaces de aportarles los cuidados necesarios son dados de alta antes de cumplir los criterios de peso clásicos son otra posibilidad que es considerada por algunos autores^{276,277,282} para diferentes pesos al nacimiento y condiciones fisiopatológicas del niño y que precisan de los apoyos hospitalarios que hemos considerado anteriormente.

Los "cuidados de canguro" o "piel con piel", en los que las madres mantienen cerca de sí a sus hijos el mayor tiempo posible y en casos seleccionados incluso con aporte respiratorio y hemodinámico, se consideran muy positivamente por diferentes autores, tanto en sus aspectos psicológicos como fisiológicos^{258,260}. Estas consideraciones se han hecho extensivas tanto para poblaciones de países en desarrollo

como en los plenamente desarrollados. Estas actuaciones también se basan para su realización en la idea de UN completamente abiertas y sin restricciones.

La alimentación al pecho en RN pretérminos menores de 1.500 gr ha sido revisada por diversos autores^{267,317} considerándola una técnica de alimentación segura, observándose incluso que aquellos niños que requieren monitorización continua, en situaciones similares, presentan menores episodios de desaturaciones arteriales y pausas de apnea cuando son alimentados al pecho; presentan una menor ganancia de peso que en los niños alimentados con leche pretérmino pero que se interpreta como secundaria al mayor esfuerzo físico que la lactancia materna necesita. Esta prácticas también requieren de protocolos de cuidados en donde los padres tengan acceso libre a sus hijos y a la UN.

La revisión de Klaus y Kennell³¹⁸ sobre las posibilidades de intervenciones en la UN muestra estas mismas consideraciones y defiende la necesidad de que el contacto entre las madres y sus hijos sea el más intenso y extenso posible. Para Taylor²⁰⁴, en su capítulo sobre vinculación y apego, idealmente la madre debería progresivamente responsabilizarse de la planificación de los cuidados y necesidades de su hijo en la UN adquiriendo la preparación suficiente para asumir completamente esa responsabilidad cuando se vaya de alta a su casa. La mayor dificultad para conseguir este objetivo es la ausencia de estructura en la que las madres puedan acceder a los niños durante todo el día, incluso en la UCIN.

En nuestra UN las posibilidades de intervención son claras, contando con un colectivo dispuesto a la interacción y con unas altas tasas de lactancia materna. Se atiende además, como en la mayoría de las UN, una patología menor que podría controlarse, con las debidas modificaciones estructurales y organizativas, en régimen externo a la UN, en el nido o en las habitaciones de madres. Las ictericias, con la posibilidad de la fototerapia en la propia habitación, bajo supervisión de enfermería y médicos de la UN, observación por riesgo infeccioso que precisan antibioticoterapia hasta descartar o confirmar diagnóstico etc., y que no requieran de asistencia estrecha pueden, ser algunas de esas posibilidades.

Estas prácticas no sólo tienen un papel fundamental en reforzar la relación entre padres e hijos consiguiendo mantenerlos juntos sino que además mejoran la utilización de los recursos de la UN con una mayor eficiencia de los mismos.

Es un dato interesante que un 80% de las madres consideraran que la UN debería estar abierta, similar a los datos aportados por otros autores²⁵⁰. En nuestro estudio, las madres que se oponían a esta medida consideran importante el riesgo de infección y la posibilidad de dañar a sus hijos con su entrada en la UN. Esta situación es referida por autores como de De Chateau y Wiberg en sus trabajos sobre los efectos a corto y largo plazo del contacto extenso de madres e hijos tras el parto^{7,202,203}.

Consideramos que ello es fruto de la falta de información y de adecuado aliento por parte del personal encargado de la asistencia de los niños, por lo que una información más precisa y clara hacia las madres aumentaría esta cifra; de hecho, cuando se les ofrece la posibilidad de una hipotética relación con los hijos dentro de la UN, en la que es el personal el que ha sopesado y aceptado los riesgos de la entrada de las madres en la UN, estas cifras aumentan considerablemente. La disponibilidad de las madres para las actividades propuestas en el cuestionario fue muy alta: dispuestas a alimentarlos (91.9%), a acompañarlos (90.9%), bañarlos (89%) y a cambiarles los pañales (90%). En cuanto al tiempo en que estarían dispuestas a realizar estas actividades la mayoría son partidarias de un tiempo limitado aunque amplio (44.2%), y adaptado al trabajo de la UN (32.7%) (Figuras 29 a 31).

Acerca del debate sobre UN abierta o cerrada para la entrada de los padres, pensamos, junto con otros autores, que la atención integral al niño debe ir dirigida a suprimir las trabas que dificultan la relación madre-hijo fomentando la organización asistencial que lo favorezca. La posibilidad de ingreso de un familiar junto con el niño o el hecho de facilitar a los padres el permanecer el mayor número de horas junto a sus hijos, si así lo desean, genera una interacción positiva que se considera imprescindible a cualquier edad^{30,196} (Figura 28).

De los datos anteriores se desprende el tremendo potencial que suponen las madres en el hospital, dispuestas a la interacción y con la infraestructura necesaria.

Klaus y Kennel⁴⁵ establecieron que la madre era especialmente sensible durante las horas que siguen al parto para establecer un lazo emocional con su hijo recién nacido y recomendaron que el niño debería ser entregado a la madre para mantener un contacto directo piel a piel durante algunos minutos después del nacimiento con el objeto de reforzar la relación posterior.

En nuestro estudio, sólo el 32.1% de las madres cuyos recién nacidos estaban ingresados establecieron un contacto directo en el momento del parto y el 42.1 % en las primeras 24 horas. Datos similares son aportados por otros autores^{202,203}. Los factores que concurren en nuestro caso son: un peor estado clínico de los niños y de las madres y la política de visitas en las que una madre con el parto a últimas horas de la tarde, pasada la hora de la última visita, si ingresa en la UN, no podrá ver a su hijo hasta el día siguiente al mediodía.

Respecto a los sentimientos y actitudes maternos, el porcentaje de madres que refirieron sensación de rechazo hacia el niño fue bajo (3.8%) comparado con otras series³. Sin embargo, no encontrar esta opinión en el grupo de control lo convierte en un dato interesante. Las diferencias expresadas podrían también deberse a un problema de construcción metodológica. En la literatura se refleja un ítem más cercano al concepto de indiferencia, ítem no considerado en nuestra investigación. El establecer un carácter negativo evidente en la pregunta puede que haya impedido que madres que no sentían un especial cariño, pero tampoco rechazaban abiertamente a sus hijos, contestaran afirmativamente a este ítem. Kumar también refiere estos datos¹⁴⁶ y si bien no encuentra rechazo en su estudio sobre los sentimientos maternos y su modificación tras el parto al igual que en nuestro grupo de control, si aporta en sus resultados una alta frecuencia de indiferencia.

La mayor sensación de inutilidad que refieren las madres de los niños ingresados en la UN, que alcanza el 33% frente al 20.2% de las madres de los niños de la maternidad es coincidente con los datos aportados por Linch¹⁰⁷ en su estudio sobre los factores que pueden desencadenar en el maltrato infantil. Para este autor se encuentran dentro de las sensaciones habituales en los primeros momentos tras el parto. No hay diferencias, sin embargo, en sentimientos como el miedo a que sus hijos sean normales, ni a sentirlos extraños o a no ser reconocidos. Ello es debido a que son considerados sentimientos normales en todas las gestantes²⁰⁸.

Respecto a los sentimientos y actitudes maternos hacia el hijo cuando el niño ingresa en la UN, nosotros hemos observado un alto porcentaje de sentimientos negativos tales como miedo, ansiedad, angustia e impotencia por la situación del ingreso del niño, así como miedo a perder al niño.

Estudios previos notificaban los difíciles conflictos emocionales de las madres de los neonatos ingresados^{45,168,195,319}. En situaciones de normalidad, cuando el recién nacido no necesita ingresar, la madre y el niño van a establecer un contacto directo que genera bienestar, seguridad y contigüidad entre ambos; este proceso, queda parcialmente roto cuando el niño ingresa y en algunas ocasiones, va a estar favorecido por la propia intervención sanitaria que, al otorgar prioridad en las medidas de mantenimiento de la vida y con la intención de mejorar la seguridad de los recién nacidos, tiende a interferir con dichas acciones naturales. Las madres sienten miedo de estos niños y a veces se sienten indecisas de cómo responderles ya que creen que no disponen de capacidad para prestarles atención. Al mismo tiempo, la atmósfera de las Unidades Neonatales les asusta¹¹⁷. Estos sentimientos negativos son considerados normales ante una situación previamente no esperada, como es el ingreso del niño.

El hecho de que las madres de la UN tengan mayores dudas sobre su capacidad para cuidar a los niños o que el miedo a perderlos sea más acusado, puede indicar una valoración de estos niños como más frágiles, desvalidos y con perspectivas poco realistas. Graven llega a conclusiones similares¹⁶⁸. Pensamos que esto es debido a una escasa implicación de la madres en el cuidado de estos hijos previo al alta y de un escaso entrenamiento adquirido durante la estancia de los niños en el hospital, problemas, por otra parte, fácilmente solucionables. Así, Minde²⁸⁵, en un estudio con grupos de padres, encuentra claras diferencias en relación a la autoestima y capacidad de autocuidados en el grupo que recibió más información y apoyo por parte de la enfermería frente al grupo control. El autor también recoge mayor satisfacción con la información recibida en el grupo de estudio.

El trabajo de Zeskind⁵⁵, de similares características, demuestra que aquellas madres que más visitaron a sus hijos y más se implicaron con ellos fueron los que menos percepciones negativas presentaron de sus propios hijos. En las condiciones de nuestro estudio, y con la política de visitas expuesta los datos referidos son razonables y lógicos.

En relación a la lactancia materna nuestros datos son muy esperanzadores y así, el porcentaje de niños en la UN que son alimentados al pecho es similar e incluso superior a otras series^{101,102,103}. Este es un elemento básico en la relación madre-hijo y requiere la máxima protección, apoyo y potenciación del entorno que ofrece la UN.

La bibliografía respecto a las cifras de lactancia materna conseguidas en las UN son muy dispares. Así Waterson¹⁰⁰, encuentra en determinadas maternidades cifras de lactancia materna al alta de un 85%. Sin embargo otros autores, recogen cifras de lactancia materna muy inferiores (15%)^{221,320}. Ekwo⁹², establece que el apoyo psicosocial es un pilar básico para alcanzar una alimentación natural y duradera, al analizar los factores que influyen en el inicio de la lactancia natural y su duración.

En un estudio realizado en las maternidades de Barcelona se observa que la disminución de la lactancia que recogen los autores anteriores se está extendiendo también a nuestro país, donde las políticas de apoyo a la lactancia materna no cumplen de manera sistemática las recomendaciones de la OMS^{263,264}.

Consideramos que la lactancia en la UN es un pilar fundamental en la consecución de una armoniosa relación madre-hijo que debe aprovecharse y potenciarse al máximo. La lactancia al pecho supone un contacto estrecho entre la madre y su hijo, aporta sentimientos de capacidad y le da a la madre la posibilidad de sentirse útil alimentando a su hijo. Todo ello contribuye a disminuir el stress y la frustración que supone el ingreso de un hijo en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

La situación física y psicoafectiva de las madres requiere de la existencia de otras personas en las que sentirse apoyadas o ayudadas para superar los momentos difíciles. Las fuentes de apoyo emocional de las madres de niños ingresados en la UN fueron fundamentalmente familiares: la pareja (85.2%) y la propia madre (56.0%). Es interesante destacar que un alto porcentaje de mujeres se sintieron apoyadas por otras madres de recién nacidos que se encontraban en la misma situación. El soporte emocional recibido por el personal sanitario deriva sobre todo del personal de enfermería (53,2%) (Figuras 26 y 27).

Las implicaciones de estos datos son claras. Por una parte justifican el apoyo a la figura del padre en el proceso de acercamiento a un modelo más natural de relación del niño con su familia en el entorno de la UN; por otra parte, pone de manifiesto la importancia de la experiencia de otros padres y madres, al compartir experiencias comunes. Estos "grupos de padres" espontáneos son elementos útiles para mejorar la relación madre-hijo, lo que nos conduce a plantear intervenciones dirigidas a trabajar con grupos de padres en los que debe de integrarse el personal de la UN. El valor del

personal de enfermería implicado en el tratamiento de estos niños y en la problemática de las familias es de gran importancia.

En general, en los grupos de autoayuda los padres, se sienten más competentes en los cuidados del niño y visitaran más el hospital; muchos encuentran consuelo y son capaces de compartir con otros sus propios sentimientos^{3,45,113,285}.

C. ANALISIS COMPARADO Y DE VARIABLES EXPLICATIVAS.

En este punto se consideró la conveniencia de realizar un análisis factorial. Esto permite el acercamiento al problema complejo como el que abordamos, de una forma más objetiva, discriminando una estructura en el cuestionario más cercana a la realidad que la simple enumeración de las contestaciones a determinadas preguntas.

Definimos, además, una serie de "variables explicativas" que permitieran determinar algunos de los factores implicados en este proceso. La selección de estas variables se realizó mediante un análisis de χ^2 de aquellas que presentaban diferencias entre el grupo de estudio y el grupo de control en el estudio de frecuencias frente a cada pregunta del cuestionario que forma parte del análisis comparado; con ello se intenta clarificar el análisis de varianza con aquellas variables explicativas que pudieran aportar diferencias.

En el estudio realizado estimamos como variables explicativas las reflejadas en el apartado de material y métodos y fueron las siguientes:

- 1.- La paridad, como reflejo de experiencia materna anterior.
- 2.- El control del embarazo al reflejar la responsabilidad y el cuidado en el proceso de la gestación.
- 3.- Las características eutócicas o distócicas del parto ya que pueden influir en el nivel de satisfacción o trauma en el momento de la relación madre-hijo inmediata al nacimiento.
- 4.- El estado civil como exponente de estabilidad de la pareja y familiar.
- 5.- El riesgo perinatal previo considerado como antecedentes obstétricos desfavorables (existencia de mortinatos, pretérminos y abortos anteriores).
- 6.- La aceptación de la gestación, que pueda predisponer a una actitud activa previa al parto.

Diferentes autores consideran estas variables, entre otras, de interés en la explicación de las respuestas de las madres a los problemas que plantea el ingreso de un hijo en la UN⁸⁷.

Otros aspectos como el sexo del niño no presentaron diferencias significativas por lo que no fueron consideradas. Datos similares a los nuestros recoge Lewis¹⁶⁶ en sus resultados en una UN sin restricciones.

En nuestro estudio, ni la situación económica ni el nivel cultural mostraron diferencias significativas en ambos grupos para ser consideradas y ello, probablemente se debe a la homogeneidad socioeconómica de la población en estudio. Estos datos son similares a los referidos por diferentes autores respecto al lazo de unión madre-hijo^{49,279} o al analizar los fenómenos ambientales y culturales que tienen importancia en el desarrollo neuroconductual a largo plazo de los niños ingresados en una UCIN¹¹². Otros autores, entre ellos, Escalona¹¹⁷ y Kaye³²¹, perfilan la situación económica como factor influyente.

El acceso del padre al parto no es una variable que muestre diferencias significativas en nuestro estudio, datos recogidos también por Svejda⁴⁹. Esto probablemente se deba al escaso número de padres en ambos grupos como se comentó anteriormente.

El análisis factorial se consideró para los seis primeros factores, en los que se definió una estructura que se estimó lógica y que se detalla en la tabla XXVI.

Estos factores acumulan un 56.5% de la varianza total del cuestionario, valores parejos a los presentados por otros autores en estudios similares. Beckwith⁴² en su trabajo sobre las interacciones que se producen entre cuidadores y niños pretérminos, propone una análisis en 5 factores con un varianza total del 68%. Le Blanc²²⁴, en su estudio comparativo entre madres a término y pretérminos en cuanto a la interacción que realizan, propone una clasificación sobre los dos primeros factores para una varianza total del 54%. Este autor, sin embargo, utiliza una muestra muy pequeña en comparación con la nuestra. Los datos que presentamos son parejos a los anteriores, con la entidad suficiente para ser comentados y discutidos.

En el estudio de los resultados que presentamos, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los items que se refieren a las primeras horas de la relación madre-hijo, definido como Factor 1, en el análisis de varianza. Cuando se compara el grupo de estudio frente al control, las madres de los niños ingresados en la UN establecen una relación más tardía con sus hijos.

Diferentes autores opinan que las primeras horas tras el parto juegan un papel fundamental en el establecimiento del vínculo madre-hijo. Desde los trabajos clásicos de Klaus y Kennell⁸², donde los autores aprecian diferencias entre los recién nacidos pretérminos y a término en el establecimiento de la relación materno-filial, a partir de la comparación de observaciones filmadas, y del estudio de De Chateau^{202,203} donde se observan diferencias en la interacción al mes del parto en madres que habían tenido la oportunidad de contactos mantenidos en fecha inmediata al parto, se han ido aportando datos similares en la literatura^{33,89,110,215}.

Frente a ellos, autores como Lamb, en una extensa revisión⁹⁴, no está de acuerdo con la consideraciones de que las primeras horas tras el nacimiento jueguen un papel importante en la relación madre-hijo a corto o medio plazo, y basa su crítica, sobre todo, en valorar los estudios revisados como carentes de rigor en la metodología utilizada en unos casos o en la posibilidad de que dicha interpretación pudiera ser atribuible a otras características diferentes de la relación precoz en otros. Svejda y cols.⁴⁹ no observan diferencias en cuanto al contacto precoz, y Goldberg⁵³ en otra revisión sobre el mismo tema es incapaz de demostrar la veracidad de estas proposiciones. Siegel²³³, tampoco encuentra diferencias en su trabajo de seguimiento a largo plazo de niños y madres que recibieron contacto precoz tras el parto frente a los que no lo recibieron.

Es este uno de los puntos de conflicto más interesante de la bibliografía ya que los autores criticados por Lamb, en un trabajo conjunto, han defendido la veracidad de sus hipótesis y el rigor de su metodología²³⁷, y consideran nuevamente que las primeras horas en la relación entre la madre y su hijo son fundamentales en el establecimiento de patrones de desarrollo adecuados.

De los datos presentados por nosotros, sólo podemos afirmar que existe un contacto madre-hijo más tardío, pero el análisis del tipo de relación materno-filial establecido en ambos grupos no es medible en nuestro diseño. Consideramos, sin embargo, que en aquellos casos en los que la situación clínica del niño y de la madre lo

permitan, se debe de fomentar más cuidadosamente la relación muy precoz entre la madre y el niño, iniciándose en el mismo paritorio.

Las características del parto recogidas en nuestros datos, en los que se aprecia una mayor incidencia de partos distócicos en las madres de los recién nacidos que precisaron ingreso y consecuentemente mayores dificultades para establecer contactos, junto con las valoraciones realizadas sobre las visitas en la UN que son más restrictivas, expresadas con anterioridad en el análisis descriptivo, explican las diferencias encontradas en ambos grupos.

Cuando además se compara el grupo de control con el grupo de estudio, y se introduce el criterio de gravedad, estas diferencias se mantienen e incluso se diversifican entre los tres grupos por separado. Interpretamos estos datos como una graduación en el establecimiento de esta relación. Estos grupos se comportan de forma diferente si los separamos por los criterios de gravedad establecidos. Es importante considerar que existen diferencias entre el grupo de control y los niños ingresados que no presentan criterio de gravedad, con lo que no debería descargarse toda nuestra energía en un grupo de niños "más graves". Es un error no considerar aquellos casos en los que la vida no corre peligro, pero en los que la relación madre-hijo está igualmente dificultada y probablemente menos justificada.

En este factor 1, que se relaciona con las primeras horas en la relación que se establece entre la madre y su hijo, la variable explicativa que se relaciona estadísticamente con las diferencias encontradas, son las características eutócicas del parto. Los partos distócicos presentan distinta actividad durante los mismos, la patología post-parto y las técnicas obstétricas así como la anestesia, que van a condicionar, en mayor o menor medida, la primera relación madre-hijo. Madres con partos muy dificultosos o prolongados, operatorios o que requieran anestesia, estarán en desventaja para establecer interacciones. A pesar de que otras variables no son estadísticamente significativas en la explicación global del factor, la separación en grupos por criterio de gravedad, es la que determina la distribución de los datos. Todas estas consideraciones están de acuerdo con las afirmaciones de Klaus y Kennell³, que opinan que las propias características del parto y la patología asociada son fenómenos determinantes en el establecimiento de las primeras interacciones entre las madres y sus hijos.

Estamos de acuerdo, a modo de resumen, con las opiniones de Macfarlane, en su libro dedicado a la psicología del nacimiento, en el que afirma que hay un período de duración no especificada después del nacimiento, en el desarrollo de las relaciones entre padres, madres y niños en el que la separación puede ser perjudicial. Estas relaciones, sin embargo, también estarán condicionadas con la situación clínica del niño al nacimiento. Aunque estas tensiones se mantienen durante un tiempo variable, un entorno relativamente sano permitirá que poco a poco se diluyan y desaparezcan³¹³. De esta forma, pequeños cambios en la política de visitas a la UN, y una diferente actitud frente al ingreso de un nuevo niño en Neonatología, pueden tener efectos muy positivos sobre la relación inicial.

Frente al factor 2, que agrupa los items del cuestionario relacionados al momento preciso de esa primera relación, no encontramos diferencias cuando comparamos los grupos de forma global. Sin embargo, cuando el criterio de gravedad es considerado en el análisis si se aprecian diferencias entre ambos grupos con y sin criterio de gravedad. También frente al grupo de control con el grupo de mayor gravedad pero no con aquel que no presentaba ese criterio. Estos datos también son interpretables como debidos a una peor relación en el momento del parto y dificultad para la entrada en la UN, donde los niños de mayor gravedad son los candidatos a presentar mayores problemas como necesidad de intubación, canalización arterial o venosa central, mayor inestabilidad hemodinámica, etc., Klaus y Kennell⁴⁵, llegan a conclusiones similares.

Nuestros datos son parejos con la hipótesis de autores como McGaughey¹¹² y colaboradores, en su trabajo sobre los efectos relacionados con la vulnerabilidad de los niños de bajo peso y sus factores de riesgo social, que consideran que el aspecto externo del niño, apariencia, gravedad y los sistemas de monitorización que rodean al niño son factores a tener en cuenta. En los niños que cumplen criterios de gravedad, estos factores sin duda son de peso al ser los más pequeños, los más vulnerables y los que precisan de mayores medidas de soporte vital.

En relación a este factor 2, que pretende considerar el momento preciso de la primera relación entre el hijo y su madre, cuatro variables explicativas se encuentran implicadas en el análisis de los datos: el control de embarazo, las características del parto, el estado civil y la aceptación de la gestación. El control del embarazo es importante ya que supone una actitud de atención al futuro hijo previo al momento del parto, procurando aportar aquellos cuidados que de alguna forma redundan en el

bienestar del RN. Refleja la implicación de los futuros padres en la crianza, y una actitud positiva hacia el cuidado de su hijo; ello no implica, que aquellas madres que no han controlado el embarazo tengan peores percepciones de aquellas que sí lo controlaron, como se ha demostrado por algunos estudios^{3,45,168}

Las características eutócicas del parto, al igual que en el primer factor que hemos considerado anteriormente, son decisivas para establecer relaciones placenteras desde el inicio y es la segunda de las variables explicativas implicadas. De ahí la importancia de considerar la atención integral al parto de manera que sea lo más placentero posible para el inicio de una relación madre-hijo estable⁴⁵.

El estado civil es otra variable que explica la distribución de los datos, ya que una situación familiar estable es fundamental en las relaciones que se producen entre las madres y sus hijos, al ofrecer un entorno más favorable a la interacción y a la superación de los handicaps que produce el nacimiento de un niño pretérmino o que requiere ingreso en la UN por cualquier otra razón. Lewis¹⁶⁶ aporta datos similares cuando analiza los factores que motivan la visita a los niños en la UCIN.

La aceptación previa de la gestación, al implicar esperanzas, fantasías y sentimientos favorables hacia el niño es otra de las variables implicadas. Pensamos que madres que desean a su hijo desde el primer momento, o en las que existe una aceptación del embarazo, se encuentran en mejor actitud para afrontar una situación de ingreso del niño al nacimiento no esperada. Otros autores no consideran, sin embargo, estos factores en el establecimiento de diferencias en la relación inicial madre-hijo¹²³.

En relación al factor 3, compuesto por los ítems que agrupan los sentimientos maternos negativos, se encuentran diferencias significativas cuando comparamos los dos grupos. Estos datos son concordantes con la hipótesis de que las madres con hijos en la UN se encuentran inmersas en una situación de confusión, no planteada previamente, que no ha permitido una adaptación adecuada y con visiones por parte de éstas poco optimistas frente al problema del ingreso y de las causas que lo han motivado. El estudio de Zeskind⁵⁵, en el que permite la visita sin restricciones a la UN de las madres, e incluye un grupo de estudio con asesoramiento y apoyo adicional, muestra una mayor tasa de percepciones negativas en estas mujeres. Sin embargo el pronóstico en relación al desarrollo que las propias madres hacen de sus hijos es más favorable a largo plazo. Un contacto estrecho con los hijos en la UN, y con el personal

sanitario que está al cuidado de su hijo, permitiría a las madres tener una perspectiva más real de los problemas de sus hijos adaptándose de forma más eficaz a sus necesidades¹¹⁶.

Cuando se introduce en la comparación de este factor el criterio de gravedad se produce un hecho en principio contradictorio, ya que las diferencias que encontramos se producen entre el grupo de control y el grupo de estudio sin criterio de gravedad, pero no entre los demás grupos.

La interpretación de este fenómeno es compleja. Por una parte podría suponer el fruto de una mayor adaptación de las madres de los niños más graves de forma que las necesidades maternas están más centradas en el pronóstico de vida del niño, que en sus propias necesidades de interacción quedando, de esta manera, en un segundo plano la situación de stress y angustia materna. Autores como Graven¹⁶⁸, y Benfield²⁰⁶ en su estudio sobre las respuestas de las familias a los traslados de los niños muy enfermos a unidades de referencia neonatales reflejan opiniones similares.

Por otra parte, el hecho de que los sentimientos maternos negativos en nuestro grupo de estudio sean más intensos en las madres del grupo de niños sin criterios de gravedad, puede estar reflejando el paso del tiempo desde que estos fenómenos se produjeron. Autores como Kumar¹⁴⁶, consideran que estos sentimientos son pasajeros, y que se establecen en un corto plazo de tiempo. Los sentimientos maternos negativos en las madres de los niños graves pudieron ser evidentes en un período inicial de la interacción y haber pasado hace tiempo; las madres de los niños con criterio de gravedad fueron encuestadas más tarde. Ello es debido a que los niños más graves o más pequeños son los que presentan estancias hospitalarias más prolongadas por lo que la secuencia temporal ha podido variar desde entonces al haber sido realizada nuestra encuesta al alta en todas las madres. Klaus y Kennell⁴⁵ aportan datos similares al considerar que desde el momento del nacimiento hasta unos meses después, estos sentimientos son variables y cambiantes. En este supuesto sería el diseño metodológico el que produciría estas diferencias, asumiéndose el sesgo del factor tiempo en estos factores.

Por último, para Sameroff³⁰, en su capítulo sobre las necesidades psicológicas de las madres en la interacción madre-hijo estaríamos simplemente ante un proceso de adaptación más o menos fisiológico que se produce con el paso del tiempo en los lazos

emocionales. En la madre se producirían muchos ciclos de actitudes positivas y negativas, dependientes de multitud de variables entre las que se encuentran el stress en el parto y el propio temperamento materno. En los niños más graves, se trata de madres en las que ha pasado mucho tiempo desde que el parto ha ocurrido, con lo que el ciclo ha podido cambiar. Los que presentaron menores criterios de gravedad, al llevar menos tiempo, todavía pueden encontrarse en una fase negativista. Para este autor hay que reseñar que estos hechos son independientes de la patología del niño. De acuerdo con él, Russell¹²² en su trabajo sobre los orígenes de la vinculación, donde valora los comportamientos maternos de interacción durante el primer año, afirma que éste es cambiante desde el primero al noveno mes de vida, en función de acontecimientos que no son del todo conocidos en la actualidad.

En el estudio observacional de Harper²⁵⁰, en una UCIN sin restricciones para las visitas, los niveles de ansiedad materna y paterna disminuyen conforme mejor es el conocimiento que éstos tienen de la UN. Esta puede ser, en nuestro caso, una de las razones de los datos que aportamos ya que las madres de los niños con mayor problemática son las que presentan mayores estancias y así como parte del criterio de gravedad se incluyó como una puntuación máxima la estancia superior a los 15 días (Tabla VII). El estudio de Sarman¹⁶⁷, en donde comparan sentimientos maternos en pretérminos cuando se encuentran en incubadoras o en cunas térmicas, con métodos de contacto piel con piel, presenta mejores valoraciones para estas últimas técnicas y apoya esta hipótesis.

Para el factor 3, relacionado con los sentimientos maternos negativos, las variables explicativas que se determinan en nuestro análisis son el control del embarazo, las características eutócicas del parto, y una situación familiar estable.

Estas variables, son consideradas por diferentes autores fundamentales en la imagen y vivencias que van formando las madres de sus hijos. La estructura por criterio de gravedad explica las diferencias frente a estas variables. Kumar¹⁴⁶, de acuerdo con estos datos, en su trabajo sobre la aparición de la afectividad en las madres hacia sus hijos, encuentra que un factor claramente implicado en la aparición de este fenómeno es que el parto sea eutócico y sin dolor. En aquellas madres con mayores percepciones molestas del parto es donde se retrasa más la aparición de la afectividad, con sentimientos más negativos hacia el niño.

La situación familiar, al igual que comentábamos para el factor anterior respecto a su influencia en la primera relación que se establece con el hijo, es un factor implicado. No sólo es importante una relación familiar estable para afrontar la situación de stress que supone el ingreso en la UN y la enfermedad de un hijo sino que, para McGaughey¹¹², la composición familiar segura y estable es también un factor de peso para definir a un niño pretérmino en un grupo de bajo riesgo social como define en su trabajo sobre el tema, con las implicaciones pronósticas que conlleva. Lewis¹⁶⁶, lo considera entre los factores determinantes en el número de visitas que reciben los niños de la UN, que son un índice indirecto del grado de atención que podrán prestar estos padres a sus hijos.

En la valoración de los items que más se relacionan con sentimientos positivos maternos (Factor 4) también se aprecian diferencias estadísticas que apoyan que estas madres tienen valoraciones más negativas de sus hijos que las que no han pasado por el trauma del ingreso en la UN. En este caso podemos aplicar las consideraciones anteriores al suponer que madres con mayores problemas, partos más complejos, estancias prolongadas y patología más grave, que presentan mayores sentimientos negativos, también presentarán menores valoraciones positivas de su situación. Cuando introducimos el criterio de gravedad en el estudio no se aprecian diferencias significativas.

Las variables explicativas relacionadas con el factor 4 han sido el control del embarazo y las características eutócicas del parto. Las madres que controlaron peor su embarazo y tuvieron una peor experiencia del momento del parto tuvieron sentimientos más pesimistas y menos positivos respecto a sus hijos que aquellas que se han encontrado implicadas en la crianza desde el inicio de la gestación y que han disfrutado de un parto más natural. A favor están las opiniones de Sameroff³⁰ en su revisión sobre el tema.

Para el factor 5, cuyos items se relacionan con las habilidades o sentimientos de capacidad como madres y para aportar los cuidados que sus hijos demandan de ellas, no se aprecian diferencias bajo ninguno de los análisis realizados, con o sin establecimiento de los criterios de gravedad. Ello está de acuerdo con la opinión de diferentes autores que consideran que estos sentimientos son habituales en las gestantes independientemente del resultado final del embarazo. Para Macfarlane³¹³, en su capítulo dedicado a los factores sociales y psicológicos que se relacionan con las experiencias del nacimiento, el hecho del embarazo se vive como una experiencia de

crisis y la gestación actúa como un provocador de tensión. Las diferencias de comportamiento de las madres frente a este stress estarían relacionadas con la adaptación de la mujer al hecho de la gestación en función de su personalidad anterior, y no con los acontecimientos que se producen posteriormente. Otros autores como Linch¹⁰⁷, si encuentran los sentimientos de autocapacidad de las propias madres para la crianza de sus hijos como un factor explicativo diferenciado.

Para el factor 5, la variable explicativa que justifica la distribución de los datos dentro de la muestra es la paridad. Aquellas madres con experiencias anteriores, tanto positivas como negativas tienen una base que les condiciona en el embarazo actual y no ven alterada su capacidad materna en la crianza del niño, aún en el caso de que su hijo precise ingreso, ya que su adiestramiento como madre ha sido efectivo y placentero anteriormente. En el caso de que los antecedentes personales de la madre, estén relacionados con antecedentes obstétricos desfavorables tales como mortinatos, abortos y pretérminos previos, etc, esta capacidad puede ponerse en duda por la propia mujer, temiendo que pueda estropear lo que tan difícilmente se está consiguiendo, independientemente del resultado final, con o sin necesidad de ingreso en la UN y habiendo o no presentado patología al nacimiento.

Anisfield¹¹⁰, cuando compara el contacto madre-hijo para los sentimientos de capacidad en la crianza, no encuentra diferencias entre primíparas y multíparas en su trabajo con dos grupos que recibieron contacto extraparto y un grupo de control que no lo recibió. Jiménez⁸⁸, sin embargo, encuentra datos similares a los nuestros cuando analiza el grado de ansiedad en la embarazada, llegando a la conclusión de que éste es un factor determinante ya que supone una experiencia anterior relacionada con el desarrollo de ansiedad y otros problemas en el curso de la gestación. Kumar¹⁴⁶ plantea conclusiones similares y considera que la paridad y las experiencias perinatales anteriores son determinantes en los sentimientos de capacidad para la crianza, independientemente de las características de la gestación en curso. Sameroff³⁰, en su revisión sobre el tema, señala que cuanto más positivas hayan sido las experiencias de la madre respecto a la crianza, mejor se sentirá y mejor será la disposición para cuidarlo. Para este mismo autor, y sobre todo en las primíparas, la madre debe sentirse capaz de satisfacer las necesidades del lactante. Cuando se pide demasiado a una madre no preparada la experiencia de relación tendrá consecuencias negativas. Klaus y Kennell⁴⁵ en su capítulo sobre el cuidado de los padres y sus hijos en las UN destaca una amplia diversidad de factores que pueden implicarse en los sentimientos de capacidad y

habilidad materna y señalan la estabilidad familiar y social, así como los antecedentes obstétricos desfavorables como abortos y mortinatos, como los más destacados.

En relación al último de los factores considerados en nuestro análisis, que recoge los items del cuestionario referentes a la preocupación de las madres a perder a su hijo (Factor 6), no ofrece diferencias estadísticamente significativas cuando se compara el grupo de control con el grupo de estudio. Estos datos son concordantes con la hipótesis de que el sentimiento de poder perder al niño es, al igual que el factor considerado anteriormente, un sentimiento habitual en las mujeres gestantes y no puede ser considerado un marcador diferencial en la relación madre-hijo bajo condiciones como las del ingreso en la UN.

Sin embargo, cuando se establece el análisis a través del criterio de gravedad, aparecen diferencias significativas entre el grupo de control y el de niños menos graves, al igual que ocurría anteriormente con los factores que agrupaban a los sentimientos positivos y negativos. En nuestra opinión, las consideraciones para estos resultados son similares a las que hemos discutido anteriormente, en el sentido de que nuestro cuestionario fue realizado a todas las madres en el momento del alta, pudiendo existir un mecanismo de adaptación en aquellas madres con niños cuya estancia hospitalaria es mayor y por tanto coincidente con el grupo de niños que cumplen criterios de gravedad, de manera que puede existir un proceso evolutivo normal, en el cual el sentimiento de pérdida desaparece con el tiempo. Igualmente, puede influir el factor tiempo, al producirse la recogida de la información en momentos muy apartados, lo que favorece el "olvido" de estos aspectos tan sutiles, ocurridos en algunos casos en semanas o meses antes.

D. PROPUESTAS Y AVANCES EN LA INVESTIGACION.

Los resultados de nuestra investigación, junto con las aportaciones de la literatura, nos animan a esbozar una propuesta de actuación sobre la UN, con el doble objetivo de mejorar la relación que se establece entre los niños y sus madres en el entorno de la asistencia neonatal y favorecer un adecuado desarrollo y una buena integración de los niños en sus familias una vez que se produce el alta hospitalaria.

Es necesario un mejor conocimiento, mediante investigaciones más dirigidas y enfocadas a aspectos específicos del proceso de la socialización de los RN en sus familias y en relación con el hospital y UN para valorar la influencia que pueden tener en la relación niño-familia posteriormente.

En la mayoría de los casos no es posible hacer comparaciones entre los datos aportados ya que las actuaciones no han sido estandarizadas. El acuerdo es, sin embargo, generalizado y la mayoría de los autores sostienen que la adecuada estimulación mejora la supervivencia, el peso, el tiempo de estancia y la valoración neuroconductual^{40,114,225,230,231,232,233,234}.

En todo proyecto de investigación, la detección de un determinado problema es la primera fase del proceso, sin ello no se va a producir la búsqueda de soluciones a las posibles intervenciones. Disponer de un análisis de la situación como el que presentamos, sobre las dificultades de la relación madre-hijo que se establecen cuando un niño ingresa en la UN, basado en las opiniones de las propias madres, permitirá valorar de manera más precisa la importancia de las actuaciones y cambios que posteriormente se propongan e investiguen.

Uno de los objetivos de la atención neonatal es garantizar al RN las mejores oportunidades para el desarrollo social e intelectual. La preocupación profesional ha garantizado las mejores técnicas para asegurar el bienestar físico del niño. Las tendencias actuales han cambiado y, de esta forma, los profesionales de la salud no



deben limitarse a la condición biológica del niño, sino que ha de extenderse el interés a la atención psicosocial, que no supone un abandono de la medicina científica sino un complemento.

El espíritu es, por el contrario, aportar un sistema que permita conocer de una forma razonada y lógica el complejo proceso de la interacción entre los niños y sus familias cuando la enfermedad está presente y cuando el ingreso hospitalario es necesario.

La tendencia creciente a considerar el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades de cada niño y su familia como la mejor de las intervenciones, frente a la estimulación clásica (sonidos con latidos maternos, masajes rítmicos, etc) nos lleva a proponer actuaciones donde sea la madre, apoyada por el entorno familiar y el personal sanitario, la que lleve el peso de la atención^{205,243,244}.

Es fundamental, dentro del ámbito de la interacción, fomentar estrechas relaciones entre los médicos que se encargan de la asistencia a los niños y sus familias, ya que sólo una comunicación fluida permitirá desarrollar las estrategias más adecuadas a cada caso particular^{222,247}.

Es necesario un contacto estrecho entre las madres y sus hijos. Las UN unidades abiertas, con pocas restricciones para la visita de los padres, son la base para un adecuado desarrollo de programas de intervención²⁴⁸. Teniendo en cuenta que no se han demostrado efectos adversos en aquellas circunstancias que las madres permanecen con sus hijos desde el nacimiento hasta el momento del alta, siempre y cuando se cumplan las mismas normas de higiene que rigen para el personal sanitario que los atiende, no hay ninguna justificación para que no se implanten estas medidas con la excusa de un mayor riesgo de infección^{249,250}.

El contacto precoz con sus hijos prematuros facilita a los padres la adaptación hacia los problemas que plantea, colaborando en la resolución de miedos y sentimientos de culpabilidad. Si estos sentimientos ceden, la madre y el padre pueden progresivamente volcar más energía en el establecimiento de relaciones con su hijo, a la vez que les ayuda a apreciar y aceptar sus características propias.

Cuando no sea posible la relación precoz e inmediata tras el parto, por el riesgo inicial de un determinado RN, se debe considerar la posibilidad de transportar el niño a la habitación de la madre en la maternidad del hospital, ofreciéndole la posibilidad de encontrarse con su hijo en circunstancias parecidas a las que tienen las madres de los niños a término sin problemas.

El ingreso de las madres cerca de la UN establecería un contacto próximo, incluso si la madre se encuentra enferma, permitiendo la visita a su hijo y el establecimiento precoz de la lactancia y una comunicación ágil con el personal sanitario que atiende al niño²²¹.

Por otra parte, disponer de un sistema en el que se cuenta con un soporte para padres de niños prematuros, permitiría a las madres pasar unos días en el hospital con sus niños antes del alta, ofertando a la madre la sensación de capacidad para la crianza y el cuidado de su hijo previo al alta hospitalaria. La mejor forma para afianzar en la mujer los sentimientos maternos de seguridad y confianza no es por medio de la instrucción verbal, sino que van a derivar, en gran medida, de la experiencia real de atender a su hijo. El poder hacerse cargo de alguna parcela del cuidado del niño proporciona a la madre una base de confianza en su capacidad como cuidadora, a la vez que cubre sus propias expectativas sociales y culturales relacionadas con la maternidad^{204,252}. El alta precoz, precedida de este período de ingreso conjunto de madre e hijo, ayuda a normalizar el comportamiento de ésta después de la estancia en la UN, y ello podría reducir la incidencia de desórdenes de comportamiento entre los padres de estos niños^{3,45}.

Los cuidados de canguro, o piel con piel, son de menor coste económico y permiten educar a padres y madres y hacerles partícipes en el cuidado de sus hijos, siendo considerado una forma placentera de cuidar a los niños^{253,255,256}. El contacto piel a piel durante períodos prolongados de tiempo reporta efectos muy positivos en las madres, tales como el incremento de la lactancia materna, el aumento de la propia autoestima materna y de sentimientos de cercanía hacia sus hijos. Estas mujeres presentan mayor confianza en su propia capacidad como cuidadoras. Respecto a los niños, no se han evidenciado efectos negativos tales como el aumento de infecciones, problemas en la oxigenación, pausas de apnea o alteraciones en el control de la temperatura^{3,45,257,258,259,260,261}.

La alimentación artificial no es nociva desde el punto de vista emocional, pero la satisfacción que obtiene la madre de la alimentación al pecho aumenta el placer que obtiene del niño e incrementa su unión con él. El fomento de la lactancia materna y su mantenimiento en el entorno de la UN es un pilar fundamental en la relación madre-hijo, incluso en los niños que han tenido muy bajo peso al nacimiento. Los pretérminos pueden ser alimentados al pecho de forma precoz sin dificultades o problemas relacionados, siendo incluso más beneficiosa desde el punto de vista fisiológico. El éxito se comparte con factores como una política de visitas no restringida y una actitud positiva del personal sanitario hacia la alimentación al pecho^{266,267,268,269}.

En las unidades neonatales, los neonatos ingresados y sobre todo los RN pretérminos pueden experimentar períodos prolongados de hospitalización que pueden dificultar la relación natural madre-hijo; una de las situaciones que provocan índices de mayor estancia hospitalaria son las que se derivan del bajo peso al nacimiento. La mayor parte del trabajo de una UN se dispersa frecuentemente en los cuidados de rutina de niños que ya no están enfermos, con lo que ello supone en relación a trabajo y costes económicos. Los niños con bajo peso no requieren necesariamente una hospitalización prolongada y pueden ser dados de alta sin problemas siempre y cuando cumplan unos mínimos criterios de salud y seguridad como la respiración con aire ambiente, adecuada alimentación al pecho o con biberones, e instrucción adecuada de los padres acerca del cuidado que necesiten sus hijos, situaciones que han sido consideradas anteriormente²⁷⁴.

Existe acuerdo generalizado en considerar esta práctica, siempre que los criterios de selección sean estrictos, como segura y más barata resaltando sus efectos positivos sobre la experiencia materna y la relación precoz madre-hijo^{201,246,276,277,278,279,282}.

Permitir, con el adecuado control, las visitas de los hermanos en la UN, no es perjudicial para el recién nacido y contribuye decisivamente a la estabilidad familiar^{170,283,284}.

Cualquier actuación en el área neonatal con las familias no puede ser considerada definitiva; y a veces y a pesar de todo, la toma de conciencia por parte de los padres del ingreso de su hijo en el área neonatal genera situaciones de depresión y angustia. Junto a las medidas de intervención y el apoyo del personal encargado de la atención a los niños, el establecimiento de grupos de padres, pueden aportar consuelo y estímulo,

comparando sus propios sentimientos con los de otros padres en las mismas circunstancias^{3,45,113,285}.

El tiempo privado de la familia, sin interrupciones del personal pero con su apoyo, es beneficioso y debería alentarse lo más posible, de cara al mantenimiento y promoción de la estructura familiar. En la mayoría de las unidades neonatales se debería comenzar a trabajar en proyectos de integración de los padres en la UN. En este sentido, queremos resaltar que, a veces, se buscan soluciones en las estrategias sanitarias puramente médicas y tecnológicas a problemas cuyas causas son en gran medida sociales. Al fomentar un área perinatal más permisiva, a través de pequeñas medidas organizativas es posible solucionar grandes problemas, ya que la participación activa materna proporciona a la mujer una base de confianza que ayuda a reducir sus sentimientos de incapacidad e inseguridad frente a una situación crítica no esperada, como es el ingreso de su hijo en la unidad neonatal. Para ello es necesario trabajar en la atención integral de la familia, y en este proyecto debe integrarse el personal de la UN^{45,168}.

CONCLUSIONES

- 1.- EL USO DE TECNICAS CUALITATIVAS (BRAINSTORMING) COMO FUENTE DE INFORMACION, NOS HA PERMITIDO DETECTAR DIFICULTADES EN LA RELACION MADRE-HIJO DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL, SIENDO LAS IDEAS GENERADAS EN LOS TRES GRUPOS DE PARTICIPANTES: MADRES, ENFERMERAS Y PEDIATRAS, MUY SIMILARES.
- 2.- LAS MADRES FUERON UNA FUENTE MUY RICA Y VALIOSA DE INFORMACION, TANTO EN LA IDENTIFICACION DE PROBLEMAS COMO EN LA PROPUESTA DE SOLUCIONES.
- 3.- EXISTE UNA DIFICULTAD EN LA RELACION MADRE-HIJO CUANDO EL NIÑO INGRESA EN LA UNIDAD NEONATAL, TANTO EN EL MOMENTO COMO EN LA INTENSIDAD CON QUE SE ESTABLECE, SIENDO ESTA DIFICULTAD MAS APRECIABLE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA.
- 4.- EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL SE DETECTA, DE FORMA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA UNA MAYOR PRESENCIA DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS QUE EN EL GRUPO CONTROL.
- 5.- EL SENTIMIENTO MATERNO DE MIEDO A PERDER AL NIÑO FUE SIMILAR EN TODAS LAS MADRES ENCUESTADAS, PUDIENDOSE CONSIDERAR UN SENTIMIENTO HABITUAL EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA DE SU HIJO.
- 6.- LOS SENTIMIENTOS DE CAPACIDAD DE LA MADRE PARA CUIDAR A SU HIJO SON SIMILARES EN EL GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO CONTROL NO EXISTIENDO RELACION CON EL INGRESO EN LA UNIDAD NEONATAL.

- 7.- AL APLICAR EL ANALISIS ESTADISTICO POR CRITERIOS DE GRAVEDAD, SE APRECIA QUE LA GRAVEDAD DEL NIÑO NO MODIFICA EL EFECTO QUE EL INGRESO EN LA UNIDAD NEONATAL PRODUCE EN LA RELACION MADRE-HIJO.
- 8.- DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS CONSIDERADAS, SON LAS CARACTERISTICAS EUTOCICAS DEL PARTO LAS QUE SE RELACIONAN DE FORMA MAS PRECISA CON LA ESTRUCTURA FACTORIAL PROPUESTA.
- 9.- UN ALTO PORCENTAJE DE MADRES (92.9%) MANIFESTARON SENTIRSE SATISFECHAS CON LA ATENCION GENERAL QUE HABIAN RECIBIDO EN LA UNIDAD NEONATAL. LA INFORMACION RECIBIDA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL FUE VALORADA POSITIVAMENTE. SIN EMBARGO, UN IMPORTANTE PORCENTAJE DE MADRES (32.6%) CONSIDERO ESCASO EL TIEMPO QUE SE DEDICO A INFORMARLES.
- 10.- EL PRINCIPAL APOYO PSICOAFECTIVO DE LAS MADRES CUYOS NIÑOS INGRESARON EN LA UNIDAD NEONATAL PROVIENE DE SUS PAREJAS. OTRAS MADRES INGRESADAS Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA FUERON TAMBIEN UNA FUENTE IMPORTANTE DE APOYO EMOCIONAL.
- 11.- UN ALTO PORCENTAJE DE MADRES (79 %) ESTUVIERON A FAVOR DE QUE LA UNIDAD NEONATAL DEBERIA SER UNA UNIDAD HOSPITALARIA ABIERTA A LA ENTRADA DE LOS PADRES, SIENDO EL GRADO DE DISPONIBILIDAD MATERNA A LA PARTICIPACION ACTIVA EN LA UNIDAD NEONATAL MUY ELEVADO.

RESUMEN

La Neonatología como ciencia médica ha experimentado enormes avances en los últimos decenios, ello ha dado por resultado una disminución de la mortalidad, así como un aumento de la supervivencia de recién nacidos que en años anteriores no se hubieran considerado viables.

Esta mayor supervivencia está asociada, para algunos niños, con tiempos de estancia en el hospital muy prolongados. De esta forma, los neonatos que precisan ingreso en Unidades Neonatales pueden tener dificultada la relación natural que se produce entre el recién nacido y su entorno familiar, como consecuencia de la necesidad de aislamiento, monitorización y la alta tecnología propia de los cuidados intensivos neonatales.

El objetivo de la atención neonatal ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La dedicación profesional ha garantizado las mejores técnicas para asegurar el bienestar físico del niño y actualmente, el interés profesional no debe limitarse a la condición biológica del niño, sino que ha de extenderse a la atención bio-psico-social del recién nacido, incluido su entorno familiar.

En base a lo anteriormente expuesto, nos planteamos analizar la situación actual en nuestra Unidad Neonatal siendo los objetivos principales el conocer las dificultades existentes en la relación madre-hijo cuando el niño precisa ingreso en la UN, a través de la presencia de sentimientos negativos maternos, y su posible implicación con factores

relacionados, tales como los antecedentes maternos desfavorables, experiencia materna previa o criterios de gravedad del RN; valorar el grado de satisfacción con la atención recibida y la disponibilidad materna a participar en los cuidados del niño hospitalizado.

El estudio fue realizado en la UN del Hospital Universitario de Valme, los sujetos de estudio fueron las madres de los recién nacidos que precisaron ingreso en la UN. El grupo control estuvo formado por las madres ingresadas en la maternidad del hospital cuyos hijos no precisaron ingreso.

En una primera fase la metodología utilizada fue la realización de técnicas de consenso, brainstorming, con el objetivo de tener un mejor conocimiento de la situación y extraer de ello los items a utilizar en el cuestionario. Se realizaron tres tormentas de ideas en tres grupos de participantes: madres, enfermeras y pediatras.

En una segunda fase, se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas, precodificadas y categorizadas de elección múltiple, que fue cumplimentado por las madres mediante entrevista personal en el momento del alta. La validación del cuestionario se basó en la validación de constructo, el pilotaje previo y los resultados finales.

Las variables clínicas y asistenciales de las madres y los RN fueron recogidas de los sistemas de registro de la UN. En función de los parámetros clínicos y asistenciales de los RN se establecieron unos criterios de gravedad, con objeto de valorar la influencia de la patología y estado del niño sobre las opiniones y sentimientos maternos.

En primer lugar se presenta un análisis descriptivo de los datos obtenidos. Posteriormente se aplicó, para los items del cuestionario que valoran los primeros momentos de relación madre-hijo y los sentimientos y actitudes generados, un análisis

factorial de componentes principales con el objeto de diferenciar una estructura lógica en el mismo que hiciera posible una interpretación más precisa de los resultados. De la estructura factorial resultante, por su significación estadística, se consideraron los seis primeros factores delimitando las siguientes situaciones:

Factor 1: Cuantificación de las primeras horas de relación madre-hijo.

Factor 2: Momento de la primera relación madre-hijo.

Factor 3: Sentimientos maternos negativos.

Factor 4: Sentimientos maternos positivos.

Factor 5: Sentimientos de habilidad materna.

Factor 6: Sentimientos de miedo a perder el niño.

Fue realizado un doble análisis estadístico sobre los factores obtenidos, primero comparando el grupo de madres con niños ingresados con el grupo de control (t de Student). En el segundo estudio estadístico se comparan el grupo de estudio desglosado en 2 subgrupos: RN ingresados con y sin criterios de gravedad previamente establecidos (test ANOVA), en base a valorar la influencia de la patología del niño en los sentimientos maternos generados.

Por último se seleccionaron una serie de "variables explicativas" mediante el análisis χ^2 de las variables recogidas en el cuestionario aplicando sobre ellas un análisis de varianza para determinar si existía alguna relación con los factores considerados anteriormente.

Los resultados de la encuesta referente a los ítems de la primera relación madre-hijo confirman que las madres de los niños ingresados en la UN establecen una relación más tardía con sus hijos respecto al grupo control.

Los ítems que agrupan y valoran los sentimientos maternos negativos se expresaron con mayor frecuencia en el grupo de madres de niños ingresados que en el grupo de madres cuyos niños no ingresaron. Al comparar los resultados del análisis entre los grupos con y sin criterios de gravedad y el grupo control, la gravedad del niño no modifica el efecto que el ingreso en la UN produce sobre los sentimientos positivos y negativos expresados por las madres. Sin embargo, es el grupo de madres cuyos hijos no presentaban el criterio de gravedad el que establece las diferencias encontradas.

Los ítems que agrupan y valoran los sentimientos de miedo a perder al niño, o a que éste no sea normal, así como los sentimientos de habilidad materna, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Estos resultados van a favor de considerarlos sentimientos normales en la embarazada que van a estar presentes independientemente de la patología posterior del niño.

De las variables explicativas consideradas en el análisis, la característica eutócica del parto fue la que se relacionó con más frecuencia con los resultados del análisis estadístico.

Aunque pueda resultar paradójico que el grupo de madres de RN sin criterio de gravedad sea el que presenta mayores sentimientos maternos negativos, la explicación de este fenómeno es muy compleja, existiendo algunas explicaciones para ello. Podemos considerar que el momento en que se realizó la encuesta, es un factor determinante ya que el tiempo transcurrido desde el momento del parto y el tiempo de estancia en la UN es diferente para las madres. Aquellas madres cuyos niños cumplen criterios de gravedad suelen tener una mayor estancia hospitalaria y los fenómenos de adaptación al medio de la UN, a la patología y al aspecto físico de sus hijos pueden estar más avanzados que en las madres cuyos niños no presentan una patología grave y su estancia hospitalaria es más corta. Por otra parte, es necesario reflexionar sobre la posibilidad de defectos en la comunicación con el personal que atiende a sus hijos y con la menor información que reciben de ellos, ya que en las situaciones clínicas que son consideradas de mayor gravedad existe una mayor tendencia a informar, mientras que en aquellos niños cuya patología es considerada de menor gravedad la información es menos cuidada.

De los resultados de nuestra investigación, es posible extraer como conclusiones más sobresalientes la validez de los métodos de análisis cualitativo, el brainstorming en nuestro caso, como una fuente útil de información sobre el tema de estudio y como soporte para la realización de técnicas cuantitativas.

Se aprecia la existencia de una mayor dificultad en la relación madre-hijo, con mayor índice de sentimientos y actitudes negativas en las madres de los niños que ingresaron en la Unidad Neonatal, no siendo la gravedad del niño un factor determinante.

Respecto al grado de satisfacción, un alto porcentaje de madres encuestadas (92,9%), afirmaron estar satisfechas con la atención general recibida en la UN. Las respuestas a los ítems de organización y posibles intervenciones en la UN confirman que un alto porcentaje de madres (79%) opinaron que la UN debería ser una UN abierta para la entrada de los padres, siendo el grado de disponibilidad materna a la participación activa muy elevado (91.9%).

El principal apoyo psicoafectivo recibido por las madres para superar las situaciones emocionalmente difíciles durante el ingreso del niño en la UN, proviene de la propia pareja, teniendo el personal de enfermería y el grupo de madres con niños ingresados en situación similar un papel fundamental.

Pensamos que pequeñas medidas organizativas, que promuevan unidades neonatales más permisivas, podrían solucionar problemas de relación en las madres de niños ingresados, ya que la participación materna proporciona a la mujer una base de confianza que ayuda a reducir sus sentimientos de incapacidad e inseguridad frente a una situación crítica no esperada, como puede ser el ingreso de su hijo.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Linch MA, Roberts J. Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital. *BMJ* 1977; 1: 624-626.
2. Spencer NJ, Lewis MA, Logan S. Multiple admission and deprivation. *AJDC* 1993; 68: 760-762.
3. Klaus MH, Kennell JH. Care of the Parents. En: Klaus MH, Fanaroff AA, eds. *Care of the High-Risk Neonate*, 4ª ed. Mexico: WB Saunders, 1993.
4. Schmitt BD, Frugmann PD. Malos tratos y abandono. En: Nelson *Tratado de Pediatría*, 14ª ed. (esp). Madrid: Interamericana Mcgraw-Hill, 1992.
5. Linch MA, Roberts J, Daniels T, Smith A, Robertson LA. Predicting child abuse. *Br J Psychiatry* 1982; 1: 624-626.
6. Douglas JWB. Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning. *Dev Med Child Neurol* 1975; 17: 456-480.
7. Meijer A. Hospitalization in infancy as a long-term at risk indicator. En: Harel S, Anastasiow NJ, eds. *The At-Risk Infant: Psycho/Social/Medical Aspects*. Baltimore: PH Brooks Publishing, 1985.
8. Goldberger J. Hospitalización larga y repetida en lactantes. Estimulación e intervención. *Clin Pediatr Norteam* (ed esp) 1991; 32: 203-213.
9. Behrman RE, Larson CS. Health care for pregnant women and young children. *AJDC* 1991; 145: 572-574.
10. Udow M, Smith VK, Mason MH. The caring program for children. The Michigan Experience. *AJDC* 1991; 145: 579-580.

11. Williams BC, Miller CA. Preventive health care for young children: Findings from a 10-country study and directions for United States policy. *Pediatrics* 1992; 89: 983-998.
12. Klaus MH, Martin RJ, Fanaroff AA. The Physical Environment. En: Klaus MH, Fanaroff AA, eds. *Care of the high-risk neonate*, 4ª ed. Mexico: WB Saunders, 1993.
13. Gordon HH. Perspectivas en Neonatología. En: Avery GB, ed. *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*, 2ª ed. (esp). Madrid: Jarpyo, 1984: 3-12.
14. Silverman WA. Incubator-baby side shows. *Pediatrics* 1979; 64: 127-141.
15. Hack M, Fanaroff AA, Merckatz IR. The Low-birth-weight infant-evolution of a changing outlook. *N Eng J Med* 1979; 301: 1162-1165.
16. Spitz RA. Anaclitic depression. *Psychoanalytic study child* 1946; 2: 313-342.
17. Greenspan SI. Valoración clínica de los hitos emocionales en la lactancia e infancia temprana. *Clin Pediatr Norteam* (ed esp) 1991; 6: 1401-1416.
18. Declaración de los derechos del niño. Texto de la resolución adoptada el 20 de Noviembre de 1959, en el curso de su 841ª sesión plenaria, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
19. Gómez de Terrero I. El maltrato infantil en nuestro medio. *Distinciones Wander*, 1991.
20. Carta Europea de los niños hospitalizados. *Boletín de pediatría* 1993: 34.
21. Consejería de Salud y Servicios Sociales. *Guía de Salud Infantil en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud*, 1990.
22. Sánchez FJ, Fernández JR, Sañudo P. Justificación del programa infantil. Análisis de los factores de riesgo. El Programa de Salud Infantil. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: I.M. & C. 1993: 995-999.
23. Carta Europea de los derechos de la parturienta. Parlamento Europeo. Documento A 2-38/88.
24. Kennell JH, Klaus MH. Paradigma perinatal: ¿Ha llegado el momento de cambiarlo?. *Clin Perinat Norteam* 1988; 4: 827-841.
25. Granjel LS. Historia de la Pediatría Española, 1ª Reed. XVI Congreso Internacional de Pediatría en Barcelona, 1980.
26. Odent M: *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books, 1984.
27. Plaut SM. Animal models in developmental research. *Clin Pediatr Norteam* 1975; 22: 619-631.
28. Vaughan VE, Litt IF. Crecimiento y desarrollo. En: Nelson *Tratado de Pediatría*, 14ª ed. (esp). Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
29. Bowlby J. *Attachment and loss. Attachment*, vol 1. New York: Basic Books, 1969.

30. Sameroff AJ. Necesidades psicológicas de la madre en las interacciones iniciales madre-hijo. En: Avery GB, ed. Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido, 2ª ed. (esp). Madrid: Jarpuyo, 1984.
31. Lopez F. El Apego. En: Psicología Evolutiva 2. Desarrollo cognitivo y social del niño. Madrid: Alianza Psicología, 1986.
32. Waters E. The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Dev* 1978; 49: 483-494.
33. Waters E, Vaughn BE, Egeland BR. Individual differences in infant-mother attachment relationships at age one: Antecedents in neonatal behavior in an urban, economically disadvantaged sample. *Child Dev* 1980; 51: 208-216.
34. Easterbrooks MA, Lamb ME. The relationship between quality of infant-mother attachment and infant competence in initial encounters with peers. *Child Dev* 1979; 50: 380-387.
35. Belsky J, Rovine M, Taylor DG. The Pennsylvania infant and family development project III: The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Dev* 1984; 55: 721-728.
36. Lebovici S. La théorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. *Psychiatrie de l'enfant* 1991; 34: 309-339.
37. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958; 39: 359-373.
38. Egeland B, Soufre LA. Attachment and early maltreatment. *Child Dev* 1981; 52: 44-52.
39. Sameroff AJ, Chandler MJ. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En: Horowitz FD, ed. *Review of Child Development Research*, vol. 4. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
40. Zeskind PS, Ramey CT. Preventing intellectual and interactional sequelae of fetal malnutrition: A longitudinal, transactional, and synergistic approach to development. *Child Dev* 1981; 52: 213-218.
41. Green JA, Gustafson GE, West MJ. Effects of infant development on mother-infant interactions. *Child Dev* 1980; 51: 199-207.
42. Beckwith L, Cohen SE, Kopp CB, Parmelee AH, Marcy TG. Caregiver-infant interaction and early cognitive development in preterm infants. *Child Dev* 1976; 47: 579-587.
43. Coates DL, Lewis M. Early mother-infant interaction and infant cognitive status as predictors of school performance and cognitive behavior in six-year-olds. *Child Dev* 1984; 55: 1219-1230.
44. Klaus MH, Kennell JH. *Parent-infant bonding*, 2ª ed. St Louis: The C.V. Mosby, 1982.
45. Klaus MH, Kennell JH. Care of the mother, father and infant. En: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant*, 5ª ed. St Louis: Mosby Year Book, 1992: 465-477.
46. Bowlby J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *Int J Psycho-Anal* 1940; 21: 154-178.

47. Genovese C. Considérations métapsychologiques sur le modèle d'attachement de J. Bowlby. *Psychiatrie de l'enfant* 1991; 34: 359-379.
48. Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Dev* 1984; 55: 753-771.
49. Svejda MJ, Campos JJ, Emde RN. Mother-infant "bonding": Failure to generalize. *Child Dev* 1980; 51: 775-779.
50. Hales D, Lozoff B, Sosa R, Kennell JH. Defining the limits of the maternal sensitive period. *Dev Med Child Neurol* 1977; 19: 454-461.
51. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennell JH. Maternal attachment importance of the first post-partum days. *N Engl J Med* 1972; 286: 460-463.
52. Leyens JP. La importancia de los demás en el niño de pecho. En: Shaw ME, ed. *Biblioteca de psicología. Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los pequeños grupos*, vol 7. Barcelona: Herder, 1980.
53. Goldberg S. Parent-infant bonding: Another look. *Child Dev* 1983; 54: 1355-1382.
54. Vaughn B, Egeland B, Sroufe LA, Waters E. Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen month: Stability and change in families under stress. *Child Dev* 1979; 50: 971-975.
55. Zeskind PS, Jacino R. Effects of maternal visitation to preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Child Dev* 1984; 55: 1887-1893.
56. Msall ME, Buck GM, Rogers BT, Catanzaro NL. Kindergarten readiness after extreme prematurity. *AJDC* 1992; 146: 1371-1375.
57. Ainsworth M. The development of infant-mother interaction among the Ganda. En: Foss M, ed. *Determinants of infant behavior*, vol 2. London: Methuen, 1963.
58. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 1970; 41: 49-67.
59. Delight E, Goodall J, Jones PW. What do parents expect antenatally and do babies teach them?. *Arch Dis Child* 1991; 66: 1309-1314.
60. *Psicología, sexualidad y embarazo*. En: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, ed. *Guía para la educación maternal en atención primaria*, 1988.
61. Decerf A. Les interactions précoces de la mère et de l'enfant at la naissance de la vie psychique. *Psychiatrie de l'enfant* 1987; 30: 501-517.
62. Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Dev* 1984; 55: 753-771.
63. Thomson RA, Lamb ME, Estes D. Stability of infant-mother attachment and its relationship to changing life circumstances in an unselected middle-class sample. *Child Dev* 1982; 53: 144-148.

64. De Miguel JR, Arribas C, Esteban V, Valdor C. Repercusión social y afectiva en la mujer de 17 o menos años: Análisis de una encuesta realizada a los dos años del parto. *Progr Obstr Ginecol* 1990; 33: 259-265.
65. El repertorio del lactante. En: Stern D, ed. *La primera relación madre-hijo*, 3ª ed. Madrid: Morata, 1983: 59-85.
66. Piaget J. *Psicología del niño*, 8ª ed. Madrid: Morata, 1978.
67. Hack M. The sensorimotor development of the preterm infant. En: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant*, 5ª ed. St Louis: Mosby Year Book, 1992: 759-782.
68. Bennett SL. Infant-caretaker interactions. *J Am Acad Child Psychiatr* 1971; 10: 321-335.
69. Schmitt BD, Frugmann PD. Malos tratos y abandono. En: Nelson *Tratado de Pediatría*, 14ª ed. (esp). Madrid: Interamericana Mcgraw-Hill, 1992.
70. Emde R, Gaensbauer T, Harmon R. Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological Issues Monograph Series* 1976; 10: 1.
71. El repertorio materno. *La primera relación madre-hijo*. En: Stern D, ed. *El desarrollo del niño*, 3ª ed. Madrid: Morata, 1983.
72. Ferguson CA. Baby talk in six languages. En: Gumperz J, Hymes D, eds. *The Ethnography of Communication*, 1964: 103-114.
73. Snow C. Mother's speech to children learning to talk. *Child Dev* 1972; 43: 549-564.
74. Barrera ME, Maures D. Recognition of mother's photographed face by the three-month-old infant. *Child Dev* 1981; 52: 714-716.
75. Sagi A, Hoffman ML. Emphatic distress in the newborn. *Dev Psychol* 1976; 12: 175-176.
76. Wolf PH. Mother-infant interactions in the first year. *N Engl J Med* 1976; 295: 999-1001.
77. Condon WS, Sander LW. Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science* 1974; 183: 99.
78. Brazelton TB. Competencia de la conducta del recién nacido. En: Avery GB, ed. *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*, 2ª ed. (esp). Madrid: Jarpyo, 1984: 317-343.
79. Kaitz D. Mother's recognition of their olfactory cues. *Dev Psychobiol* 1987; 20: 587-590.
80. Lind J, Vuorenkosky V, Wasz-Hoekert O. The effect of cry stimulus on the temperature of the lactating breast primipara: A thermographic study. En: Morris N, ed. *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*. S. Basel: Karger, 1973.
81. La organización del comportamiento del lactante. En: Schaffer R, ed. *Ser madre*. 4ª ed. Morata: Madrid, 1985: 51-71.

82. Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics* 1970; 46: 187-192.
83. Butterfield PM, Emde RN, Svejda MJ. Does the early application of silver nitrate impair maternal attachment?. *Pediatrics* 1981; 67: 737-738.
84. Dilks SA. Aspectos del desarrollo en los sistemas de atención al niño. *Clin Pediatr Norteam (ed esp)* 1991; 6: 1571-1585.
85. Korner AF. Tecría e investigación de la estimulación de lactantes. *Clin Perinat Norteam (Ed Esp)* 1991: 177-189.
86. Aubry C, Schweitzer M, Deschamps JP. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch Fr Pediatr* 1988; 45: 845-849.
87. González JV, Sala JM, Pérez MP. Psicoafectividad de la maternidad (I). Ansiedad. *Clin Invest Gin Obst* 1992; 9: 385-388.
88. Jiménez F, Merino V, Sánchez G. La ansiedad en la mujer embarazada. *Psiquis* 1993; 14: 323-333.
89. Ramey CT, Farran DC, Campbell FA. Predicting IQ from mother-infant interactions. *Child Dev* 1979; 50: 804-814.
90. Nylander L, Rydelius PA, Nordberg L, Aurelius G, Zetterström R. Salud y desarrollo infantil en relación con la situación familiar. Revisión de un estudio prospectivo longitudinal en un suburbio nuevo de Estocolmo. *Acta Paediatr Scand (ed esp)* 1989; 6: 3-12.
91. Neligan GA, Prudham D. Family factors affecting child development. *Arch Dis Child Health* 1976; 51: 853-858.
92. Ekwo EE, Dusdieker L, Booth B, Seals B. Psychosocial factors influencing the duration of breastfeeding by primigravidas. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 241-247.
93. Sameroff AJ. Environmental context of child development. *J Pediatr* 1986; 109: 192-200.
94. Lamb ME. The bonding phenomenon: Misinterpretations and their implications. *J Pediatrics* 1982; 101: 555-557.
95. Larson CP. Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics* 1980; 66: 191-197.
96. Ramey CT, Bryant D, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, LaVange LM. Infant health and development program for low birth weight, premature infants: Programs elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992; 89: 454-465.
97. Hostler SL. Family-centered care. *Clin Pediatr Norteam* 1991; 38: 1545-1560.
98. Waldeström U, Sundelin C, Lindmark G. Alta precoz y tardía tras parto hospitalario: Lactancia materna. *Acta Paediatr Scand (ed esp)* 1987; 4: 791-797.

99. Koctürk T, Zetterström R. El fomento de la lactancia natural y las actitudes maternas. *Acta Paediatr Scand (ed esp)* 1989; 6: 911-917.
100. Waterston T, Davies J. Could hospitals do more to encourage breast feeding?. *BMJ* 1993; 307: 1437-1438.
101. Cervantes A, Montoya I, Hernández J, Hernández C, Talave J, López-Sánchez M, Canteras M. Promoción de la lactancia materna. ¿Es efectiva la educación sanitaria?. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 529-534.
102. Ståhlberg MR. Breast-feeding and social factors. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74: 36-39.
103. Florack E, Obermann-de-Boer G, Van Kampen-Donker M, Van Wingen J, Kromhout D. Breast-feeding and related factors. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 789-795.
104. Richmond JB. The mother's tie to her child. *Pediatrics* 1970; 45: 189-191.
105. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Salud, 1993.
106. O'Connor S, Vietze P, Sherrod K, Sandler H, Altemeir W III. How does rooming-in enhance the mother infant bond?. *Pediatr Res* 1979; 13: 336.
107. Lynch MA, Roberts J. Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital. *BMJ* 1977; 1: 624-626.
108. Job-Spira N, Lamour M, Gabel M, De Chamrun J, Lebovici S. Recherche-action sur la prévention de la maltraitance chez le très jeune enfant. Méthodologie et premiers résultats. *Arch Fr Pediatr* 1988; 45: 277-285.
109. Belsky J, Rovine MJ. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Dev* 1988; 59: 157-167.
110. Anisfeld E, Lipper E. Early contact, social support, and mother-infant bonding. *Pediatrics* 1983; 72: 79-83.
111. Lipsky K. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos pediátricos. El paciente. En: Levin DL, Morriss FC, Moore GC, eds. *Guía práctica de cuidados intensivos pediátricos*, 2ª ed. (esp). Barcelona: Salvat, 1988: 485-487.
112. McGahey PJ, Starfield B, Alexander C, Ensminger ME. Social environment and vulnerability of low birth weight children: A social-epidemiological perspective. *Pediatrics* 1991; 88: 943-953.
113. Goodfriend MS. Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1993; 91: 139-142.
114. Rose SA, Schmidt K, Riese ML, Bridger WH. Effects of prematurity and early intervention on responsivity to tactual stimuli: A comparison of preterm and full-term infants. *Child Dev* 1980; 51: 416-425.
115. Rawlings JS, Smith FR, García J. Expected duration of hospital stay of low birth weight infants: Graphic depiction in relation to birth weight and gestational age. *J Pediatr* 1993; 123: 307-309.
116. Ringler NM, Kennell JH, Jarvella R, Navojosky BJ, Klaus MH. Mother-to-child speech at 2 years. Effects of early postnatal contact. *J Pediatr* 1975; 86: 141-144.

117. Escalona SK. Babies at double hazard: Early development of infants at biologic and social risk. *Pediatrics* 1982; 70: 670-676.
118. Wilson RS. Synchronies in mental development: An epigenetic perspective. *Science* 1978; 202: 939.
119. Bakeman R, Brown JV. Early interaction: Consequences for social and mental development at three years. *Child Dev* 1980; 51: 437-447.
120. Werner E, Bierman J, French F. *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten.* Hawaii: University of Hawaii Press, 1971.
121. Werner E, Smith RS. *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.* New York: McGraw-Hill, 1982.
122. Russell I. Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Dev* 1993; 64: 605-621.
123. Gold F, Chamboux C, Sarrodet MT, Marchand S, Hanicotte A, Chesnais P. Conditions du retour à domicile de l'enfant de faible poids de naissance après hospitalisation néonatale prolongée; étude prospective de 50 cas. *Pédiatrie* 1990; 45: 703-708.
124. Shannon FT, Fergusson DM, Dimond ME. Internaciones hospitalarias tempranas y problemas ulteriores de comportamiento en niños de 6 años. *Arch Dis Child (ed esp)* 1984; 59: 815-819.
125. Ortiz J, Fernández EM, Martínez B. Control de embarazo. Normas y procedimientos. Sistemas de registro de esta actividad. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria.* Madrid: I.M. & C., 1993: 1088-1099.
126. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980; 303: 597-600.
127. Enriquez A, García A. *La preparación al parto: Psicoprofilaxis Obstétrica.* Delegación de Sanidad. Ayuntamiento de Madrid, 1981.
128. Moreno A, García R, Gálvez M. Educación maternal. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria.* Madrid: I.M. & C., 1993: 1100-1111.
129. Fanaroff AA, Martin RJ. Perinatal services and resources. En: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant, 5ª ed.* St Louis: Mosby Year Book, 1992: 12-21.
130. Imogen ME. Mortalidad tardía de lactantes de muy bajo peso. *BMJ (ed esp)* 1985; 291: 171-173.
131. Nacer en casa. *El médico.* 20/4/1990, 46-50.
132. Nicoll A, Mann S, Mann N, Vyas H. The child health clinic: Results of a new strategy of community care in a deprived area. *Lancet* 1986; 135: 606-608.
133. García C, Carrasco MA, Lopez de Hierro JA. Factores de riesgo obstétrico. Motivos de derivación al segundo nivel de atención. Evaluación. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria.* Madrid: I.M. & C., 1993: 1100-1111.

134. Newton N, Newton M. Mothers' reactions to their newborn babies. *JAMA* 1962; 181: 206-210.
135. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital: A randomized controlled trial. *JAMA* 1991; 265: 2197-2201.
136. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986; 293: 585-587.
137. Kennell JH, Mcgrath SK. Labor support by a doula for middle-income couples: The effect on cesarean rates. *Pediatr Res* 1993; 33: 13A.
138. García LL, Herrera PT, Palomares L. La visita puerperal. Cuidados puerperales. Problemas habituales en el puerperio normal y su manejo. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: I.M. & C., 1993: 1142-1150.
139. Libro de salud de las mujeres de Boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Madrid: Icaria, 1982: 327.
140. Serwint JR, Wilson MH, Duggan AK, Mellits ED, Bamgarderer RA, DeAngelis C. Do postpartum nursery visits by the primary care provider make a difference?. *Pediatrics* 1991; 88: 444-449.
141. Richard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on succes of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336: 1105-1107.
142. Ammaniti M. Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *Psychiatrie de l'enfant* 1991; 34: 341-358.
143. Clarke M, Williams AJ. Depression in women after perinatal death. *Lancet* 1979; 291: 916-917.
144. Guedeney N. A propos des mères déprimées: L'impact de la dépression sur les interactions précoces. *Annales de Pédiatrie* 1993; 40: 496-502.
145. Cox AD. Preventive aspects of child psychiatry. *AJDC* 1993; 68: 691-701.
146. Kumar R, Robson KM. Delayed onset of maternal affection after childbirth. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 347-353.
147. George SM, Lathman MC, Abel R, Ethirajan N, Frongilio EA. Evaluation of effectiveness of good growth monitoring in south Indian vilages. *Lancet* 1993; 342: 384-352.
148. Dixon RA. Cost-effectiveness of growth monitoring and promotion. *Lancet* 1993; 342: 317.
149. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincontt P. Pediatric clinician' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 1047-1053.
150. Relman AS. Medical practice under the Clinton reforms-avoiding domination by business. *N Engl J Med* 1993; 21: 1574-1576.
151. Starr P. Changes in the delivery of care under comprehensive health care reform. *N Engl J Med* 1993; 22: 1666-1672.

152. Reforming our health care system. *N Engl J Med* 1993; 11: 806-808.
153. Shortell SM, McNeerney WJ. Criteria and guidelines for reforming the US health care system. *N Engl J Med* 1993; 282: 463-466.
154. Normas de supervisión pediátrica. Asociación Española de Pediatría, Academia Americana de Pediatría, eds. Barcelona: Marketing Trends, 1993.
155. Behrman RE, Shiono PH. Neonatal risk factors. En: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant*, 5ª ed. St Louis: Mosby Year Book, 1992: 3-11.
156. Hirata T, Epcar JT, Walsh A, Mednick J, Harris M, McGinnis MS, Sehring S, Papedo G. Survival and outcome of infants 501 to 750 gm: A six-year experience. *J Pediatr* 1983; 102: 741-748.
157. Teplin SW, Burchinal M, Johnson-Martin N, Humphry RA, Kraybill EN. Neurodevelopmental, health, and growth status at age 6 years of children with birth weights less than 1001 grams. *J Pediatr* 1991; 118: 768-777.
158. Klein N, Hack M, Gallagher J, Fanaroff AA. Preschool performance of children with normal intelligence who were low-birth-weight infants. *Pediatrics* 1985; 75: 531-537.
159. Sandhu B, Stevenson RC, Cooke RWI, Pharoah POD. Cost of neonatal intensive care for very-low-birthweight infants. *Lancet* 1986; 314: 600-603.
160. Walker JB, Feldman A, Vohr BR, Oh W. Cost-benefit analysis of neonatal intensive care for infants weighing less than 1000g at birth. *Pediatrics* 1984; 74: 20-25.
161. Boyle MH, Torrance GW, Sinclair JC, Horwood SP. Economic evaluation of neonatal intensive care of very low birthweight infants. *N Engl J Med* 1983; 308: 1330-1337.
162. Phibbs CS, Williams RL, Phibbs RH. Newborn risk factors and costs of neonatal intensive care. *Pediatrics* 1981; 66: 313-321.
163. Swyer PR. Organización de la atención perinatal con especial referencia al recién nacido. En: Avery GB, ed. *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*, 2ª ed. (esp). Madrid: Jarpyno, 1984: 17-47.
164. Hack M, Fanaroff AA. Cambios en la atención en sala de partos de lactantes prematuros muy pequeños (menos de 750g): Efectos sobre la morbilidad y resultados finales. *N Engl J Med* (ed esp) 1986; 314: 660-664.
165. Barefield ES, Nelson KG, Fargason CA. Cost of neonatal care for premature by survival in the post-surfactant era. *Pediatr Res* 1994; 35: 264A.
166. Lewis M, Bendersky M, Koons A, Hegyi T, Hiatt IM, Ostfeld B. Visitation to a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1991; 88: 795-800.
167. Sarman I, Tunell R, Väsberg L, Carlquist U, Can G, Toparlak D. Mother's perceptions of their preterm infants treated in an incubator or on a heated water-filled mattress: A pilot study. *Acta Paediatr* 1993; 82: 930-933.

168. Graven SN, Bowen FW, Brooten D, Eaton A, Graven MN, Hack M. The high-risk infant environment. Part 2. The role of caregiving and the social environment. *J Perinatol* 1992; 12: 267-275.
169. Straus P. Organización de la atención hospitalaria. En: Mande R, Masse NP, Manciaux M, eds. *Pediatría social*, 1ª ed. (esp). Barcelona: Labor, 1978: 602-623.
170. Visita de los hermanos después del parto. Comité del feto y RN de la Academia Americana de Pediatría. *Pediatrics* 1992; 88: 285.
171. Long JG, Lucey JF, Philip AGS. Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. *Pediatrics* 1980; 65: 143-145.
172. Mann NP, Haddow R, Stokes L, Goodley S, Rutter N. Efectos de la noche y el día sobre recién nacidos pretérmino en una unidad neonatal: Prueba al azar. *BMJ (ed esp)* 1986; 293: 1265-1267.
173. Glass P, Avery GB, Siva KN, Keys MP, Sostek AM, Friendly DS. Efecto de la luz brillante de la sala de neonatología sobre la incidencia de la retinopatía del prematuro. *N Engl J Med (ed esp)* 1985; 313: 401-404.
174. Lawson K, Daum C, Turkewitz G. Environmental characteristics of a neonatal intensive-care unit. *Child Dev* 1977; 48: 1633-1639.
175. Grant VJ. Pedestrian traffic in a pediatrics ward. *N Zealand Med J* 1983; 96: 91-93.
176. Smith JC. Spending time with the hospitalized child. *Am J Maternal Child Nursing* 1976; 1: 164.
177. Murdoch DR, Darlow BA. Handling during neonatal intensive care. *Arch Dis Child* 1984; 59: 957-961.
178. Thoman EB, Graham SE. Self-regulation of stimulation by premature infants. *Pediatrics* 1986; 78: 855-860.
179. Long J, Lucey J, Phillip A. Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. *Pediatrics* 1980; 65: 143-145.
180. Speidel BD. Adverse effects of routine procedures on preterm infants. *Lancet* 1978; 278: 864-866.
181. Blennow G, Svenningsen NW, Almquist B. Noise levels in infant incubators (Adverse effects?). *Pediatrics* 1974; 53: 29-32.
182. Falk S, Woods NF. Hospital noise-levels and potential health hazards. *N Eng J Med* 1973; 289: 774-781.
183. Bess FH, Finlayson B, Chapman JJ. Further observations on noise levels in infant incubators. *Pediatrics* 1979; 63: 100-106.
184. Gorski PA, Huntington L. Physiological measures relative to tactile stimulation in hospitalized preterm infants. *Pediatr Res* 1988; 23: 210.
185. Long JG, Philip AGS, Lucey JF. Excessive handling as a cause of hypoxemia. *Pediatrics* 1980; 65: 203-207.

186. Kuhn CM, Schanberg SM, Field T, Symanski R, Zimmerman E, Scafidi F. Tactile-kinesthetic stimulation effects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. *J Pediatr* 1991; 119: 434-440.
187. Field TM, Schanberg SM, Scafidi F, Bauer CR, Vega-Lahr N, Garcia R, Nystrom J, Kuhn CM. Tactile-kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics* 1986; 77: 654-658.
188. Korner AF, Guilleminault C, Van den Hoed J, Baldwin RB. Reduction of sleep apnea and bradycardia in preterm infants on oscillating water beds: A controlled polygraphic study. *Pediatrics* 1978; 61: 528-533.
189. Resnick MB, Eyler FD, Nelson RM, Eitzman DV, Bucciarelli RL. Developmental intervention for low birth weight infants: Improved early developmental outcome. *Pediatrics* 1987; 80: 68-74.
190. Pisaturo C, Contegno P, Sodini G. Effetti sullo sviluppo neurologico e sull'evoluzione delle funzioni cognitive e percettivo-motorie del trattamento abilitativo precoce sul pretermine a rischio. *Minerva Pediatr* 1990; 42: 281-289.
191. Jacobsen T, Gronvall J, Petersen S, Andersen GE. Minitouch treatment of very low-birth infants. *Acta Paediatr* 1993; 82: 934-938.
192. High PC, Gorski PA. Womb for improvement: A study of preterm development in an intensive care nursery. En: Gottfried AW, Gaiter JL, eds. *Infant stress under intensive care*. Baltimore: University Park Press, 1985: 131-155.
193. Als H, Lawhon G, Brown E. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: Neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics* 1986; 78: 1123-1132.
194. Linn P, Horowitz F, Fox H. Stimulation in the NICU: Is more necessarily better? *Clin Perinat Northam* 1985; 12: 407-422.
195. Diamond MC, Ingham CA, Johnson RE. Effects of environment on morphology of rat cerebral cortex and hippocampus. *J Neurobiol* 1976; 7: 75-86.
196. Gorsky PA. Developmental intervention during neonatal hospitalization. *Clin Pediatr Northam* 1991; 38: 1469-1479.
197. Bernbaum JC, Pereira G, Watkins JB, Peckham GJ. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics* 1983; 71: 41-45.
198. Field T, Goldson E. Pacifying effects of nonnutritive sucking on term and preterm neonates during heelstick procedures. *Pediatrics* 1984; 74: 1012-1015.
199. Chiswick ML. Withdrawal of life support in babies: Deceptive signals. *AJDC* 1990; 65: 1096-1097.
200. Fetal activity, behaviour, and neurology: Fact or fiction?. *AJDC* 1993; 69: 1-2.
201. Whitby C, De Cates CR, Raderton NRC. Infants weighing 1.8-2.5: Should they be cared for in neonatal units or postnatal wards?. *Lancet* 1982; 305: 322-325.
202. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatr Scand* 1977; 66: 137-143.

203. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand* 1977; 66: 145-151.
204. Taylor PM. Bonding and attachment. En: Nelson NM, ed. *Current therapy in neonatal-perinatal medicine-2*. Toronto: BC Decker, 1990.
205. Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T, Howell C. Programa de transacción madre-hijo: Contenido y consecuencias de la intervención en madres de niños de bajo peso neonatal. *Clín Perinat Norteam (ed esp)* 1992: 31-46.
206. Benfield DG, Leib SA, Reuter J. Grief response of parents after referral of the critically ill newborn to a regional center. *N Engl J Med* 1976; 294: 975-978.
207. Crnic KA, Greenberg T, Ragozin AS, Robinson NM, Basham RB. Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Dev* 1983; 54: 209-217.
208. Illingworth CM, Illingworth RS. Mothers are easily worried. *Arch Dis Child* 1984; 59: 380-384.
209. Lipsky K. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos pediátricos. Los padres. En: Levin DL, Morriss FC, Moore GC, eds. *Guía práctica de cuidados intensivos pediátricos, 2ª ed. (esp)*. Barcelona: Salvat, 1988: 480-484.
210. Rosenfield AG. Visiting in the intensive care nursery. *Child Dev* 1980; 51: 939-941.
211. Reading R, Raybould S, Jarvis S. Deprivation, low birth weight, and children's height: A comparison between rural and urban areas. *BMJ* 1993; 307: 1458-1462.
212. Heller A, Rafman S, Zvagulis I, Pless IB. Birth defects and psychosocial adjustment. *AJDC* 1985; 139: 257-263.
213. Goldberg S, Simmons RJ, Newman J, Campbell K, Fowler RS. Congenital heart disease, parental stress, and infant-mother relationships. *J Pediatr* 1991; 119: 661-666.
214. Parker SJ, Zahr LK, Cole JG, Brecht ML. Outcome after developmental intervention in the neonatal intensive care unit for mothers of preterm infants with low socioeconomic status. *J Pediatr* 1992; 120: 780-785.
215. Minde K, Trehub S, Corter C, Boukydis C, Celhoffer L, Marton P. Mother-child relationships in the premature nursery: An observacional study. *Pediatrics* 1978; 61: 373-379.
216. Meyer EC, García Coll CT, Kelly LA, Brillon L, Seifer R, Oh W. Infant and maternal characteristics differentially predict neonatal intensive care unit (NICU). Specific and general maternal psychological distress. *Pediatr Res* 1994; 35: 25A.
217. Bensel RW, Paxson CL. Child abuse following early postpartum separation. *J Pediatr* 1977; 90: 490-491.
218. Dietrich KN, Starr RH, Weisfeld GE. Infant maltreatment: Caretaker-infant interaction and developmental consequences at different levels of parenting failure. *Pediatrics* 1983; 72: 532-540.
219. Klein M, Stern L. Low birth weight and the Battered Child Syndrome. *Am J Dis Child* 1971; 122: 15-18.

220. Choquet M, Ledoux S. La valeur pronostique des indicateurs de risque précoces. Etude longitudinales des enfants à risque à 3 ans. Arch Fr Pediatr 1985; 42: 541-546.
221. O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Altemeier W III. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. Pediatrics 1980; 66: 176-182.
222. Lucey JF. Parent dissatisfaction with neonatal intensive care unit and suggestions for improvements. Pediatrics 1993; 92: 724.
223. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. Pediatrics 1993; 92: 643-650.
224. Le Blanc M. Comparaison du comportement de mères d'enfant a terme et de mères d'enfant prémature lors d'une interaction avec leur bébé. Psychiatrie de l'enfant 1989; 32: 249-268.
225. Goodman M, Tothberg AD, Houston-McMillan JE, Cooper PA, Cartwright JD, Van der Velde MA. Efectos de la terapia temprana de neurodesarrollo en niños normales y de riesgo sobrevivientes de la terapia intensiva neonatal. Lancet (ed esp) 1985; 284: 1327-1329.
226. Scarr S, McCartney K. Far from home: An experimental evaluation of the mother-child home program in Bermuda. Child Dev 1988; 59: 531-543.
227. Zeskind PS, Ramey CT. Fetal malnutrition: An experimental study of its consequences on infant development in two caregiving environments. Child Dev 1978; 49: 1155-1162.
228. Leib SA, Benfield DG, Guidubaldi J. Effects of early intervention and stimulation on the preterm infant. Pediatrics 1980; 66: 83-90.
229. Cornell EH, Gottfried AW. Intervention with premature human infants. Child Dev 1976; 47: 32-39.
230. Scarr S, Williams ML. The effects of early stimulation on low-birth-weight infants. Child Dev 1973; 44: 94-101.
231. McCormick MC, McCarton C, Tonascia J, Brooks-Gunn J. Early educational intervention for very low birth weight infants: Results from the infant health and development program. J Pediatr 1993; 123: 527-533.
232. Resnick MB, Eyles FD, Nelson RM, Eitzman DV, Bucciarelli RL. Developmental intervention for low birth weight infants: Improved early developmental outcome. Pediatrics 1987; 80: 68-74.
233. Siegel E, Bauman KE, Schaefer ES, Saunders MM, Ingram DD. Hospital and home support during infancy: Impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. Pediatrics 1980; 66: 183-190.
234. García CT, Meyer EC, Kelli LA, Leach T, Brillon L, Seifer R, Oh W. Behavioral intervention with preterm infants enhances maternal self-esteem and perceptions of infant characteristics at 4 months. Pediatr Res 1994; 35: 21A.
235. Klaus M, Kennell J. Interventions in the premature nursery: Impact on development. Clin Pediatr Norteam 1982; 29: 1263-1273.
236. Fanaroff AA, Kennell JH, Klaus MH. Follow-up of low birth weight infants. The predictive value of maternal visiting patterns. Pediatrics 1972; 49: 287-290.

237. Anisfeld E, Curry MA, Hales DJ, Kennel JH, Klaus MH, Lipper E, O'Connor S, Siegel E, Sosa R. Maternal-infant bonding: A joint rebuttal. *Pediatrics* 1983; 72: 569-572.
238. Kennel JH, Gordon D, Klaus MH. The effect of early mother-infant separation on later maternal performance. *Pediatr Res* 1970; 150: 473-474.
239. Klaus MH, Kennel JH. Mother separated from their newborn infants. *Clin Pediatr Norteam* 1970; 17: 1015-1037.
240. Hales D, Lozoff B, Sosa R, Kennel JH. Defining the limits of the maternal sensitive period. *Dev Med Child Neurol* 1977; 19: 172-179.
241. Kennel JH, Jerauld R, Wolfe H, Chesler D, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Klaus MH. Maternal behavior one year after early and extended post-partum contact. *Dev Med Child Neurol* 1974; 16: 172-179.
242. Kennel JH, Chesler D, Wolfe H, Klaus MH. Nesting in the human mother after mother-infant separation. *Pediatr Res* 1973; 7: 209.
243. Shannon JD, Gorski PA. Neonatologists' perceptions toward the current level of and need for developmental interventions in neonatal intensive care units (NICU). *Pediatr Res* 1994; 35: 27A.
244. Fleisher BE, VandenBerg K, Constantinou J, Johnson A, Stevenson DK. Individualized developmental care for the very low weight premature improves medical outcome in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Res* 1994; 35: 20A.
245. Lamb ME. Early contact and maternal-infant bonding: One decade later. *Pediatrics* 1982; 70: 763-768.
246. Martín MJ, Gómez E, Pascual M, Pallas C. Alta precoz en recién nacidos de bajo peso. Experiencia de 5 años. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 20-24.
247. Ostfeld B, Villaneuva D, Galli B, Gibbons A, Gordon P, Hiatt M, Hegvi T. The emotional legacy of NICU hospitalization. *Pediatr Res* 1993; 33: 15A.
248. Separation and special-care baby units. *Lancet* 1979; 279: 590-591.
249. Lozoff B, Brittenham GM, Trause MA, Kennel JH, Klaus MH. The mother-newborn relationship: Limits of adaptability. *J Pediatr* 1977; 91: 1-12.
250. Harper RG, Sia C, Sokal S, Sokal M. Observations on unrestricted parental contact with infants in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr* 1976; 89: 441-445.
251. Field TM. Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interactions. *Child Dev* 1977; 48: 763-771.
252. James VL, Wheeler WE. The care-by-parent unit. *Pediatrics* 1969; 43: 488-494.
253. Whitelaw A, Sleath K. Mith of the marsupial mother: Home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet* 1985; 311: 1206-1209.
254. Anderson GC. Skin to skin: Kangaroo care in Western Europe. *Am J Nurs* 1989; 89: 662-666.

255. Wahlberg V. Alternative care for premature infants. The kangaroo method. Advantages risks and ethical questions. *Neonatologica* 1987; 4: 362-367.
256. Acolet D, Harvey D. Low cost technology for the newborn in developing countries. *AJDC* 1993; 69: 477-478.
257. Whitelaw A. Kangaroo baby care: Just a nice experience or an important advance for preterm infants?. *Pediatrics* 1990; 85: 604-605.
258. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin to skin contact for very low birthweight infants and their mothers. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1377-1381.
259. Whitelaw A, Sleath K, Acolet D. Safety and effectiveness of skin to skin contact for very low birth weight infants. *Pediatr Res* 1988; 24: 269.
260. Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birthweight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78: 189-193.
261. Bosque EM, Brady JP, Affonso DD, Wahlberg V. Continuous physiological measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary level nursery. *Pediatr Res* 1988; 23: 402.
262. Holt LE. Eeding techniques and diets. En: Barneth HL, ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.
263. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. OMS. Ginebra: OMS, 1981.
264. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra: OMS, 1989.
265. González CJ, Catalá L, Trias E. Rutinas de las maternidades de Barcelona. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 15-18.
266. Pearce JL, Buchanan LF. Breast milk and breast feeding in very low birthweight infants. *Arch Dis Child* 1979; 54: 897-899.
267. Bier JB, Ferguson A, Anderson L, Solomon E, Voltas C, Oh W, Vohr BR. Breast-feeding of very low birth weight infants. *J Pediatr* 1993; 123: 773-778.
268. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Brest milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261-264.
269. Breast milk and intelligence. *Eur J Pediatr* 1992; 151: 469-470.
270. Field T, Ignatoff E, Stringer S, Brennan J, Greenbrg R, Widmayer S, Anderson GC. Nonnutritive sucking during tube feedings: Effects on preterm neonates in a intensive care unit. *Pediatrics* 1982; 70: 381-384.
271. Measel CP, Anderson GC. Nonnutritive sucking during tube feedings. Effect upon clinical course in premature infants. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs* 1979; 8: 265.
272. Berg RB, Salisbury AJ. Discharging infants of low birth weight. *Am J Dis Child* 1971; 122: 414-417.

273. Barnett CR, Leiderman H, Grobstein R. Neonatal separation: The maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics* 1970; 45: 197-205.
274. Berg RB. Early discharge of low-birthweight babies. *Hosp Practice* 1970; 5: 149-154.
275. Davies DP, Herbert S, Haxby V, McNeish AS. When should preterm babies be sent home from neonatal units?. *Lancet* 1979; 278: 914-915.
276. Singer B, Wolfsdorf J. Early discharge of infants of low birth weight: A prospective study. *BMJ* 1975; 1: 362-364.
277. Dillard RG, Korones SB. Lower discharge weight and shortened nursery stay for low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 1973; 288: 131-133.
278. Derbyshire F, Davies DP, Bacco A. Discharge of preterm babies from neonatal units. *BMJ* 1982; 284: 233-234.
279. Lequien P, Zaqui C, Duquennoy M, Thieuleux M, Decavel O, Pierrat V, Kacet N, Dubos JP. Le retour en milieu familial des enfants de faible poids de naissance. Analyse d'une expérience de "sortie précoce" d'un service de néonatalogie. *Arch Fr Pediatr* 1986; 43: 471-474.
280. Dillard RG, Korones SB. Lower discharge weight and shortened nursery stay for low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 1973; 288: 131-133.
281. Lefebvre F, Veilleux A, Bard H. Early discharge of low birthweight infants. *Arch Dis Child* 1982; 57: 511-513.
282. Giroux JD, Finel E, Sizun J, Guillois B, Alix D, Parscau L. Réhospitalisation et sortie précoce en néonatalogie: Evaluation rétrospective. *Annales de Pédiatrie* 1993; 40: 139-143.
283. Why Not Child Visitors?. *BMJ* 1968; 3: 510-511.
284. Schwab F, Tolbert B, Bagnato S, Maisels MJ. Sibling visiting in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1983; 71: 835-838.
285. Minde K, Shosenberg B, Marton P, Thompson B, Ripley J, Burns S. Self-help groups in a premature nursery-a controlled evaluation. *J Pediatr* 1980; 96: 933-940.
286. Díaz CM. *Psicología social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Eudema Universidad, 1992.
287. Silvestre A, Peiró R, Tuells J, Colomer C, Alvarez-Dardet C. Utilización de un método de consenso para la determinación de las necesidades de salud. *Gac Sanit* 1990; 4: 121-122.
288. Pinault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias*. Barcelona: Masson, 1990.
289. Smeltzer CH. Brainstorming: A process for cost reduction. *Nurs Econ* 1991; 10: 74-75.
290. Galvez M, Bonilo MA, Gallo FJ. Tipos de datos que describen la situación de salud. La información de tipo cualitativo. En: Gallo FJ y Cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: I.M. & C., 1993: 540-549.

291. Shaw ME. Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los pequeños grupos. En: Biblioteca de Psicología, vol. 10. Barcelona: Herder, 1982.
292. Barranco J, Solas O, Martínez-Cañavate T. La obtención de información mediante entrevista. Diseño y validación de cuestionarios. En: Gallo FJ y cols., eds. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: I.M. & C., 1993: 729-741.
293. Basford P. Nurse education. How to organise brainstorming. Nurs Times 1990; 86: 63-66.
294. Recogida de datos II. Cuestionarios y entrevistas. En: Selltiz C, Wrightsman LS, Cook SW, eds. Métodos de investigación en las relaciones sociales, 9ª ed. Madrid: Rialp, 1980.
295. Kornhauser A, Sheatsley PB. Construcción de cuestionarios y procedimientos de entrevistas. En: Selltiz C, Wrightsman LS, Cook SW, eds. Métodos de investigación en las relaciones sociales, 9ª ed. Madrid: Rialp, 1980.
296. García M y cols. Análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad, 1986.
297. Grawittz M. Métodos y técnicas en las ciencias sociales. Barcelona: Hispano Europea, 1975.
298. Casas I, Plasencia A, Borrell C. La calidad de la información recogida por cuestionario en una encuesta de mortalidad perinatal. Prog Obst Gin 1992; 35: 421-430.
299. Padua J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: FCE, 1979.
300. Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. J Pediatr 1993; 122: 511-516.
301. Goode WJ, Hatt PK. Métodos de investigación social. México: Trillas, 1982.
302. Briones G. Métodos y técnicas de investigación en las ciencias sociales. México: Trillas, 1982.
303. Ortega E. Manual de investigación comercial. Madrid: Pirámida, 1981.
304. Anastasi A. Test psicológicos, 2ª ed. Madrid: Aguilar, 1982.
305. Iglesias JM, Montero C, Torrecilla M. Los sistemas de información para los programas de intervención comunitaria. En: Gallo FJ y cols., eds. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: I.M. & C., 1993: 1694.
306. Aguayo J, Márquez FJ, Bonal PP, Casanovas J, Gutiérrez A, García C. Problemas de relación madre-hijo en la unidad neonatal: Su estudio mediante técnicas cualitativas. Rev Esp Ped 1994; 50: 111-114.
307. Hospital Universitario de Valme. Memoria del área hospitalaria, 1992.
308. Hunt JV, Cooper BAB, Tooley WH. Very low birth weight infants at 8 and 11 years of age: Role of neonatal illness and family status. Pediatrics 1988; 82: 596-603.

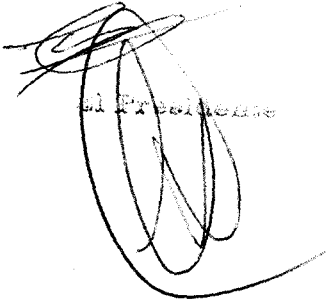
309. Canet Y, Grimau M, Farran I, Cerqueira MJ, Español T, De la Riva AM, Cabero LL. Infección por VIH y gestación. Resultados de una serie de 42 casos en el Hospital Vall d'hebron de Barcelona. En: Libro de resúmenes del XIV Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Santander, 1993.
310. Pascual A, Alonso M, Cerrolaza J, Sanchez de León L, Cortés O, Casas J, Alarabe A. Embarazo en la adolescencia. Aspectos perinatales. En: Libro de resúmenes del XIV Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Santander, 1993.
311. Pascual A, Sánchez de León L, Casas J, Alonso M, Cerrolaza J, Cortés O, Ceñal MJ. Madres adolescentes. Aspectos psicosociales. En: Libro de resúmenes del XIV Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Santander, 1993.
312. Levine L, García CT, Oh W. Determinants of mother-infant interaction in adolescent mothers. *Pediatrics* 1985; 75: 23-29.
313. Macfarlane A. *Psicología del nacimiento*, 3ª ed. Madrid: Morata, 1985.
314. The International Neonatal Network. The CRIB (clinical risk index for babies) score: A tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. *Lancet* 1993; 342: 193-198.
315. Poland RL. Diagnosis-related groups. En: Nelson NM, ed. *Current therapy in neonatal-perinatal medicine-2*. Toronto: BC Decker, 1990.
316. Navarro E, Piñán E, Sáez I, Arroyo M, Sánchez F, Andrade FJ, González JP. Unidad neonatal en un hospital comarcal. En libro de resúmenes del XIV Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Santander, 1993.
317. Gross SJ, Slagle TA. Alimentación del lactante con peso bajo al nacer. *Clin Perinat Norteam (ed esp)* 1993; 1: 209-228.
318. Klaus M, Kennell J. Interventions in the premature nursery: impact on development. *Clin Pediatr Norteam* 1982; 29: 1263-1273.
319. Hagberg B, Hagberg G, Zetterström R. Mortalidad perinatal decreciente. ¿Aumento de la morbilidad por parálisis cerebral?. *Acta Paediatr Scand (ed esp)* 1989; 6: 737-744.
320. Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. *New Eng J Med* 1967; 277: 1179-1188.
321. Kaye K. *La vida mental y social del bebé. Como los padres crean personas*. Barcelona: Paidós, 1986.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes
en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de
D. Fco. Javier Marguer Piras
titulada Dificultades en la relación Madre-hijo fe-
mereda por el ingreso en la Unidad neonatal:
Análisis de sentimientos, actitudes y opiniones maternas
acordó otorgarle la calificación de APTO CUM LAUDEM

Sevilla, 14 de Febrero 1955

El Vocal,



El Presidente

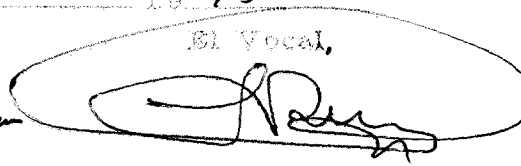
El Vocal,

Jaime Maunten

El Secretario,



El Vocal,



El Doctorado,

