

881225

1
2y



VINCE IN BONO MALUM

UNIVERSIDAD ANAHUAC

ESCUELA DE PSICOLOGIA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE
APEGO QUE BRINDAN LOS ADULTOS A LOS
INFANTES DE PRETERMINO EN UNA SALA
DE CUIDADOS MEDICOS INTERMEDIOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
**MARIA DEL CARMEN ARRIZABALAGA BUSQUETA
ANA LOURDES ALVAREZ POLLEDO**

Asesor de Tesis :
MA. DE LA SOLEDAD GARCIA VENERO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
RESUMEN	2
INTRODUCCION	5
<u>CAPITULO 1</u>	
REVISION BIBLIOGRAFICA	8
1.1 El establecimiento del apego y los factores que pueden inhibir este proceso cuando el infante nace prematuramente	9
<u>CAPITULO 2</u>	
METODO	35
2.1 Diseño	36
2.2 Sujetos	39
2.3 Instrumentos	40
2.4 Procedimiento	42
<u>CAPITULO 3</u>	
RESULTADOS	46
<u>CAPITULO 4</u>	
DISCUSION Y RECOMENDACIONES	74
<u>APENDICE A</u>	
HOJA DE REGISTRO	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85

RESUMEN

Este trabajo fué realizado con la finalidad de describir las conductas de interacción o apego que brindan los adultos, principalmente enfocándose a las conductas de los padres a infantes prematuros, en una sala de cuidados neonatales.

Este estudio surge del interés por observar cómo se establece el proceso de apego o liga emocional entre los padres y cuidadores que por diferentes causas nacen prematuramente.

A través de distintas investigaciones se ha llegado a la conclusión de que la vinculación temprana (desde el momento mismo del nacimiento), es la base para lograr un establecimiento armonioso de las relaciones padre-hijo, las cuales a su vez permitirán un desarrollo social adecuado en la infancia y la niñez.

Si esta vinculación o establecimiento del apego se ve entorpecida o inhibida en el proceso de lactancia por factores externos, podría pensarse que existirán dificultades posteriores para que el proceso se de normalmente.

Cuando un infante nace prematuramente, dadas sus deficiencias físicas requiere ser hospitalizado por un período de tiempo, por lo tanto separado de su ambiente familiar y rodeado de aparatos médicos que lo ayuden a superar su propia inmadurez. Estos factores "especiales" podrían entorpecer o

inhibir totalmente las conductas de interacción entre los padres o cuidadores y el bebé.

Dado que no existen aún suficientes investigaciones a este respecto, es importante primeramente investigar si las circunstancias "especiales" que rodean al prematuro al nacer, efectivamente inhiben las conductas de interacción de los adultos

Esta investigación se llevó a cabo con infantes moderadamente prematuros, es decir, fuera de peligro de muerte, para que existiera mayor posibilidad de que surgieran conductas de apego por parte de los adultos.

Se hicieron numerosas observaciones, utilizando una hoja de registro formulada por los autores del presente trabajo, donde se anotaron las variables de registro. Dichas variables, fueron el estado en el que se encontraba el bebé en el momento de la observación, y aquellas conductas que se presentaban con mayor frecuencia en los datos preliminares, y los que Kennel y Trause reportan en sus investigaciones como conductas de interacción que favorecen el establecimiento del apego. Las observaciones se realizaron por muestreo de tiempo, durante 20 días, registrándose 4 sujetos diariamente. Las conductas, para su análisis se agruparon en 4: de interacción positiva, neutral, de cuidados generales y médicos. Para el análisis estadístico, se calculó la proporción estimada de los diferentes grupos de conductas, y se hicieron comparaciones utilizando la prueba de hipótesis.

En base a los resultados obtenidos, se observó que tanto en el grupo de los padres como en el de las enfermeras, existe una tendencia a presentar mayor cantidad de conductas de tipo neutral, tales como mirar, o permanecer pasivamente frente a la incubadora. Esto indica de alguna manera que durante el tiempo que el prematuro permanece en el hospital, existen factores posiblemente multivariados que disminuyen la presentación de conductas de interacción tales como acariciarlos, cargarlos, hablarles, etc., conductas que manifiestan que el establecimiento del apego se está desarrollando.

De la misma manera se observó que los padres mantienen el porcentaje de interacción neutral en el nivel más alto en comparación a las conductas positivas o de cuidados generales, mientras el infante se encuentra en llanto o en estado de alerta. Este factor también es indicador de que los padres no están respondiendo adecuadamente a las señales de comunicación del bebé, ya que lo esperado es que el adulto responda activamente al llanto, y de la misma manera aproveche los momentos de alerta para interactuar.

INTRODUCCION

Desde que en el siglo pasado la psicología emerge como una disciplina científica, empiezan a plantearse diversas teorías que expliquen la conducta y las actividades mentales. Una de las áreas que ha supuesto mayor interés para la investigación de la psicología es la que se refiere al desarrollo humano, es decir a la evolución que el hombre presenta desde el momento de la concepción hasta la etapa final de la vejez.

Los estudios realizados sobre desarrollo coinciden en que la evolución del ser humano es un proceso de diferentes etapas evolutivas, es decir, períodos de la vida durante los cuales buena parte de la conducta se encuentra dominada por una cualidad particular en el modo de pensar o en las relaciones sociales.

Una de las etapas del desarrollo humano que más ha absorbido las energías de los estudiosos de la conducta, es la de la niñez.

Se considera que el estudio de esta etapa es indispensable, ya que a través de él, se podrán entender con mayor facilidad los orígenes y la naturaleza de los seres humanos.

Las teorías psicológicas modernas más conocidas tales como la Teoría Freudiana del desarrollo psicosexual, la Teoría de Erikson del desarrollo psicosocial, así como la Teoría de Piaget

sobre el desarrollo cognoscitivo, aunque difieren en contenido, coinciden en que la niñez se compone de varias etapas, durante las cuales los niños van desplegando gran parte del pensamiento lógico y de las características sociales y emotivas y que esta etapa influirá de manera importante en la psicología del adulto.

La primera etapa de la niñez (recién nacido a 1 mes de vida aproximadamente), se conoce como período de lactancia. Este período (así como el de la niñez en general) se caracteriza por presentar rápidos cambios en el crecimiento y desarrollo tanto a nivel físico como emocional y social.

Por este motivo, a partir de los años 50's el interés por el período de lactancia se ha incrementado. Estos estudios han permitido conocer más a fondo las características físicas y habilidades sensoriales que presenta el infante desde su nacimiento. Así mismo se ha considerado que el recién nacido no es un ser pasivo que solo duerme y se alimenta, por el contrario, actualmente se considera que el recién nacido es un organismo social capaz de establecer interacciones recíprocas que empezarán a formar vínculos emocionales con las personas que lo rodean. Estos infantes son de hecho agentes activos en la organización del comportamiento social. (Fitzgerald 1981).

Los teóricos del desarrollo coinciden en que el ser humano inicia el proceso de aprendizaje social desde el momento mismo de su nacimiento y con ello empiezan a establecerse las bases para la confianza fundamental del infante con el mundo que lo

rodea. Este proceso de sociabilización empieza en el momento en que el recién nacido tiene los primeros contactos de interacción con sus padres o cuidadores.

Sin embargo no todos los infantes tienen la oportunidad de empezar a interactuar con sus padres o cuidadores desde el momento en el que nacen, en ocasiones se presentan circunstancias especiales que impiden que el proceso de sociabilización se inicie normalmente desde un principio. Este es el caso de los bebés que por algún factor nacen prematuramente y por este motivo tienen que permanecer en una sala de cuidados médicos especiales por algún tiempo.

Existen diversos investigadores que se han interesado en estudiar al infante prematuro, con la finalidad de conocer más ampliamente sus características físicas, el medio que lo rodea durante su estancia en el hospital, así como la relación que establecen los padres con el prematuro en estas circunstancias "especiales".

Aunque existen investigaciones sobre esta área, el estudio sobre el infante prematuro es todavía un campo que requiere de mayor exploración. Esto abre la posibilidad a futuras investigaciones que permitan conocer cada vez con mayor profundidad este tópico de interés científico.

CAPITULO 1

REVISION BIBLIOGRAFICA

1.1 El establecimiento del apego y los factores que pueden inhibir este proceso cuando el infante nace prematuramente.

El bebé que ha nacido a término, a 38 semanas de gestación, tiene un equipo conductal bien desarrollado, presentando diversas capacidades sensoriales, así como diferentes tipos de reflejos que le ayudan a responder a la estimulación que recibe del medio. Es capaz de seguir una luz con los ojos (si la velocidad de ésta es adecuada), succionar al tener contacto oral con algún objeto adecuado, (pezón, chupón, dedo), voltear hacia el lado donde se le toque la mejilla o la comisura de la boca, es capaz de llorar, toser, voltear la cabeza, levantar la barbilla si se encuentra en posición prona (boca abajo), agarrar un objeto que se lo coloque sobre la palma de la mano y realizar movimientos suaves, es también capaz de presentar períodos de alerta prolongados (Brazelton 1979).

Estas capacidades de respuesta y de sensación que tiene el infante le permiten percibir una amplia variedad de objetos y de acontecimientos, y reaccionar a ellos. Un conjunto de estos objetos, a los que el infante tiene que reaccionar, es el de las demás personas. El conocimiento del desarrollo de la interacción con otros seres humanos es fundamental para la comprensión de la conducta del niño y del adulto, ya que la habilidad para formar relaciones íntimas más tarde en la vida, podría depender de la calidad de los vínculos que se forjan desde que el bebé nace. (Mussen, Conger, Kagan, 1978). El desarrollo de vinculación

temprana está influida por ciertos factores importantes. A continuación se mencionarán los dos elementos que se consideran de más relevancia:

- a) Conducta de la madre
- b) Conducta del bebé

a) Conducta de la madre.

La vinculación temprana de la madre (o cuidador) con el infante recién nacido, es un proceso que requiere de tiempo antes de que se establezca de forma definitiva. Generalmente en un principio, la madre encuentra que el recién nacido es para ella un ser extraño. Robson y Moss (1970), encontraron que el amor maternal no es un instinto, su desarrollo requiere tiempo. En un estudio realizado con 54 madres que acababan de tener un bebé, solo 27 de ellas tuvieron conductas de interacción activas cuando vieron por primera vez a sus bebés, el 13% de las 27 madres identificó tales conductas como afecto o amor. El 34%, en general, se mantuvo presentando conductas pasivas. El estudio se prolongó 3 meses y los investigadores reportaron que la mayor parte de las madres estaban ya, en ese tiempo, estrechamente ligadas a sus hijos (citado de Papalia, 1985).

Kennel, Jerauld, Wolfe et al, (1975), realizaron investigaciones de seguimiento de las parejas madre-bebé en las edades de 1 mes, 1 año y 2 años, encontrando diferencias lo suficientemente grandes como para indicar que un "amplio" contacto temprano puede ayudar a la madre y al niño a forjar una relación más estrecha. Reportaron que al primer mes de nacidos,

las madres que habían tenido contacto prolongado con sus bebés los mimaban más y tenían mayor contacto visual con ellos. Al año, estas madres besaban más a sus bebés y pasaban más tiempo calmándolos, cuando lloraban. A los 2 años un seguimiento de 10 parejas del grupo inicial, mostró que las madres que habían tenido contacto prolongado, eran más sensibles a las necesidades de sus bebés para aprender sobre el mundo, hacían dos veces más preguntas que las otras madres, les enseñaban más, les daban menos órdenes y les hablaban en forma más madura y gramatical, (Kenell, Jerauld, Wolfe, et al, 1975, citado de Papalia, 1985).

Con esta investigación los autores sugieren que el vínculo emocional temprano que se crea entre los padres y sus hijos pudiera influir directamente en la relación que posteriormente se establecerá entre ellos.

Si la relación temprana es estrecha y de calidad de alguna manera continuará teniendo estas características en el futuro, por el contrario si la relación inicial es lejana y poco afectuosa podría continuar siendo negativa posteriormente.

b) Conducta del bebé.

Desde hace algunos años diversos investigadores de la conducta (Bowly 1958, Robson 1967, Richards 1971), consideran que el recién nacido no es solo un recipiente pasivo de prácticas de crianza infantil, sino un estímulo que influye directamente en las personas que los cuidan. Las diferentes conductas del recién nacido (mamar, mover el cuerpo, cambiar el

ritmo respiratorio, mirar a los ojos), así como sus distintos estados de sueño, alerta o llanto, son estímulos orientados a una respuesta del adulto, es decir, son comportamientos que influyen en el establecimiento de la relación entre el infante y los padres o cuidadores.

Rheinsgold (1968) ha propuesto 4 postulados en relación a la socialización inicial, los cuales destacan la naturaleza interactiva del proceso. (1) Desde el momento de nacer, el lactante es un organismo social. (2) El recién nacido se comporta socialmente, es decir, la conducta del lactante produce, mantiene o modifica la conducta de otras personas. (3) El infante socializa a otros. Con frecuencia el quehacer diario del cuidador se modifica sustancialmente para responder a las exigencias del bebé (cambio de pañal, alimentación por la noche, etc.). (4) La madre o cuidador responde a las señales o necesidades del infante y es la que proporciona un ambiente de comodidad y seguridad, así como una información reforzadora acerca de lo apropiado de la conducta del lactante. (Citado en Fitzgerald, 1981).

El concepto de apego se ha definido como la relación estrecha que se observa entre un infante y su madre (Mussen, Conger, Kagan, 1978); o como la relación emocional única entre el infante y su madre o cuidador (Kennel, Trause, et al. 1980); o como el grado en el que el infante está predispuesto a iniciar ciertas conductas dirigidas hacia su madre o cuidador (Blake, Stewart, Turcan, 1981).

De acuerdo con la interpretación tradicional, el establecimiento del apego se explica a través de las teorías del aprendizaje estímulo respuesta, señalando la teoría Pavloviana, en donde un estímulo asociado a una recompensa (alimento, calor, etc.), adquiere valor de recompensa. Mediante el aprendizaje, la madre considerada como estímulo, llega a significar placer.

El infante aprenderá a acercarse a la fuente de placer, pues ésto lo conducirá a una satisfacción efectiva de sus necesidades con un mínimo de demora. Es decir el niño aprende la respuesta de buscar a la madre y acercarse a ella cuando tiene hambre. (Bijou, 1975).

Conforme al principio de generalización del estímulo, es probable que una respuesta aprendida ante un estímulo se produzca ante estímulos semejantes al original, es decir, la respuesta de acercamiento hacia la madre se generaliza hacia otros que lo rodean. (Mussen, Conger, Kagan, 1978).

La situación inicial de alimentación era considerada por estos técnicos, como el fundamento del aprendizaje de si la madre es recompensante (y por generalización otras personas) y de si acercarse a ella conduce a la satisfacción (Mussen, Conger, Kagan, 1978).

Bijou (1975) refiere que a medida que la madre se convierte en un reforzador social para el niño (asociando las respuestas gratificantes que satisfacen sus necesidades) otras personas

adquieren valor reforzante generalizado; este proceso puede ser la operación básica de aprendizaje que le da al niño un carácter social. Con frecuencia se dice que el niño aprende acerca de la sociedad "a través de los ojos de su madre". Fundamentalmente la madre ha sido discriminativa para la presentación de reforzadores positivos y para la eliminación de reforzadores negativos, por ésto la madre del niño, y por generalización otros semejantes a ella, adquirirán la propiedad estímulo de un reforzador positivo adquirido, es decir la madre será un reforzador social.

A raíz del estudio clásico de Harlow y col, 1959, este concepto evoluciona y el apego se explica más ampliamente. El infante está dotado naturalmente para realizar ciertas conductas, el objeto que produce estas respuestas se convertirá en un objeto de apego para él, La madre a través de las conductas de interacción con su hijo se convierte en el objeto de las conductas del infante.

En consecuencia el proceso de apego se va incrementando gradualmente, es decir, el apego tiene una naturaleza interactiva entre el recién nacido y su madre o cuidador. (HarlowHarlow 1959, tomado de Mussen, Conger y Kagan, 1978).

Newman y Newman (1983), basándose en diferentes investigaciones (Moss y Robson, Bell y Ainsworth, 1972, Korner, 1974, Brown et al, 1975), refieren que el establecimiento del apego es un proceso de interacción entre la madre y el hijo.

"Los infantes no solo inician las respuestas maternas, antes bien, refuerzan ciertas conductas de crianza".
(Pág. 134).

El apego, tiene utilidad para la sobrevivencia del bebé; Bowlby (1958), sugiere que las conductas de apego tienen la función de mantener la proximidad con el cuidador, establecer un lazo emocional y activar conductas de cuidado (citado en Newman y Newman, 1983).

Por otro lado, de acuerdo con la teoría de desarrollo propuesta por Erikson (1963), desde su nacimiento el infante atraviesa por la etapa sensorial en donde el conflicto que tendrá que resolver es el de la confianza vs. desconfianza. Durante esta etapa, el lactante depende por entero de los demás, especialmente de su madre, y en la medida que éstos respondan y satisfagan sus necesidades, el bebé aprenderá a confiar en otras personas. Por tanto, si esta primera etapa se resuelve satisfactoriamente, se establecerán las bases adecuadas para un óptimo desarrollo social y emocional del infante, ya que empezará a "percibir" que las personas que lo rodean responden a sus necesidades y conductas; por tanto sus actos, tienen un efecto sobre el mundo que lo rodea, (Erikson 1963, tomado de Baron, Byrne, Kantowitz, 1981).

En este espacio se resalta que el apego es el inicio del aprendizaje social del infante, y en la medida que esté mejor establecido, el bebé estará mejor "capacitado" para relacionarse

con los demás en forma armoniosa. Así mismo, el apego, será un aspecto indispensable para que la madre al sentirse emocionalmente ligada a su hijo, pueda ser un factor positivo en el desarrollo emocional y social del bebé.

El recién nacido comienza a vivir teniendo muy pocas respuestas emocionales o motivacionales específicas a otras personas. No posee tendencias innatas a amar, odiar, temer, acercarse o alejarse de los demás. Sus experiencias con seres humanos desde el momento de su nacimiento, ponen los fundamentos de sus actitudes futuras respecto a ellos.

Las primeras experiencias de apego del infante hacia su madre o cuidador traen consigo 2 consecuencias importantes. La primera es que las respuestas que el bebé produce ante el cuidador se generalizan a otras personas. En segundo lugar, el infante adquirirá un esquema bien articulado de cara, la forma y la voz del cuidador (Mussen, Conger y Kagan, 1978).

Se ha comprobado experimentalmente que los actos aprendidos en respuesta a un cuidador atento y socialmente estimulante, se generalizan a otras personas. Cuando el cuidador presenta conductas socialmente activas con el bebé, (hablarle, tocarle, mecerle, etc.), éste presenta muchas más respuestas sociales a los extraños. Se considera que la estimulación social juguetona y recíproca entre el infante y el adulto, es un factor decisivo para el aumento de respuestas sociales del bebé hacia otros adultos. (Mussen, Conger, Kagan, 1978).

En la medida que la madre o cuidador establece una relación con el infante, éste adquiere un esquema detallado de ella. Como consecuencia, el bebé empieza a presentar conductas de "preferencia" hacia la madre (sonrisas, calma su llanto con ella, etc.).

Con esto se logra una "retroalimentación" entre la madre y su hijo, ya que de alguna manera ésta se siente recompensada y por tanto estará más ligada emocionalmente con él. (Mussen, Conger y Kagan, 1978).

Existen conductas por parte de la madre o cuidador que favorecen el que se establezca el apego con el recién nacido. Estas conductas son también indicadoras de que el proceso se está estableciendo. Kennel, Trause, et al (1980) mencionan que con conductas tales como hablarle afectuosamente, mirarlo, acariciarlo, mecerlo, observarlo, cargarlo, etc., la madre empieza a mantener un contacto estrecho con su bebé y por tanto se empieza a crear un lazo emocional madre-infante.

Como se mencionó anteriormente, dado que en el proceso de establecimiento del apego se requiere que exista una interacción entre adulto-infante, existen también conductas por parte del bebé que de alguna manera "retroalimentan" a la madre y favorecen la relación. Brazelton (1979) indica que desde su nacimiento el bebé emite ciertas acciones, explora, observa, produce sonidos y movimientos y estas conductas van dirigidas hacia la madre o cuidador. Los diferentes estados que presenta

el infante (sueño, alerta y llanto), ya que es la forma de comunicación más clara que tiene el bebé para provocar una respuesta de su cuidador.

Es decir, se considera que un aspecto importante en la formación del apego es el que la madre o cuidador estén concientes de las señales que emite el bebé, y por tanto, respondan a sus necesidades, por ejemplo, atender a su llanto cargándolo, alimentándolo, etc.; aprovechar los momentos de alerta (cuando está despierto) para hablarle, tocarlo, etc.; respetar sus momentos de sueño, etc.(Brazelton, 1981).

Fields (1978) y Golberg (1978), proponen que un aspecto que favorece el establecimiento de una relación armoniosa y organizada entre la madre (o cuidadores) y el infante, es que el adulto responda a sus conductas y que éstas vayan en consonancia con sus estados, ya sea sueño, alerta o llanto.

"Las conductas de la madre que responden a las señales que el infante emite, tienen efectos directos sobre él, ya que orientan a su organismo a atender al medio. Si el medio responde a sus conductas o formas de comunicación (llanto, gestos, movimientos corporales, etc.), el infante empezará a "percibir" que estas conductas tienen un efecto en el ambiente que lo rodea; así mismo, empezará a desarrollar su capacidad de aprendizaje de asociación estímulo-respuesta". (Fields, 1978, Pág. 84).

"Las respuestas de la madre dirigidas al infante, pueden ayudarlo a mantener sus estados de alerta por períodos - más largos de tiempo. Si el adulto empieza a responder a estos momentos, brindándole estimulación, el infante paulatinamente empezará a prolongar estos períodos y por -- tanto, tendrá mayor posibilidad de interactuar con el - medio que lo rodea. Por el contrario, si el infante no - recibe ningún tipo de estimulación en estos lapsos de - tiempo, tenderá a caer en estado de sueño por períodos - muy largos". (Golberg, 1978, Pág. 142).

Se propone entonces que un factor muy importante para establecer el apego es, que la madre presente conductas activamente sociales y que éstas vayan en consonancia con las conductas y estados del bebé, es decir, que exista calidad en la relación, lo cual propiciará una relación madre-infante más armoniosa y organizada.

Sin embargo en ocasiones se presentan ciertas circunstancias que pueden entorpecer el establecimiento del apego. Estas circunstancias podrían de alguna manera inhibir la presentación armoniosa y organizada de conductas socialmente activas entre madre-infante y por tanto propiciarían un desajuste en el proceso de socialización; tal es el caso de los infantes que por algún motivo nacen prematuramente y que debido a su inmadurez neurológica y deficiencias físicas deben permanecer en un hospital (en ocasiones hasta 3 meses) separados de sus padres y rodeados de un ambiente físico médico.

A continuación se analizarán diferentes aspectos del infante pretérmino y los factores que pueden inhibir el desarrollo del apego.

En base a las clasificaciones que utiliza la medicina actual, un infante que nace antes de las 37 semanas de gestación, independientemente de su peso al nacer, se considera un infante de pretérmino. (Usher 1981). Debido a su nivel de inmadurez neurológica, estos infantes presentan ciertas características físicas (apneas, dificultad para succionar y controlar la temperatura, hiperbilirrubinemia, etc.), que pueden complicar el curso de su desarrollo neonatal, si no son atendidos con los cuidados médicos necesarios.

Las deficiencias físicas van en relación directa con la edad gestacional que los infantes presentan al nacer. Siendo que a medida que el feto tiene más semanas de edad, sus características físicas serán diferentes y sus probabilidades de supervivencia mayores. Así mismo, el grado de prematuridad influirá en los cuidados médicos que se le deben brindar, ya que en caso de ser muy extremo, el bebé debe permanecer en una sala de cuidados médicos intensivos interrumpiéndose así cualquier tipo de interacción que no sea la estrictamente médica.

Usher (1981), realiza una clasificación de los infantes prematuros basándose en la edad gestacional y las características físicas que los distinguen.

Infante Prematuro Limitrofe.- Edad gestacional de 37 a 38 semanas.

A los infantes incluidos en esta clasificación frecuentemente se les considera como a término, sin embargo, pueden manifestar su prematurez y presentar ciertos desórdenes físicos. Es frecuente que presenten Hiperbilirrubinemia, cuya manifestación clínica es la presencia de un tinte amarillento en la piel, y existe el riesgo de que la bilirrubina tenga un efecto tóxico en el Sistema Nervioso Central, el cual podría causar daño neurológico.

Ocasionalmente presentan incapacidad para controlar su temperatura corporal sin ayuda de un calefactor externo, además pueden tener dificultad para succionar, y por tanto, una pérdida de peso prolongada, por no ingerir la cantidad de leche necesaria. Ocasionalmente se puede presentar el Síndrome de Insuficiencia Respiratoria, (Usher, 1981).

Infante Moderadamente Prematuro.- Edad gestacional de 31 a 36 semanas.

Los infantes incluidos dentro de esta clasificación, presentan las características antes mencionadas, pero en forma más acentuada, así como problemas físicos específicos. Generalmente presentan incapacidad para controlar temperatura y para succionar en forma efectiva, por lo que requieren de ser alimentados por tubos nasogástricos, goteros o sondas.

En ciertas ocasiones, la leche que ingieren no logra

digerirse totalmente, produciéndose así un aumento en el volumen del estómago, a lo que se conoce con el nombre de "Abdomen Distendido". Cuando el pretérmino tiene una edad gestacional de 34 semanas (o menor), el reflejo de cierre y apertura de la glotis no está aún completamente maduro, por lo que puede existir el peligro de producirse una broncoaspiración. Es frecuente que se presente el Síndrome de Insuficiencia respiratoria, así como períodos apnéicos (pequeños lapsos de tiempo en los que el bebé no respira), y diversos tipos de infecciones, anemia, etc.- (Usher, 1981).

Infante Extremadamente Prematuro.- Edad gestacional de 24 a 30 semanas.

Estos infantes debido a su corta edad gestacional, tienen pocas probabilidades de sobrevivir (solo un 8% de la población sobrevive), debido a que presentan una gran cantidad de problemas físicos, producidos por su propia inmadurez. Los problemas más comunes y que frecuentemente ocasionan la muerte son, asfixia al momento de nacer, infecciones severas producidas por la ruptura de membranas, insuficiencia respiratoria y períodos apnéicos prolongados.

Los infantes que nacen entre las 28 y 30 semanas de gestación, requieren de un tratamiento muy intensivo, siendo éste generalmente exitoso, sin embargo, aquéllos que nacen entre las 24 y 27 semanas, presentan problemas físicos frecuentemente insuperables. Así mismo, estos infantes son poco tolerantes a la manipulación, por lo que el personal médico y de enfermería se

limita a procedimientos necesarios para su supervivencia. (Usher, 1981).

El estado físico del bebé de pretérmino tiene características que lo diferencian del bebé que nace a término. Su aspecto general es frágil, ya que tiene menos peso, su piel es arrugada, la cabeza y la lengua son desproporcionadamente grandes, sus ojos son prominentes y separados entre sí y su tono muscular en general es malo. (Golberg y De Vitto, 1983).

En lo referente a los reflejos que presentan, en general están menos desarrollados que el bebé a término (reflejo de succión, reflejo del moro, prensión palmar, etc.).

Así mismo, debido a su inmadurez neurológica la estimulación que reciben pueden desorganizarlos fácilmente, provocando movimientos bruscos sin coordinación y cambios de coloración y respiratorios. (Brazelton 1978).

Otro factor que los caracteriza es que su llanto es menos frecuente, debido a que en general tienen poca energía. De la misma manera sus períodos de alerta son menores, permaneciendo gran parte del tiempo en estado de sueño. (Golberg, Di Vitto 1983).

Los infantes prematuros presentan complicaciones físicas y patrones de conducta atípicas. Este factor puede influir negativamente en las conductas de interacción o apego de los

padres, alarmándolos ante estos cambios o simplemente desconociendo cómo responder a las señales que emiten. (Brazelton, 1981).

Minde et al (1978) realizaron una investigación con la finalidad de determinar, en qué grado, las complicaciones médicas influyen en la interacción de los padres con dichos infantes. Sus resultados indican que las madres de infantes que tuvieron complicaciones severas y que estuvieron en el hospital por más de 35 días, mostraban menos conductas interactivas con sus bebés. Esta situación prevaleció después de que el infante egresó del hospital (tres meses después del egreso).

Con respecto a esto, Minde afirma:

"Dada su propia inmadurez, el infante de pretérmino permanece por largos períodos de tiempo en estado de sueño, y cuando se encuentra en estado de alerta, sus conductas son en general poco organizadas (cambios de estado frecuentes, llanto poco vigoroso, inhabilidad para autocalmarse, irritabilidad hacia cierto tipo de estimulación, etc.). Este factor aunado a la angustia que presentan los padres por el hecho de tener un infante prematuro y al ambiente físico que lo rodea (incubadora, aparatos médicos, etc.), pueden producir que el adulto en general responda poco hacia las señales o conductas del bebé, o bien, que responda inadecuadamente, (por ejemplo, platicarle o ponerle un móvil en la incubadora cuando el infante está dormido,

no responder a su llanto o permanecer inactivo cuando el bebé está despierto)". (Minde, 1978, Pág. 378).

Por otro lado de un tiempo a la fecha, los investigadores se han preguntado, si el prematuro, dado que presenta inmadurez neurológica, tiene las capacidades sensoriales necesarias para que el medio que lo rodea pueda impactarlo.

Aunque estos infantes poseen deficiencias físicas y en algunas áreas un mínimo de desarrollo estructural, algunos autores (Miranda y Hack, 1979), afirman que desde las 22 semanas de gestación son capaces de tener una discriminación sensorial, aún antes de que esto tenga algún valor adaptativo para el organismo. Otros investigadores (Shulman, 1969, Miranda y Hack, 1979), se han preocupado por conocer más a fondo las capacidades y habilidades sensoriales del prematuro, y han encontrado que aún desde una edad gestacional temprana son capaces de recibir información tanto visual como auditiva y vestibular.

Hack et al (1979), encontraron que los infantes de pretérmino a partir de las 35 semanas de gestación presentan un cambio importante en la organización conductual y neurofisiológica lo que permite que los patrones de sueño y alerta se definan, más claramente, aunque todavía difieren de los patrones que presentan los infantes nacidos a término. Así mismo, refieren que desde esta edad gestacional existen cambios en cuanto a la atención visual, puesto que ya muestran patrones de atención y expresiones de alerta a estímulos visuales. Es

más, ya desde las 31 semanas, el infante es capaz de hacer discriminaciones simples, a pesar de que todavía predomina una mala coordinación de los movimientos oculares.

Existen estudios que aportan datos acerca de las habilidades sensoriales en infantes de edades gestacionales más tempranas. Engel (1964), registró potenciales de acción en corteza, en respuesta a luces intermitentes en infantes de 22 semanas. Así mismo, Ellingson (1964, 1960), encontró potenciales evocados en respuesta a estímulos visuales en infantes de 26 a 28 semanas de edad gestacional.

Por otro lado, Spelt (1948), mediante estimulación auditiva externa al vientre materno, logró una habituación en el ritmo cardíaco de infantes de 7 meses de edad gestacional, Shulman, (1969), encontró respuestas diferenciales en el ritmo cardíaco provocadas por la presencia de estimulación auditiva a las 36 semanas de edad gestacional de los infantes.

En el área del Sistema Vestibular, Korner (1979), reporta que dicho sistema madura muy temprano en la vida fetal, tanto anatómica como funcionalmente. Se reporta también que el aparato vestibular está anatómicamente completo a las 9 y medio semanas de edad del feto, y que la mielinización del sistema está ya desarrollada por completo a los 6 meses.

Ahora bien, Vaughn (1975), mediante análisis electrofisiológicos de la maduración de la región cortical

sugiere que:

"Los infantes prematuros al nacer tienen una cantidad considerable de corteza funcionando". (P. 513).

Esto hace factible que los procesos antes mencionados se den en este tipo de neonatos.

Por lo menos en algunas modalidades sensoriales, los infantes de pretérmino perciben de algún modo y responden ante la estimulación visual y auditiva (Lipsitt, 1979). El repertorio de respuestas de este tipo de neonatos, se debe a un desarrollo neurológico avanzado (Dobbing, 1974).

Todos los estudios anteriores sugieren que los neonatos de pretérmino tienen capacidad de recibir información tanto visual como auditiva y vestibular; es decir, aunque tienen una inmadurez neurológica, están capacitados sensorialmente para poder interactuar con el medio que los rodea, por lo cual, aunque de una forma más inmadura que un recién nacido a término, el infante pretérmino puede emitir conductas hacia los demás y recibir la información física y social que se le brinde del exterior.

Las salas de cuidados intensivos e intermedios, son salas terapéuticas, en las que se busca mejorar las condiciones metabólicas y respiratorias del bebé prematuro, sin embargo, por falta

de información y conocimiento de las capacidades y necesidades psicológicas de éste, no se ha creado un ambiente que favorezca el desarrollo integral del infante ni la interacción con los adultos que lo rodean. (Klein, Stern, 1971).

Este lugar, presenta ciertas características físicas y sociales que rodearán al infante mientras permanezca en él. Existe un nivel de ruido constante producido por la incubadora y por el personal que requiere laborar ahí; la luz está prendida durante las 24 horas, lo cual impide que exista un ciclo día-noche natural. Así mismo, debido a sus deficiencias físicas, el prematuro deberá permanecer en una incubadora recibiendo tratamientos médicos, en ocasiones agresivos, aunque necesarios para él (toma de muestras sanguíneas, introducción de tubos nasogástricos, transfusiones de sangre, etc. (Lawson, 1977).

Dadas estas circunstancias, el prematuro, mientras permanezca en el hospital, está rodeado de ciertas características distintas a las de un bebé que nace a término, en condiciones normales y que después de 3 o 4 días es trasladado a su casa, con sus padres, recibiendo cuidados que satisfacen sus necesidades, que no le son aversivos y que generalmente le son proporcionados por la misma persona (por lo general la madre).

Jones (1981), sugiere al respecto:

"Tanto los aparatos médicos como el medio de las salas de cuidados intensivos e intermedios pueden funcionar

como barreras físicas reales y potencialmente psicológicas para el contacto e interacción adulto-infante". (Pág. 130).

Jones (1981) refiere que el ambiente "desfavorecedor" en el que se encuentra el infante, podría ser una explicación de que los padres se sientan "distanciados" de su bebé y por lo tanto interactúen poco con él. Sin embargo, propone que los estudios en este campo aún son limitados y por lo tanto, es necesario ir más atrás y comenzar desarrollando un modelo metodológico en donde se investiguen más a fondo las características medioambientales que rodean al prematuro durante su estancia en la sala, así como las conductas maternas que se presentan, tomando en cuenta también, las conductas del infante.

En los últimos años, algunos investigadores, (Leifer, Leiderman, Barnett, Williams, 1972; Powell, 1974; Leiderman, 1974; Kennel, Klaus, 1976; Minde, Morton, Manning y Hines, 1980), se han preocupado por estudiar si el hecho de que el infante tenga que permanecer durante un período de tiempo en una sala de cuidados intermedios o intensivos, tiene efectos sobre los patrones de interacción y las conductas de apego entre los padres y dichos infantes.

Existen diferentes grados en lo referente a la separación del recién nacido de su madre. En algunos casos, la separación es total (privación materna), en otros, la separación es solamente temporal), como en el caso de infante prematuro.

Son muy pocos los estudios que hasta la fecha se han realizado para observar cómo es que se establecen las relaciones entre los infantes prematuros y sus padres durante su estancia en el hospital, así como las consecuencias que esta separación temporal pueda tener en el futuro.

Klause, Trause, Kennel (1980), llevaron a cabo una investigación tomando 2 grupos de sujetos, 30 madres de infantes a término y 30 madres de bebés prematuros.

Realizaron una filmación de las madres de ambos grupos cuando estaban interactuando con sus bebés (en la cama del hospital, en el primer grupo, y en la sala de cuidados médicos en el segundo), desde el primer día de su nacimiento al tercer día, con la finalidad de observar qué conductas de interacción presentaban.

Como conclusión reportan que las madres de bebés a término presentaban más conductas de interacción tales como mirarlos a la cara, tocarlos en las extremidades y el tronco, acariciarlos, etc., que las madres de bebés prematuros.

Así mismo, el primer grupo tendió a incrementar estas conductas en el transcurso de los días, mientras en el segundo grupo, no hubo progreso en el contacto durante los tres días de observación.

Concluyen también, que podría existir un "período

sensitivo" en la madre inmediatamente después del nacimiento del bebé. El "período sensitivo materno" se refiere al tiempo después del parto, cuando la mamá empieza a formar un apego especial hacia el infante. Refieren al respecto que:

"Una separación durante este período podría alterar las conductas de apego de la madre, ya que éste es un período óptimo en donde comienzan a darse muchas interacciones recíprocas madre-hijo que los unirán, mediando así el desarrollo ulterior del apego". (Pág. 183).

Sin embargo, afirman que no se puede concluir definitivamente al respecto, ya que se requiere mayor investigación, y dado que la separación es temporal, el proceso puede establecerse después aunque costará mayor trabajo.

Por otro lado Leiderman, Seashore (1981), refieren al respecto que tanto la calidad como la cantidad de interacción social entre madre-infante en el período postparto pueden influir en las conductas subsecuentes de la madre y en sus actitudes hacia el infante. Una separación de 3 semanas después del parto puede llevar a la madre a sentirse disminuida en sus capacidades maternas y por tanto, tener menos conductas de apego hacia su hijo, esto en ocasiones puede continuar durante un mes después de que madre e hijo ya están juntos en su casa.

Estos autores concluyen que la separación temporal tiene

efectos a corto plazo en las conductas y actitudes subsecuentes de la madre, sin embargo, afirman que es necesario realizar más investigación sobre el tema; ya que aún no puede asegurarse con certeza si existe un período crítico de vinculación, es decir, si las horas o días después de que el bebé nace, son críticas en el desarrollo posterior de la interacción social del infante con sus padres.

Rutter (1979), propone al respecto:

"Aunque no es del todo evidente, parece bastante cierto que las horas y días que siguen a la llegada del recién nacido son importantes para establecer lazos afectivos, aún en el caso de que cualquier daño ocurrido en tal período pueda corregirse más tarde".
(Pág. 187).

Por este motivo Rutter (1979) recomienda la necesidad de reevaluar las prácticas de cuidado infantil, particularmente en el caso de infantes prematuros, quienes a menudo son separados de sus padres por períodos largos de tiempo.

De los datos obtenidos se infiere que existen factores tales como la separación del infante prematuro de sus padres, el estado físico de éste y las características medioambientales de la sala en la que se encuentra durante su estancia en el hospital, que podrían interferir o en ocasiones interrumpir el establecimiento de la interacción materno-paterno-infantil, así

como el proceso de establecimiento del apego y su interacción al egreso del hospital.

Como se menciona anteriormente, existen pocas investigaciones que describan las conductas que presentan los padres y cuidadores hacia los prematuros durante su estancia en el hospital, y por tanto, poder observar si estas conductas están afectadas o disminuidas. En esta tesis se seguirá la línea de investigación de Klaus, Trause y Kennel a fin de aportar más datos a este campo de la investigación poco explorado por el momento.

Así mismo, en las investigaciones revisadas anteriormente, se sugiere que el infante prematuro desde edades gestacionales tempranas presenta ciertas capacidades (visual, auditiva, etc.), que le permiten recibir información del medio que le rodea. Aunque los infantes prematuros presentan ciertas habilidades sensoriales, tanto su nivel de desarrollo neurológico como su estado y apariencia física aún no son como los de un bebé que nace a término. Por esta razón, estos bebés presentan ciertas conductas atípicas (cambios de color, períodos apnéicos al manipularlos, períodos cortos de alerta, etc.), lo que no les permite tener las mismas respuestas sociales que un bebé a término. Estos factores y el medio físico terapéutico donde se encuentran, así como la separación que tiene de sus padres, pueden interferir en el establecimiento de la relación materno-paterno-infantil, produciendo que los padres presenten conductas poco interactivas con sus hijos, las cuales pueden

prolongarse aún después de que el infante egresa del hospital, (Minde, 1978).

Estas condiciones, llevan a pensar en la necesidad de realizar ciertos cambios, tales como dar mayor información a los padres, sensibilizarlos a detectar las señales, necesidades y mejorías del bebé, y así poder responder de una forma más adecuada a ellos. Es importante intentar superar las dificultades que los padres presentan al tener un bebé prematuro, para que puedan establecer una relación de apego que se continúe cuando su bebé egrese del hospital. De esta manera, podrán estar más preparados para ser un factor positivo y esencial que ayude al desarrollo emocional y social de sus hijos.

Para que en un futuro se puedan realizar algunos de los cambios mencionados y así optimizar el medio de estos bebés, es necesario, tal y como sugiere Jones, (1981), comenzar desarrollando un modelo metodológico de las conductas de interacción o apego que presentan los padres y cuidadores hacia los prematuros, tomando en cuenta al bebé. Así se partirá de una base que pueda dar mayor conocimiento al respecto.

Esta tesis tendrá como objeto realizar este estudio, a fin de conocer mejor qué es lo que realmente sucede en las relaciones entre adultos-prematuro mientras el infante se encuentra hospitalizado superando las deficiencias físicas que le impiden por un tiempo incorporarse a su ambiente familiar natural.

CAPITULO 2

METODO

2.1 Diseño

Este trabajo se realizó, como se ha mencionado anteriormente con la finalidad de recopilar datos sobre los conductos de interacción o apego que presenta el adulto hacia el infante prematuro en una sala de cuidados intermedios neonatales, es decir, se registraron las conductas de apego que padres o madres y personal médico y de enfermería, brindan al infante; éstos fueron los responsables más directos del cuidado del bebé durante su estancia en el hospital.

Las variables orgásmicas pertinentes al estudio fueron los diferentes estados presentados por los bebés, conceptualizando al estado como cualquier condición o propiedad del organismo bien definido, que puede ser reconocido si ocurre otra vez. El estado es una condición distinta que tiene propiedades específicas y que refleja un modo particular de funcionamiento del sistema nervioso (Precht, 1974), se establecen 3 tipos de ellos:

- 1) Estado de sueño. Incluye tanto sueño activo como lento, caracterizándose por las siguientes conductas:
 - Movimientos oculares rápidos (observados a través del párpado).
 - Gemidos.
 - Gestos.
 - Movimientos discretos de brazos o piernas.

- Patrones de respuesta regulares e irregulares.
 - En general, un bajo nivel de actividad.
- 2) Estado de alerta. Se incluyeron estado de alerta activo y tranquilo.
- a) Alerta tranquilo. Caracterizado por:
- Mirada brillante.
 - Enfocar la atención en algún tipo de estimulación (un objeto, cara, un estímulo auditivo).
 - Recibir la estimulación externa pero con retraso en su respuesta.
 - Presentar actividad motora mínima.
- b) Alerta activo. Caracterizado por:
- Actividad motora.
 - Movimientos vigorosos de las extremidades y algunos sobresaltos.
 - Reacciones discretas difíciles de distinguir debido a su nivel de actividad.
 - Ante la estimulación existe un incremento en los sobresaltos o en la actividad motora.
- 3) Estado de Llanto. Llanto vigoroso, en el que el infante estuvo "aislado" de la estimulación externa. No se incluyeron quejidos.

Las siguientes variables independientes a definir, fueron conductas de interacción o apego, de cuidados generales y médicos que pudieron presentar los padres así como el personal

médico y de enfermería cuando estuvieron con el bebé.

- Presente inactivo: El adulto se encontraba en el cubículo donde estaba el bebé, pero sin emitir ninguna conducta ni con el infante ni con otra persona que estuviera interactuando con él.
- Mirarlo. El adulto veía al bebé, ya sea directamente a los ojos, o a cualquier parte del cuerpo.
- Hablar con otros. El adulto se encontraba a menos de 30 cms. de distancia del bebé (si estuviera más lejos probablemente no tendría ningún efecto sobre el infante), hablando con otro adulto.
- Hablarle afectuosamente. Cualquier vocalización dirigida al infante, hecha en un tono suave, con un contenido afectuoso, tal como "mi bebito, pronto vas a estar con nosotros", etc.
- Hablarle neutralmente. Al hablarle al infante, no se mostró ningún contenido afectivo o de rechazo.
- Cargarlo. Se sostuvo en brazos o en las manos todo el cuerpo del bebé. Pudo ser dentro o fuera de la incubadora o cunero. No incluyó voltearlo o levantarlo al cambiarle el pañal pues esta conducta se consideró en cuidados generales; tampoco se tomó en cuenta cuando se le meció.
- Acariciarlo. Tocar cualquier parte del cuerpo del infante repetidamente con movimientos suaves y rítmicos, se observó cuando el bebé estaba dentro

o fuera de la incubadora, o bien, cuando se le cargaba.

- Mecerlo. El adulto tenía en brazos o cargado en las manos al bebé, ya sea dentro o fuera de la incubadora, haciendo movimientos rítmicos de adelante hacia atrás o de lado a lado.
- Juego. Fue un intento por parte del adulto de establecer una interacción más activa con el bebé. Incluyó varios tipos de actividades, tales como mirarlo, vocalizar, tocarlo, etc.
- Cuidados generales. Fueron actividades de rutina que se llevaron a cabo en la sala, tales como cambio de pañal, voltearlo, limpiarlo, cambiarlo de posición o de lado, alimentarlo, etc.
- Cuidados médicos invasivos. Actividades terapéuticas de rutina o necesarios debido al estado del bebé, pero que fueron dolorosos para él; tales como estimularlo para respirar, inyectarlo, colocarle una sonda, inyección intravenosa, toma de muestras sanguíneas, etc. Fueron llevados a cabo por el personal médico y de enfermería.
- Cuidados médicos no invasivos. Aquellas actividades terapéuticas necesarias pero que no causan ni molestia ni dolor al bebé, tales como toma de signos vitales. Fueron llevados a cabo por el personal médico y de enfermería.

Los sujetos para el estudio fueron 29 infantes prematuros que ingresaron en el Servicio de Cuidados Intermedios Neonatales del Hospital de Perinatología.

Del Servicio de Terapia Intensiva provinieron 17 bebés y de la sala de expulsión, 12; con el criterio de que ya no se encontraban en un estado crítico, permitiendo así el surgimiento de la interacción.

Con excepción de 3 bebés (dos de ellos de 30 semanas y uno de 26.5), el resto de los sujetos pertenece a lo que Usher (1981), describió como Infante Moderadamente Prematuro, y cuyas manifestaciones clínicas más comunes son Hiperbilirrubinemia, incapacidad de controlar temperatura corporal, dificultad de succión, pudiendo presentar síndrome de Insuficiencia Respiratoria, abdomen distendido y períodos apnéicos prolongados.

No se tomaron en cuenta para el presente estudio, la edad gestacional, el peso ni el estado físico en el que se encontraban los bebés al ingresar al servicio, sin embargo, a continuación se describen estas características de la muestra para una mayor especificación.

Masculinos	14	Femeninos	15
Hipotróficos (bajo peso para su edad gestacional)	14		
Eutróficos (peso adecuado para su edad gestacional)	15		
Peso 1045 gms. - 2875 gms. - mediana 1900 gms.			

2.3 Instrumentos.

Para lograr esta recopilación de datos y así poder

describir el tipo de conductas de interacción que surgieron por parte del adulto durante la estancia del bebé en el hospital, se utilizó una hoja de registro formulada por las autoras del presente estudio, que establece las conductas, o variables de registro, previamente establecidas y definidas (apéndice A).

Las variables seleccionadas fueron aquéllas que se registraron en los datos preliminares con mayor frecuencia, y que en el artículo de Kennel y Trause et al (1980), se reportaron como conductas de interacción que favorecían el establecimiento del apego, y que ellos utilizaron como variables.

La hoja de registro se encontraba dividida a lo largo en 4 partes, cada una contenía diferentes variables a medir:

- Primera sección. Incluía el estado en que se encontraba el bebé al momento de la observación.
- Segunda sección. Incluía diferentes conductas de interacción presentadas por los padres tales como:

Presente Inactiva

Mirarlo

Hablar con otros

Hablarle afectuosamente

Hablarle neutralmente

Cargarlo

Mecerlo

Acariciarlo

Juego

Cuidados generales

- Tercera sección. Incluía las conductas de interacción y de cuidados generales mencionados en la sección anterior así como cuidados médicos invasivos y no invasivos presentados por el personal de enfermería.
- Cuarta sección. Lo mencionado en la tercera sección, presentado por el personal médico del servicio.

La hoja de registro se encontraba dividida a lo ancho en 30 intervalos, correspondiendo cada uno a 15 segundos de observación. Cada hoja de registro contenía un total de 15 minutos de observación. Al finalizar las 30 casillas de registro, se encontraba un espacio para anotar el total de frecuencias de las conductas observadas.

Con la finalidad de seleccionar las variables pertinentes al estudio, se llevaron a cabo 50 observaciones (de 15 minutos cada una), en el servicio de cuidados intermedios del Hospital de Perinatología, y se hizo, en primer lugar, un estudio piloto en el que se probó la hoja de registro, así como el procedimiento para utilizarla. Así mismo, se entrenaron los observadores (2) a realizar el trabajo, logrando al final del estudio, un .90 de confiabilidad interobservadores.

2.4 Procedimiento.

El período de recolección de datos se llevó a cabo del 1 al 26 de agosto de 1985. Las observaciones se realizaron de lunes a viernes de 8:00 A.M. a 12:45 P.M. y de 4:00 P.M. a 7:15 P.M.,

puesto que en el estudio piloto se observó que este período de tiempo era significativo de la actividad principal del servicio, es decir, era cuando los bebés recibían mayor atención por parte del personal del hospital, así como de los padres que acudían a la sala; a los cuales se les permitían las visitas las 24 horas del día.

Se encargaron de la recolección de datos dos observadores (las autoras del estudio, previamente estandarizadas a un criterio de .90 de confiabilidad), observando uno de ellos durante el período de la mañana y otro en el de la tarde, alternándose. Cada viernes se calculaba la confiabilidad interobservadores con la finalidad de mantenerla.

Las observaciones se hicieron por muestreo de tiempo. En el período de una hora, se observaba 15 minutos, se descansaba 15 minutos, se observaba los 15 minutos siguientes y se descansaba.

Dentro del lapso de 15 minutos, se tomaban 15 segundos para observar y 15 para registrar los datos, así sucesivamente hasta completar el tiempo.

Esto se logró con la ayuda de una grabadora con audífonos, que señalaba a los observadores los diferentes lapsos de tiempo sin necesidad de consultar el reloj; pues ésto hubiera representado pérdida de tiempo e información.

Se registraron 4 sujetos diariamente. Los primeros fueron los últimos en haber ingresado al servicio. Los bebés de los demás días se seleccionaron de la misma forma tomando los 4 últimos ingresados a la sala, exceptuando el día en que no se completaba el grupo; en cuyo caso, se tomaban al azar de los grupos elegidos anteriormente, los bebés necesarios para completar el grupo de 4. Se procuró no tomar repetidas veces al mismo bebé.

Durante la primera hora se observaba a los sujetos 1 y 2, en la segunda, a los 3 y 4 y así se alternaban a lo largo del día. Los datos se registraron de la siguiente forma:

En la primera sección de la hoja de registro (apéndice A), se anotaron los datos del bebé. En cada intervalo de observación, se registra el estado del bebé, y en lo referente a las conductas de los adultos, se hizo de la siguiente forma: Con una paloma (✓) en la casilla correspondiente si se observó una conducta por parte del personal médico o de enfermería. Con una M o una P si se trataba del padre o de la madre del infante (para obtener datos que indiquen cuando la madre interactúa con el bebé).

Se dirigió especial atención al registro de conductas cuando el infante estaba en llanto (es la forma más clara de comunicación que presenta el bebé para provocar respuesta del cuidador). Por tanto, cuando se registró llanto se marcó con una I la conducta de iniciación (llanto) y con una R (por parte de

los adultos) si surgió alguna conducta de interacción en respuesta a dicho estado, en un lapso menor de 30 segundos.

Los observadores únicamente registraron los datos, y no tuvieron ningún tipo de interacción con las personas que estaban en la sala. Se le pedía al personal del servicio que no interactuara con ellos, así mismo, se les hizo saber que solo se observaba a los bebés, con la finalidad de que no alteraran su conducta.

CAPITULO 3

RESULTADOS

En el total del estudio se registraron 10,200 intervalos. De éstos, 6,000 corresponden al período de la mañana y 4,200 al de la tarde. En cada intervalo pudo o no estar alguien presente en el cubículo del bebé, así mismo se pudo presentar una o varias conductas a la vez, o ninguna.

Para analizar la presencia de padres, médicos y enfermeras, se tomó como 1 en el conteo de frecuencias, cuando en un mismo intervalo se registraron 2 personas a la vez (por ejemplo, un padre y el médico). Se registraron muy pocos intervalos en los que estuvieran dos o más personas a la vez.

En cuanto a los datos que se refieren a conductas de interacción directa con el bebé, se calculó de la siguiente forma: Restando al número de intervalos en que padres, médicos o enfermeras estuvieron presentes (menos) aquéllos en que estuvieron presentes inactivos (es decir, sin ninguna conducta de interacción con el bebé). Quedando de esta forma, únicamente el número de intervalos en que el adulto tuvo algún tipo de interacción con el bebé.

Las conductas registradas en el presente estudio se dividieron en 4 grupos para su análisis; ésto, con la finalidad de tener un manejo estadístico más sencillo y lograr datos que reporten una visión más general.

1.- Conductas de interacción positiva. Se incluyen conductas que implican interacción de tipo positivo dirigidas hacia el

bebé. Hablarle afectuosamente, hablarle neutralmente, cargarlo, acariciarlo, mecerlo y juego.

2.- Conductas de interacción neutral. Se incluyen las conductas en las cuales el adulto no estaba interactuando activamente con el bebé. Presente inactivo, mirarlo, hablar con otros.

3.- Cuidados generales. En esta categoría se agruparon conductas de rutina para el cuidado del bebé, tales como: alimentarlo, cambiarle el pañal, bañarlo, etc.

4.- Cuidados médicos invasivos y no invasivos. En esta categoría se incluyen los cuidados médicos tales como, tomas sanguíneas, introducción de sondas nasogástricas, toma de signos vitales, etc.

Todo el análisis estadístico se realizó en base al número de conductas, sin tomar en cuenta los intervalos en los que se presentaron, pues de otra forma se alterarían los datos, por existir la posibilidad de presentarse más de una conducta en un mismo intervalo.

Una parte del análisis consistió en recolectar datos que indicaran si el tipo de interacción que presentaban los adultos con los bebés, respondía al estado en que se encontraban. Este registro se realizó especialmente durante el llanto, puesto que se considera la forma de comunicación más clara que presenta el bebé. Este porcentaje de conductas se calculó dividiendo el número de conductas interactivas en respuesta al estado de llanto (tomando como 1 cuando se presentan 2 o más conductas a la vez), entre el número de intervalos en que algún adulto

estuvo presente cuando el bebé lloraba.

A continuación se describen las proporciones estimadas (\hat{p}) de las conductas de interacción que se presentaron a lo largo del estudio, donde $\hat{p} = \frac{Y}{N}$

Del total de intervalos de observación (10200), los bebés estuvieron acompañados de algún adulto (padre, enfermera o médico), el 31% de tiempo.

Del tiempo en que los padres estuvieron presentes con el infante, las madres estuvieron el 85% y los padres el 15%.

Tabla # 1

Porcentaje de tiempo en que los adultos estuvieron presentes.

Presencia	Padres	Enfermeras	Médicos
Durante el total del estudio	11%	22%	3%
Interactuando directamente con el bebé	88%	83%	88%

Tabla # 2

Porcentaje de las diferentes conductas de interacción que los adultos (padres , médicos y enfermeras) brindaron a los bebés.

Conductas de interacción	Proporción Estimada
Interacción positiva	17%
Interacción neutral	53%
Cuidados generales	20%
Cuidados médicos	.7%

Tabla # 3

Porcentaje de las diferentes conductas de interacción que los adultos (cada grupo por separado) brindaron al bebé.

Conductas de interacción presentadas	Padres	Enfermeras	Médicos
Interacción positiva	32%	12%	11%
Interacción neutral	64%	49%	47%
Cuidados generales	3%	31%	38%
Cuidados médicos		6%	1%

Tabla # 4

Proporción de tiempo en que los bebés estuvieron en los estados de sueño, alerta y sueño.

Estados	En el total de tiempo del estudio
Sueño	80%
Alerta	13%
Llanto	5%

Tabla # 5

Proporción de tiempo en que los adultos estuvieron presentes durante los diferentes estados del infante.

Estado	Padres	Enfermeras	Médicos
Sueño	10%	32%	2%
Alerta	8%	48%	3%
Llanto	10%	23%	14%

Tabla # 6

Del total de conductas que los adultos brindaron (durante el estado de llanto), porcentaje de conductas que se dieron en respuesta al llanto del infante.

Estado	Padres	Enfermeras	Médicos
Llanto	27%	26%	11%

Tabla # 7

Del total de conductas, porcentaje de conductas de interacción presentadas por los adultos en los diferentes estados del bebé.

Conductas de interacción	Sueño	Alerta	Llanto
Interacción positiva	17%	15%	21%
Interacción neutral	55%	53%	46%
Cuidados generales	19%	25%	12%
Cuidados médicos	7%	5%	19%

Tabla # 8

Porcentaje de conductas de interacción presentadas por los adultos en el estado de sueño del bebé.

Conductas de interacción	Padres	Enfermeras	Médicos
Interacción positiva	29%	11%	9%
Interacción neutral	69%	47%	53%
Cuidados generales	1%	31%	3%
Cuidados médicos		8%	33%

Tabla # 9

Porcentaje de conductas de interacción presentadas por los adultos durante el estado de alerta del bebé.

Conductas de interacción	Padres	Enfermeras	Médicos
Conductas de interacción positiva	31%	12%	16%
Conductas de interacción neutral	47%	54%	45%
Cuidados generales	21%	27%	1%
Cuidados médicos		4%	37%

Tabla # 10

Porcentaje de conductas de interacción presentadas por los adultos durante el estado de llanto del bebé.

Conductas de interacción	Padres	Enfermeras	Médicos
Interacción positiva	38%	17%	13%
Interacción neutral	58%	47%	27%
Cuidados generales	3%	20%	1%
Cuidados médicos		14%	56%

proporción de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un $ns > .0001$) y no se encontró diferencia significativa entre las conductas de interacción positiva y de cuidados generales. (Tabla # 20).

Para analizar los resultados obtenidos, se utilizaron metodologías estadísticas para comparar las proporciones; éstas consistieron en la realización de pruebas de hipótesis.

Los conceptos y fórmulas utilizados para obtener el nivel de significancia de las comparaciones son las siguientes:

Hipótesis nula $H_0: P_1 = P_2$

Hipótesis alternativa $H_1: P_1 > P_2$ ó $H_1: P_1 < P_2$

Estadística de prueba

$$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n}}} \quad \text{donde}$$

\hat{p} es la proporción estimada $P = \frac{y}{n}$
 $q = 1 - p$

Regla de decisión: Rechazan H_0 si $|Z| > Z_{\alpha/2}$

donde se tomará $\alpha = .05$ y por tanto $Z_{.05} = 1.645$

(por tablas)

Comparando la proporción de tiempo en que padres y enfermeras estuvieron con los bebés, éstos últimos estuvieron significativamente más tiempo presentes (el doble de tiempo), con los bebés (con un N.S. $< .0001$)

Tabla # 11

Comparación entre padres y enfermeras de la proporción de tiempo en que estuvieron presentes.

$$H_0: PE - PP = 0$$

Presentes	N	PE	PP	pE-Pp	Desviación Estandar	Z	Nivel Significancia
Presentes	10200	.22	.11	.11	.00514	21.40	$< .0001$

De la comparación de conductas de interacción positiva brindadas durante el estudio, los padres presentaron mayor proporción de estas conductas que las enfermeras (con un $ns < .0001$).

Las enfermeras presentaron significativamente mayor proporción de interacción neutral y de cuidados generales que los padres (con un $ns < .0001$).

Tabla # 12

Comparación entre las conductas de interacción presentadas por padres y enfermeras.

Ho: PE - pp=0							
Tipos de Conductas de Interacción	N	PE	Pd	PE-Pp	Desv. Estn.	Z	α
Interacción positiva	1292	.41	.52	-.11	.0195	-5.6398	$<.0001$
Interacción neutral	3876	.57	.35	.22	.0110	19.9236	$<.0001$
Cuidados generales	1508	.94	.4	.54	.0140	38.5173	$<.0001$

De las conductas brindadas por los padres durante el estudio, éstos presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y de cuidados generales (con un $ns < .0001$).

Se encontró que presentaban significativamente mayor proporción de conductas de interacción positiva que de cuidados generales (con un $ns < .0001$). (Tabla # 13).

De las conductas brindadas por las enfermeras, éstas presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un $ns < .0001$). (Tabla # 14).

Así mismo, presentaron significativamente mayor proporción de conductas de cuidados generales que de interacción positiva (con un $ns < .0001$). (Tabla # 14).

Durante el estado de sueño de los bebés, los adultos, (padres, médicos y enfermeras) presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y de cuidados generales (con un $ns < .0001$) (Tabla # 15).

No se encontró diferencia significativa en las proporciones de interacción positiva y cuidados generales presentadas por los adultos en el estado de sueño. (Tabla # 15).

Durante el estado de alerta de los bebés, los adultos (padres, médicos, enfermeras), presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un ns $<.0001$) (Tabla # 16).

Durante el estado de alerta, presentaron mayor proporción de conductas de cuidados generales que de interacción positiva (con un ns $<.0001$) (Tabla # 16).

Durante el estado de llanto de los bebés, los adultos (padres, médicos y enfermeras) presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un ns $<.0001$) (Tabla # 17).

Durante el estado de llanto, se encontró que presentaron mayor proporción de conductas de interacción positiva que de cuidados generales (con un ns $<.0001$) (Tabla # 17).

Durante el estado de sueño del bebé, los padres presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y de cuidados generales (con un ns $<.0001$), y se encontró, que brindaban significativamente mayor proporción de conductas de interacción positiva que de cuidados generales (con un ns $<.0001$) (Tabla # 18).

Las enfermeras presentaron significativamente mayor

proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un ns $\leq .0001$), y se encontró que brindaban significativamente mayor proporción de cuidados generales que de estimulación positiva (con un ns $\leq .0001$) (Tabla # 18).

Durante el estado de alerta de los bebés, los padres presentaron mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un ns $\leq .0001$) y se encontró que brindaban mayor proporción de conductas de interacción positiva que de cuidados generales (con un ns $\leq .01$) (Tabla # 19).

En el estado de alerta, las enfermeras presentaron significativamente mayor proporción de conductas de interacción neutral que de interacción positiva y de cuidados generales (con un ns $\leq .0001$) y se encontró que brindaban significativamente mayor proporción de conductas de cuidados generales que de interacción positiva (con un ns $\leq .0001$). (Tabla # 19).

Durante el estado de llanto de los bebés, los padres presentaron significativamente mayor proporción de interacción neutral que de interacción positiva y cuidados generales (con un ns $\leq .0001$), y se encontró significativamente mayor proporción de conductas de interacción positiva que de cuidados generales (con un ns $\leq .0001$) (Tabla # 20).

Las enfermeras presentaron significativamente mayor

Tabla # 13

Comparación entre las conductas de interacción (positiva, neutral y de cuidados generales), presentadas por los padres.

H0: PIN - PIP=0

Grupo	N	PIN	PIP	PIN-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Padres	2114	.64	.32	.32	0.0145	21.981	<.0001

H0: PCG - PIP=0

Grupo	N	PCG	PIP	PCG-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Padres	2114	.03	.32	-0.29	0.0108	-26.845	<.0001

H0: PCG - PIN=0

Grupo	N	PCG	PIN	PCG-PIN	Desv. Estan.	Z	α
Padres	2114	.03	.64	-0.61	0.011	-55.057	<.0001

Tabla # 14

Comparación entre las conductas de interacción (positiva, neutral y de cuidados generales), presentadas por las enfermeras.

H0: PIN - PIP=0							
Grupo	N	PIN	PIP	PIN-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Enfermeras	4505	.49	0.12	0.37	0.0088	41.6514	<.0001

H0: PCG - PIP=0							
Grupo	N	PCG	PIP	PCG-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Enfermeras	4505	.31	.12	0.19	0.0084	22.5614	<.0001

H0: PIN - PCG=0							
Grupo	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Enfermeras	4505	.49	.31	0.18	0.0101	17.7400	<.0001

Tabla # 15

Comparación de las conductas de interacción presentadas por los adultos durante el estado de sueño de los bebés.

HO: PIN-PIP=0							
Estado	N	PIN	PIP	PIN-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Sueño	4266	.55	.17	0.38	0.0095	39.814	<.0001

HO: PIP-PCG=0							
Estado	N	PIP	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Sueño	4266	.17	.19	-0.02	0.011	-1.752	<.04

HO: PIN-PCG=0							
Estado	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Sueño	4266	.55	.19	0.36	0.009	37.112	<.0001

Tabla # 16

Comparación de las conductas de interacción presentadas por los adultos durante el estado de alerta de los bebés.

Estado	N	PIN	H0: PIN-PIP=0		Desv. Estan.	Z	α
			PIP	PIN-PIP			
Alerta	1317	.53	.15	-0.38	0.016	22.471	<.0001

Estado	N	PIP	H0: PIP-PCG=0		Desv. Estan.	Z	α
			PCG	PIN-PCG			
Alerta	1317	.15	.25	-0.10	0.015	-6.466	<.0001

Estado	N	PIN	H0: PIN-PCG=0		Desv. Estan.	Z	α
			PCG	PIN-PCG			
Alerta	1317	.53	.25	0.28	0.018	15.378	<.0001

Tabla # 17

Comparación de las conductas de interacción presentadas por los adultos durante el estado de llanto.

HO: PIN-PIP=0							
Estado	N	PIN	PIP	PIN-PIP	Desv. Estan.	Z	α
Llanto	561	.46	.21	0.25	0.0271	9.1915	<.0001

HO: PIP-PCG=0							
Estado	N	PIP	PCG	PIP-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Llanto	561	.21	.12	0.09	0.0219	4.0911	<.0001

HO: PIN-PCG=0							
Estado	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Llanto	561	.46	.12	0.34	0.2512	13.5350	<.0001

Tabla # 18

Comparación de las conductas de interacción presentadas por padres y enfermeras, durante el estado de sueño de los bebés.

HO: PIP-PIN=0							
Grupo	N	PIP	PIN	PIP-PIN	Desv. Estan.	Z	α
Padres	1422	.29	.69	-0.40	0.01718	-23.2803	<.0001
Enfermeras	2497	.11	.47	-0.36	0.01178	-30.5385	<.0001

HO: PIP-PCG=0							
Grupo	N	PIP	PCG	PIP-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	1422	.29	.01	0.28	0.012	22.729	<.0001
Enfermeras	2497	.11	.31	0.20	0.0111	-17.8979	<.0001

HO: PIN-PCG=0							
Grupo	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	1422	.69	.01	0.68	0.012	54.203	<.0001
Enfermeras	2497	.47	.31	0.16	0.0136	11.7500	<.0001

Tabla # 19

Comparación de las conductas de interacción presentadas por padres y enfermeras durante el estado de alerta de los bebés.

H0: PIP-PIN=0							
Grupo	N	PIP	PIN	PIP-PIN	Desv. Estan.	Z	α
Padres	193	.31	.47	-0.16	0.0489	- 3.2667	$\leq .0001$
Enfermeras	1049	.12	.54	-0.42	0.0183	-22.8631	$\leq .0001$

H0: PIP-PCG=0							
Grupo	N	PIP	PCG	PIP-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	193	.31	.21	0.10	0.0443	2.2542	$\leq .01$
Enfermeras	1049	.12	.27	-0.15	0.0169	-8.8302	$\leq .0001$

H0: PIN-PCG=0							
Grupo	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	193	.47	.21	0.26	0.0463	5.6070	$\leq .0001$
Enfermeras	1049	.54	.27	0.27	0.0206	13.1017	$\leq .0001$

Tabla # 20

Comparación de las conductas de interacción presentadas por padres y enfermeras durante el estado de llanto de los bebés.

HO: PIP-PIN=0							
Grupo	N	PIP	PIN	PIP-PIN	Desv. Estan.	Z	α
Padres	133	.38	.58	-0.20	0.0600	-3.3319	<.0001
Enfermeras	324	.17	.47	-0.30	0.0347	-8.6447	<.0001

HO: PIP-PCG=0							
Grupo	N	PIP	PCG	PIP-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	133	.38	.03	0.35	0.0446	7.8454	<.0001
Enfermeras	324	.17	.20	-0.03	0.0304	-0.9841	$\approx .16$

HO: PIN-PCG=0							
Grupo	N	PIN	PCG	PIN-PCG	Desv. Estan.	Z	α
Padres	133	.58	.03	0.55	0.452	12.1464	<.0001
Enfermeras	324	.47	.20	0.27	0.0355	7.5984	<.0001

CAPITULO 4

DISCUSION Y RECOMENDACIONES

Este estudio fue realizado con el objeto de describir las conductas de interacción que los adultos brindan a los infantes prematuros mientras permanecen en una sala de cuidados intermedios superando las deficiencias físicas y neurológicas provocadas por su inmadurez. El interés por realizarlo se originó como ya se mencionó, de la inquietud de que ciertos factores tales como la separación temporal obligada, el estado físico del infante y el ambiente médico que lo rodea, pudieran de alguna manera inhibir o entorpecer la interacción temprana entre los padres o cuidadores y el prematuro, retrasando el establecimiento armonioso y organizado del apego.

Del análisis realizado en esta tesis, se observa que del total de intervalos de observación un 35% del tiempo estuvo algún adulto presente con el prematuro. De este porcentaje un 11% corresponde a la presencia de los padres, 22% a las enfermeras y un 3% al de los médicos. (TABLA # 1).

Aunque no se encontraron estudios anteriores con los cuales se puedan hacer comparaciones que indiquen si este porcentaje de tiempo de presencia es alto o bajo, se considera que ya que los padres tienen acceso a la sala de cuidados médicos las 24 horas del día, sería recomendable que tuvieran un porcentaje más alto de presencia. Esto va en relación a lo que Robson y Moss (1970) recomiendan en sus estudios referente a que el amor maternal no es un instinto, su desarrollo requiere de tiempo y dedicación. En la medida que los padres estén más tiempo en la sala tendrán mayores posibilidades de empezar a relacionarse con sus hijos.

Se resalta que las enfermeras tienen el porcentaje más alto de presencia, lo cual indica que son figuras importantes durante la estancia del infante en el hospital. De alguna manera podrían ser modelos para los padres, ya que si éstos observan que las enfermeras presentan conductas activas de interacción, posiblemente tendrían mayor predisposición a presentarlas ellos también.

El porcentaje de presencia de los médicos (3%) se considera indicado ya que su función primordial es brindarle al infante la atención médica necesaria para que supere sus deficiencias físicas.

En lo referente a las conductas de interacción que presentan los adultos, se detectó que la interacción neutral alcanza el porcentaje más elevado (53%), siguiendo las conductas de cuidados generales (20%) conductas de interacción positiva (17%) y cuidados médicos (7%). (TABLA # 2).

Coincidiendo con los datos anteriores se encontró que los padres presentan significativamente mayor cantidad de conductas neutrales que de conductas positivas o de cuidados generales. En el grupo de las enfermeras coinciden estos datos, ya que presentan significativamente mayor cantidad de conductas neutrales que de conductas positivas o de cuidados generales. (En ambos casos $ns < .0001$).

Aunque no se puede decir que los padres tengan una actitud

totalmente pasiva, ya que presentan un 32% de conductas positivas, si se considera demasiado elevado el porcentaje de conductas neutrales (64%), tales como mirarlo, hablar con otros o presencia inactiva. (TABLA # 3). Es decir los padres de alguna manera están obstaculizados para establecer una interacción más amplia y activa con sus infantes, hecho señalado por Klause, Trause y Kennel (1980), quienes refieren que el grupo de madres de infantes prematuros que estudiaron, presentan menos conductas de interacción tales como tocarlos, acariciarlos, hablarles, etc., en comparación al grupo de madres con infantes a término. Leiderman y Siashore (1981), concluyen también que la separación temporal de las madres con sus infantes provoca que éstas se sientan disminuidas en sus capacidades maternas y por tanto brinden menos conductas de apego hacia sus hijos.

Haciendo una comparación entre el grupo de padres y el de enfermeras, se puede observar que en ambos grupos las conductas de interacción neutral mantienen los porcentajes más altos. (TABLA # 3). Si se considera que las enfermeras son cuidadoras profesionales sin lazos afectivos y que tienen bajo su cargo a varios bebés, se espera que su interacción sea más "lejana" y neutral, sin embargo, los padres podrían tener porcentajes más elevados en lo que respecta al área de conductas positivas o de cuidados generales, conductas que como mencionó Kennel, Trause et al (1980), son indicadores de que el proceso de apego se está estableciendo, de acuerdo con los resultados obtenidos, en general los padres se mantienen pasivos, presentando un comportamiento parecido al de un cuidador neutral y temporal

(enfermeras), ésto indica que de alguna manera existen factores que entorpecen el que se comporten socialmente más activos con sus hijos.

En general se observa que las conductas de interacción neutral mantienen los porcentajes más altos durante los diferentes estados del bebé (sueño, alerta, llanto). (TABLA # 7).

Se observa también que los padres presentan significativamente mayor cantidad de interacción neutral que de interacción positiva o de cuidados generales durante los distintos estados del bebé (sueño, alerta, llanto). (TABLA # 18, 19, 20) (En todos los casos con un $ns < .0001$).

En el estado de llanto el porcentaje de conductas positiva (38%), aumenta ligeramente al presentado en el estado de alerta (31%) o en sueño (29%). (TABLAS # 8, 9, 10). Esto podría indicar que el estado de llanto es la forma de comunicación del bebé que más alienta a los padres a responder activamente, sin embargo las conductas neutrales (58%) mantienen el porcentaje mayor durante el estado de llanto. Lo esperado sería que los padres durante el llanto presentaran más conductas positivas, ya que son las que van más de acuerdo a las señales o necesidades que en ese momento está comunicando el bebé. Esta tendencia a mostrar en mayor porcentaje una actitud pasiva frente al llanto, habla de lo que Brazelton (1981) sugiere en sus estudios; el estado físico del prematuro, su inmadurez y sus características

físicas pueden ser factores que alarmen a los padres, provocando que éstos desconozcan cómo responder a las señales de sus hijos y por tanto llevarlos a alejarse de ellos o a mantenerse simplemente pasivos.

En el estado de alerta los resultados indican también que el porcentaje de conductas neutrales se mantiene en el nivel más alto (47%) en comparación a las otras conductas. (TABLA # 9). En este caso se esperaría también que ya que el bebé está despierto sólo el 13% del tiempo total del estudio, sería indicado aprovechar estos momentos para interactuar con él. De acuerdo con lo propuesto por Fields (1978) y Golberg (1978) si el adulto responde a las conductas y estados del bebé estará favoreciendo el establecimiento de una relación armoniosa y organizada, así mismo propiciará el desarrollo del aprendizaje de asociación del bebé, ya que éste podrá empezar a "percibir" que el medio ambiente responde a sus necesidades y a sus formas de comunicación.

Este estudio ofrece un panorama general de las conductas de interacción que se le brindan al infante prematuro durante su estancia en el hospital. Se observa a lo largo de la interpretación de los resultados que existe la constante de encontrar en la conducta de los padres y de las enfermeras una tendencia a permanecer inactivos frente a los bebés. No se puede decir que no existan en los padres intentos por acercarse en forma activa a sus hijos brindando un porcentaje de conductas de apego o interacción positiva, pero en general se aprecia un

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

"distanciamiento" y una disposición mayor a presentar conductas de tipo neutral, tales como observar o simplemente permanecer junto a la incubadora en forma pasiva.

Como se mencionó, no se puede concluir que exista un bloqueo total de conductas de interacción social en los padres o enfermeras, sin embargo si se aprecia una inhibición de éstas, lo cual podría estar entorpeciendo el establecimiento del proceso de apego.

Dado que este estudio es de características descriptivas, no se puede concluir cuáles son los factores o variables que están influyendo directamente en la conducta de los padres, pero se puede observar que existen factores probablemente multivariantes tales como la ansiedad de los padres ante el enfrentamiento con un bebé inmaduro con características especiales, el medio ambiente hospitalario, la separación temporal obligada, etc., que de alguna manera entorpecen la relación adulto-infante.

Tomando como base estos datos que indican que existe ciertamente una disminución en las conductas que favorecen el apego, se podrían en un futuro realizar diferentes investigaciones que propiciaran más conocimientos sobre este tema y que propusieran alternativas que ayudaran a optimizar más el medio social que rodea al prematuro.

Se sugiere realizar una investigación tomando un grupo

experimental de madres con hijos prematuros y un grupo control. En el grupo experimental se introduciría como variable independiente programas tanto para padres como enfermeras, en donde se intentara disminuir la ansiedad que provoca el nacimiento de un bebé prematuro, dar información completa y científica sobre estos infantes, a fin de provocar una mayor sensibilidad para responder a sus necesidades y formas de comunicación; también se instruiría al personal de enfermería, a fin de que sirviendo como modelos alentaran más a los padres a involucrarse más activamente en las tareas de cuidados generales y sociales. Haciendo una comparación entre ambos grupos de madres, se podría observar si este tratamiento aumenta el nivel de las conductas de apego, facilitando de esta manera la relación entre los padres y sus bebés.

Así mismo se sugiere hacer una investigación de seguimiento con un grupo de madres con infantes prematuros y otro de madres con infantes a término, con el fin de realizar una comparación del comportamiento de ambos grupos hacia sus hijos recién nacidos. De esta manera podría observarse el proceso de establecimiento del apego en ambos grupos e indicar qué diferencias se encuentran entre un grupo y otro.

El estudio del infante prematuro ofrece aún una gama amplia de posibilidades. Es importante aportar cada día mayor número de investigaciones con el fin de tener un conocimiento más científico sobre este tema y de esta manera colaborar para que los infantes que por algún motivo nacen inmaduros, puedan

alcanzar un desarrollo óptimo tanto a nivel físico como social cuando se establezcan en el ambiente familiar.

APENDICE A

HOJA DE REGISTRO

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

- Barón, R., Byrne D., Kantowite B. (1985). Psicología: un enfoque conceptual. México, D.F. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
- Bell R. Q. (1971). Stimulus. Control of parent or caretaker behavior by offspring. Developmental Psychology, 4, 63-72.
- Bijou S., Baer D. (1975). Psicología del Desarrollo Infantil. México, D.F. Editorial Trillas.
- Blake A., Stewart A., Turcan D. (1981). Parents of babies of very Low birth weigh. Long term folow up. Department of pediatrics. University College. London.
- Brazelton T. (1981). Behavioral Competence of The Newborn Infant. Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn; Ed. Gordon B. Avery, M.D., Ph. D. Second Edition p.p. 322-349.
- Brazelton T., Als H., Lester B. (1979). Dynamics of their Behavioral Organization of the Premature Infant: A Theoretical Perspective. Infants born at risk. En Ed. Field, T.M., Sostek, A., Goldberg S. y Shulman. S.P. Medical and Scientific Books. p.p. 173-192.
- Ellingson R. (1960). Cortical Electrical Responses To visual Stimulation in the human infant. Electroencephalogr. Clin. Neurophysio. 23: 363-375.

- Ellingson R. (1964). Studies of the Electrical activity of the - developing human brain. The Developing Brain. Amsterdam: Himevich and W.A. Himevich. (EDS).
- Engel R. (1964). Electroencephalographic Responses To photic Stimulation. Annals of New York Academy of Science, 117 Pp. 407-412.
- Field T., Hallock N., Dempsey J. (1978). Mothers Assessments of Term and preterm infants with Ros. Child Psychiatry and Human Development, 9, 75-85.
- Fitzgerald H., Strommen E., Mc. Kinney J. (1981). Psicología del Desarrollo. El Lactante y El Preescolar. México, D.F.- Editorial El Manual Moderno.
- Goldberg S. (1978). Premature effects on parent-infant interaction. Journal of Pediatric Psychology, 3, Pp. 137-144.
- Goldberg S., Divitto (1978). Born Too Soon. Preterm birth and early development, New York, San Francisco. W.H. Freeman and Company.
- Jones E. (1983). Environmental analysis of neonatal intensive care. J. Nerv. Ment. Dis. 170: 130-142.
- Kennel, J. and Klaus M. (1976). Maternal Infant Bonding. St. Louis. C.V. Mosby.

- Kennel J., Trause M., Klaus M., (1980). Evidence for a sensitive period in the human mother. Department of Pediatrics. Cleveland, Case West Reserve University.
- Klaus M., Trause M., Kennel J. (1980). Does Maternal behavior after delivery show a characteristic pattern? Department of Pediatrics. Cleveland Case West Reserve. University.
- Klein M. and Stern, L. (1971). Lowbirth Weight and battered child syndrome. Am. J. Dis. Child. 122: 15-18.
- Korner A. (1979). Maternal Rhythms and Waterbeds: A Form of Intervention with Premature Infants. Origins of the Infant Social Responsiveness. Hillsdale New Jersey. E.B. Thoman (Ed).
- Lawson K., Daum C., Turkewits G. (1977). Environmental Characteristics of Neonatal Intensive-Care Unit. Child Development, 48, 4, 1633-1639.
- Leiderman P. (1974). Mothers at Risk: A Potencial consequence of the hospital care of the premature infant. En The Child in his Family: Children at psychiatric risk. New York: Wiley - E. J. Anthony and C. Kauper Mik (Eds).
- Leiderman P., Seashore M. (1981). Mother-infant neonatal separation: Some delayed consequences Stanford California. Stanford University, School of Medicine.

- Leifer A.S., Leiderman P., Barnett, C., Williams J. (1972). Effects of Mother-Infant Separation on Maternal attachment behavior. Child Development. 43: 1303-1318.
- Lipsitt L. (1979). Learning Assesments and Intervention for the infants born at risk. En Infants born at Risk. Ed. Field. T. M., Sostek A.M., Goldberg S. y Shulman. S.P. Medical and Scientific books. P.p. 145-169.
- Minde K., Morton P., Manning D. and Hines B. (1980). Some determinant of Mother-Infant Interaction in the Premature nursery. J. Am. Acad. Child. Psychiat. 19: 1-21.
- Minde K., Trehub S., Corter C., etal (1978). Mother-Child. Relation ship in the premature nursery: An observational Stydy. Pediatrics, 61: 373-379.
- Miranda S., Hack M. (1979). The Predictive Value of Neonatal Visual-Perceptual behaviors. Infants Born At Risk: Behavior and Development. Jamaica, New York. Eds. Fields T.M., Sostek A.M., Goldberg and Shulman. S.P. Medical and Scientific Books. P.p. 69-90.
- Mussen, Conger, Kagan (1978). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México, D.F. Ed. Trillas.
- Newman B. y Newman P. (1983). Desarrollo del Niño. México, D.F. Ed. Limusa.

- Papalia E. D. (1985). Desarrollo Humano. Traducción Universidad de Winsconsin. Ed. MacGraw. Hill.
- Powell L.F. (1974). The effects of Extrastimulation and Maternal Involvement on the development of Low-birth-weight infants and on maternal behavior. Child Development. 45: 448-455.
- Precht1, H.F.A. (1974). The beahavioral States of the newborn infant: a review. Brain Research. 76: 185-212.
- Shulman C.A. (1969). Effects of auditory stimulation on heart rate in premature infants as a function of level of arousal probability of C.N.S. damage, and conceptual age. Develop Psychobiol. 2: 172-183.
- Shulman C.A. (1970). Heart Rate Response habituation in high-risk premature infants. Psychophysiology. 6, 690-694.
- Spelt D.K. (1948). The conditioning of the human fetus in utero. J. Exp. Psychol., 38: 338-346.
- Usher R. (1981). The special problems of the premature infant. Neonatology, Pathophysiology and management of the newborn. Ed. Gordon, B. Avery. Second Edition. P.p. 230-261.
- Vaughn, H.G. Jr. (1975). Electrophysiologic Analysis of Regional Corticalmaduration. Biological Psychiatry. 10, 513.

TESIS PROFESIONALES
TESIS PROFESIONALES

Mecanografía e Impresión
Campeche No. 156, Col. Roma
México, D. F. 06700
564-3954 y 584-8153