

33  
2j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**METODOLOGIA OBSERVACIONAL: UNA APLICACION A  
LA EVALUACION DE LA INTERACCION EN AMBIENTES  
HOSPITALARIOS PEDIATRICOS.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

**JUDITH BECERRIL PEREZ  
IVONNE ESTHER SANTAMARIA HERNANDEZ**

**ASESOR: MTRO. ARIEL VITE SIERRA**



**CIUDAD UNIVERSITARIA**

**1996.**

**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Al Mtro. Ariel Vite S. por habernos apoyado y orientado a lo largo de nuestra formación profesional, así como el interés que mostró para la realización de este trabajo.*

*A Marcos Verdejo por su colaboración y disposición incondicionales,*

*A Olivia por su valiosa orientación y cooperación en este trabajo.*

*A Mary Juana P. por las facilidades y el apoyo prestados dentro del Instituto Nacional de Pediatría, para llevar a cabo el presente trabajo.*

*A Lic. Sergio Morán por brindarnos el material necesario para la realización de este trabajo.*

*A los miembros del jurado. Dr. Serafin Mercado, Mtra. Rosa Flores, Lic. Eva Esparza y Dra. Susana Ortega, por su interés y comentarios para enriquecer este trabajo.*

*A todos aquellos que contribuyeron de alguna manera para que alcanzásemos esta meta tan importante.*

*Mil Gracias*

## **DEDICATORIAS**

**A mis padres, por su amor, su apoyo, sus desvelos y su esfuerzo; por darme lo mejor de ellos a lo largo de toda mi vida.**

**A tí Alejandro, por llenar mi vida de amor, alentarme a ser siempre mejor y ayudarme a lograr esta tan importante meta.**

**A mis hermanos, por su amistad, su confianza, su amor y su apoyo en todo momento.**

*Muchas Gracias  
Los Ama  
Judith*

## **DEDICATORIAS**

A la memoria de máma quien me enseñó a ser constante.

A papá por ser un ejemplo a seguir, quien con su cariño y apoyo a lo largo de mi vida, me ha impulsado a lograr este objetivo.

A tí Emilio por estar a mi lado y darme tu cariño y entusiasmo en todo momento.

A mis hermanos Alex y Rodri, por ese espíritu travieso y juguetón que me ha hecho reír un sin número de veces.

*Gracias  
Los Quiere  
Ivonne*

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>1</b>
Objetivos	22
<b>METODO</b>	<b>23</b>
Sujetos	23
Escenario	24
Descripción de rutinas	26
Materiales	28
Instrumentación	28
Sistema de Registro	28
Confiabilidad	31
Procedimiento	32
<b>RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO</b>	<b>62</b>

## RESUMEN

**E**l objetivo del presente trabajo fue evaluar los patrones de Interacción de una muestra de 10 menores enfermos (verbigraña, sepsis neonatal y mielomeningocele) con edades entre los cero y dos meses de vida extrauterina, sus madres y las enfermeras que se encuentran a cargo de ellos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Infectología (UCINI), del Instituto Nacional de Pediatría (INP). Se empleó la metodología observacional, con el fin de determinar cuales son las secuencias de Interacción positiva entre estos tres agentes y su probabilidad de ocurrencia. Para tal efecto se llevaron a cabo 9 sesiones de registro de 15 minutos con intervalos de 5 segundos, obteniendo un total de 4hrs.30min. para ambas diadas (Madre-niño, Enfermera-Niño), y de esta manera establecer que tipo de estimulación se le brinda al niño hospitalizado y sugerir formas de Intervención aplicables en ambientes hospitalarios.

Los resultados obtenidos muestran de manera general, que los agentes sociales (madres y enfermeras) presentan un bajo porcentaje de secuencias de Interacción positiva hacia el niño hospitalizado. Existiendo una diferencia de 4% favorable a las enfermeras, observándose una mayor probabilidad de ocurrencia en estas últimas.

## MARCO TEORICO

Cada año un gran número de niños son admitidos en instituciones hospitalarias, debido a que requieren de cuidados especiales para superar distintas enfermedades. A pesar de los importantes avances que se han logrado en los sistemas de información en el área de la salud, sigue resultando paradójico que al tratar de describir las condiciones de salud de una población, los indicadores seleccionados sean los relacionados con la mortalidad. Esto se debe a la escasa disponibilidad que existe de información sobre morbilidad y otros daños a la salud (S.S.A., 1994). Las estadísticas del INEGI y CONAPO (S.S.A., 1992), señalan que el índice de mortalidad infantil a nivel nacional en el periodo comprendido de 1980 a 1991 fue de 33%. De acuerdo a los grupos de edad, el mayor riesgo de muerte para los niños menores de un año se presenta en la primera semana de vida, de ahí en adelante, la mortalidad sigue una curva descendente conforme avanza la edad, el crecimiento y el desarrollo.

Dentro de las causas de mortalidad, las afecciones perinatales (28 o más semanas de gestación y primera semana de vida) ocupan el primer lugar de la muerte neonatal (hasta 28 días de nacido), mientras que en la etapa postnatal (28 días a 11 meses), son las afecciones intestinales, respiratorias, meningitis y anomalías congénitas, las que ocupan tales lugares.



Observándose un incremento en las deficiencias de la nutrición después del primer mes de vida. Además, las estadísticas también señalan que en los últimos doce años la mortalidad ha disminuido de manera preponderante en su componente postneonatal y que en el año de 1992 adquirieron mayor importancia las deficiencias en la nutrición y los accidentes (S.S.A., 1994).

De manera particular, el Instituto Nacional de Pediatría en el año de 1994, brindó atención hospitalaria a 243 niños entre los 0 y los 2 meses de edad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del área de Infectología, de los cuales el 42% correspondían al sexo femenino y el 58% restante pertenecían al sexo masculino. El índice de mortalidad de estos pacientes fue de 0.06%, presentándose una mayor incidencia en el sexo masculino (Archivo Médico I.N.P., 1995).

Estos niños son atendidos en instituciones que reciben el nombre de "hospital", el cual ha sido definido como una institución que proporciona servicios médicos especializados a los enfermos y locales (Haces, 1987). Para el enfermo en general, ir al hospital representa un acontecimiento importante y en ocasiones traumatizante, ya que la decisión para el ingreso implica un padecimiento grave y por ello la resistencia del paciente; el paciente adulto sabe que se le está brindando un recurso para defenderse contra la enfermedad, pero no así el niño.

Por tanto el Internamiento hospitalario, implica un cambio radical en la vida de la familia y primordialmente en la del niño, ya que éste será separado de su medio natural para ser expuesto a procedimientos médicos generalmente dolorosos y ser confinado a una sala donde encontrará menores como él o de edades diversas, lo atenderán personas mayores totalmente desconocidas que además tendrán a su cargo varios pacientes más. (Haces, 1987; Desgulin, Holt y McCarthy, Parte 1, 1994; Moreno, 1990; Perrin y MacLean, 1988).

La exposición a este ambiente traumático y no familiar implica un factor de riesgo para desarrollar problemas de conducta (incremento de conductas inadecuadas para su edad y decremento de las adecuadas) y problemas de adaptación social, haciendo más difícil el cuidado médico y el regreso a casa (Perrin y MacLean, 1988; Lindhelm, Glaser y Cooffin, 1972; Cataldo, M, Bessman, C., Parker, L; Reid Pearson, J. y Rogers, M., 1979).

La importancia de los problemas no médicos asociados con la estancia en el hospital han sido poco estudiados en poblaciones pediátricas, sin embargo, en poblaciones adultas psiquiátricas existe extensa literatura (Ryan, 1983; Kornfeld, 1971; Ryan, Valencia, M.; Otero, B; Nuñez, M; González, N. y Rascon, M., 1982).

De acuerdo a Komfeld (1971), los problemas asociados pueden agruparse en cuatro áreas generales:

(a) Reacción a Intervenciones médico-quirúrgicas.- Que se refiere al impacto inmediato de la intervención en la personalidad del paciente.

(b) problemas asociados con el ambiente.- El ambiente puede tener un papel determinante para el buen funcionamiento de los hospitales, en virtud de que puede potenciar la facilitación y promoción de la recuperación de los pacientes y las actividades de su personal, aunado a la posibilidad de brindar una estancia confortable, segura y bien atendida para los diversos grupos de usuarios (Ortega, 1992).

(c) manifestaciones post-hospitalarias.- Estudios longitudinales han descrito diferentes efectos, que se refieren al impacto que pudo haber tenido la estancia hospitalaria en el paciente y su familia (Kadushin y Martin, 1985).

(d) reacciones adversas al equipo de trabajo en el ambiente hospitalario.- Las cuales pueden ocurrir ante la muerte de un paciente o el nivel de estrés existente en el ambiente (Oates, 1995).

La estancia en un ambiente hospitalario puede dar como resultado un conjunto de conductas no médicas denominado "Síndrome de unidades de cuidado intensivo" u "hospitalismo"; este síndrome abarca tanto el ambiente social como el físico, ya que existe un decremento en la estimulación sensorial, una separación de la vida familiar, carencia de atención adecuada por parte del personal, predisposición psicológica y privación de sueño (Maron, Bryan-Brawn, y Shoemaker, 1973; Wolke, D, Meyer, R; Ohrt, B y Riegel, K., 1995).

Ryan y cols. (pág. 8, 1982), mencionan que el fenómeno de hospitalismo en el contexto psiquiátrico ha sido descrito por varios autores como "una condición de dependencia que llega a convertirse en un ambiente proteccionista, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación en la comunidad; todo esto, combinado con una manifestación sintomática de la angustia, el aislamiento social y una pérdida de esperanza en el futuro".

Este ambiente es el descrito por Goffman (citado en Ryan, 1982), como "institución total", la cual se caracteriza por un estrecho control sobre todas las actividades del paciente y por una restricción absoluta de su acceso al mundo exterior. Su vida se desarrolla en forma grupal y global, ocurre una disminución marcada de su privacidad, y las relaciones entre el personal y los pacientes son sumamente estereotipadas y limitadas.

Barton (citado en Ryan 1983), ha sugerido que los factores institucionales que favorecen el desarrollo del hospitalismo incluyen la pérdida de contacto con el mundo exterior, falta de actividad y sumisión excesiva a la autoridad del personal.

De esta manera, es notable que la hospitalización es una circunstancia que suscita desequilibrio entre los factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales que actúan en relación de estrecha interdependencia, además de que introduce condiciones adversas, que cobran mayor importancia en el primer año de vida, pudiendo influir negativamente en el futuro del niño como unidad biológica, psicológica y social (González, 1979).

Finkelstein, en 1899 describió bajo el nombre genérico de "Influencia hospitalaria", tanto a las enfermedades agudas, como a las formas de curso crónico que por lo general conducían a la muerte del lactante. Paralelamente, en la forma aguda de la "Influencia hospitalaria", se presentaban formas de curso crónico denominadas "marasmo hospitalario", u "hospitalismo propiamente dicho", en el que los infantes se venían expuestos a una larga permanencia en el hospital, presentaban claros signos de decadencia física, aún cuando se controlaran y anularan los efectos de infecciones graves (Moreno, 1990).

Posteriormente en 1914 Knox, realizó estudios con niños Internados en la ciudad de Baltimore, observando que el paciente que debía permanecer en ellas por espacio de un año, tenía una probabilidad de 10% de sobrevivir, es decir, la mortalidad en dichas circunstancias era aproximadamente de un 90%. Los pequeños que conformaban el 10% de los sobrevivientes, eran aquellos que habían salido del hospital durante algún tiempo y por causa de esta situación, tenían acceso a algún tipo de estimulación y de afecto, redundando ello en una mejoría de su estado general (Moreno, 1990).

Sin embargo, fue Spitz (1969) quien tuvo el mérito de llamar la atención sobre la repercusión que podría tener sobre el estado actual y el desarrollo del lactante, una estancia prolongada en el hospital, y en condiciones muy distintas al medio familiar, ya que en este caso se ve privado del cuidado de su madre y del suministro emocional vital que normalmente debe recibir mediante intercambios con ella.

Al respecto, Wolff (1991) afirma que la hospitalización aunque sea breve y no vaya acompañada de acontecimientos tan concretamente creadores de tensión, como son los quirúrgicos, puede ocasionar desequilibrios emocionales de seis a más meses de duración, sobre todo en niños menores de cuatro años.

Dentro de esta misma línea Haces (1987), señala que el daño sufrido por el Infante que vive la separación de su madre al Ingresar a un centro hospitalario, es proporcional a la duración de dicha privación.

Wolff (1991) hace referencia a estudios donde destaca que son tres los factores de los cuales dependen las alteraciones emocionales que sufre un niño en el primer año de vida, durante y después de la hospitalización. La edad, los efectos de personalidad de las experiencias anteriores y el impacto de las experiencias concretas de la hospitalización.

Según Nágera (1981), las reacciones emocionales hacia las enfermedades y la hospitalización, dependen del tipo e intensidad de la tensión producida por la enfermedad, por la hospitalización y por las fantasías (conscientes o inconscientes) que el niño elabore acerca de ambas situaciones. El resultado final está influenciado también por otros factores, por ejemplo: la edad, el balance interno y su nivel de desarrollo, la capacidad de aceptación, la habilidad para controlarse dentro de lo razonable, los miedos y ansiedades que le provoque la enfermedad, el tipo de hospitalización y los procedimientos médicos o quirúrgicos, las actitudes y reacciones de los padres; la actitud de los empleados del hospital; las condiciones del medio ambiente hospitalario, etc..

Por su parte Rutter (1990) señala otros factores que influyen en tales alteraciones emocionales: el sexo del menor, el tiempo de duración de la separación y el cambio de ambiente que le es extraño al niño. A este respecto, Douglas y Blomfield en 1958 (citado en González Durán, 1977) afirmaron que un niño que además de ser privado de la presencia de la madre, es sometido a un ambiente extraño, presenta un índice mayor de angustia (protesta, desesperación y desapego) que un niño que es

cambiado de ambiente pero no se le priva de la madre.

Desguin y cols. (Parte 2, 1994) hacen referencia al dolor crónico como un factor mas que puede interferir en el desarrollo físico y social del niño hospitalizado sin importar la edad. Todos estos factores pueden facilitar o entorpecer los esfuerzos del niño para adaptarse dentro de este ambiente.

Para el niño hospitalizado, los temores, las fantasías, los conflictos y las distorsiones centradas en la hospitalización y en la enfermedad, son importantes, no sólo como concomitantes psicológicas inevitables, sino también porque pueden influir directamente sobre la enfermedad y prolongarla (Nágera, 1981).

Como se mencionó anteriormente, la edad del niño influye en la presencia de alteraciones emocionales, diversos autores como Craig, McCarthy y otros (citados en González Durán, 1977), consideran que la edad de mayor riesgo es la comprendida por abajo de los cinco años y dentro de este grupo el que está entre los seis meses de edad y los tres años. Aunque Cravito (citado en González Durán, 1977) señala que los tres primeros meses de la vida son fundamentales en el periodo de ajuste, por lo que entre más pequeño es el niño requerirá una mayor atención por parte de la madre.



Hasta la edad de 2 años, el niño sufre intensamente de "ansiedad de separación", porque él es parte integral de un sistema, de una unidad biológica formada por él y su madre. La ansiedad de la separación alcanza el nivel más alto entre el 10o. y el 18o. mes de vida del bebé. Después de esta edad y hasta los 5 años aumenta su capacidad para tolerar la separación de su madre. Sin embargo, si el niño está enfermo, con fiebre, dolor, asustado o herido perderá tal capacidad (Nágera, 1981).

Para los niños menores de cinco años, uno de los puntos más vulnerables en la hospitalización es la separación de la familia y, particularmente, de la madre. La primera reacción del niño será de protesta, seguida por depresión. En contraste, para el niño que oscila entre los 5 y los 6 años de edad, el factor más importante es la relevancia psicológica y simbólica con la que revisten la hospitalización, la enfermedad y el tratamiento. Para dichos niños este es el peligro principal (Nágera, 1981).

Long y Leonard (citados en González Durán, 1977), señalan que en este periodo de edad de un año, el niño presenta las siguientes características al estar hospitalizado::

- a.- Déficit intelectual
- b.- Retraso cualitativo y cuantitativo del lenguaje
- c.- Apatía
- d.- Indiferencia
- e.- Conducta regresiva
- f.- Anorexia
- g.- búsqueda indiscriminada de contacto físico y emocional con extraños, especialmente si son hombres.

Durante el periodo comprendido entre los 6 y los 12 años el niño incrementa su independencia a través de la producción y la competencia social que se desarrolla en este periodo, por lo que, la escuela y sus compañeros ocupan un lugar primordial. Las limitaciones en actividades físicas y sociales causadas por alguna enfermedad pueden dañar su sentido de competencia. Conforme el niño va creciendo, su visión sobre la enfermedad se hace más compleja y poco a poco su desarrollo va proveyéndolo de mayor información para manejar de una manera más adecuada su interacción con el medio ambiente (Desgulin y cols, 1994).

En estos niños, se aprecian cambios aunque poco frecuentes como problemas de adaptación (González Durán, 1977).

Se han descrito diversos cuadros clínicos en relación con la hospitalización infantil, Leonard, Solnit, Mason y Long, entre otros, (citados en González Durán, 1977) describen de manera general que la separación que sufre el niño de su madre se manifiesta por: (a) llanto, (b) retardo en el desarrollo; (c) apatía; (d) balanceo del cuerpo; y (e) movimientos estereotipados de afirmación y negación con la cabeza.

De acuerdo con Spitz (1969), después de la separación de sus madres, los niños pasan por las etapas de empeoramiento progresivo, características de una privación. En el primer mes, los niños se vuelven llorones y exigentes; en el segun

do mes, el lloriqueo se convierte en gemidos, se inicia la pérdida de peso y hay una detención en el índice de desarrollo; para el tercer mes, los niños se niegan al contacto, yacen postrados en su camas la mayor parte del tiempo, se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso, existe una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, el retraso motor se generaliza y se inicia una rigidez facial; después del tercer mes, la rigidez facial queda firmemente establecida y el índice de desarrollo empieza a decrecer (Haces, 1987). Estos síntomas se siguen unos a otros en rápida sucesión y pronto, después de un periodo relativamente breve de tres meses, aparece un nuevo cuadro clínico.

Finalmente, si la privación continúa en el segundo año de vida, existe una proporción creciente de la mortalidad.

Ana Freud, Provence y Lipton (citados en Nágera, 1981), han demostrado de manera convincente, que un niño de menos de 18 meses, al ser privado de la presencia de su madre y de la estimulación que ella provee, será un niño cuya maduración biológica se verá retardada. Señalan también que si la separación es prolongada, causará daños irreversibles en las funciones cognoscitiva e intelectual del niño, ya que la estimulación que la madre provee diariamente con sus cuidados, activan los procesos biológicos de maduración del cerebro.

Desguin y cols.(1994) señalan que los niños de 0 a 18 meses de edad, no cuentan con una referencia para entender su enfermedad; sin embargo les es familiar. En este periodo normalmente, el menor desarrolla confianza, interactúa con el ambiente y presenta progresos que le ayudan a incrementar la

comunicación, la socialización y la ambulación. La presencia de una enfermedad crónica, puede interrumpir este proceso, afectando habilidades cognitivas, sensoriales o motoras del niño. El curso impredecible de estas condiciones, puede dar como resultado una ruptura en el ambiente del niño, causado por el cambio continuo de cuidadores, de rutinas, la exposición a tratamientos médicos dolorosos y la hospitalización. En estas circunstancias, el desarrollar un sentido de confianza puede ser difícil de alcanzar para el niño.

Específicamente, los niños de cero a un mes y medio de edad presentan características específicas; tomando en cuenta a autores como Denver (Citado en Reyes, 1995), Bayley, N. (1969), Brazelton, (1989) y Gesell, A. y Amatruda (1979), las conductas esperadas para esta edad son: de acuerdo con Denver, mirar a la cara de las personas que estén en su campo visual, sonreír de manera intermitente, seguir objetos y personas en línea media, presentar movimientos simétricos, disminuir su actividad ante sonidos, verbalizar intermitentemente y estando en posición prona levantar la cabeza. Por su parte, Bayley señala que las conductas características de un niño en el primer mes de vida son; responder usualmente a los estímulos pero brinda una respuesta corta a las aproximaciones sociales, manipula brevemente juguetes, presenta períodos muy cortos de atención, exhibe muy poca o ninguna conducta dirigida, su nivel de actividad cambia drásticamente, emocionalmente muestra poco o ningún miedo a una situación extraña, aparentando estar calmado; durante esta etapa de desarrollo son observables diferencias individuales tales como grado de actividad, reactividad ante los estímulos, tensión y estado emocional.

Hacia los dos meses los bebés comienzan a ser más responsivos ante las personas y los objetos, presentan conductas directivas, muestran moderada periodos de atención, manifiestan considerable atención hacia los estímulos visuales y auditivos, verbalizan y realizan movimientos ante estímulos de su interés. Pero se mantiene poco tiempo en actividades manipulativas y de chupeteo. Gesell marca como conductas características de este periodo de vida las siguientes: mirar y seguir objetos sólo cuando están en línea media, mantener objetos momentáneamente, cuando escucha sonidos su actividad disminuye, realiza pequeños ruidos guturales, su mirada es indirecta, e intermitentemente fija su atención, así como también, en posición prona logra levantar la cabeza por breves momentos. Finalmente, Brazelton incluye al llanto como una conducta característica de este periodo, debido a que el niño sólo puede llamar la atención de sus cuidadores de esta manera.

Dentro de la población de menores que requieren hospitalización, los neonatos (0 a 2 meses de edad) conforman una población que necesita una atención más especializada, puesto que este periodo de vida requiere de mayor cuidado por parte de la madre y del personal que se encuentre a su cargo.

Tal situación, conlleva a que el personal (médicos y enfermeras) presente severos niveles de estrés (Oates y Oates, 1995), como consecuencia de la importancia de las decisiones que han de tomar respecto a la salud de los pequeños.

En este ambiente (Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal), el niño se encuentra expuesto a una gran variedad de procedimientos que pueden causar dolor o angustia, tales como: incubaciones, canalizaciones, tomas de muestras de sangre, inyecciones intramusculares, venodisecciones, pulsiones lumbares y pinchazos en el talón, entre otros; que pueden causarle varios disturbios fisiológicos y daños en su desarrollo psicosocial (Baker y Ritter, 1995).

También se ha encontrado que la permanencia en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), puede producir trastornos en el ciclo sueño-vigilia, debido a que en ellas existe una iluminación constante, altos niveles de ruido, cambio continuo de cuidadores y rutinas, dando como resultado problemas de conductas y de neurodesarrollo, tales como déficit de atención e hiperactividad.

En niños de pretérmino (32 a 36 semanas de gestación) que estuvieron sometidos a una UCIN, se observaron también problemas de regulación del ciclo sueño-vigilia, ocasionados por pobres periodos de sueño que reflejan una inadecuada regulación del sistema nervioso central (Wolke y cols. 1995).

En la actualidad el "hospitalismo" es un síndrome perfectamente identificado, pues se sabe que a pesar de que el niño sea bien alimentado y se atiendan perfectamente sus necesidades biológicas, su crecimiento y desarrollo se detienen o son muy deficientes, existiendo específicamente un retardo en el desarrollo intelectual, así como la

presentación de conductas emocionales perturbadas (Moreno, 1990).

Se ha observado que este síndrome se presenta también en menores internados en orfanatorios, asilos e instituciones de reclusión, de igual manera que en Infantes que a pesar de vivir en el seno familiar, carecen de estimulación y afecto, esto ha llevado a que el término "hospitalismo" sea sustituido por los de "privación materna o del medio familiar" o "privación social" (Haces, 1987; Winnicott, 1990; Stern, 1978).

En resumen, dicha privación afecta directamente las esferas emocional, intelectual y social del niño, dando lugar a la presentación de déficits o excesos conductuales, así como a un retardo en el desarrollo, causado principalmente por la falta de afecto y estimulación.

Algunas investigaciones (Lindhelm, Glaser y Coofin, 1972; Abbott, Hansen y Lewis, 1970), reportan la implementación de estrategias de tratamiento para prevenir estos efectos traumáticos del ambiente hospitalario, dichos tratamientos han consistido en la modificación del ambiente, la preparación del niño para la hospitalización y cirugías, la normalización del ambiente a través de interacciones sociales y la provisión de materiales de juego (Rutter, 1990; Petrillo, 1975).

En lo que concierne a la UCIN, han sido de gran importancia las estrategias de intervención temprana con el fin de optimizar la adaptación tanto del niño como de la familia a este entorno y prevenir los problemas ya ampliamente descritos.

De acuerdo con Gorsky (1991) son tres los objetivos que han dominado el curso de esta intervención: (1) la pobre estimulación para menores internados; (2) el continuo bombardeo de sobrestimulación; y (3) la contingencia de patrones de estimulación relacionados con la maduración conductual y psicológica de los niños. Otras intervenciones han sido enfocadas a cubrir la necesidad de dar soporte psicológico e integrar a los padres en el proceso de la hospitalización (Gorsky, 1991).

Para Forrest (1991), los objetivos de estas intervenciones han sido sólo enfocados a niños con ciertas características: bajo peso al nacer, niños prematuros, egresados UCIN, con daño cerebral o que fueron expuestos a drogas. Principalmente estas intervenciones consisten en uno o más tipos de manipulación ambiental, tales como:

- (1) estimulación táctil
- (2) estimulación vestibular
- (3) estimulación auditiva
- (4) estimulación visual

Usualmente estos programas son llevados a cabo por las enfermeras que tienen a su cargo a los niños. De manera general los resultados de estas intervenciones muestran discrepancias en cuanto a la eficiencia de estos programas debido a que los criterios de edad son indistintos, lo cual repercute en el tipo y calidad de respuestas que el niño puede emitir, como consecuencia de su nivel neuromadurativo.



Gorsky y Forrest (1991), señalan que los problemas por lo que atraviesan este tipo de intervenciones son de tipo metodológico, ya que impiden la generalización de resultados como consecuencia de la utilización de muestras muy pequeñas, la insuficiencia de datos demográficos para poder compararlos antes de la intervención, la descripción limitada de rutinas de cuidado y protocolos; la utilización de intervenciones multimodales; el poco involucramiento de los padres; y los cortos periodos de estancia de los pequeños en el hospital. Por lo que Gorsky y cols. (1991), proponen que las intervenciones sean, individuales, funcionales, modificables y sensitivas al desarrollo neurológico y a las capacidades de los niños de manera particular.

No obstante que se han reconocido los problemas psicosociales que acarrea permanecer en un ambiente hospitalario y se han sugerido propuestas como las anteriormente señaladas, son pocos los estudios realizados que proveen de datos objetivos y el desarrollo de una metodología para cuantificar estos problemas y darles solución es notablemente pobre (Cataldo y cols. 1979).

Por lo que el paso inicial es la búsqueda o desarrollo de estrategias de evaluación que permitan conocer y analizar el tipo de estimulación que brindan al niño hospitalizado los agentes sociales más próximos (madre y personal de enfermería) a través del estudio de su interacción y que posibiliten, a futuro, el desarrollo de acciones de intervención.

Si se considera que dentro del ambiente hospitalario, la interacción que guarda el niño con los agentes sociales más próximos (madres y enfermeras) es influenciada por las propias características de cada uno de ellos, y por las características y conductas de su compañero al interactuar, es necesario el empleo de una metodología que de cuenta de este tipo de influencia.

Un modelo que permite dicho propósito es el de la interacción social, el cual considera que la personalidad y los actos sociales no pueden entenderse independientemente del contexto social en el que se encuentren inmersos por el intercambio de la persona y su ambiente, el cual promueve un proceso de retroalimentación en donde los organismos se influyen unos a otros (Cairns, 1979); es decir, se puede entender a la interacción social como un intercambio de comportamientos entre dos o más personas en la que la participación de cada individuo depende del otro y en el que éstos pueden dirigir activamente el curso de los hechos.

Tradicionalmente y hasta época muy reciente la teorización y el asesoramiento de la relación madre-hijo se basaban en el presupuesto de unidireccionalidad. Se suponía que la madre es, invariablemente, el agente activo, mientras que el niño es receptor pasivo de los esfuerzos que ella realiza para influir sobre él. En la actualidad se atribuye mayor importancia a la bidireccionalidad en las relaciones madre-hijo.

Este enfoque considera que el niño es un participante activo en el proceso, y no simplemente el objeto reactivo de las intervenciones de la madre; es decir, que se entiende la conducta del niño como un antecedente del comportamiento de la madre (Whitt y Casey, 1982).

Las características del bebé poco después del nacimiento determinan (debido a una combinación de influencias genéticas intrauterinas y perinatales) la reacción del niño ante su entorno. De acuerdo con Martin (citado en Kadushin y Martin, 1984) los niños pueden ignorar o reaccionar negativamente ante comportamientos de sus madres, y así tiende a extinguirlos o aminorarlos. En consecuencia, la conducta de las madres es contingente a la conducta del niño. De esta manera tenemos que muchas otras conductas o respuestas del bebé, por ejemplo sonreír, vocalizar, agarrar, son reforzantes para la madre, y con ellas el bebé refuerza a la madre para que ella lo refuerce a él con sus sonrisas, vocalizaciones, contactos físicos y estimulación cinesésica. De esta forma, los niños pueden responder a la conducta de sus madres de maneras que satisfagan y que por lo tanto, refuercen algún aspecto de la conducta de éstas.

Lamb en 1978 (citado en Kadushin y Martin 1984) examinó las investigaciones que indican que los niños tratan de atraer y mantener la atención utilizando miradas y gestos de aversión con la cabeza para modular y controlar las respuestas de los adultos.

Todos los estudios al respecto apuntan a una conclusión: que los bebés poseen los recursos necesarios para controlar las conductas de los demás y la capacidad de aplicar esta información para modular y finalizar e iniciar la interacción con los adultos.

Por otro lado, al postular una conceptualización bidireccional entre madres e hijos, Bell (citado en Kadushin y Martin, 1985) señala que casi todas las investigaciones sobre el niño, presuponen sin establecerla, la unidireccionalidad de la influencia de los padres sobre el hijo. La mayoría de ellas presentan conclusiones correlativas que nada dicen acerca de la relación causal antecedente-consecuente. Simplemente señalan que dos variables están asociadas hasta cierto grado estadísticamente significativo, pero nada acerca de la causa de esto.

El modelo de la interacción social, a través de su metodología observacional posibilita segmentar los episodios de interacción para identificar los factores responsables de como se estructuran las conductas de esta interacción y así conocer la probabilidad de que ocurra una secuencia de conductas particulares. De esta manera, es posible inferir la dirección y por tanto los antecedentes y consecuentes en el tiempo, así como los mecanismos por medio de los cuales surgen los patrones de conductas sociales, como se mantienen y como se eliminan (Lytton, 1980).

Los ambientes médicos hospitalarios proporcionan un ambiente adecuado para la utilización de métodos observacionales, ya que pueden brindar datos relevantes acerca de la interacción que en ellos se guarda (Mays y Pope, 1995).

Algunos estudios sobre interacción en este ambiente, reportan que los niños recién nacidos que requieren de una hospitalización y se ven separados de sus madres, tendrán limitaciones para establecer contacto con ellas, reduciéndose así la posibilidad de una vinculación efectiva y en consecuencia, la relación inicial interpersonal entre madre-hijo se alterará en una dirección no deseable, retrasando el desarrollo de toda estrecha vinculación temprana (Kadushin y Martin, 1985).

Por consiguiente, se consideró pertinente el realizar un análisis de las conductas de la madre, el niño y la enfermera, con el fin de identificar los estímulos que controlan las conductas de los tres y así determinar el tipo de estimulación que se le proporciona al niño hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, perteneciente a un Hospital Público de la Ciudad de México. Por lo que el fin del presente trabajo fue examinar la interacción que guardan las diadas madre-niño y enfermera-niño durante la estancia hospitalaria del niño donde los objetivos fueron los siguientes:

- a.- Determinar los patrones de interacción madre-niño.
- b.- Determinar los patrones de interacción enfermera-niño.
- c.- Determinar las diferencias entre los patrones de interacción madre-niño y enfermera-niño.

## METODO

### *Sujetos*

La población estuvo conformada por 10 diadas (madre-niño) pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, que recibieron atención hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Infectología (UCINI) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y 10 enfermeras que se encontraban en el mismo ambiente. La selección se llevó a cabo mediante la información brindada por el equipo médico (doctores, enfermeras y trabajadoras sociales) y la consulta de expedientes clínicos.

**Niños:** El rango de edad de los niños que participaron en este estudio osciló entre la 1ª y 6ª semana de vida extrauterina; se consideraron niños de ambos sexos y que no se encontraran bajo el efecto de ningún depresor del Sistema Nervioso Central. Los diagnósticos médicos de la muestra fueron los que se observan a continuación:

<b>Candidiasis Bucal</b>	1
<b>Mielomeningocele</b>	2
<b>Sepsis neonatal</b>	3
<b>Endoftalmítis</b>	1
<b>Síndrome colestático</b>	1
<b>Probable infección de Vías Urinarias</b>	1
<b>Neumonía Neonatal</b>	1

**Madres:** Las madres que se incluyeron en el presente estudio, presentaron un rango de edad entre los 16 y los 40 años con una media de 25 años, 4 de ellas eran primíparas y las 6 restantes múltiparas. Su estado civil era el siguiente: 3 madres solteras, 2 vivían en unión libre y las 5 restantes casadas, todas ellas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. Por último su nivel de escolaridad era de 5 de ellas nivel primaria, de nivel secundaria 2, de nivel medio superior 2 y 1 de nivel profesional.

**Enfermeras:** El rango de edad del personal de enfermería osciló entre los 20-65 años de edad, 3 de ellas eran técnico auxiliar de enfermería, 2 pasantes de nivel profesional y las 9 restantes licenciadas en enfermería y obstetricia.

### *Escenario*

Las sesiones de observación se realizaron en la UCIN perteneciente a el área de infectología del INP, ubicado en el 4º piso de dicho Instituto. El ambiente tiene una dimensiones aproximadas de 18 mts de largo por 5 mts. de ancho, dividido en tres secciones de 6 mts. de largo cada una. Cuenta con capacidad para 12 cuneros, los cuales se encuentran divididos entre las tres secciones de la siguiente manera: Sección I, 4 ó 5 cuneros; sección II 4 ó 5 cuneros; sección III, 2 ó 3 cuneros; en esta última se encuentra la puerta de ingreso al servicio. Los cuneros se encuentran pegados a una ventana, a través de la cual las madres pueden ver a sus hijos cuando no se les permite la entrada al ambiente.

Del otro lado está ubicada la ventana que da al pasillo del área de hospitalización, así como las mesas y los anaqueles donde se almacenan los medicamentos, materiales y expedientes de los niños. Al lado derecho de cada sección existen tomas de aire, oxígeno y lavamanos.

Para tener una visión más amplia del contexto resulta necesario retomar algunos aspectos de la psicología ambiental. De acuerdo con Osmond (citado en Ortega, 1992) son dos las características que se pueden atribuir a los arreglos o disposición del mobiliario en un hospital: Sociófugo, que se relaciona con el diseño que impide o desalienta la formación de relaciones humanas estables y sociópeto que es la cualidad que anima, fomenta e incluso obliga al desarrollo de relaciones interpersonales estables, a través de una disposición atractiva y confortable que posibilita la interacción en pequeños grupos.

Específicamente, en el ambiente en que se llevaron a cabo las observaciones de esta investigación, la forma en que se encontró distribuido el mobiliario corresponde a una disposición de tipo sociófuga, debido a que existía la alineación de cuneros y sillas a la pared, falta de privacidad, insuficiencia de espacio, ruido excesivo y uniformidad en el color de paredes y techos y falta de estímulos adecuados a la edad de los niños (móviles, música, juguetes, etc.)



### *Descripción de Rutinas*

Dentro de la UCINI se tienen ciertas actividades encaminadas a el cuidado del menor enfermo, las que se realizan y distribuyen de la siguiente manera:

7:30hrs. Entrada del personal de enfermería del turno matutino y asignación de pacientes por parte de la jefa de enfermeras de la unidad.

8:00hrs. Cada enfermera toma signos vitales de los pacientes que le fueron asignados. Generalmente, asignaban 2 ó 3 pacientes a cada enfermera. Inician horas de visita para las madres.

8:30hrs. Las enfermeras o las madres llevaban a acabo actividades de alimentación.

9:30hrs. Las enfermeras o las madres llevaban a acabo actividades de autocuidado, tales como, limpiar o bañar al niño, cambiarles los pañales, asear la cuna etc. Al término de éstas, disponían de tiempo para realizar actividades libres con el niño.

11:00hrs. Termina la visita de las madres e inicia la visita médica ( reporte de la evolución de los pacientes al médico encargado del servicio por parte de los médicos residentes y revisión de literatura médica). Por su parte , el personal de enfermería realizaba actividades de cuidado médico.

- 12:30hrs. Inicia la segunda visita de las madres. Se realizaban nuevamente actividades de alimentación y autocuidado por parte de las enfermeras o las madres.
- 14:00hrs. Término de la segunda visita de las madres.
- 15:00hrs. Cambio de turno del personal de enfermería y asignación de pacientes.
- 16:00hrs. Inicia la tercera y última visita de las madres. Otra vez se llevan a cabo actividades de alimentación y autocuidado por parte de la madre o la enfermera.
- 19:00hrs. Término de la tercera visita de las madres, permitiéndoles el acceso hasta el siguiente día a las 8:00hrs.
- 20:00hrs. Comienza guardia del personal médico y de enfermería, la cual culmina al siguiente día a las 7:00hrs.

Cabe señalar que en los periodos de visita de las madres existe pocas restricciones que son: Dar alimentos no establecidos por el médico, entrar con paquetes voluminosos, cargar al niño con cuidado y respetar los horarios de visita. Fuera de estas indicaciones la madre tenía libertad de actuar dentro del ambiente.

### *Materiales*

Cámara de videograbación  
Cassetes para videgrabar  
Lápices  
Cronómetros  
Triple  
Monitor  
Videocassettera

### *Instrumentación*

Registro anecdótico  
Listas cotejables  
Videograbación

### *Sistemas de registro*

Inicialmente se realizaron una serie de registros anecdóticos de las interacciones madre-niño y enfermera-niño utilizando una muestra de 4 triadas, con la finalidad de contar con las conductas representativas del propósito del estudio.

A partir de estos registros anecdóticos se analizaron las narraciones que condujeron a un conjunto de categorías de acciones de un sólo término o vocablo, con ello se realizó un agrupamiento de acuerdo a criterios de orden semántico y se proporcionó una definición que comprendió acciones agrupadas. Teniendo ya las categorías iniciales, se llevó a cabo una evaluación con las categorías establecidas a priori, con el fin de establecer las categorías conductuales que se registraron en cada una de las diadas.

La taxonomía final quedó conformada por 9 categorías para las madres y las enfermeras y 9 categorías del infante que poseen las características de ser exhaustivas y mutuamente excluyentes (Ver tabla 1),( López,F. y Torres,A. 1991).

TABLA 1  
CATALOGO CONDUCTUAL CATEGORIAS  
MADRE/ENFERMERAS

Mirar	MI	La madre o la enfermera se encuentran con la mirada vaga e indirecta, no hay contacto visual hacia el niño (mirar el entorno, mirar hacia el exterior del ambiente).
Verbalizar	Vb	Dirigir palabras al niño, dar consuelo verbal.
Platicar	PI	Dirigir palabras a otros (verbigraña hablar, conversar con el personal de enfermería o con madres de otros pacientes).
Acostar	Ac	Dejar al niño en la cuna en posición prona o supina (corregir posición del niño cuando se encuentra ya en la cuna, acomodar la cuna)
Estimular	Es	Mecer.-Tomar al niño en brazos, acariciarlo, besarlo, dar palmadas en el pecho o en cualquier parte del cuerpo y agarrarlo. Cargar.-Levantar al niño de su cuna y mantenerlo entre los brazos.
Sonreír	Son	Realizar movimientos de la comisura de los labios mostrando los dientes hacia el niño.
Atender	At	Establecer contacto visual hacia el niño cuando esté realizando alguna actividad, sin establecer contacto físico
Ausente	Au	La madre o la enfermera no están presentes dentro del ambiente.
Otras	OI	Cualquier conducta no contemplada en las categorías anteriores.

## CATEGORIAS DEL NIÑO

CONDUCTAS	CODIGO	DEFINICION
Mirar	Mi	El niño se encuentra despierto, con la mirada vaga e indirecta.
Sonreír	Son	Movimientos de la comisura de los labios mostrando las encías.
Llorar	Llo	Mostrar gestos y sonidos de llanto, pronunciar sonidos que expresen aflicción o dolor.
Atender	At	Establecer contacto visual hacia la madre o la enfermera cuando ellas realizan alguna actividad o le dicen algo.
Verbalizar	Vb	Pronunciar cualquier sonido gutural.
Dormido	Do	Tener los ojos cerrados y no estar ocupado en ninguna actividad verbal o física.
Sobresalto	So	Movimientos repentinos de brazos y piernas o de todo el cuerpo cuando está dormido.
Autoestimular	Aut	Realizar movimientos de brazos y piernas o chupeteo de manos.
Otras	Ot	Cualquier conducta no contemplada en las categorías anteriores

Establecida la clasificación que abarcó los criterios del estudio, se elaboró una hoja de registro para tener un control sobre las conductas a registrar (Ver anexo 1).

Posteriormente la videograbación de las sesiones se llevó a cabo por medio de una cámara de video, colocada en el ambiente en que se encontraban los niños hospitalizados (UCINI) del Instituto Nacional de Pediatría; las 9 sesiones de videograbación se desarrollaron con una duración de 15 min. para cada diada (Madre-niño y Enfermera-Niño). Cada sesión estuvo conformada por 2 periodos de 15 min., obteniendo un total de 2hrs. 15min. de videograbación por diada. Videograbando siempre en el mismo orden, primero la diada madre-niño y posteriormente la diada enfermera-niño. Las sesiones se realizaron diariamente, hasta obtener el tiempo antes señalado, por diada. La muestra se completo después de cuatro meses de trabajo.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad se obtuvo del 40% de las diadas, en base a dos observadores independientes quienes registraron de la videograbación las conductas correspondientes al estudio, se compararon los dos registros de cada una de estas sesiones, en relación a los episodios registrados (conductas manifestadas cada 5 seg.). Posteriormente se aplicó el coeficiente de concordancia de Kappa-Cohen (Bakeman y Gottman 1986).

$$K = \frac{P_o - P_c}{1 - P_c}$$

Donde:  $P_o$  = Proporción de concordancia observada  
 $P_c$  = Proporción de concordancia esperada por azar

Por medio de esta fórmula se obtuvo la confiabilidad de los registros de cada sujeto, las cuales se muestran a continuación:

Madre	K=.93
Niño-Madre	K=.87
Enfermera	K=.92
Niño-Enfermera	K=.92

### *Procedimiento*

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario contar con la aprobación por escrito de las madres. Al personal de enfermería y a las madres se les dió la siguiente información " Se esta realizando un estudio sobre lo que pasa con el niño mientras esta hospitalizado, por lo que se estan llevando a cabo videograbaciones en el ambiente".

El horario en que se realizaron dichas videograbaciones fue de 8:00 a 14:00 hrs., debido a que en este periodo existía, como se puede observar en la descripción de rutinas, una mayor variedad de actividades, además de cubrir dos horarios de visita de las madres.

Inicialmente, se conformó una muestra con cuatro triadas para obtener el catálogo conductual (mostrado en la tabla 1) a través de la categorización del comportamiento de estos tres agentes.

Posteriormente se obtuvo la muestra para la realización de esta investigación (diez triadas).

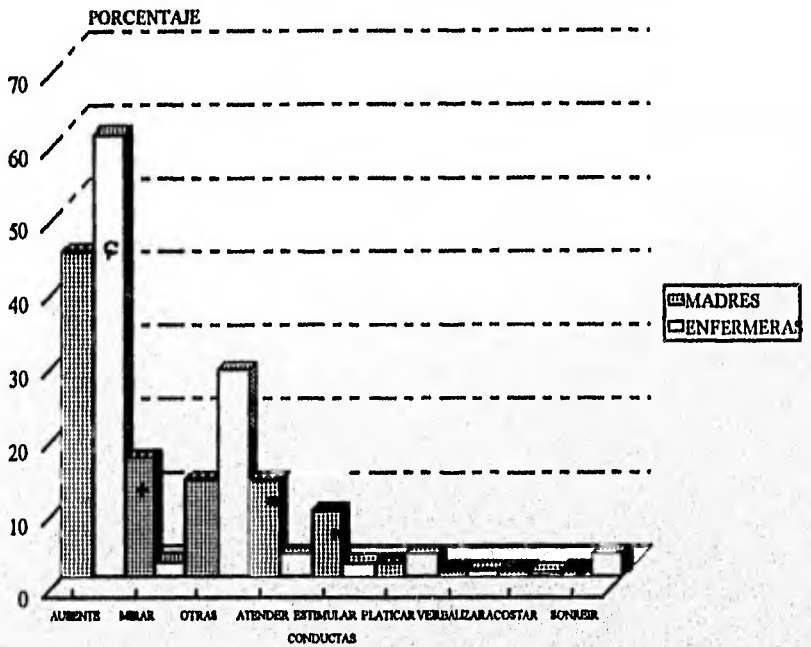
Se revisaron las cintas de video y en las hojas de registro se anotaba la aparición de cada conducta según un intervalo de tiempo de 5 seg. Se anotaba una sola conducta y cuando ocurría más de una, se tomaba en cuenta la que ocurría más tiempo. Registrándose primero las conductas de la madre o la enfermera y posteriormente las del niño, para obtener las frecuencias relativas totales de cada conducta. Ajustándose los registros como dos series de tiempo, dichos registros permitieron determinar y analizar los patrones de interacción que presentaba cada día a través de un análisis de secuencias de eventos, las significancias de cada secuencia de eventos se determino, por medio de una prueba binomial de puntuaciones Z, las cuales tenían que presentar un valor de  $\pm 1.96$ .



## RESULTADOS

Los datos obtenidos en el presente trabajo se mostrarán de la siguiente manera, en primer lugar se presentarán las gráficas que representan los porcentajes de las categorías conductuales en los grupos observados, (madres, enfermeras y niños). Posteriormente, se presentarán mediante tablas las secuencias de eventos (patrones) que resultaron representativos en ambos sentidos (Ej. madre-niño vs niño-madre ). Por último se presentan los árboles de probabilidad de la interacción de las conductas de interés en cada una de las díadas.

Los resultados fueron analizados por medio del paquete estadístico SYSTAT, con la finalidad de obtener las frecuencias absolutas totales así como los porcentajes para cada grupo. Posteriormente, se aplicó un prueba t de Student para determinar la existencia de diferencias significativas entre las conductas y los grupos (madre-niño y enfermera-niño). Finalmente, se realizaron tablas de doble entrada, a partir de estas se obtuvieron transiciones confiables de cada situación aplicando la prueba de distribución binomial Z, donde las secuencias significativas obtuvieron un valor de  $\pm 1.96$ ; para de estos resultados configurar los árboles de probabilidad.



Conductas significativas

MADRES

= F=23.845,  $P \leq 0.0001$

+ F=29.705,  $P \leq 0.0001$

\* F=5.524,  $P \leq 0.0030$

\* F=6.0802,  $P \leq 0.018$

ENFERMERAS

ç F=9.954,  $P \leq 0.005$

Gráfica 1.- Porcentaje del total de conductas entre madres y enfermeras

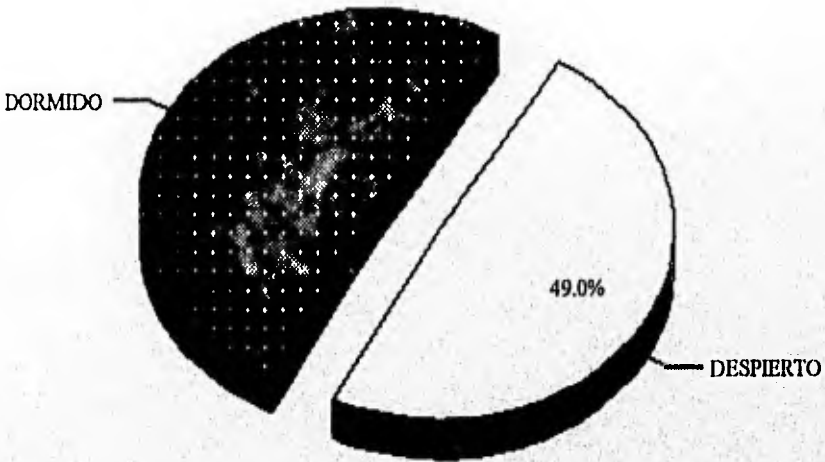
En la gráfica 1, se observan los porcentajes de las categorías conductuales que emitieron tanto madres como enfermeras.

Puede observarse que la conducta de ausente se presentó en un 44% del total de las conductas en las madres y un 60% en las enfermeras. La conducta de mirar se presentó en un 16% para las madres y en un 2% para las enfermeras. La siguiente categoría, otras, ocurre en un 13% para las madres y en un 28% para las enfermeras. Atender, obtuvo 13% para las madres y un 3% para las enfermeras. Estimular, se presentó en un 9% para las madres y en un 2% para las enfermeras. Platícar, aparece con un 2% para las madres y un 3% para las enfermeras. Le sigue verbalizar con 1% tanto para las madres como para las enfermeras. Acostar con 1% para las madres y 0.7% para las enfermeras. Finalmente, se observa la conducta de sonreír con un 1% para las madres y 0.3% para las enfermeras.

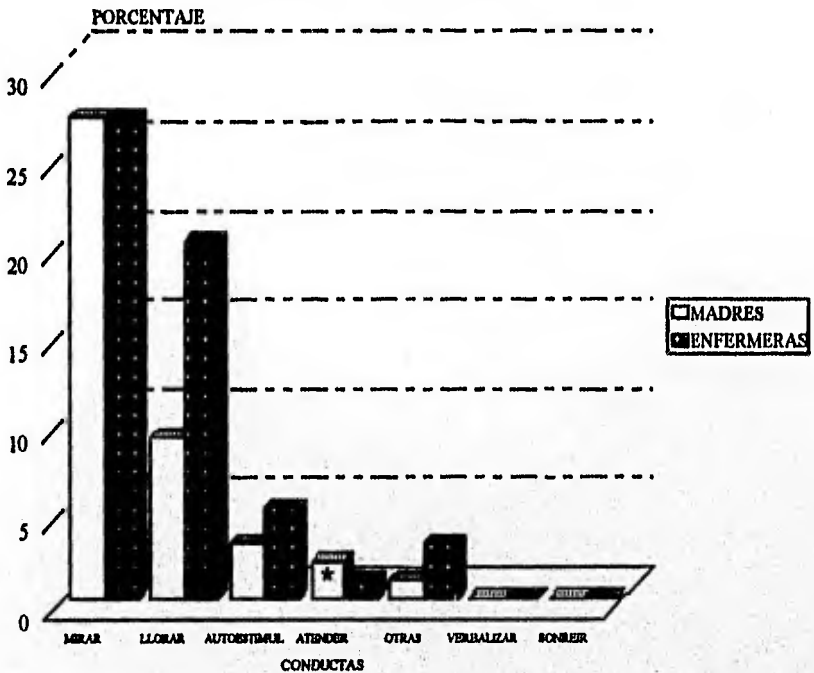
Observándose diferencias significativas en las conductas de atender ( $F=23.845, P \leq 0.0001$ ); mirar ( $F=29.705, P < 0.0001$ ); estimular ( $F=5.524, P < 0.030$ ) y sonreír ( $F=6.802, P \leq 0.018$ ) de las madres respecto a las enfermeras. Por otra parte, la conducta de ausente ( $F=9.954, P \leq 0.005$ ) fue significativa con respecto a las enfermeras.

GRAFICA 2

PORCENTAJE DE TIEMPO QUE PASAN LOS NIÑOS DORMIDOS DURANTE LAS OBSERVACIONES



La gráfica 2 muestra el porcentaje del tiempo que los niños pasaron dormidos y despiertos durante el total de las observaciones, notándose que un 49% del total del tiempo se encontraron despiertos y el 51% restante estuvieron dormidos.



Conducta significativa con respecto a la madre

\*F=5.271, P ≤ 0.028

Gráfica 3.- Porcentaje de las conductas emitidas por los niños ante las madres y las enfermeras

En la gráfica 3 se presentan los porcentajes de las conductas de los niños con respecto a las madres y a las enfermeras, mientras éstos se encontraban despiertos.

Como se observa, las conductas que muestran los niños ante la presencia de las madres fueron: Mirar con un 27%; llorar con 9% ; autoestimular con 3%, atender con 2% otras 1%; finalmente, verbalizar y sonreír con 0%. Las categorías que presentaron los niños ante la presencia de las enfermeras fueron: Mirar 27%, llorar 20%, autoestimular con 5% , otras con 3%, atender con 1% y por último, verbalizar y sonreír con 0%.

Observando diferencias significativas en la conducta de atender ( $F=5.271, P<0.028$ ) de los niños respecto a las madres. En tanto a las enfermeras se refiere no se obtuvo ninguna conducta significativa.

Con el fin de obtener secuencias que correspondieran a un proceso de Interacción entre los sujetos observados se tomaron en cuenta sólo las secuencias que ocurrieron cuando las madres o las enfermeras estaban presentes y los niños despiertos.

De acuerdo a este criterio la tabla 2 muestra el patrón general de secuencias que resultaron significativas al 0.005 entre madres-niños y su ocurrencia en el número total de diadas (10).

**TABLA 2**  
**Patrón general de Interacciones**  
**Madres-Niños**

SECUENCIAS	Nº DE DÍAS EN QUE OCURRIÓ
Mirar-Mirar	6
Otras-Mirar	5
Verbalizar-Atender	4
Mirar-Llorar	4
Atender-Mirar	4
Estimular-Atender	3
Atender-Llorar	3
Platicar-Mirar	3
Estimular-Mirar	2
Otras-Otras	2
Platicar-Autoestimular	2
Platicar-Llorar	2
Estimular-Llorar	2
Otras-Atender	2
Atender-Atender	1
Verbalizar-Mirar	1
Mirar-Atender	1
Platicar-Atender	1
Mirar-Otras	1
Estimular-Otras	1
Verbalizar-Llorar	1
Otras-Autoestimular	1
Verbalizar-Autoestimular	1
Otras-Llorar	1

Como se observa en seis de las diez diadas se presentó la secuencia de Mirar-Mirar, la secuencia de Otras-Mirar ocurrió en cinco de las diadas, en cuatro de las diadas se presentaron las secuencias de Verbalizar-Atender, Mirar-Llorar y Atender-Mirar.

Las secuencias Estimular-Atender, Atender-Llorar y Platícar-Mirar aparecieron en tres de las diadas, en dos de las diadas se observaron las secuencias de Estimular-Mirar, Otras-Otras, Platícar-Autoestimular, Platícar-Llorar, Estimular-Llorar y Otras-Atender. Por último las secuencias que se presentaron en una diada fueron Atender-Atender, Verbalizar-Mirar, Mirar-Atender, Platícar-Atender, Mirar-Otras, Estimular-Otras, Verbalizar-Llorar, Otras-Autoestimular, Verbalizar-Autoestimular y Otras-Llorar.

**TABLA 3**  
**Patrón General de Interacciones**  
**Enfermeras-Niños**

Otras-Llorar	5
Mirar-Mirar	5
Otras-Mirar	4
Platícar-Mirar	4
Verbalizar-Llorar	4
Verbalizar-Atender	4
Atender-Atender	4
Mirar-Llorar	4
Otras-Autoestimular	3
Platícar-Llorar	3
Atender-Llorar	3
Otras-Otras	2
Estimular-Llorar	2
Estimular-Mirar	2
Atender-Mirar	2
Mirar-Atender	2
Otras-Atender	1
Verbalizar-Mirar	1
Acostar-Otras	1
Acostar-mirar	1



En la tabla 3 se observa el patrón general de conductas entre Enfermeras-Niños y la frecuencia en orden decreciente en que se presentaron en el total de esta muestra. Las primeras dos secuencias que corresponden a las conductas Otras-Llorar y Mirar-Mirar, se presentaron en cinco de las diez diadas, las secuencias Otras-Mirar, Platlicar-Mirar, Verbalizar-Llorar, Verbalizar-Atender, Atender-Atender y Mirar-Llorar ocurren en cuatro de las diadas; para Otras-Mirar, Platlicar-Llorar y Atender-Llorar aparecen en tres diadas, en dos de las diadas se presentaron las siguientes secuencias Otras-Otras, Estimular-Llorar, Estimular-Mirar, Atender-Mirar y Mirar y Mirar-Atender finalmente las secuencias Otras-Atender, Verbalizar-Mirar, Acostar-Otras y Acostar-Mirar, se presentaron en sólo una de las diadas.

Debido a que no existe evidencia empírica que permita establecer, cuales son las secuencias de Interacción positiva que se establecen entre las diadas madre-niño y enfermera-niño; se consideró pertinente determinar, de acuerdo al catálogo conductual, que secuencias se refieren a una interacción de este tipo, entendiendo por ésta aquellos pares de conductas que corresponden a una participación activa por parte de los tres agentes. Por otro lado se tomó en cuenta cuales fueron las que se emitieron en esta investigación. De esta manera las secuencias deseables serían las que se presentan a continuación.

Por parte de la madre y la enfermera:

Estimular	Sonreír
Estimular	Verbalizar
Estimular	Atender
Verbalizar	Sonreír
Verbalizar	Verbalizar
Verbalizar	Atender
Atender	Sonreír
Atender	Atender
Atender	Verbalizar
Sonreír	Sonreír
Sonreír	Atender
Sonreír	Verbalizar

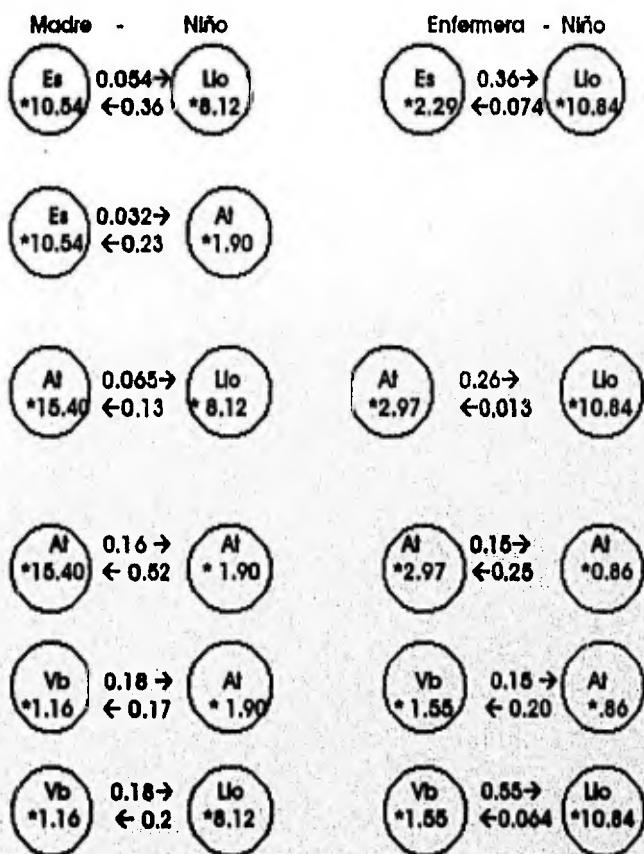
Tabla "A"

Por parte del niño:

Llorar	Atender
Llorar	Estimular
Llorar	Verbalizar
Verbalizar	Atender
Verbalizar	Sonreír
Verbalizar	Estimular
Verbalizar	Verbalizar
Autoestimular	Sonreír
Autoestimular	Atender
Autoestimular	Verbalizar
Sonreír	Sonreír
Sonreír	Atender
Sonreír	Verbalizar
Sonreír	Estimular

Tabla "B"

## Arboles de Probabilidad



\*Probabilidad base.- Probabilidad de que ocurra la conducta en relación al total de observaciones.

**GRÁFICA 4** Arboles de Probabilidad de secuencias que favorecen la interacción en las diadas Madre-Niño y Enfermera-Niño.

La gráfica 4 muestra los árboles de probabilidad de las secuencias que se refieren a una interacción positiva de acuerdo a las tablas anteriores ( "A" y "B") entre Madres-Niños y Enfermeras-Niños. Todos los árboles inician su lectura de lado izquierdo con la conducta de las madres o las enfermeras, según el caso; y del lado derecho se observan sus efectos en los niños.

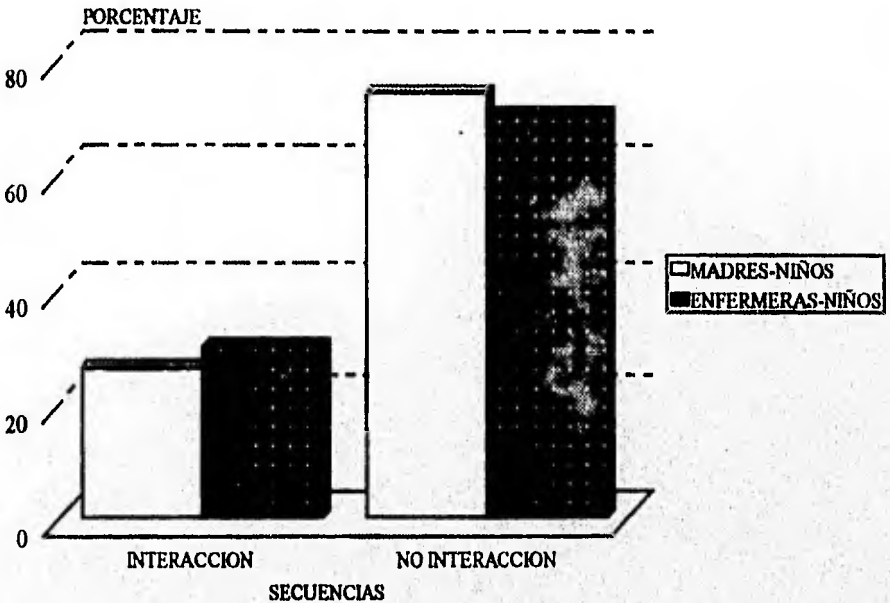
Por otra parte, al leer los árboles de derecha a izquierda se aprecia la relación que guardan las conductas de las madres o las enfermeras en función de los niños.

Esta forma de presentación nos permite identificar aquellas secuencias que tienen mayor posibilidad de ocurrencia. Como puede apreciarse, las secuencias que muestran alta probabilidad en la díada Madre-Niño son las conductas de Atender-Atender, Verbalizar-Atender y Verbalizar-Llorar. Esto es que la probabilidad de que las madres atiendan a los niños cuando éstos también las atiendan es de 0.16 y de que los niños atiendan cuando las madres los están atendiendo es de 0.52. La probabilidad de que las madres Verbalicen cuando los niños atienden es de 0.18 y que los niños atiendan cuando las madres Verbalicen es de 0.17. Por último, la probabilidad de que las madres Verbalicen cuando los niños se encuentran Llorando, es de 0.018 y que los niños Lloren y que ellas Verbalicen es de 0.2.

En lo que se refiere a la diada Enfermera-Niño, todas las secuencias presentan una alta probabilidad de ocurrencia, éstas son: Estimular-Llorar, Atender-Llorar, Atender-Atender, Verbalizar-Atender y Verbalizar-Llorar. Esto quiere decir que la probabilidad de que la enfermeras Estimulen a los niños cuando Lloran, es de 0.36 y que los niños se encuentren Llorando y las enfermeras lo Estimulen es de 0.074, la probabilidad de que las enfermeras, Atiendan cada vez que los niños Lloren es de 0.26 y que ellos estén Llorando , las enfermeras los Atendieran es de 0.013, la probabilidad de que las enfermeras Atiendan a los niños cuando éstos también las Atiendan es de 0.15 y de que los niños Atiendan cuando las enfermeras los estén Atendiendo es de 0.25, la probabilidad de que las enfermeras Verbalicen y los niños las Atiendan es de 0.15 y que los niños las Atiendan cuando ellas Verbalizan es de 0.20. Finalmente, la probabilidad de que las enfermeras Verbalicen cuando los niños Lloran es de 0.55 y de que los niños se encuentren Llorando y las enfermeras Verbalicen es de 0.064.

GRAFICA 5

PORCENTAJE DE SECUENCIAS QUE SE REFEREN A UNA INTERACCION POSITIVA LAS DIADAS MADRE-NIÑO Y ENFERMERA-



En la gráfica 5 se observa el porcentaje de secuencias de eventos que favorecen la Interacción positiva Madre-Niño y Enfermera-Niño, con respecto al total de secuencias que resultaron significativas, estando los niños despiertos y las madres o las enfermeras presentes, que corresponden sólo a algunas de las presentadas con anterioridad.

Observándose que el 30% de las secuencias que fueron emitidas en la diada Enfermera-Niño, favorecen la Interacción; mientras tanto en la diada Madre-Niño es el 26%.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

**D**iversos autores (Desguin, Holt y McCarthy; 1994; Perrin y MacLean, 1988; Cataldo, et. al., 1979; Rutter, 1990; Forrest y Guralnick, 1991; Kenneth y Casey, 1982 y Blackman, 1991) han destacado el impacto que tienen sobre el niño los efectos de la hospitalización y especialmente su repercusión en la interacción con su madre. Kenneth y Casey (1982) recalcan de manera particular la importancia del periodo perinatal debido a que en él se inicia, a través de la respuesta materna, la competencia social y el desarrollo cognitivo. Desguin et al. (1994) mencionan que aún cuando se ha reconocido esta problemática no se tienen claras las estrategias de intervención para su solución. Es por esto que el presente estudio fue diseñado tomando como base las ventajas que ofrece el modelo de interacción social a través de su metodología observacional ya que posibilita segmentar los episodios de interacción para identificar los factores responsables de cómo se estructuran las conductas, con el fin de determinar los patrones de interacción que guardan las diadas Madre-Niño, Enfermera-Niño dentro de un ambiente hospitalario.

En primer lugar los datos obtenidos muestran que las madres y las enfermeras pasaron la mayor parte del tiempo (75% y 93% respectivamente), realizando actividades que no se relacionan con una conducta de interacción hacia el niño, esto es que se encontraron Ausentes ( no estuvieron presentes dentro del ambiente), Mirando su entorno, llevando a cabo Otras conductas no contempladas en el estudio o platicando con el personal de la UCIN o con madres de otros pacientes del mismo ambiente.

En tanto que las conductas que se refieren a una interacción presentaron bajos porcentajes (25% para las madres y 7% para las enfermeras), tales conductas fueron atender, es decir establecer contacto visual hacia el niño; estimular, lo que significa que existió un contacto físico positivo; verbalizar, que consistió en dirigir palabras o dar consuelo al niño y sonreír. Estos datos son similares a los obtenidos por Cataldo en 1979, donde menciona que el personal médico muestra afecto neutral, con poco contacto visual e índices bajos de verbalización hacia los niños hospitalizados.

Por otro lado, los niños se encontraron dormidos el 51% del tiempo total de las observaciones y el 49% restante despierto. Normalmente se esperaría, que el porcentaje de tiempo que los niños pasan dormidos, fuese más alto puesto que en la etapa neonatal los pequeños duermen alrededor de 18 a 20 hrs. al día, divididos en periodos de 4 a 5 hrs. (Lewis, 1986).



Sin embargo, este resultado puede deberse a las características propias del ambiente hospitalario ; como lo son la iluminación constante, altos niveles de ruido, exposición a tratamientos dolorosos, cambios de rutina y cuidadores, etc. que de acuerdo con Wolke(1995) repercuten en el ciclo sueño-vigilia del menor, haciendo que estos tengan periodos más cortos de sueño.

Las conductas que presentó el niño mientras estuvo despierto con la madre o la enfermera fueron Mirar (27% con ambas) , es decir que mantuvo una mirada vaga e indirecta; llorar (9% y 20% respectivamente) autoestimular (3% y 5% respectivamente), el niño realiza movimientos de brazos y piernas y chupeteo de manos, atender ( 2% para la madre y 1% con la enfermera) que estableció contacto visual hacia ellas; otras (1% y 3%) que emitió conductas que no fueron contempladas en el estudio; finalmente, las conductas de sonreír y verbalizar no se presentaron. Sin embargo de acuerdo con Gesell (1979) se esperaba que el niño presentará verbalizaciones (sonidos guturales) ya que esta conducta, queda establecida en el primer mes de vida; en lo que se refiere a la conducta de sonreír su no ocurrencia en los niños observados, puede deberse a que en esta edad su aparición es de tipo reflejo.

Así tenemos que la manera en que el niño distribuyó sus conductas en el 49% del tiempo que permaneció despierto, indican la existencia de una pobre estimulación tanto ambiental como de los agentes más próximos a él (madre y enfermera). Ya que por una parte el ambiente presenta características sociófugas y por otro lado, las madres o enfermeras presentaron pocas conductas de interacción.

El patrón general de Interacción Madres-Niños muestra una alta aparición de secuencias que no corresponden a una Interacción positiva ( Mirar-Mirar, Atender-Mirar, Mirar-llorar y Platícar-Mirar), dando como resultado que sólo un 26% de las secuencias se refieren a una Interacción de este tipo; entendiéndose por Interacción positiva aquellos patrones de conductas que corresponden a una participación activa por parte de los dos agentes (enfermeras-madres) y los niños. Respecto a el patrón general de las enfermeras sólo un 30% de las secuencias pertenecen a una Interacción positiva.

La mayoría de las secuencias de ambos patrones, presentan gran similitud en cuanto a la aparición de secuencias conductuales, por lo que puede establecerse que ninguno de los dos agentes provee suficiente estimulación al niño para propiciar una Interacción positiva. De esta manera, se observa que el mayor tipo de estimulación que se le brinda al niño en este ambiente es concretamente de cuidados físicos (alimentación, autocuidado y cuidados médicos), dejando de lado los aspectos no médicos.

Por otra parte, el grado en el que las madres y las enfermeras propiciaron conductas para una Interacción positiva con respecto a los niños fue representado a través de los árboles de probabilidad. En ellos se encontró que tanto las madres como las enfermeras tienden a presentar tres conductas que pueden catalogarse como favorables para la Interacción positiva, éstas son: Estimular, atender y verbalizar.

En cuanto a los niños se refiere, son dos las conductas que corresponden a una Interacción positiva: Atender y Llorar. Estas dos conductas corresponden al periodo normal de desarrollo, sin embargo, su probabilidad de ocurrencia en el número total de observaciones resultó ser notablemente baja; no obstante, se observó una clara diferencia entre la probabilidad de ocurrencia de tales conductas en relación a los dos agentes (madres y enfermeras) observados, siendo de manera general, mayor con las madres.

Considerando el punto de vista bidireccional (Whitt y Casey, 1982), el niño es un agente activo dentro del proceso de Interacción y no sólo un receptor pasivo, por lo que, el estado de niño que se encuentra hospitalizado pudo afectar la cantidad y calidad de la conducta de las madres y enfermeras, ya que, resulta difícil sentir emociones positivas por aquellos bebés que no inician o propician conductas de interacción, puesto que no recompensan esta actividad, propiciando sentimientos de Inadecuación e Impaciencia y al mismo tiempo, extinguiendo las conductas Interactivas de sus cuidadores (Kadushin y Martin, 1985).

En general, los patrones de madres y enfermeras muestran pocas secuencias que favorecen la Interacción positiva, así como una baja probabilidad de ocurrencia.

Es importante señalar que aunque la mayor parte del tiempo (93%) el personal de enfermería realizó actividades que no correspondían a una conducta de interacción hacia el niño, el poco tiempo que se encontraron (7%), llevaron a cabo una variedad más amplia de conductas de interacción y su probabilidad de ocurrencia fue más alta en comparación a las conductas que emitieron las madres. Lo anterior puede deberse a múltiples factores tales como, la angustia y estrés de la madre ante la hospitalización y la enfermedad del niño; la necesidad de atender en algunos casos al resto de su familia; las dificultades económicas para solventar los gastos que la hospitalización implica; falta de redes de apoyo y defectos en el manejo de habilidades de crianza. En lo que respecta a las enfermeras, estos resultados pueden deberse a que se encuentran capacitadas para el manejo de niños enfermos, su nivel socioeconómico y cultural difiere del de las madres; su nivel de angustia es causado por factores distintos a los de éstas (por ejemplo, si los medicamentos están siendo bien utilizados, si la alimentación es adecuada, etc.) y probablemente, a una habituación al ambiente hospitalario.

La metodología de la interacción social abre la posibilidad de evaluar las interacciones diádicas, como una manera de aislar y analizar los patrones de interacción en los episodios de interacción madre-niño y enfermera-niño en ambientes hospitalarios, lo cual permitirá mejorar las condiciones actuales de los cuidados médicos y psicológicos en las UCIN. Con el fin de aminorar los efectos, en las funciones cognitivas e intelectuales del niño, retardo en la maduración biológica y en el proceso de la socialización y contribuir a una rápida y eficaz recuperación de la salud de estos niños.

Tomando en cuenta los efectos de la hospitalización y la edad de la muestra que participó en este estudio, se hace indispensable la participación de los padres y el personal médico en el proceso de hospitalización. A través de un programa que llegue a establecerse bajo la dirección del personal de Psicología y Psiquiatría de la Institución, el cual debe considerar los siguientes puntos:

a) Brindar a los padres de los pacientes información clara y oportuna acerca del desarrollo del niño y los efectos de la hospitalización, así como de la evolución médica de sus hijos, con el fin de lograr una sensibilización (concientización del problema), reducir la angustia y lograr una disposición para trabajar en un programa de entrenamiento en habilidades de crianza y estimulación física. Tomando en cuenta la individualidad del niño y sus padres.

b) Llevar a cabo sesiones informativas con médicos y enfermeras, puntualizando los efectos de la hospitalización en el desarrollo del menor; con el fin de sensibilizar y cambiar actitudes hacia el manejo del menor en las UCIN.

c) Realizar modificaciones ambientales con el fin de ofrecer mayores estímulos al pequeño y propiciar en lo posible el desarrollo normal de acuerdo a su edad; ya que Winkel y Hologan (citados en Ortega, 1992) han resaltado la importancia que juega el ambiente físico en la prevención y reducción de la problemática psicológica y social de los pacientes en unidades hospitalarias; lo cual constituye un elemento clave para realizar una prevención secundaria; a través del siguiente criterio:

siendo los cuartos de los pacientes los lugares más utilizados, su área física requiere de mayor espacio. Su diseño debe considerar las necesidades de a) los médicos y personal paramédico; b) el espacio personal y confort físico del paciente; y c) de sus familiares (Ortega, 1992).

De manera particular en la UCINI se pueden llevar a cabo las siguientes modificaciones:

-Colocar móviles a la vista del niño para que él los visualice y manipule.

-Ambientar con música apacible y disminuir en lo posible ruidos innecesarios.

-Proporcionar juguetes a los pequeños (sonajas, mordederas, chupones, etc.).

Se hace necesario señalar una serie de consideraciones con respecto a este estudio; en primera instancia, la presente investigación provee un nuevo tipo de aproximación al estudio de la interacción en ambientes hospitalarios pediátricos, obteniendo así datos objetivos y válidos para la población donde se realizó. Sin embargo, aún cuando la metodología empleada es la más recomendable (Bakeman y Gottman, 1986) existen limitaciones en cuanto a su generalización a otras poblaciones debido a que la muestra que se empleó era pequeña y presenta características propias. Esta problemática se ve compensada, puesto que brinda una visión muy amplia del fenómeno observado; para superar estas limitaciones se sugiere realizar más investigaciones de este tipo, con niños hospitalizados, abarcando las diferentes etapas de desarrollo para integrar intervenciones efectivas y aplicables en ambientes hospitalarios pediátricos.

Por otro lado, existen pocas facilidades de acceso a las Instituciones de salud, se requiere de una gran inversión de tiempo y dinero lo cual repercute en el poco desarrollo de investigaciones de este tipo; sin embargo los resultados que de ella pueden obtenerse retribuirán el esfuerzo, pues permitirá que el personal médico, valore el papel del psicólogo y de sus investigaciones en el ambiente hospitalario, propiciando así el desarrollo de el trabajo multidisciplinario, donde el más beneficiado será el menor hospitalizado.

Finalmente se recomienda que los registros de las interacciones se lleven a cabo segundo a segundo, lo que permitirá no se pierda información sobre la interacción que guardan las diadas. Ofreciendo así una aproximación más hacia la evaluación de la interacción social en ambientes hospitalarios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Abbott, N.C., Hansen, P, y Lewis, K. (1970) Dress rehearsal for the hospital. *American Journal of Nursing*. Vol.70. P.p.2360-2362.

Archivo Médico INP (1995) Estadísticas 1994. México: INP

Bakeman, J. y Gottman, J.M. (1989) Observación de la Interacción: Introducción al análisis secuencial. México: Morata.

Baker, D.P., Ritter, N (1995) Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood*. Vol.72. P.p. F47-F48.

Bayley, N. (1969) Bayley scales of infant development U.S.A: The psychological corporation P.p. 99-106

Blackman, J. (1991) Neonatal Intensive Care: Is it worth it? *Pediatric Clinics of North America*, Vol 38 No. 6 P.p.1497-1511.

Brazelton, B. y Bertrand, C. (1989) The Earliest Relationship. U.S.A.: Addison-Wesley Publishing, Pp. 64-66

Cairns, R.B. (1979) Social Interactional methods: An introduction in the analysis of social interaction: Methods, issues and illustrations. U.S.A.: Lawrence Erlbaum Associates.



Cataldo, M.; Bessman, C.; Parker, L.; Reid Pearson, J.; y Rogers, M. (1979) Behavioral assessment for pediatric intensive care units. *Journal of Applied Behavior Analysis* Vol.12 No.1. Pp.83-97.

Desguin, B.; Holt, I. y McCarthy, S. (1994) Comprehensive care of the child with a chronic condition Part 1. Understanding chronic conditions in childhood. *Current Problems in Pediatrics*, Julio. Pp.199-217.

Desguin, B. Holt, I. McCarthy, S. (1994) Comprehensive care of the child with a chronic condition. Part 2 Management care. *Current Problems in Pediatrics*. Agosto.

Forrest, C.B y Guralnick, M.J. (1991) Effectiveness of Developmental Intervention in First five years of life. *Pediatrics Clinics of North America*. Vol.38 No.6 P.p. 1513-1528.

Gesell, A. y Amatudra (1979) Diagnóstico del desarrollo normal y anormal de niño. Argentina: Paidós.

González, R. (1979) Condiciones de salud del niño en las Américas. Organización Panamericana de la salud.

González Durán (1977) Madre Participante. México: Facultad de Medicina Tesis Especialidad Pediatría, UNAM.

Gorski, P. (1991) Developmental Intervention during neonatal hospitalization. *Pediatric Clinics of North America*. Vol.38. No.6. P.p. 1469-1479.

NO ENTRA  
EN LA BIBLIOTECA

Haces Casillas, M.A. (1987) Aspectos psicológicos sobre el Síndrome del hospitalismo neonatal hasta los cuatro años. México: Tesina, Universidad Iberoamericana.

Kadushin, A. y Martin, J. (1985) El niño maltratado: una Interacción México: Extemporaneos P.p. 79-133.

Kenneth, J. y Casey, P. (1982) The mother-infant relationship and infant development: The effect of pediatric intervention. Child Development Vol.53. P.p. 948-956.

Kornfeld, D. (1971) Psychological problem of intensive care units. Medical Clinics of North America, Vol.55. Pp.1353-1362.

Lewis, P. (1986) Your Baby's first year. U.S.A: Time Life.

Lindhelm, R; Glaser, H. y Cooffin, C (1972) Changing hospital environment for children, U.S.A. Harvard University Press.

Lytton, H. (1980) Parent-child interaction. The socialization process observed in twin and singleton families. U.S.A.: Plenum Press.

Maron, L., Bryan-Brawn, C. y Shoemaker, W. (1973) Toward a unified approach to psychological factors in the I.C.U. Critical care medicine. Pp.81-84.

Mays, N. y Pope, C. (1995) Observational methods in health care settings. British Medical Journal Vol.311 No. 6998.

Moreno Wonchee, P.G. (1990) Estudio descriptivo de los servicios escolares que ofrecen las Instituciones pediátricas en el área metropolitana. México. Tesis, Facultad de Psicología, UNAM. Pp.26-42.

Nágera, H. (1981) Reacciones de los niños hacia la hospitalización y las enfermedades. Salud Mental. Vol.4. No.1. Pp. 63-65.

Oates, R.M. y Oates (1995) Stress and mental health in neonatal intensive care units. Archives of disease in Childhood. Vol.72. P.p. F107-F110.

Ortega, P. (1992) Evaluación ambiental de un escenario hospitalario. México. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología UNAM. P.p 1-190

Petrillo. (1975) Cuidado emocional del niño hospitalizado. México: La prensa Médica mexicana.

Perrin, J y Maclean, W. (1988) Children with chronic illness. The Pediatrics Clinics of North America. Vol.35, No.6. Pp.1325-1337.

Rutter, M. (1990) La privación materna. España: Morata.

Ryan, P.; Valencia, M.; Otero, B.; Nuñez, M.; González, N.; y Rascón, M. (1982) Alternativas para el hospitalismo. Salud Mental. Vol.5. No.3. Pp.8-14.

Ryan, P. (1983) Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. Salud Mental. Vol.6, No.2. Pp.74-79.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (1994) Mortalidad 1992. Salud Pública de México. Vol.36, No.1, Pp.113-120.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (1991) Perfiles de Salud. Series Monográficas México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Spitz,R.A. (1969) El primer año de vida del niño. México.: Fondo de cultura Económica.

Stern, D. (1978) La primera relación madre-hijo. España: Morata.

Winnicott (1990) Deprivación y delincuencia. Argentina: Paidós.

Whitt,K. y Casey,P. (1982) The mother-Infant relationship and Infant development: the effect of pediatric intervention. Child Development Vol.53 P.p. 948-956

Wolff,S. (1991) Trastornos psíquicos del niño; Causas y tratamientos . México: Siglo XXI Editores

Wolke,D., Meyer,R., Oht,B.y Riegel,K. (1995) The Incidence of sleeping problems in preterm and fullterm infants discharged from neonatal special care units: An epidemiological longitudinal study. Journal of child Psychologic and Psychiatry. Vol.36, No.2. P.p.203-223.

# ANEXO I

## REGISTRO

	5"	10"	15"	20"	25"	30"	35"	40"	45"	50"	55"	min
MADRE												
NIÑO												
MADRE												__min
NIÑO												
MADRE												__min
NIÑO												
MADRE												__min
NIÑO												
MADRE												__min
NIÑO												

## FE DE ERRATAS

### DICE

pag.1 ..porcentaje de saecuencas..

pag.24.. tiene una dimensiones..

pag.25..el Imobillario corresponde..

pag.26..Las enfermedades o las..

pag.29..el personal de enfermerí..

### DEBE DECIR

..porcentaje de secuencias..

..tiene unas dimensiones..

..el mobillario corresponde..

..Las enfermeras o las..

..el personal de enfermería..