

**EFICACIA DE UNA BREVE INTERVENCIÓN TEMPRANA  
BASADA EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL  
NEONATO PREMATURO: EFECTO SOBRE EL ESTRÉS, LA  
DEPRESIÓN Y LAS PERCEPCIONES MATERNAS**

**Mónica Martínez Gertner**

**Tesis doctoral**

**Directores:**

**Dra. Carme Costas i Moragas**

**Dr. Francesc Botet i Mussons**

**Dr. Albert Fornieles Deu**

**Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia  
Universitat Autònoma de Barcelona**

**Bellaterra, Octubre de 2010**

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer formalmente, además de a los directores de esta investigación Carme Costas, Francesc Botet y Albert Fornieles, a Mauricio Arteaga y a todo el equipo del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad Católica y de la Clínica Dávila. A su vez, quisiera expresar mi gratitud hacia todas las familias que con tanto entusiasmo y confianza participaron en este estudio.

## Índice

Introducción.....	p. 6
Prematuridad y su contexto.....	p. 9
<i>Definición de prematuridad y cifras.....</i>	<i>p. 9</i>
<i>Perspectiva histórica acerca de los cuidados neonatales y de la atención al bebé prematuro.....</i>	<i>p. 10</i>
<i>Las incubadoras y otros avances en el cuidado del bebé prematuro.....</i>	<i>p. 13</i>
<i>Desafíos actuales y futuros en el cuidado del bebé prematuro.....</i>	<i>p. 16</i>
<i>Situación actual de la neonatología y el cuidado del bebé prematuro en Chile.....</i>	<i>p. 17</i>
<i>Factores asociados al parto prematuro.....</i>	<i>p. 23</i>
El niño prematuro y su desarrollo.....	p. 27
<i>Observación e interpretación del comportamiento del bebé prematuro.....</i>	<i>p. 27</i>
<i>El desarrollo del cerebro.....</i>	<i>p. 31</i>
<i>Particularidades de la evolución del niño prematuro.....</i>	<i>p.33</i>
El niño prematuro y su familia.....	p. 38
<i>El embarazo como período de preparación.....</i>	<i>p. 38</i>
<i>Duelo y aflicción en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....</i>	<i>p. 39</i>
<i>La interacción entre los padres y su bebé prematuro.....</i>	<i>p. 40</i>
Las intervenciones a nivel de la relación temprana padres-hijo.....	p. 45
<i>Características de la situación clínica y de sus participantes.....</i>	<i>p. 48</i>
<i>a) Novedades del contexto general.....</i>	<i>p. 48</i>
<i>b) Los padres.....</i>	<i>p. 49</i>
<i>c) El niño.....</i>	<i>p. 52</i>
<i>d) El terapeuta.....</i>	<i>p. 52</i>
<i>e) Configuración de la situación clínica.....</i>	<i>p. 53</i>
El modelo basado en la evaluación del desarrollo del neonato con la Escala de Brazelton.....	p. 56

<i>Descripción general del modelo de T. B. Brazelton</i> .....	p. 56
<i>La sesión de intervención con la Escala de Brazelton (NBAS)</i> .....	p. 58
<i>Estudios que utilizan la Escala de Brazelton como procedimiento de intervención</i> .....	p. 63
<i>Estudios con madres deprimidas</i> .....	p. 69
<i>El modelo de T. B. Brazelton aplicado al trabajo con bebés prematuros y sus padres</i> .....	p. 71
Otros modelos de intervención aplicados al neonato prematuro.....	p. 73
<i>Programa de evaluación y atención individualizada para el desarrollo neonatal (NIDCAP)</i> .....	p. 73
a) <i>Descripción del NIDCAP</i> .....	p. 73
b) <i>Efectividad del NIDCAP</i> .....	p. 75
<i>Método Madre Canguro</i> .....	p. 80
a) <i>Descripción del Método Madre Canguro</i> .....	p. 80
b) <i>Efectividad del Método Madre Canguro</i> .....	p. 82
La depresión en el posparto.....	p. 86
<i>La depresión en el posparto y los factores de riesgo asociados</i> .....	p. 86
<i>Efectos de la depresión posparto sobre el desarrollo del niño</i> .....	p. 88
<i>Detección y tratamiento de la depresión posparto</i> .....	p. 92
El estrés en los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	p. 98
<i>El estrés: definición y consecuencias</i> .....	p. 98
<i>La respuesta parental frente a la experiencia de la UCIN</i> .....	p. 102
<i>Variables asociadas al estrés parental en la UCIN</i> .....	p. 105
<i>Efectos de las intervenciones realizadas en el período neonatal sobre el estrés parental</i> .....	p. 109
<i>Algunas consideraciones finales acerca del ambiente de las UCINs</i> .....	p. 115
Objetivos.....	p. 116
Hipótesis.....	p. 116

Método.....	p. 117
<i>Participantes</i> .....	p. 117
<i>Material</i> .....	p. 121
<i>Procedimiento</i> .....	p. 126
Análisis de los datos.....	p. 131
Resultados.....	p. 133
a) <i>Valoración de la similitud de los grupos</i> .....	p. 133
b) <i>Comparación de las variables dependientes: depresión, estrés y percepciones maternas</i> .....	p. 133
c) <i>Puntuaciones clínicamente significativas</i> .....	p. 141
d) <i>Valoración de los cambios intra grupos</i> .....	p. 142
Discusión.....	p. 144
<i>Depresión materna</i> .....	p. 144
<i>Estrés materno</i> .....	p. 146
<i>Percepciones maternas</i> .....	p. 149
<i>Limitaciones</i> .....	p. 150
<i>Comentarios finales</i> .....	p. 152
Conclusiones.....	p. 154
Referencias Bibliográficas.....	p. 155
Anexos.....	p. 165
<i>Protocolo Escala de Edimburgo</i> .....	p. 166
<i>Protocolo Escala de Estrés en los Padres: Unidad de Cuidados Intensivos</i> .....	p. 168
<i>Protocolo Escalas Madre-Bebé</i> .....	p. 172
<i>Protocolo Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal</i> .....	p. 175
<i>Historia clínica</i> .....	p. 177
<i>Cartas de invitación y consentimiento informado</i> .....	p. 182
<i>Certificado acreditación NBAS</i> .....	p. 186

## Introducción

El nacimiento de un bebé<sup>1</sup> prematuro produce una sacudida emocional y demanda un conjunto de ajustes, tanto por parte de los padres como del recién nacido. El embarazo como proceso de preparación para la llegada del bebé se ve bruscamente interrumpido. En este sentido, los profesionales no solo se ven frente a un bebé prematuro sino también a unos padres prematuros.

En la actualidad, gracias a los grandes avances que han experimentado los tratamientos aplicados a los niños que nacen prematuramente, cada día son más los bebés de muy bajo peso que sobreviven, aunque ello implica en muchas ocasiones largas estancias en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y, en algunos casos, secuelas de diversa consideración. En cuanto a los padres, el ingreso de su bebé en la UCIN constituye un período marcado por la angustia y la incertidumbre: en un primer momento, en relación a si su hijo sobrevivirá y posteriormente con respecto a su futuro desarrollo. Ambos se preguntan si el niño será ‘normal’ e inevitablemente le comparan con otros bebés. Al mismo tiempo, la idea de que su hijo es ‘frágil’ se ve reforzada por el ambiente y la alta tecnología que caracteriza a la unidad de cuidados intensivos neonatales. En este contexto, existe un alto riesgo a largo plazo, de que los padres se excedan en los cuidados con tendencia a la sobreprotección, dando lugar a una serie de problemas en la relación temprana (Brazelton, 2001).

Al respecto, existe abundante evidencia de que los bebés prematuros son particularmente vulnerables a las dificultades en la interacción social con sus madres<sup>2</sup>. Se ha demostrado que estos bebés son menos organizados, están menos alerta y son menos reactivos que los nacidos a término (Als, Duffy y McAnulty, 1988). A su vez, se trata de niños que tardan más en comprometerse en el juego social y que muestran menos afecto positivo. Las madres, por su parte, aparecen como más intrusivas y menos dispuestas a participar en interacciones cara a cara en comparación con las madres de bebés nacidos a término (Cox, Hopkins y Sydney, 2000).

---

<sup>1</sup> Por razones prácticas, hemos utilizado el pronombre masculino para referirnos al bebé (niño o niña).

<sup>2</sup> Cuando hablamos de ‘la madre’ nos referimos a la persona que es el principal cuidador. En la mayoría de los casos se trata de la madre biológica, pero puede ser también la madre sustituta, el padre, o quien desempeñe este papel.

Si bien sabemos que la relación entre madre y bebé está moldeada por factores relativos a ambos participantes, numerosos estudios dan cuenta de que las variables de la madre son más influyentes a la hora de determinar la cualidad del apego del niño hacia ella. El estudio de Cox y colaboradores (Cox et al., 2000) contribuye a reforzar esta evidencia existente al concluir que, en el caso de bebés prematuros, son las representaciones de la madre acerca de su bebé las que predicen la seguridad del apego.

Muchas de las alteraciones descritas anteriormente persisten a lo largo de los dos primeros años de vida del niño. En la medida en que la calidad de la interacción madre-bebé se encuentra estrechamente relacionada con la seguridad del apego, resulta evidente la importancia de la prevención de los problemas en la interacción temprana y de sus posibles consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-bebé (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 1978; Cox et al., 2000).

En este contexto, el período neonatal es considerado un ‘punto clave’ para intervenir con las familias y apoyarles en todo lo que significa ser padres de un bebé frágil. Diversas razones justifican este calificativo. Por una parte, con el nacimiento de un hijo, especialmente si se trata de un niño de riesgo, el sistema familiar atraviesa un período de desorganización y desequilibrio que, si bien genera un estado de mayor vulnerabilidad, provoca también en sus miembros un estado de mayor receptividad, creando así un terreno ‘fértil’ para las intervenciones. Al mismo tiempo, es sabido que mientras más temprano podamos dar apoyo a la relación padres-hijo, mayor fuerza tendrá el efecto en el desarrollo del niño (Beeghly et al., 1995; Brazelton, 1994).

En el caso de bebés prematuros, una forma de contribuir tempranamente a prevenir las dificultades descritas es ayudando a los padres a percibir y conocer la fortaleza de su hijo. Al hacerles partícipes del cuidado del bebé, de las evaluaciones y de su proceso de recuperación, los progenitores logran advertir cómo el recién nacido se organiza y llega incluso a mostrar el mismo comportamiento que caracteriza a los bebés nacidos a término. Sin embargo, es importante transmitirles que lo más probable es que el niño se desarrolle a un ritmo acorde a su edad gestacional, dado el elevado costo que implica organizar un sistema nervioso frágil. Es por ello que parte de la ayuda profesional consiste en anticipar este hecho, de manera que los padres puedan preverlo y, en consecuencia, rebajar su ansiedad (Brazelton, 2001).

Teniendo en cuenta lo mencionado, en el presente trabajo nos hemos planteado como objetivo evaluar el impacto de una breve intervención temprana, basada en la evaluación del desarrollo del neonato, sobre el estrés, la depresión y las percepciones en madres de bebés prematuros. Hemos elegido esta población como destinataria de la intervención entendiendo que se trata de un grupo de alto riesgo y juzgando, a la luz de la literatura revisada, que una intervención temprana de estas características puede contribuir a reducir los efectos devastadores que supone el nacimiento de un bebé demasiado pequeño, demasiado pronto.

## **Prematuridad y su contexto**

### *Definición de prematuridad y cifras*

El término recién nacido *pretérmino* incluye a todos aquellos niños que nacen con una edad gestacional inferior a 37 semanas. Si el peso es menor que 2500 g se denominan *prematuros*, a pesar de que actualmente dicho concepto se asimila al de pretérmino. Dentro de la heterogénea población de bebés prematuros, podemos distinguir entre *pretérminos de muy bajo peso* y *pretérminos de bajo peso extremo*. Los primeros corresponden a aquellos que tienen un peso menor que 1500 g y por lo general una edad gestacional inferior a 32 semanas. Los segundos corresponden a los niños nacidos con un peso inferior a 1000 g, nacidos habitualmente con menos de 28 semanas de gestación (Botet y Figueras, 1995).

Si bien en la actualidad existe mayor conocimiento con respecto a los desencadenantes del parto prematuro, a los factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad y se han hecho grandes avances en cuanto al cuidado prenatal, ello no ha sido suficiente para disminuir en número de niños prematuros (Pallás, de la Cruz y Medina, 2000). De hecho, algunos estudios han reportado un aumento en las tasas de nacimientos de bebés prematuros, lo que ha sido atribuido a diferentes fenómenos, tales como el aumento de las intervenciones obstétricas, el uso de técnicas de reproducción asistida, el alto número de nacimientos múltiples y el incremento en la prevalencia de abuso de sustancias en áreas urbanas. Con todo, la prevalencia de partos prematuros se sitúa entre un 6% y un 15%, dependiendo de variables geográficas y demográficas de la población estudiada (Slattery y Morrison, 2002). En el caso de países desarrollados, la prevalencia corresponde al 7% (Pallás et al., 2000). En el caso de recién nacidos con peso inferior a 1500 g la incidencia es variable y se sitúa entre un 0,8 y un 1,2% de los nacidos vivos (Pallás et al., 2000; Tapia y Cifuentes, 2000).

En Chile, la mortalidad infantil ha descendido en forma notoria: desde 337 por mil en el año 1900 a 5,7 por mil nacidos vivos en el año 2000 (González et al., 2006; Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] e Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2001). De todos los nacidos vivos en el año 2001, sólo el 0,3% fueron de menos de 1000 g; el 0,8% fueron de un peso inferior a 1500 g y el 5,1% de menos de 2500 g. Con

respecto a la edad gestacional, el 0,8% fueron niños nacidos con menos de 32 semanas de gestación y el 5,3% con menos de 37. Los datos anteriores dan cuenta de que, por una parte, las cifras de recién nacidos de muy bajo peso en Chile son similares a las de países desarrollados y, por otra, que casi la totalidad de los niños (94,8%) nacieron con un peso igual o superior a 2500 g (Aguila, 2000).

Con respecto a la viabilidad, en la actualidad los límites de ésta se sitúan entre los 500 y 600 g de peso de nacimiento, correspondientes a 24 semanas de gestación (Botet y Figueras, 1995). En los últimos 15 años, la supervivencia de estos niños ha mejorado en forma notoria: sobre un 60% en niños que pesan entre 500 y 750 g; sobre 85% en bebés que pesan entre 751 y 1000 g; 95% en el caso de niños nacidos con un peso entre 1001 y 1250 g y prácticamente 100% por encima de 1250 g (Botet, y Figueras, 2005). Si bien estos datos dan cuenta de la eficacia de las nuevas estrategias terapéuticas, también sugieren que actualmente un mayor número de niños prematuros permanecen en los hospitales por períodos de tiempo más prolongados. Dado el número creciente de niños prematuros que sobreviven y la frecuencia de deficiencias motoras, psíquicas, sensoriales, emocionales y del comportamiento que encontramos en ellos, es fundamental la implementación de estrategias que permitan mejorar la evolución de estos niños (Pallás et al., 2000).

### *Perspectiva histórica acerca de los cuidados neonatales y de la atención al bebé prematuro*

Aunque parezca sorprendente, los cuidados neonatales tal y como los concebimos en la actualidad cuentan con una historia reciente. La Pediatría iba ligada a la Obstetricia hasta hace poco más de un siglo y de hecho, la Neonatología como disciplina carecía de un nombre formal hasta hace 45 años. Si bien el nacimiento de la Neonatología como puente entre la obstetricia, la pediatría y los cuidados intensivos es algo actual, sus raíces las encontramos en el siglo XIX, momento en el que se comenzaron a otorgar los primeros cuidados organizados y sistemáticos a bebés prematuros (Raju, 2006).

Las altas tasas de mortalidad infantil que ha sufrido la humanidad gran parte de su historia han supuesto la adopción, por parte de cada cultura, de diferentes

orientaciones en el momento de hacer frente a los duelos perinatales. La tradición judía, por ejemplo, sugiere que en el caso de muerte de un bebé menor de 30 días, no es necesario el período de duelo habitual de un año de duración. En algunas etnias asiáticas, la ceremonia en la que se asigna un nombre al recién nacido sólo es llevada a cabo después de varios meses del nacimiento. En el período previo, al bebé no se le nombra sino como “cosa” o “eso”. En la India, a los lactantes que sobreviven después de la muerte de un hermano, se les asigna un nombre extraño, algo tosco al oído, con el fin de ahuyentar a los malos espíritus que desearían repetir el destino del hermano muerto. En la tradición cristiana medieval se puede observar, a través de las obras de arte de la época, que los recién nacidos eran representados raras veces, y cuando lo eran (como en el caso del niño Jesús), las mujeres en la imagen apartaban la mirada, mostrando una temerosa reserva<sup>3</sup>. Antes del siglo XIII, las cesáreas eran practicadas sólo excepcionalmente en mujeres vivas. Los bebés que sobrevivían a estas intervenciones eran bautizados y considerados poseedores de poderes especiales. Aquellos que fallecían, eran enterrados sin “derecho” a bautizo.

Desde la antigüedad, el cuidado de la mujer encinta ha sido terreno de las *parteras*, abuelas y otras mujeres mayores de la comunidad que eran consideradas experimentadas en la materia. Una nodriza se encargaba del amamantamiento en caso de que la madre biológica no pudiese hacerlo. Cuando el embarazo y el parto eran normales, se requería muy poca asistencia; cuando existían complicaciones, se solicitaba la ayuda de médicos hombres, a pesar de que muchos de ellos carecían de la experiencia y el interés necesario para tratar a estas mujeres. Eran, por lo tanto, muy frecuentes las complicaciones y desenlaces fatales, tanto en la madre como en el bebé.

Quizás el texto formal antiguo más influyente en la medicina perinatal fue *Ginecología*, de Soranus de Efeso (38-138 AC). En él se describen nacimientos en posición podálica, gestaciones múltiples, malformaciones fetales y otros desórdenes del recién nacido y de su madre. De manera visionaria, este autor insistió en la necesaria

---

<sup>3</sup> Una forma de leer algunas de estas costumbres, que pueden parecer extrañas o exóticas, es a la luz las diferentes maneras en que el ser humano reacciona frente al dolor y de las estrategias que pone en acción para protegerse de él. Un bebé que no tiene nombre o un bebé al que se lo mira con cierta distancia, es un bebé que está más lejos y por lo tanto cuya pérdida resulta menos dolorosa. Reacciones similares pueden observarse en las UCIN de hoy en día, en otras versiones. Hablaremos de ellas con mayor detención en otro apartado.

educación de las *parteras* en el sentido de alejarlas de las supersticiones y extender la prohibición a las nodrizas de consumir alcohol mientras amamantaban, ya que según sus observaciones dejaba al bebé “excesivamente adormilado”.

La figura de la *partera* fue central por centenares de años. A los hombres no les interesaba la obstetricia y a las mujeres no les agradaba ser atendidas por médicos de sexo masculino. Por estas razones, las “buenas *parteras*” ocupaban un lugar privilegiado en la sociedad, llegando incluso a obtener posiciones sociales y políticas de importancia en las cortes europeas. Este escenario fue modificado con la emergencia de parteros en Inglaterra durante el siglo XVI. Éstos fueron adquiriendo cada vez más prestigio a partir de experiencias como la de Peter Chamberlen the Elder (1575-1628), creador de lo que hoy conocemos como *fórceps obstétrico*.

Diversos cambios en los valores culturales y las relaciones de género han significado modificaciones en las tendencias acerca de quién está a cargo de lo perinatal. En la actualidad, pareciera haber una vuelta hacia el protagonismo de la *partera* en todo lo relacionado con el embarazo y la crianza. Al mismo tiempo, en algunas sociedades contemporáneas los padres tienen cada día mayor participación en algo que históricamente ha sido terreno de las mujeres, son los denominados “nuevos padres” descritos por Stern, (1997), que describiremos en otro apartado. De cualquier forma, el embarazo, el parto y la crianza de los hijos son asuntos que demandan respuestas y cada cultura y cada época de la historia ha proporcionado la suya. Sin duda se trata de respuestas sujetas a modificaciones a la luz de los cambios sociales, los avances de la tecnología, el intercambio con culturas ajenas, etc.

La institucionalización del cuidado del recién nacido es, a diferencia de la neonatología, menos reciente en la historia. Sin embargo, los esfuerzos en esta línea provienen de intereses que podríamos calificar de poco altruistas. En el siglo III DC, el emperador Constantino decretó, con el fin de promover el cuidado de los huérfanos y de disminuir el infanticidio, que todos aquellos lactantes que fuesen protegidos y cuidados se convertirían en esclavos de sus cuidadores. El primer hospital de niños en el mundo fue fundado en la antigua Roma por iniciativa del Rey y del Consejo de la Iglesia Romana. Estos asilos para niños u *hospitales para los inocentes* recibían a aquellos niños no deseados, que eran entregados en sus puertas en forma anónima.

Así mismo, en el año 1800, las autoridades francesas tenían especial inquietud por las tasas negativas de crecimiento de la población. Curiosamente, el interés por disminuir la tasa de mortalidad infantil y mejorar los cuidados maternos y neonatales tenía su origen en el deseo de conseguir mayor número de hombres para la futura armada. En esa misma época comenzó también la preocupación por obtener registros y estadísticas sobre la infancia, dando origen a la primera base de datos mundial.

Para el año 1900, los *accidentes del nacimiento* daban cuenta de entre el 50% y 70% de las muertes maternas en Inglaterra y Gales. En esta época, la mayor preocupación era salvar la vida de la madre, de manera que a los bebés enfermos se les prestaba muy poca atención y las tasas de muerte infantil eran altísimas. Afortunadamente, el panorama descrito experimentó un cambio drástico en los años siguientes. Durante el siglo XIX y XX los avances en el cuidado del recién nacido y de su madre se sucedieron con una velocidad nunca antes vista en la historia, permitiendo disminuir drásticamente las tasas de mortalidad maternal e infantil. Describiremos algunos de estos avances en el siguiente apartado.

#### *Las incubadoras y otros avances en el cuidado del bebé prematuro*

La historia sobre el origen de las incubadoras no deja de tener aspectos anecdóticos así como otros grotescos, que examinaremos luego. Se dice que fue el obstetra francés Stéphane Tarnier (1828-1897) quien concibió por primera vez la idea de una incubadora, a partir de una visita casual al zoológico de París. Le pidió a M. Odile Martin, quien fabricaba instrumentos, que construyera un equipo que permitiera simular lo que hacían las gallinas que empollaban, pero para ser usado en bebés humanos. Fue así como Martin construyó la primera incubadora de metal, con espacio suficiente para contener a dos bebés y provista de mecanismos de ventilación, calefacción e iluminación. Las primeras fueron instaladas en la Maternidad de París en el año 1880 y dieron cuenta de un incremento notable en la supervivencia de prematuros.

Fue Tarnier, junto a dos de sus estudiantes asociados – Pierre Budin y Alfred Auvard – quienes institucionalizaron el cuidado del prematuro, creando zonas físicas dentro de los hospitales especialmente destinadas al cuidado de estos bebés. En ellas se

situaba una incubadora al lado de la otra, tal y como sucede en muchas Unidades de Neonatología en la actualidad. Budin y Auvard mejoraron la tecnología original reemplazando las paredes metálicas por vidrio y perfeccionando los métodos de calefacción. Tarnier creó además un sistema para alimentar a estos niños pequeños, insertando un tubo de goma flexible desde la boca hasta el estómago para llevar directamente la leche al estómago. Ambas creaciones dieron resultados inmediatos e impresionantes, lo cual impulsó la propuesta de cambiar el límite fijado legalmente para la viabilidad a 180 días. Sin embargo, recibió gran oposición por parte de sus contemporáneos.

Cuando anteriormente adelantábamos que la historia del cuidado del prematuro contiene aspectos grotescos, nos referíamos a lo que sucedió años después de la creación de la incubadora y de los avances en el cuidado antes mencionados. A fines de 1890 Martin Couney, supuesto médico y socio de Budin, comenzó una serie de giras internacionales en las que exhibía incubadoras y bebés prematuros con el fin de popularizar la nueva tecnología. A estos espectáculos les llamaba “Criaderos de niños”, a fin de atraer público y crear una atmósfera de sensacionalismo. La primera muestra fue realizada en la Exposición de Berlín del año 1896. Como era de esperar, la exhibición obtuvo éxito económico, popularidad y publicidad en los medios. Afortunadamente, no hubo que lamentar la muerte de ninguno de los bebés exhibidos.

En el año 1897, estimulado por el renombre y la fama obtenidos en Berlín, Couney siguió viaje a Londres, aunque se encontró con una resistencia: ningún *londinense* prestaría su bebé para ser puesto dentro de una incubadora *francesa*. La solución implementada fue traer niños desde Paris, atravesando el canal en recipientes calentados con botellas de agua caliente y almohadas para ser exhibidos en la Exposición Universal de Londres. Si bien al comienzo las muestras contaban con el apoyo popular y de los medios, luego de un tiempo se comenzaron a hacer notar voces disidentes, que acusaban a los organizadores de mostrar a los bebés como monstruosidades, de la misma forma en que se exhibían marionetas, animales, payasos u otros “fenómenos”. Por otra parte, se acusó de maltrato y se llamó la atención sobre las condiciones en las que estos bebés debían permanecer: rodeados del humo de los cigarrillos de los visitantes y de los olores emanados de los animales que estaban cerca.

A pesar de las críticas, Couney continuó con su negocio durante 40 años, esta vez en Nueva York y a lo largo de todo Estados Unidos, donde fijó su residencia. Si bien el mundo médico académico condenaba los métodos empleados, sacaban provecho del éxito publicitario obtenido, de manera que la utilización de las incubadoras se generalizó en los hospitales del país. La última de las exhibiciones-espectáculos fue realizada en 1940 en Atlantic City, donde actualmente existe una placa conmemorativa de la labor de Couney.

Durante el siglo XX se llevaron a cabo grandes avances en el cuidado del recién nacido en general y del prematuro en particular. Quien probablemente ejerció una de las mayores influencias en este campo fue la Dra. Virginia Apgar, creando un método simple de evaluación de la vitalidad del neonato útil hasta nuestros días. Se trata de una rápida valoración del estado del recién nacido que facilita la comunicación de estos hallazgos y conduce, en base a la puntuación obtenida, a la administración de las maniobras formales de reanimación. Por otra parte, el uso de oxígeno en el tratamiento de bebés prematuros se convirtió en procedimiento rutinario alrededor del año 1920, aunque había sido documentado en el año 1891 en una nota escrita por el Dr. Bonnaire, haciendo referencia al trabajo de Tarnier.

A la creación de las incubadoras y la oxigenoterapia se sumaron una serie de innovaciones, tales como la utilización de transfusiones de sangre en el neonato, la respiración asistida, la cirugía neonatal y la creación de diversos implementos, medicamentos y técnicas destinados a incrementar la supervivencia de estos bebés, como la intubación traqueal, el surfactante y otros. Si bien estos adelantos contribuyeron a disminuir las cifras de mortalidad infantil, hicieron surgir nuevos e inesperados desafíos. Enfermedades relacionadas con la prematuridad tales como las apneas, infecciones, anemia, ictericia, dificultad respiratoria, etc. y la aparición de patología crónica en algunos casos relacionada precisamente con los progresos terapéuticos (retinopatía del prematuro, enfermedad pulmonar crónica, etc.), reclamaron protagonismo y constituyen hoy algunos de los grandes desafíos a los que se ven enfrentados los profesionales y las familias de los bebés prematuros.

Durante el siglo pasado proliferaron las UCIN en todo el mundo y la publicación e intercambio de información científica a través de libros y revistas tuvo gran impacto. En los últimos años hemos presenciado la revolución causada por los adelantos en la tecnología utilizada en las UCIN, la computación e Internet.

Es un hecho que las UCIN son una maravilla de la tecnología. Sin embargo, continúan siendo una copia adaptada de una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y su diseño no está pensado para acoger al niño prematuro y a sus padres en un momento tan crítico. Por lo tanto, uno de los mayores desafíos que tenemos en la actualidad y en el futuro consiste en estudiar el impacto que tiene el ambiente de estas UCIN en el desarrollo del cerebro prematuro, a fin de adaptar esas condiciones ambientales y generar unas más favorables y acordes con las necesidades del desarrollo de un bebé frágil. En esta dirección han avanzado los trabajos de Heidelise Als, compilados en el NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, Als, 1997), programa que describiremos con mayor detalle en otro apartado. Posiblemente seamos testigos de una revolución en cuanto a la provisión ambiental de las UCIs neonatales y éstas pasen de ser lugares ruidosos, impersonales, tecnologizados y excesivamente iluminados a espacios más amigables y adaptados a las necesidades del desarrollo de un bebé prematuro (Raju, 2006).

Por otra parte, se abre la discusión en torno a la viabilidad y la definición de sus límites. Con los cuidados que disponemos, es posible situar la viabilidad entre las 22 y las 23 semanas de gestación, pero: ¿qué sentido tiene? ¿cuáles son los costos que trae aparejados? ¿es ético proporcionar cuidados intensivos a un bebé tan prematuro? ¿deben ser estos cuidados sólo paliativos? ¿qué calidad de vida le espera a un niño nacido en esas condiciones? ¿tiene sentido la inversión en términos del costo afectivo y económico para las familias? ¿qué lugar debe ocupar el Estado en ello? Todas estas son preguntas sólo parcialmente resueltas y que invitan a la discusión. Sin duda surgirán otros interrogantes y es muy probable que, como ocurre en muchas otras disciplinas, el desarrollo de la tecnología vaya varios pasos más adelante que la reflexión y la legislación en torno al tema particular.

La salud del recién nacido es uno de los indicadores más claros de la desigualdad en el mundo: el 99% de las muertes neonatales anuales ocurren en los países más pobres. En concordancia con ello, la reducción de las cifras de mortalidad infantil es una de las metas fijadas por las Naciones Unidas para el año 2015 (González et al., 2006).

El panorama de la salud del neonato en Chile resulta alentador, aunque persisten desigualdades preocupantes. Desde el año 1990, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha implantado una serie de medidas destinadas a modernizar y recuperar el sector público de salud, así como perfeccionar la atención ofrecida por el sector privado. Todo ello en el marco de la llamada “Reforma del sector salud”.

El sistema de salud chileno está organizado en 26 regiones, cada una de las cuales cuenta con al menos un hospital regional con UCIN. En total, el país cuenta con 28 UCIN, similares entre sí en cuanto a equipamiento y atención estándar ofrecida. El 68% del total de partos tiene lugar en hospitales que cuentan con unidades de cuidados intensivos neonatales. Aquellas mujeres que tienen embarazos de alto riesgo, amenaza de parto prematuro y diagnóstico prenatal de retraso en el crecimiento intrauterino, son derivadas a hospitales regionales. En el caso de recién nacidos que requieren cuidados más especializados o intensivos, existe un protocolo que regula los traslados a dichos centros.

A pesar de los logros obtenidos por la reforma de la salud, persisten las diferencias a lo largo del país. Las regiones más desposeídas muestran tasas de mortalidad infantil por encima del promedio nacional. Considerando que dos de los principios rectores de la reforma de la salud son la Equidad y la Descentralización, es de esperar que esta situación se modifique en las próximas décadas (González et al., 2006; MINSAL, 2005a).

Uno de los frutos de la reforma de la salud ha sido la notoria disminución en las tasas de mortalidad infantil. Las cifras nacionales (5,7 por 1000 nacidos vivos) fueron expuestas con detalle en un apartado anterior. Cabría agregar como dato relevante que la

mortalidad neonatal en Chile (muerte de menores de 28 días de vida) representa el 60% del total de muertes en menores de un año, y que del total de muertes neonatales, el 75% ocurre durante la primera semana de vida.

Según la literatura revisada, la llamativa reducción en la mortalidad infantil se asocia a la extensión y cobertura de los servicios de salud ofrecidos: en la actualidad, el 99% de los niños chilenos nace en maternidades y recibe atención profesional. Por otra parte, se observa una sostenida disminución en el número de hijos por mujer: en el año 1965 el promedio era de 4,9, mientras que en el año 2000 esa cifra se redujo a 2,5. La mayoría de los nacidos vivos son hijos de madres jóvenes (mujeres de entre 20 y 29 años) y son producto de embarazos deseados, lo cual probablemente influye de manera positiva en términos de la mejor atención y cuidado que reciben y, en consecuencia, disminuye el riesgo de muerte (MINSAL, 2005a).

Un examen más detallado de las cifras permite sacar conclusiones acerca de la eficacia de las políticas de salud implantadas. Si bien la disminución en la mortalidad infantil apreciada en la década 1990-2000 afectó a los bebés de todas las edades y pesos de nacimiento, fue en los bebés nacidos con un peso inferior a 1500 g y menores de 32 semanas de gestación donde se evidenció la mayor reducción proporcional en la mortalidad.

Si examinamos los cambios año tras año, podemos notar que las mayores caídas en las cifras de mortalidad suceden coincidiendo con la implantación de intervenciones a nivel nacional. En el año 1991, se creó un comité nacional constituido por los neonatólogos más expertos del país, quienes fijaron los estándares en cuanto a equipamiento y formación del personal que trabaja en las UCIN. Desde entonces, todas las UCIN a lo largo del país se organizaron en función de tres diferentes niveles de cuidado (cuidados básicos, especiales e intensivos), recibieron nuevo equipamiento y entrenamiento en resucitación cardiorrespiratoria e introdujeron la terapia con surfactante. Todas estas medidas parecerían haber afectado de manera positiva en la prevención y tratamiento de las patologías que comúnmente afectan a bebés que nacen con bajo peso y explicarían en gran parte la especificidad apreciada en la reducción de la mortalidad infantil (González et al., 2006).

Otras medidas significativas impulsadas por el MINSAL durante la década pasada fueron la creación de protocolos estandarizados para el tratamiento de bebés que pesan menos de 1500 g, para aquellos con síndrome de dificultad respiratoria y la implantación de policlínicos de seguimiento de prematuros. Esto último en concordancia con uno de los objetivos que se ha fijado el MINSAL en relación a quienes nacen con un peso inferior a 1500 g, que es mejorar su calidad de vida una vez dados de alta de las UCIN.

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, las Guías nacionales de neonatología (MINSAL, 2005b) establecen un conjunto de acciones destinadas a asegurar el bienestar del recién nacido de muy bajo peso. Entre las indicaciones detalladas, destacan las siguientes:

- empleo de nidos y barreras para mantener al bebé en posturas adecuadas
- reducir al mínimo la manipulación del recién nacido y programar las intervenciones, a fin de respetar y proteger su sueño
- disminuir los estímulos ambientales potencialmente perturbadores (por ejemplo, utilización de manta protectora de la luz, cierre suave de puertas de acceso a la incubadora, favorecer la transición gradual del sueño a la vigilia, cambios pausados de posición, etc.)
- programar los cambios de posición del bebé para evitar la deformación de la cabeza
- realizar todos los esfuerzos necesarios para que la alimentación sea con leche materna, educando acerca de esta modalidad, sus beneficios y las técnicas de extracción de leche
- favorecer el desarrollo de patrones oro-motores al momento de alimentar por vía oral y alentar el uso de la succión no nutritiva en términos de su valor para calmar y organizar el comportamiento del prematuro
- restringir al mínimo las punciones venosas por el estrés que ellas causan
- implantar cuidados especiales de la delicada piel del bebé (por ejemplo, uso de telas adhesivas restringido, lubricación de la piel, etc.)
- utilizar un lenguaje apropiado y sencillo al momento de dirigirse a los padres
- generar las condiciones de tranquilidad necesarias para fomentar la relación padres-bebé, permitiendo el contacto táctil cuando éste es posible

Como podemos ver, muchas de las indicaciones enumeradas dan cuenta de la influencia que han tenido las investigaciones que se han realizado en las últimas décadas sobre el bebé prematuro y las condiciones que favorecen o entorpecen su desarrollo. Gran parte de estas medidas forman parte del protocolo de atención al neonato de muy bajo peso, otras requieren ser reforzadas.

Cabe destacar que, a pesar de los avances logrados, la prematuridad extrema continúa estando entre las cinco principales causas de muerte en menores de un año. Las otras cuatro son: malformaciones cardíacas congénitas, neumonía, muerte súbita y malformaciones congénitas del sistema nervioso.

Considerando el panorama nacional descrito, uno de los desafíos que se ha planteado el MINSAL con respecto a la prematuridad extrema consiste en reducir la brecha de supervivencia existente entre los distintos centros de atención a nivel nacional y alcanzar como país las cifras aportadas por países desarrollados. Otro de los retos explicitados tiene relación con la labor que desempeñan los equipos de salud en la “promoción del desarrollo infantil temprano: apego, lactancia, estimulación temprana, promoción del buen trato, detección precoz de niños y familias en riesgo de daño de su salud mental.” (MINSAL, 2005a, p. 5), así como la integración de aquellos niños supervivientes que presentan alguna enfermedad crónica o incapacitante. Es en este contexto donde se gestó el programa “Chile Crece Contigo”, impulsado por el gobierno a partir del año 2006.

El programa *Chile Crece Contigo* “(...) es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.” (<http://www.crececontigo.cl/adultos/pagina.php?id=1>, visto el 8 de Septiembre de 2009). Su objetivo es atender y acompañar a los niños y sus familias durante una etapa crucial de su desarrollo, esto es, desde la gestación hasta los 4 años de vida. Se trata de un esfuerzo realizado por múltiples organismos públicos (Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Servicio Nacional de la Mujer, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fondo Nacional para la Discapacidad, Municipios, etc.), orientado a ofrecer una atención integral a las familias, especialmente a aquellas más vulnerables.

*Chile Crece Contigo* ofrece diferentes tipos de apoyo. Algunos de estos son de carácter universal; otros están destinados a los niños que se atienden en el sistema público de salud y otros a aquellos que pertenecen al 40% de hogares de menos recursos del país, o que presentan alguna situación de vulnerabilidad particular.

Entre las medidas de carácter universal se encuentra un programa educativo dirigido a orientar a los adultos acerca de las necesidades del desarrollo de los niños en la primera infancia. El programa contempla la entrega de material didáctico disponible en Internet, programas radiales y de televisión dedicados al tema de la crianza temprana, consultas a especialistas a través de la página web de *Chile Crece Contigo* y una línea telefónica (Fonoinfancia) disponible para consultas gratuitas. También se incluye un conjunto de propuestas legislativas destinadas a mejorar el marco legal que regula el cuidado de los niños (por ejemplo, en el caso de los partos prematuros, se plantea la posibilidad de que la madre traspase en forma automática al período post natal los días no utilizados del descanso pre-natal).

Para quienes se atienden en el sistema público de salud, el Sistema *Chile Crece Contigo* ofrece:

- 1.- Entrega de la Guía para la Gestación y el Nacimiento “Empezando a Crecer” a todas las mujeres que asisten al control prenatal, con información y orientación acerca del proceso de gestación y del nacimiento.
- 2.- Atención personalizada del parto: se promueven aquellas condiciones que favorecen el establecimiento de un espacio de intimidad durante el nacimiento y que facilitan el proceso de apego (por ejemplo, se promueve el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el trabajo de parto por la pareja u otra persona significativa y a elegir la posición física que les sea más cómoda para dar a luz).
- 3.- Reforzamiento del control del embarazo: se realizan talleres y actividades de preparación al parto, crianza y cuidado de los niños, se promueve la participación activa de los padres y la familia y se realizan visitas domiciliarias del personal de salud a aquellas embarazadas que presentan algún factor de riesgo.

4.- Reforzamiento del control de salud del niño, especialmente durante los dos primeros años de vida: esto se realiza mediante la entrega de material educativo y a través de actividades grupales que apoyen a los padres en su tarea como cuidadores; detección periódica de factores de riesgo, retrasos en el desarrollo y atención oportuna de éstos; visitas domiciliarias del personal de salud a los hogares de niños que presenten algún factor de riesgo (por ejemplo, niño prematuro).

En el caso de los niños más vulnerables (por pertenecer a los hogares de menores recursos o porque ellos o sus cuidadores presentan alguna situación de riesgo), el Sistema *Chile Crece Contigo* les ofrece medidas de protección social especial que se suman a las anteriormente descritas:

1.- Subsidio Familiar garantizado a partir del 5º mes de gestación y hasta que el niño cumpla 18 años de edad.

2.- Disponibilidad de Sala Cuna y Jardín Infantil gratuito y de calidad para todos los niños menores de 3 años de edad. Disponibilidad de modalidades de educación parvularia no convencionales, adecuadas a la realidad de niños que viven en zonas rurales o cuyos padres tienen trabajos nocturnos, etc.

3.- Ayudas técnicas para niños que presenten alguna discapacidad, tanto en sus hogares como en las instituciones donde se atienden.

4.- Acceso preferente de las familias a los programas, servicios y prestaciones públicas que requieran en función del desarrollo de sus hijos e hijas (por ejemplo, nivelación de estudios, mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, apoyo a la inserción laboral, etc.).

El programa *Chile Crece Contigo* en conjunto con el MINSAL contempla un Protocolo de Atención a la embarazada en riesgo de parto prematuro, así como protocolos estandarizados para el tratamiento de bebés que pesan menos de 1500 g, para aquellos con enfermedades asociadas a la prematuridad (como el síndrome de dificultad respiratoria, retinopatía del prematuro, hipoacusia, etc.) y la implantación de policlínicos de seguimiento de prematuros. Este seguimiento considera una atención en salud que se extiende durante los 7 primeros años de vida del niño e incluye visitas

domiciliarias al 100% de los casos de bebés nacidos con un peso inferior a los 1500 g o menos de 32 semanas de edad gestacional.

Finalmente, es importante destacar que las mejoras en la salud neonatal en Chile en los últimos años están claramente relacionadas con progresos observados en otros niveles y con políticas de gasto público mantenidas en el tiempo. De hecho, a partir del año 1990, el presupuesto de salud se ha triplicado, la pobreza del país se ha reducido en un 50% y el ingreso per cápita ha aumentado de manera sostenida, lo mismo que el nivel de educación de las madres. A modo de conclusión, González y sus colaboradores (González et al., 2006) señalan que estos logros en la salud neonatal, obtenidos en el contexto de recursos escasos, serían replicables a otros países en vías de desarrollo.

### *Factores asociados al parto prematuro*

Determinar las causas del parto prematuro ha sido una tarea difícil. Los estudios realizados en las últimas décadas nos permiten afirmar que en la mayoría de los casos se trata de causalidad “multifactorial”, es decir, de un conjunto de factores genéticos, biológicos, obstétricos, fetales, maternos e incluso sociales que contribuyen a explicar el fenómeno. A pesar de los logros alcanzados por la investigación, en muchas ocasiones no es posible determinar qué fue lo que desencadenó el parto en forma anticipada ni prevenir su ocurrencia. Estas limitaciones tienen estrecha relación con el escaso conocimiento que tenemos acerca de la fisiología implicada en el parto humano normal, y en consecuencia, la escasa comprensión acerca de la fisiopatología implicada en los desórdenes que conducen al parto prematuro (Slattery y Morrison, 2002; Tucker y McGuire, 2004).

No obstante, ha habido avances significativos en la comprensión de las vías moleculares y celulares implicadas en la mantención de la quiescencia uterina durante el embarazo, así como en el inicio del trabajo de parto y parto. Este conocimiento ha conducido al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas ante la amenaza de parto prematuro, muchas de las que están siendo sometidas a exámenes clínicos en la actualidad (Slattery y Morrison, 2002).

La literatura especializada es coherente a la hora de establecer cuáles son los

factores de riesgo asociados al parto prematuro, aunque el hecho de presentar alguno de ellos no significa necesariamente que el parto se producirá antes de tiempo. Los factores que tienen mayor importancia en términos predictivos son: historia de parto prematuro previo y contexto socioeconómico desfavorable de la madre. La mayor parte de los partos prematuros suceden al trabajo de parto espontáneo e inexplicado, o a la ruptura espontánea y prematura de membranas (Tucker y McGuire, 2004).

a) Estatus socioeconómico

La situación de desventaja social, medida a través del ingreso, nivel de educación o del trabajo de los progenitores, incrementa el riesgo de parto prematuro. Las razones que explican este mayor riesgo no han sido esclarecidas del todo. Posiblemente se trata de un conjunto de factores asociados a la precariedad social que hacen que el embarazo ocurra en condiciones desfavorables, tales como: mala nutrición, mayor abuso de tabaco y drogas, mayores tasas de retraso en el crecimiento intrauterino, peor calidad y cantidad de cuidados prenatales, mayor frecuencia de infecciones genitales, condiciones laborales que demandan gran esfuerzo físico y presencia de variables psicológicas adversas (Slattery y Morrison, 2002).

b) Edad, paridad e historia reproductiva pasada

Se ha comprobado que la edad extrema de la vida reproductiva (madres menores de 20 o mayores de 35 años) constituye un factor de riesgo de parto prematuro. Otros factores que incrementan el riesgo son: una historia previa de parto prematuro o de nacimiento de un bebé de bajo peso y haber experimentado una pérdida durante el segundo trimestre del embarazo (posiblemente por la asociación que existe entre este tipo de pérdidas y la incompetencia cervical). Las pérdidas durante el primer trimestre no incrementan el riesgo de parto prematuro (Slattery y Morrison, 2002).

c) Origen étnico

En Estados Unidos, la tasa de nacimientos prematuros en la población negra es el doble que la de la población blanca. Las razones de esta diferencia son aún desconocidas. Podría esperarse, a la luz de lo planteado recientemente, que las

diferencias socio económicas explicarían el contraste. Sin embargo, al controlar dichas variables se concluye que las diferencias encontradas podrían ser atribuibles a una variación biológica (Slattery y Morrison, 2002).

#### d) Embarazos múltiples

Los embarazos múltiples constituyen el 12-27% del total de nacimientos prematuros. Las mujeres que tienen embarazos múltiples están más propensas a experimentar trabajo de parto prematuro espontáneo que aquellas que tienen embarazos únicos; a su vez, están más expuestas a ser sometidas a intervenciones obstétricas prenatales, tales como la inducción del parto y el parto por cesárea. El aumento en los últimos años de las gestaciones múltiples en países desarrollados se debe, en gran medida, al uso de técnicas de reproducción asistida, como la inducción de la ovulación o la fertilización in Vitro. En el caso de embarazos únicos en que ha habido fertilización asistida, existe también un riesgo aumentado de parto prematuro, probablemente debido a factores como el trauma cervical, la mayor incidencia de problemas uterinos y el mayor riesgo de infección (Slattery y Morrison, 2002; Tucker y McGuire, 2004).

#### e) Abuso de sustancias

Es un hecho que el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas constituye un factor de riesgo de parto prematuro. No obstante, ha sido difícil distinguir el efecto de estas sustancias del provocado por otras variables que habitualmente se encuentran asociadas al consumo y que se relacionan con vivir en condiciones socioeconómicas desfavorables. Existe relación entre el consumo de cocaína y parto prematuro, pero no se puede establecer para el uso de cannabis o mórficos (heroína, metadona). En el caso del tabaco, las madres fumadoras tienen dos veces más posibilidades de dar a luz antes de la semana 32 que aquellas que no lo son y de concebir un recién nacido más pequeño (Slattery y Morrison, 2002).

#### f) Infecciones

Cualquier infección materna durante el embarazo puede desencadenar un parto prematuro (infecciones vaginales, urinarias, intrauterinas, etc.). La frecuencia precisa de

partos prematuros asociados a infecciones y los organismos implicados en ellas requieren mayor estudio. A pesar de las limitaciones, sabemos que en el 32% de los casos en que se produce rotura prematura de membranas es posible detectar infecciones en los cultivos del líquido amniótico (Slattery y Morrison, 2002).

#### g) Complicaciones maternas y fetales

Entre un 15% y un 25% de los bebés prematuros nacen antes del término debido a complicaciones maternas o fetales del embarazo. Las principales causas son hipertensión arterial de la madre y retraso del crecimiento intrauterino, ambos muchas veces asociados. En estos casos, la decisión de interrumpir el embarazo requiere de una valoración de los riesgos que el parto prematuro presenta para el bebé, así como de las posibles consecuencias negativas para la madre y el feto si es que el embarazo se mantiene (Tucker y McGuire, 2004).

A modo de síntesis podemos advertir, a la luz de lo revisado, que en la mayoría de los casos las causas del parto prematuro son aún desconocidas, por lo que se requiere de más investigaciones que permitan esclarecer este fenómeno. Sin embargo, a partir de lo que conocemos, podemos afirmar que distintas vías pueden conducir a un mismo resultado, lo que constituye una dificultad en el momento de prevenir el parto prematuro. Por otra parte, como veíamos anteriormente, muchas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo no tienen partos prematuros. Por ejemplo, la actividad física y laboral no están contraindicadas en un embarazo normal, pero puede que estos mismos factores tengan consecuencias indeseadas en el caso de una mujer con antecedentes de parto prematuro o anomalías en el cuello uterino. Por lo tanto, parece ser que se trata del resultado de muchos factores que interaccionan según la constitución de cada mujer. De todas formas, existen numerosas medidas preventivas aplicables a todos los embarazos. Es necesario entonces continuar explorando tanto las posibles causas como diferentes estrategias terapéuticas ante la amenaza de parto prematuro.

## **El niño prematuro y su desarrollo**

### *Observación e interpretación del comportamiento del bebé prematuro*

Cada bebé es diferente y el tipo de señales que emita dependerá en gran medida de las semanas de gestación, de su estado de salud, de los cuidados que reciba, de la medicación que se le administre, etc. Muchas veces los padres de bebés prematuros se sienten inútiles e impotentes frente a su hijo y consideran que la participación que pueden tener como padres en su cuidado es mínima. Sin embargo, suelen ser ellos quienes pasan más tiempo con él y por lo tanto quienes mejor le conocen. Ésto constituye una poderosa herramienta a la hora de planificar sus cuidados e interpretar su conducta (Bradford, 2003).

En las últimas décadas, los trabajos acerca de los bebés prematuros y su desarrollo han aumentado en forma notoria. Entre ellos destacan los realizados por Heidelise Als y su equipo, quienes han propuesto un modelo para entender el comportamiento del neonato prematuro, basados en la Teoría Sinactiva del Desarrollo (Als, 1982). Desde esta perspectiva, el bebé prematuro se considera no como un neonato de término inacabado, sino como un ser competente, bien equipado, que funciona de manera adecuada a su nivel de desarrollo, ajustado a un entorno particular. Se trata de un organismo que se encuentra en constante interacción intra organismo, esto es, entre los distintos subsistemas, así como en permanente intercambio con el ambiente que lo rodea. Un ejemplo de ello es el hecho de que los bebés, incluso aquellos que son muy prematuros, son capaces de un enorme repertorio de conductas y expresiones faciales que tienden a elicitar las respuestas de parte de sus cuidadores que favorecen su organización y ajuste (Als, 1999).

Bajo este modelo, el comportamiento del bebé prematuro constituye la mejor fuente de información respecto de sus capacidades, así como de sus necesidades y áreas que requieren de mayor soporte. Basados en la observación cuidadosa de su comportamiento, es posible determinar qué tipo de ambiente y cuidados favorecerán su desarrollo (Als, 1999).

En este contexto, la autora sistematiza el repertorio de conductas del prematuro

en función de tres sistemas interdependientes que se encuentran en constante interacción:

**Sistema autónomo:** su función es la de regular el funcionamiento de los órganos vitales del cuerpo. Es observable a través de los patrones de respiración, signos viscerales, fluctuaciones en la coloración de la piel y la temperatura (Als, 1982). Algunas manifestaciones de sobrecarga del sistema autónomo son: cambios en los patrones de respiración, la presencia de temblores y sobresaltos, cambios en la coloración de la piel, hipo y náuseas. Todas estas señales pueden ser interpretadas por quienes son sus principales cuidadores (Als, 1999; Nugent, 1985).

**Sistema Motor:** es observable a través de la valoración del nivel de actividad, del tono muscular, del repertorio de posturas y de los patrones de movimientos (si son continuos y controlados o no lo son). Es importante observar el tono facial, del tronco y de las extremidades, así como las posturas de flexión y extensión. Las señales de estrés del sistema motor incluyen flaccidez del rostro, extremidades y tronco, movimientos descontrolados de los ojos, movimientos de extensión frecuentes en brazos y piernas, abundantes extensiones de la lengua y muecas, estirarse, retorcerse, arquearse, extender los dedos de las manos o empuñarlas con frecuencia, agitarse, bostezar, estornudar y evitar el contacto visual (Als, 1999).

**Sistema de Estado:** es la mejor ventana para la valoración del estado del sistema nervioso central. Se puede observar a partir del rango de estados de conciencia disponibles para el bebé, así como la robustez de cada uno de ellos y los patrones de transición entre uno y otro. La madurez en la organización del estado se traduce en la posibilidad de presentar todos los estados en forma clara, desde el sueño profundo hasta el llanto intenso, así como en la capacidad de transitar gradualmente entre uno y otro. Ésto le permite al bebé procesar y responder a la información proveniente de su entorno.

En el caso del neonato de término, es posible observar seis estados de conciencia claramente discernibles. Estos se exponen más adelante, en el apartado sobre “Aplicación de la NBAS e interpretación”. Para el bebé prematuro, en cambio, la autora ha descrito trece estados, ordenados en función del nivel de conciencia y disponibilidad del neonato. Éstos se agrupan en: estados de sueño, de transición, de vigilia y de llanto.

En cada agrupación de estados es posible especificar si se trata de un estado difuso o bien definido (Als, 1999).

Es importante señalar que un bebé utiliza sus propios recursos y los de su cuidador para mantener el control del estado. Ejemplos de la utilización de sus propios recursos son: llevarse las manos o los dedos a la boca para succionar, acurrucarse sobre un costado, agarrar un objeto (como la sábana o el dedo de la madre) con la mano, mirar con atención cuando se siente atraído por un estímulo y apartar la mirada cuando la estimulación es excesiva. Algunos ejemplos de la utilización, por parte del neonato, de los recursos que utiliza su cuidador son: alcanzar estados de menor excitación cuando es consolado, amoldarse cuando es cogido en brazos, alcanzar el estado de alerta cuando está somnoliento y es estimulado apropiadamente. La inmadurez del sistema nervioso central queda en evidencia cuando el neonato cambia rápidamente de un estado a otro, incapaz de mantenerse en alguno de ellos por más tiempo. Un ejemplo de ello sería el bebé que pasa bruscamente desde el sueño al llanto incontrolado, saltándose el estado de alerta (Als, 1999; Cole, 1997).

La autora describe un cuarto sistema, el Social-Interactivo. Lo consideramos aparte pues para los bebés prematuros extremos, a diferencia de los recién nacidos a término, la compleja tarea de comprometerse en la interacción social resulta imposible y sólo logran realizarla cuando su salud es estable y ya están prontos a irse a casa con sus padres. Ello se debe a que gran parte de su energía la invierten en estabilizar e integrar sus funciones fisiológicas, es decir, en mantener su sistema nervioso autónomo en equilibrio.

**Sistema Social-Interactivo:** es la última tarea del período neonatal. Se manifiesta en la capacidad del bebé para atender a los estímulos con interés, inhibiendo los movimientos de su cuerpo que pudiesen interferir con su atención. Esto le permite incorporar información cognitiva y socio emocional proveniente de su entorno y, al mismo tiempo, elicitar y modificar las señales provenientes del ambiente. En el estado de alerta, su mirada es brillante y mueve los labios como si dijera “o” (Als, 1982; Als, 1999). Como señalábamos recientemente, el logro de estos estados en los bebés prematuros sólo es posible una vez estabilizados los sistemas anteriores. Ello habitualmente coincide con el alta médica. Este hecho resulta muy frustrante para los progenitores, ya que sabemos

que el contacto visual constituye una de las vías más poderosas de interacción y vinculación entre padres e hijos (Bradford, 2003; Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1997). Sin embargo, a medida que su desarrollo avanza y alcanzan la edad corregida de un bebé nacido a término, es posible observar estados de alerta cada vez más discernibles y prolongados. Con ello, se abre la posibilidad de lograr intercambios sociales con mayor frecuencia y con un menor costo para el bebé (Cole, 1997).

La meta del desarrollo del neonato es alcanzar el equilibrio en estos distintos sistemas, así como sincronizar las demandas internas y del entorno. Quienes son sus principales cuidadores tienen la tarea de identificar los momentos y el tipo de estímulo apropiado, es decir, aquellos que mantienen o favorecen el equilibrio y la integración de los distintos sistemas. Al mismo tiempo, tienen la función de reconocer las conductas que revelan una sobrecarga del sistema, identificando el umbral sobre el cual la estimulación tendrá un efecto disruptivo en la organización del bebé (Als, 1999).

En el caso de los bebés prematuros, esta familiaridad con las conductas y su significado adquiere especial relevancia. De acuerdo al *Principio del antagonismo dual de la integración* (Als, 1999), se describen dos tipos de respuesta fisiológica básicas: la exploratoria o de aproximación y la de evitación o defensa. Ambas respuestas pueden ser activadas de manera alternada, o bien en forma simultánea y entrar en conflicto. El neonato de término cuenta con un amplio repertorio de conductas altamente diferenciadas que le permiten atender activamente y aproximarse a aquella estimulación que le atrae, así como evitar y retraerse frente a los estímulos que sobrepasan su capacidad. Un ejemplo de ello es la conducta observada en el bebé de término en estado de alerta frente a un rostro humano: sus ojos se abren, las cejas se levantan y los labios adquieren forma redondeada; cuando la estimulación ha sido suficiente, el bebé es capaz de regular la intensidad de la interacción, apartando la mirada (Brazelton y Cramer, 1993).

En los neonatos prematuros, la conducta no ha alcanzado ese nivel de diferenciación, por lo que todo su cuerpo participa en la respuesta: la cabeza se mueve hacia delante, los brazos, piernas, pies y dedos se extienden en dirección al estímulo. Progresivamente, la respuesta irá siendo más modulada y se limitará casi exclusivamente al rostro. Este proceso de diferenciación está regulado tanto por las

acciones del cuidador (por ejemplo, al abrazar o besar al bebé reinicia el intercambio y establece otro ciclo de interacción), o bien por parte del lactante. Si ninguno de estos mecanismos está presente, o si el estímulo es muy intenso, el bebé prematuro puede reaccionar con conductas de evitación en las que participan todos los sistemas (por ejemplo, mediante el llanto, el hipo, las apneas, extendiendo las extremidades, los dedos y pies, arqueando la espalda, etc.). En este contexto, la maduración y el buen funcionamiento neuroconductual se entienden como la adquisición de mayores niveles de diferenciación entre los sistemas, así como de niveles crecientes de sintonía entre el organismo y su entorno (Als, 1999).

Finalmente, es importante señalar que el desarrollo del bebé prematuro está anclado en su historia médica y familiar. Desde esa base es posible estimar cuáles son las tareas pendientes en su desarrollo. El modo en que los cuidadores pueden favorecer su progreso es considerando su comportamiento y necesidades fisiológicas a modo de guías o pistas a seguir, sin anteponer los objetivos que el profesional o los padres han estipulado para ese bebé (Als, 1999).

### *El desarrollo del cerebro*

El desarrollo que experimenta el cerebro entre las 24 y 40 semanas de gestación es más acelerado que en cualquier otro momento de la vida. Las demandas que impone el ambiente de la UCIN a un bebé prematuro son excesivas e inapropiadas para un sistema nervioso central inmaduro, ajustado al ambiente intrauterino. Esta distancia entre lo esperado y la realidad supone un gran desafío para el bebé prematuro, incluso para aquellos que se encuentran en condiciones de salud estables, y tiene una influencia en su desarrollo neurológico, psicológico, emocional y social (Als, 1982; Als, 1999).

El conocimiento acerca de las necesidades de un organismo tan frágil ha permitido modificar algunas prácticas rutinarias inapropiadas de las UCIN (MINSAL, 2005b). Sin embargo, muchas de ellas persisten, con comprobadas consecuencias adversas para el desarrollo del bebé. Algunas de ellas son: colocar al bebé en posición supina, manipulación excesiva y rutinaria del neonato, excesivo ruido ambiental, falta de oportunidades para practicar la succión, escasa planificación de las interacciones cuidador-bebé, llanto no atendido y estados de sueño difusos y prolongados (Als, 1999).

Si consideramos la cantidad y cualidad de los cambios que se producen a nivel cerebral entre las semanas 24 y 40 de gestación, resulta comprensible la magnitud de la influencia de un ambiente extrauterino adverso. Hacia la semana 24 de la gestación, el cortex tiene una apariencia lisa, comparable a la de una pelota de tenis. Esta superficie cambia radicalmente al término de la gestación, momento en el que su aspecto se asemeja al de una nuez, debido a los pliegues que se han formado. Las consecuencias de este rápido desarrollo son trascendentales: al aumentar la superficie del cerebro, se establece un mayor número de conexiones neurológicas y es posible procesar mayor cantidad de información. Es decir, se incrementa sustancialmente el poder y eficacia del cerebro (Bradford, 2003).

Las razones de este rápido cambio residen en los significativos procesos que tienen lugar en ese período de tiempo. Uno de ellos es el de maduración y organización neuronal, fenómeno que aumenta dramáticamente a partir de la semana 24, una vez cesada la migración neuronal. Si bien las conexiones sinápticas comienzan a establecerse alrededor de la semana 7, la génesis de nuevas células corticales y de nuevas conexiones sinápticas se establece hasta la semana 40, continuando durante la infancia y adolescencia a una menor velocidad. Hacia el término del segundo trimestre, se produce un aumento acelerado del número de pliegues o circunvoluciones característicos del cerebro, que se correlaciona con un incremento en el peso del cerebro y un cambio en el contorno de la cabeza (Als, 1999). La conducta fetal se vuelve más compleja, pudiendo observarse un aumento de los comportamientos de succión de la mano y los dedos, prensión palmar, movimientos de extensión y flexión, ciclos de sueño-vigilia cada vez más discernibles, reacciones al sonido, etc. (Piontelli, 2002).

La muerte celular y la retracción axonal (apoptosis programada) que comienzan en la semana 24 tienen un rol central en la modelación de la corteza cerebral. El momento de ocurrencia, así como el patrón de selección de la muerte celular, influyen de manera crítica en la organización del cerebro. Se han documentado heterotopias corticales (tejido situado de manera anormal) en niños nacidos prematuros, así como en sujetos con trastornos del aprendizaje. Lo anterior es coherente con la literatura referente a las secuelas en el desarrollo psíquico de los prematuros extremos, detalladas en un apartado posterior (Als, 1999).

Otro proceso que ocurre en forma simultánea es el de mielinización, el cual alcanza su punto máximo hacia la fecha de término del embarazo. El desarrollo a nivel neuroquímico, es decir, de las sustancias que actúan como transmisores químicos de la información nerviosa, es también acelerado. Una vez más, las investigaciones llaman la atención sobre la importancia de la influencia ambiental: la sensibilidad y densidad de los receptores a ciertos neurotransmisores pareciera estar altamente influenciada por la experiencia (Als, 1999).

Los procesos hasta ahora descritos, al ocurrir fuera del útero en condiciones muchas veces poco favorables, pueden dar lugar a alteraciones a nivel de la corteza frontal. Se trata de un área del cerebro implicada en la atención, el aprendizaje, el autocontrol y, en general, en el procesamiento mental complejo. Como veremos más adelante, se trata de áreas en las que habitualmente los niños prematuros presentan dificultades. Todo lo anterior fortalece la hipótesis de que los bebés prematuros tendrían más probabilidades de presentar alteraciones neurofuncionales basadas en alteraciones a nivel cerebral (Als, 1999).

#### *Particularidades de la evolución del niño prematuro*

Los resultados en términos de morbilidad y mortalidad varían notablemente entre los bebés prematuros en función de la edad gestacional y el peso de nacimiento (Slattery y Morrison, 2002).

En la actualidad, es sabido que la mayor parte de los bebés de muy bajo peso al nacer tienen una evolución normal a largo plazo. De hecho, entre el 75 y el 80% de ellos no presenta ninguna secuela a los dos años de edad. Sin embargo, se trata de un grupo en el que existe un riesgo mayor que en la población normal de presentar trastornos del crecimiento, del desarrollo motor, psíquico y sensorial, los cuales pueden originar trastornos del aprendizaje, del comportamiento, de la atención e hiperactividad y dificultar su integración social (Brazelton, 2001; Pallás et al., 2000).

Si bien la frecuencia de secuelas por prematuridad no ha aumentado desde hace muchos años, el incremento en la supervivencia de estos bebés ha hecho que el número absoluto de niños con secuelas haya aumentado (Minde, 2000).

Según una síntesis de Pallás (Pallás et al., 2000), existen ciertas secuelas y características frecuentes del desarrollo del niño prematuro. Las examinaremos a continuación, complementando dicha síntesis con los aportes de otros autores revisados.

a) Secuelas neurológicas y del desarrollo psicomotor

Tras el nacimiento de un bebé prematuro y durante el período crítico de su hospitalización, su crecimiento se detiene. Una vez atravesado dicho período, el patrón de crecimiento mejora, aunque en el momento del alta sus medidas (peso, longitud y perímetro cefálico) suelen ser inferiores a las de un niño nacido a término que tenga su misma edad corregida, esto es, la edad que tendría ese bebé si se resta el número de semanas que se adelantó el nacimiento. Este fenómeno se suele mantener por algún tiempo, situando a estos niños por debajo de los parámetros considerados normales. A pesar de ello, si la velocidad del crecimiento es la adecuada, no se debe sospechar la existencia de una enfermedad añadida.

En apariencia, el desarrollo psicomotor está enlentecido durante los dos primeros años de vida. Sin embargo, en la mayoría de los casos los hitos del desarrollo motor (sedestación y marcha) se adquieren a una edad adecuada, si se utiliza la edad corregida al momento de valorarlos. Es importante subrayar este hecho, ya que cuando se evalúa a un niño que fue prematuro, siempre se debe considerar su edad corregida o edad postmestrua en la valoración de su desarrollo postnatal (hasta los 2 años de edad corregida).

Es posible que aparezca una *hipertonía transitoria del prematuro*, que consiste en un aumento del tono muscular que se detecta entre los 3 y los 18 meses. Lo anterior no modifica la adquisición de los hitos del desarrollo motor y, afortunadamente, no se asocia a secuelas neurológicas. Así mismo, es habitual el *retraso motor simple*, que se caracteriza por un retraso en la adquisición de las habilidades motoras o la presencia de mínima hipotonía. Es frecuente encontrar este retraso en niños con patologías importantes de base, que requieren múltiples hospitalizaciones y suele remitir una vez que se recuperan de dicha patología.

La secuela neurológica más frecuente es la parálisis cerebral. Es difícil hacer el diagnóstico antes del año y medio de edad corregida y también lo es el determinar con precisión cuál será el grado de limitación del niño. Ello se debe a la gran cantidad de variables que influyen en la evolución, como son los factores terapéuticos, educativos, la actitud de la familia, los recursos sociales, etc.

El 3% de los niños menores de 1500 g padece una sordera total y más de un tercio de ellos presenta retinopatía de la prematuridad, que en los casos más graves conduce a la ceguera. La detección precoz en estos casos es fundamental tanto para corregir los déficit que se puedan tratar como para adecuar la educación a la limitación perceptiva.

Si bien los bebés prematuros nacidos con un peso superior a 1500 g suelen tener un desarrollo psíquico normal, en el caso de los nacidos con menos de 1500 g el panorama es diferente. Sorprendentemente, ya en los años 40 los niños que habían nacido en forma prematura fueron descritos como inquietos, nerviosos, fácilmente distraíbles y con dificultades para concentrarse (Benton, 1940 citado en Minde, 2000). De alguna forma, esta descripción sintetiza lo que hoy conocemos como trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el cual es mucho más frecuente en niños prematuros (Minde, 2000; Pallás et al., 2000).

Numerosas investigaciones dan cuenta de que los niños de muy bajo peso al nacer obtienen puntuaciones significativamente más bajas en las pruebas de inteligencia que los nacidos con un peso normal. Los estudios más conservadores hablan de entre 5 y 7 puntos por debajo de los controles, en su cociente de inteligencia. También se han descrito alteraciones del aprendizaje en niños nacidos con muy bajo peso que tienen cocientes de inteligencia normales. Entre ellas destacan: alteraciones en la coordinación visomotora, en las habilidades motoras finas, dificultades espaciales, en el lenguaje expresivo y en el razonamiento matemático (Minde, 2000; Pallás et al., 2000).

El estudio de Stjernqvist (2001) confirma estos hallazgos. En su trabajo, la autora compara diferentes aspectos del desarrollo entre niños de 10 años nacidos con menos de 29 semanas de gestación y niños nacidos a término. Los resultados muestran que en el primer grupo existe una notable mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos

y de dificultades académicas. A pesar de ello, más de la mitad de los niños que tenían un cociente intelectual inferior a 70 no habían sido identificados como niños con dificultades y no recibían ningún tipo de educación especial. Los autores concluyen que estos resultados hacen pensar en la necesidad de programas de intervención a largo plazo, incluso hasta bien entrada la edad escolar, que permitan apoyar a estos niños, evitar el fracaso escolar y proporcionar a los padres una mayor comprensión de las características, necesidades y capacidades de sus hijos.

En otro estudio realizado por Minde y Minde (1977 citado en Minde, 2000), se siguió a 77 bebés nacidos con un peso inferior a 1500 g hasta los 4 años. En base a sus resultados, los autores concluyen que estos niños tienen un riesgo cuatro veces mayor de presentar un trastorno del comportamiento que los nacidos a término. A su vez, más del 40% de las madres los consideraron niños con un temperamento difícil. Los problemas más frecuentes identificados por ellas eran los relacionados con la alimentación, la dificultad para calmarse y las respuestas exageradas, como rabietas, demandas excesivas de atención y dificultades generales relacionadas con el control por parte de los padres. Los autores sugieren que todo lo anterior se puede considerar como signos de una inmadurez general, hiperactividad o una escasa organización neuroconductual.

En la misma muestra, se estudiaron diversos aspectos del desarrollo emocional, concluyendo que la relación madre-hijo y el funcionamiento familiar constituyen variables que permiten explicar una parte importante de la varianza de los problemas conductuales valorados por los profesores (31 y 55% de la varianza a los 12 meses y 4 años de edad, respectivamente). Lo anterior sugiere que las variables familiares e interaccionales determinan, de una forma significativa, el desarrollo emocional, incluso en aquellos casos en que existe un compromiso médico importante.

Esto último es compatible con las afirmaciones de Pallás y colaboradores (Pallás et al., 2000), quienes señalan que en cuanto al desarrollo psíquico, el grado de aceptación del hijo nacido prematuramente influye de una forma determinante en su evolución. De hecho, cuando dicha aceptación no es la adecuada, tienden a aparecer, con mayor frecuencia, trastornos de la adaptación y del comportamiento familiar, tales como la sobreprotección o el maltrato.

## b) Deformidades físicas

Existe un conjunto de deformidades físicas que confieren al niño prematuro un aspecto característico, que tienen relación con el crecimiento sobre superficies duras y no en el medio líquido intrauterino. Estas son: macrocefalia relativa, escafocefalia, ojos saltones, paladar ojival, tórax plano, pies valgus. Afortunadamente, todas ellas tienden a disminuir o a desaparecer con el desarrollo posterior.

## c) Enfermedades

Entre las enfermedades más habituales que padecen los niños prematuros se encuentran la hernia inguinal, las infecciones de garganta, nariz y oídos, el reflujo gastro-esofágico y los problemas respiratorios. En algunos casos se requiere una intervención quirúrgica y por lo tanto un reingreso.

Como vemos, existen suficientes datos para afirmar que los niños prematuros tienen mayor riesgo de presentar algún tipo de alteración en su desarrollo que los nacidos a término. En cuanto a su desarrollo psíquico, existe un elevado riesgo de presentar un TDAH, impulsividad, baja autoestima y problemas de aprendizaje. Algunas de estas dificultades pueden ser detectadas en la edad preescolar y permanecen estables al menos hasta la adolescencia. Es posible que gran parte de estos problemas se deban a una inmadurez general. A pesar de las dificultades y riesgos mencionados anteriormente, existe cada vez más evidencia de la enorme capacidad de recuperación del sistema nervioso central en el niño prematuro: si hay zonas dañadas, otras se hacen cargo y le sustituyen en sus funciones, si es que la intervención se inicia tempranamente (Brazelton, 2001). Finalmente, sabemos que las variables familiares tienen un peso importante a la hora de dar cuenta del desarrollo de estos niños, de manera que parte de los esfuerzos preventivos debieran destinarse al apoyo y trabajo con las familias.

## **El niño prematuro y su familia**

### *El embarazo como período de preparación*

El hecho de que ahora más que nunca exista un número importante de niños prematuros que permanecen hospitalizados por largos períodos de tiempo ha significado que los profesionales de la salud se hayan visto enfrentados a grandes desafíos no sólo en términos de la salud infantil, sino también con respecto a la de quienes son sus principales cuidadores.

¿Qué sucede con los padres cuando deben hacer frente al nacimiento de un niño prematuro? Veamos en primer lugar lo que ocurre durante el embarazo como proceso de preparación para el nacimiento de un hijo.

Gracias a numerosas investigaciones, sabemos que a medida que el feto se desarrolla en el útero de su madre, las representaciones que ésta posee acerca de su hijo experimentan un desarrollo en paralelo. Si bien durante los primeros cuatro meses de gestación existe prácticamente un vacío en cuanto a riqueza y especificidad de las representaciones, este hecho se invierte en cuanto la madre comienza a sentir los movimientos de su hijo. Desde ese momento, las representaciones en torno a su futuro bebé van haciéndose cada vez más ricas en cantidad y especificidad. Sin embargo, cuando este proceso ha llegado a su punto culminante, hacia el séptimo mes del embarazo, ocurre un fenómeno bastante llamativo: las representaciones del niño se empobrecen y desdibujan gradualmente. Numerosos autores han explicado dicho fenómeno señalando que se trata de un método intuitivo que las madres tienen de protegerse a sí mismas y a sus bebés de una posible discordancia entre el niño fantaseado y el bebé real. De alguna forma, durante el séptimo y noveno mes, la madre renuncia a aquellas representaciones que puedan interferir en el espacio mental que está construyendo para recibir a su hijo (Stern, 1997).

Siguiendo el “mapa representacional” delineado, una madre que da a luz prematuramente, por ejemplo entre el sexto y séptimo mes de embarazo, se encuentra por así decirlo en el punto culminante del fantaseo en relación a su bebé. Por lo tanto, si el niño nace en estas circunstancias, no dará tiempo a la madre para preparar el espacio

mental para recibirlo y la distancia entre lo representado y el bebé real será significativa. Sabemos que, al momento de dar a luz, todas las madres deben llevar a cabo un proceso de ajuste entre el bebé real y el bebé fantaseado, pero dicho ajuste será claramente más crítico en el caso de una madre prematura. En dicha situación, el parto, como momento culminante del embarazo, se transforma súbitamente en un momento de crisis, con la consecuente ansiedad y temor en relación a la pérdida del recién nacido.

Es frecuente que ante estas circunstancias la madre sienta que ha fallado, que es culpa suya haber dado a luz un niño tan pequeño. Estos sentimientos son agravados cuando, como ocurre en muchos casos, la madre alumbró a su hijo en un hospital donde no hay UCIN y, en consecuencia, es separada tempranamente del bebé para que éste pueda ser trasladado a otro centro asistencial (Minde, 2000).

### *Duelo y aflicción en la UCIN*

Una vez en la UCIN, la gran preocupación de los padres gira en torno a la supervivencia de su hijo. Es frecuente que en tales circunstancias experimenten temor a vincularse con su bebé, teniendo en cuenta que existe la posibilidad de que muera a corto plazo. Cuando existe seguridad de que el niño sobrevivirá, surge la pregunta por las posibles secuelas: ¿cómo será el bebé cuando crezca? ¿será diferente a los otros niños? ¿podremos hacer frente a las necesidades de un niño frágil?

Por otra parte, el ambiente de la UCIN no siempre favorece la cercanía entre los progenitores y su bebé, pues se trata de un lugar extremadamente tecnificado, el personal suele estar ocupado en sus tareas y donde resulta difícil lograr cierto grado de intimidad. En tales circunstancias, es normal que muchos padres se sientan más como visitantes que como padres de sus hijos y que les sea difícil experimentar confianza en sus propias habilidades paternas. Algunos padres prefieren, definitivamente, tomar distancia, reducir al máximo las visitas y no implicarse en los cuidados cotidianos del bebé. Otros, en cambio, optan por estar presentes desde el comienzo, involucrarse en dichos cuidados, aprender de las enfermeras y auxiliares de la UCIN, presentar al niño al resto de su familia, etc.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Sin duda, existen tantas reacciones posibles ante la prematuridad de un hijo como padres de niños prematuros y en

En cuanto a la esfera ‘práctica’, el modo en que los padres puedan sobrellevar la hospitalización de un bebé prematuro está en gran medida determinado por los recursos de que dispongan, tanto en términos económicos como de las redes sociales a las que puedan recurrir. En muchos casos, en un país como Chile, la familia debe asumir una parte significativa del costo de la hospitalización, lo que implica, en algunas ocasiones, contraer una importante deuda. Por otra parte, en algunos casos (especialmente en los prematuros extremos) existe la posibilidad de que en un futuro el niño sea hospitalizado nuevamente, de que requiera incorporarse a un programa de seguimiento y, por lo tanto, de que se le practiquen una serie de exámenes y tratamientos costosos, tanto económicamente como por el tiempo requerido. A su vez, el tener un bebé en la UCIN implica para los padres un enorme esfuerzo en términos de compatibilizar las visitas diarias al hospital con el cuidado de los demás hijos que están en casa, el trabajo, las tareas domésticas, etc.

Afortunadamente, en los últimos treinta años el ambiente de las UCIs neonatales ha cambiado de una forma notoria, todo ello con miras a crear un ambiente que favorezca el vínculo temprano entre el bebé y sus progenitores. Un ejemplo de ello es la liberalización del horario de visitas y la posibilidad de que asistan otros familiares, además de los padres; la creación de un entorno lo más parecido posible al que hubiesen tenido los bebés en caso de que el embarazo hubiese llegado a término; la inclusión, en muchos centros, de profesionales de la salud mental como parte del equipo, etc.

#### *La interacción entre los padres y su bebé prematuro*

Existe evidencia de que la relación temprana madre-bebé constituye uno de los factores que puede exacerbar o reducir los efectos potencialmente adversos del nacimiento prematuro (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger y Muller-Nix, 2006). Como veíamos en el apartado anterior, en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos en las UCIN por crear condiciones favorables para el establecimiento del vínculo entre los progenitores y su hijo. A pesar de ello, es frecuente que se presenten problemas en la interacción padres-bebé relacionados con la

---

ese sentido lo expuesto aquí constituye sólo un ejemplo algo estereotipado de lo que es posible encontrar en la práctica.

prematuridad y que éstos persistan al menos durante el primer año de vida. De hecho, las madres de estos niños suelen mostrar ansiedad y escasa confianza en sus habilidades como cuidadoras. Ello se debe, en gran parte, a ciertos patrones de interacción propios de estas díadas. Al respecto, se ha sugerido que los niños prematuros tienen problemas para procesar la información y que, en consecuencia, su comportamiento se desorganiza con facilidad. Ello les hace aparecer como poco reactivos frente a los estímulos cotidianos, por lo que las madres tienden a compensar este hecho estimulándolos de una forma excesiva. Esto último, a su vez, tiene el efecto no deseado de desorganizar todavía más el comportamiento del niño, pasando de la hipoactividad a la hiperactividad de una forma abrupta. Todo ello desorienta al cuidador acerca de cómo estimular apropiadamente a un bebé con este perfil conductual (Als et al., 1988; Brazelton, 2001; Cox et al., 2000; Minde, 2000).

Además de lo descrito en el párrafo anterior, existen un conjunto de factores que ayudan a comprender las dificultades en la interacción entre una madre y su bebé prematuro. En un estudio llevado a cabo por Minde, Marton, Manning y Hines (1980), los autores concluyen que el nivel de compromiso en la interacción que una madre muestra con su bebé durante sus visitas a la UCIN está relacionado con la frecuencia de dichas visitas: las madres de la muestra que los visitaban poco mostraban “niveles bajos de compromiso” en la interacción, en otras palabras, interactuaban menos con sus bebés que aquellas que los visitaban de una forma habitual. Este hecho predecía la frecuencia de las interacciones a los tres meses de edad corregida. Sorprendentemente, los factores que mejor distinguieron entre aquellas madres más comprometidas versus las menos comprometidas en la interacción, eran la fortaleza de la relación de esa madre con su propia madre y con su esposo.

Otra variable que se relaciona con las dificultades en la interacción madre-bebé prematuro es el estatus médico del niño. En el caso de las díadas en que participan bebés más enfermos, los niveles de actividad motora y de alerta del bebé, las sonrisas y caricias de las madres son consistentemente más bajos que en el caso de bebés con menos complicaciones de salud. Estos resultados se mantienen en el tiempo, a pesar de que los niños se recuperen y no presenten señales de daño en el sistema nervioso central. Al mismo tiempo, los niños nacidos prematuramente suelen ser percibidos como menos desarrollados físicamente, menos competentes en términos cognitivos,

menos activos, sociables y atractivos que los nacidos a término. Ello ocurre tanto con personas que no tienen una relación personal con ellos como con las madres de estos bebés (Minde, 2000).

A este respecto, una investigación llevada a cabo por Stern y Hildebrandt (1986) da cuenta del poder de las llamadas “profecías autocumplidas” en relación a la prematuridad. En él participaron madres y bebés nacidos a término, desconocidos para ellas. Algunos de ellos fueron etiquetados como “prematuros” para efectos de la investigación, mientras que a otros se les asignó la etiqueta de “bebé a término”. Como resultado, se vio que aquellos niños supuestamente prematuros eran percibidos como más inmaduros, más pequeños y menos atractivos que aquellos a los que se les asignó la etiqueta de “niño nacido a término”. Como consecuencia, los niños etiquetados como prematuros fueron menos activos durante la interacción que los del otro grupo.

Una posible explicación de estos hallazgos es la consideración de lo que Green y Solint han denominado el “Síndrome del niño vulnerable” (Green y Solint, 1964; Shonkoff, 1998). Se trata de un conjunto de rasgos clínicos característicos de niños que han sufrido y superado una enfermedad o accidente grave de los cuales los padres esperaban un desenlace fatal. Según los autores, estos padres suelen percibir a su hijo como frágil y susceptible, a pesar de que el niño esté sano en todos los sentidos. Su tendencia es a sobreprotegerlos, preocuparse excesivamente y, en consecuencia, se enlentece, demora o altera el curso del desarrollo de ese niño. Debido al carácter de esta relación, el niño comienza a mostrar una serie de dificultades tales como problemas vinculados a la separación, comportamiento infantil, preocupaciones excesivas en relación al propio cuerpo y problemas de rendimiento escolar.

Es importante señalar que no todas las díadas madre-bebé prematuro muestran problemas en la interacción temprana. De hecho, Forcada-Guex y colaboradores (2006) han logrado identificar dos patrones específicos de interacción en estas díadas: el “cooperativo” y el “controlador”. El primero está caracterizado por una interacción entre una madre sensible y un bebé cooperador y reactivo, mientras que en el segundo se distingue una madre controladora y un bebé complaciente-compulsivo. En el estudio realizado por estos autores, se pone de manifiesto que los mencionados patrones pueden desempeñar un rol protector (“el cooperativo”) o de riesgo (el “controlador”), evitando

o favoreciendo la aparición de dificultades en el desarrollo del niño.

Al comparar la prevalencia de los patrones descritos en una muestra de bebés prematuros, con la encontrada en una de bebés nacidos a término, los autores (Forcada-Guex et al., 2006) comprobaron que el patrón “controlador” era más frecuente en las díadas en las que participaba un niño prematuro. En tales casos, el patrón de interacción se asociaba a resultados desfavorables en el desarrollo del niño (problemas en la alimentación, puntuaciones más bajas en las habilidades sociales y de lenguaje). Cabe destacar que los bebés prematuros que participaban en las díadas “cooperativas” mostraban puntuaciones similares a las observadas en el grupo de bebés nacidos a término. Estos resultados se mantenían en las mediciones realizadas a los 6 y 18 meses de edad corregida y eran independientes de las condiciones de riesgo perinatal del bebé y del estatus socioeconómico de la familia.

Los mismos autores destacan la coincidencia entre sus hallazgos y los de otros estudios en relación a la alta prevalencia de problemas en la alimentación. Al parecer, la prematuridad despierta en los padres ansiedades específicas relacionadas con el crecimiento y la salud del bebé, las cuales pueden predisponerles a sobre reaccionar ante cualquier dificultad en el proceso de alimentación.

Finalmente, otro de los factores que se ha asociado a las dificultades en los cuidados parentales es el nivel socioeconómico, generalmente bajo, de los padres de niños prematuros. Los estudios epidemiológicos dan cuenta de un fenómeno hasta ahora no del todo explicado, a saber, que a menor nivel socioeconómico, mayor es el riesgo de tener un niño de bajo peso. Podemos pensar entonces que muchas de las familias que atraviesan la difícil experiencia de hacerse cargo de un bebé prematuro, ya vivían una situación precaria antes de su nacimiento, y que este evento no hace más que incrementar la precariedad preexistente, creando así una especie de círculo vicioso. Las desventajas en términos socioeconómicos dificultarán el futuro desarrollo de ese niño, pues sabemos que la pobreza está asociada, entre otras, a una falta de sistemas de apoyo emocional, escasa o inconsistente estimulación para estos niños, problemas en su desarrollo y salud, estrés derivado de las dificultades económicas, etc. Por lo visto, las dificultades asociadas al nacimiento de un bebé prematuro no quedan del todo abordadas si se considera exclusivamente el ámbito sanitario (Minde, 2000; Pallás et al.,

2000).

Teniendo en cuenta lo revisado en este apartado, podemos señalar, a modo de síntesis, que los padres de un niño prematuro tienen suficientes razones para alarmarse, deprimirse, preocuparse y estresarse ante el nacimiento de su hijo prematuro. Muchas de las condiciones de la UCIN hacen difícil la crianza inicial y la enorme demanda tanto en términos económicos como emocionales hacen de ese período uno especialmente crítico. Al mismo tiempo, los bebés prematuros suelen presentar un patrón particularmente difícil de comportamiento al comprometerse en la interacción (son menos activos, menos reactivos y permanecen menor cantidad de tiempo alerta que los bebés a término). Por su parte, las madres suelen ser muy activas, estimulantes e intrusivas en la interacción y tienden a teñir negativamente sus percepciones con respecto a ese niño de ahí en adelante, todo lo cual conforma un cuadro de especial vulnerabilidad.

Es en este contexto donde el apoyo que pueda brindar el equipo de salud en el período neonatal se hace fundamental y oportuno, tanto para prevenir futuras dificultades como para minimizar la angustia de los padres. La evidencia es coherente al destacar la importancia de las experiencias vinculares tempranas y en cómo éstas sientan las bases del desarrollo social y emocional del niño (Bowlby, 1954; Fonagy, 1993; Fonagy, 1998). De acuerdo a estos autores, la fortaleza del vínculo padres-bebé se encuentra en estrecha relación con la sensibilidad parental a las señales del niño, así como con la capacidad de los progenitores para identificar los estados mentales de éste. Sabemos que muchos bebés prematuros tienen un desarrollo normal y que ese logro se debe, en gran medida, a la fortaleza y soporte que le brindan quienes son sus principales cuidadores. En este sentido, el largo período de hospitalización que deben atravesar las familias de los bebés prematuros constituye un terreno fértil para aquellas intervenciones destinadas a fortalecer estas habilidades parentales, reducir el estrés y la depresión asociados a esta experiencia, incrementar la confianza de los progenitores en sus propios recursos y modificar las percepciones con respecto a sí mismos y su bebé que pudiesen interferir en el establecimiento de un vínculo seguro (Fonagy, 1998, Forcada-Guex et al., 2006, Meyer et al., 1998). Nos referiremos a estas intervenciones, sus características y efectividad en el siguiente capítulo.

## **Las intervenciones a nivel de la relación temprana padres-hijo**

En este apartado nos referiremos a las intervenciones tempranas en la relación padres-hijo, especialmente a aquellas de carácter psicoterapéutico. A pesar de que la intervención que se ha seleccionado para llevar a término esta investigación no se puede considerar una psicoterapia propiamente dicha, se asemeja a ésta en muchas de sus características: objetivos, participantes, rol del profesional y “escenario psíquico” en el que se lleva a cabo.

Las intervenciones terapéuticas a nivel de la relación temprana padres-hijo constituyen una parte fundamental del ámbito de la salud mental infantil. Su aparición como modalidad de intervención es relativamente reciente, y se encuentra estrechamente vinculada al surgimiento de una “nueva población clínica”, formada por niños muy pequeños (entre los 0 y los 3 años) y sus padres, generalmente sus madres. En la actualidad, este tipo de enfoques se encuentran en auge, ya que existe un consenso general en considerar que la eficacia de las intervenciones psicológicas aumenta en función de la precocidad de las mismas. Ello se aprecia en la gran cantidad de programas de tratamiento y conceptos relacionados con el tema que han surgido, especialmente en esta última década (Stern, 1997).

En este contexto, y tal y como mencionábamos en un comienzo, el período neonatal es considerado un “punto clave” para intervenir con las familias (Brazelton, 2001). Ello se debe a que se trata de un momento del ciclo vital familiar en el que el sistema despliega unas características muy particulares que favorecen el cambio y actúan como motor de la intervención.

En primer lugar, cabe preguntarse a qué nos referiremos exactamente cuando hablamos de “intervenciones a nivel de la relación temprana padres-hijo”. Si bien existe una gran variedad de intervenciones terapéuticas que se pueden aplicar a esta relación (apoyo comunitario, visitas domiciliarias, grupos de discusión para padres, seminarios didácticos, etc.), en la presente revisión nos centraremos sólo en aquellas de carácter psicoterapéutico en las que participa el “paciente”, constituido por la díada madre-hijo o la tríada padre-madre-hijo, y el terapeuta, tal como plantean autores como Stern (1997), Fonagy (1998) o Echegoyen (1996).

Siguiendo a Stern (1997), cuando hablamos de intervenciones a nivel de la “relación” padres-hijo, incluimos tanto los aspectos observables o conductuales, como los no observables o representacionales. Veremos, sin embargo, que el foco de atención o aspecto privilegiado (esto es, la interacción o el mundo representacional) variará en función del modelo teórico y técnico con que se esté trabajando. A su vez, al referirnos a intervenciones “tempranas” aludimos al trabajo con niños menores de 3 años y sus padres. El hecho de que se trate de niños tan pequeños tiene una serie de implicaciones a nivel de la duración (por lo general los tratamientos son breves) y del carácter de los cambios y movimientos psíquicos emergentes, los cuales suelen ser rápidos y espectaculares (Watillon, 1993). También condiciona en gran medida el tipo de psicopatología, pues generalmente se trata de problemas de relación expresados “(...) en forma de desórdenes de la alimentación o del sueño, en el establecimiento del vínculo afectivo y en la conducta temprana del niño, o de ansiedades por parte de los padres, problemas para ejercer de padres y otros tipos de irregularidades en la relación entre padres e hijo” (Stern, 1997, p. 10).

Cabe preguntarse también en qué nivel preventivo nos situamos cuando hablamos de las intervenciones psicoterapéuticas en la relación temprana padres-hijo. Según Fonagy (1998), “(...) todas las intervenciones clínicas con niños son preventivas por naturaleza”<sup>5</sup> (p. 126). Más específicamente, dichas intervenciones suelen incluir diferentes niveles de prevención, en la medida en que combinan la prevención primaria de trastornos más graves del adulto hoy niño, la prevención secundaria del niño y su familia en el problema o descompensación concreta, y en algunos casos la prevención terciaria mediante la introducción de elementos de rehabilitación y reinserción social y familiar (Tizón, 1991).

Ahora bien, ¿qué razones justifican la relevancia de las intervenciones psicoterapéuticas en la infancia en general, y a nivel de la relación padres-hijo en particular?

Sabemos que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre niños y adolescentes es alta, aproximadamente de un 20%. A su vez, tenemos constancia de que

---

<sup>5</sup> La traducción es de la autora de este trabajo.

sólo una pequeña proporción de estos sujetos (10-15%) accede a servicios psiquiátricos. Por otra parte, se sabe que los trastornos mentales tempranos tienden a persistir durante la infancia (Fonagy, 1998).

En el caso de la interacción madre-hijo, se ha visto que los hijos de madres deprimidas comienzan a mostrar retrasos en el desarrollo cuando tienen seis meses de edad (Field, 1995 citado en Fonagy, 1998). El trabajo de Laucht y sus colaboradores (Laucht, Esser y Schmidt, 1994 citado en Fonagy, 1998) muestra cómo el trastorno mental de la madre y el comportamiento del niño a los tres meses predecían una alteración en la interacción madre-hijo, lo que a su vez predecía problemas comportamentales en el niño a los dos años de edad. Por otra parte, existen numerosas investigaciones en la línea del apego que dan cuenta de la relevancia de un vínculo seguro para el desarrollo posterior. J. Bowlby, M. D. Ainsworth, R. Hinde y muchos otros autores han investigado en este área. Detenernos en sus hallazgos excede los objetivos de este trabajo. Sin embargo, cabe señalar lo siguiente a modo de síntesis: en la actualidad, contamos con una bagaje de conocimientos que nos permite asegurar que la salud mental depende en gran medida de las relaciones con otros, y que de estas relaciones con otros son las relaciones tempranas las que sientan las bases de la salud mental del sujeto. En particular, es la calidad de la interacción diádica temprana, en gran medida determinada por la sensibilidad de la madre a las señales de su hijo, la que proporciona el contexto dentro del cual se desarrolla el apego seguro (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1986; Hinde, 1997).

El aumento de la tasa de nacimientos de bebés frágiles y de alto riesgo en la década pasada explica, en parte, la creciente atención que se ha prestado al diseño e instauración de intervenciones perinatales breves (Beeghly et al., 1995). Los estudios acerca de los efectos de estas intervenciones constituyen otra razón de peso que justifica su utilización. A partir de una exhaustiva revisión, Fonagy (1998) concluye que las intervenciones preventivas tempranas tienen el potencial de mejorar a corto plazo la salud y bienestar del niño, incluyendo: mejor nutrición y salud física, menos problemas de alimentación y de bajo peso al momento de nacer y disminución de accidentes y emergencias. Los padres también parecen beneficiarse en forma significativa, en distintas áreas: obtienen mejores oportunidades educacionales y laborales, logran un mejor uso de los servicios, un mayor apoyo social, se fortalece su sentimiento de

autoeficacia como padres, su sensación de bienestar mental y logran mantener mejores relaciones con sus hijos y su pareja. A largo plazo, los niños se benefician a nivel comportamental (menos agresividad, distractibilidad y delincuencia); educacional (mejores actitudes en el colegio, mayores logros) y social (incremento de las actitudes prosociales). Cabe destacar que estos resultados son selectivos, es decir, ninguno de los estudios revisados obtuvo todos estos logros de una forma simultánea.

Por otra parte, existen determinadas condiciones culturales, como son la reducción del papel de la familia extensa y la consecuente falta de modelos que orienten con respecto a la paternidad, que contribuyen a incrementar la importancia de este tipo de ayuda (Stern, 1997).

Habiendo aclarado a qué nos referimos cuando hablamos de intervenciones a nivel de la relación temprana padres-hijo, y teniendo en cuenta su relevancia, describiremos a continuación las características de esta “nueva población clínica” formada por padres e hijos pequeños, y veremos cómo dichas características influyen y moldean (necesariamente) la situación terapéutica.

### *Características de la situación clínica y de sus participantes*

#### *a) Novedades del contexto general*

Si bien la psicoterapia a nivel de la relación temprana padres-hijo conserva elementos de la psicoterapia aplicada a otras poblaciones, posee características propias que la distinguen de otros tipos de tratamientos. Estas peculiaridades derivan principalmente de las características de la población clínica a la que está orientada (Stern, 1997).

Quizás el rasgo más llamativo del escenario en el que se desarrolla la psicoterapia de la relación padres-hijo es la *interdependencia* de los elementos implicados: “Si uno se propone describir a un bebé, se encontrará con que está describiendo a un bebé y a alguien más. Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación” (Winnicott, 1987 citado en Brazelton y Cramer, 1993, p. 11-12). Podríamos decir entonces que el “paciente” no es una persona, sino una

*relación* entre un niño y sus padres.

En estrecha relación con la idea de interdependencia, muchas veces resulta difícil para el terapeuta discriminar en qué medida el carácter del niño es resultado de las atribuciones de los padres o de la relación entre ambos. A esta dificultad se suma el hecho de que los problemas se han originado a partir de interacciones preverbales, de manera que el tratamiento debe considerar la “traducción” de estas comunicaciones (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1997).

Otro aspecto llamativo de esta “nueva situación terapéutica” está dado por el momento del ciclo vital familiar en que se interviene. Se trata de una etapa de la vida dominada por rápidos cambios, tanto en los padres como en el niño. Estos cambios son en gran medida producto del desarrollo temprano normal y constituyen el medio de actuación de la psicoterapia (Stern, 1997).

#### *b) Los padres*

Sin duda, la situación en la que se encuentran los padres ante el nacimiento de un hijo es bastante compleja y demandante, especialmente si se trata de padres primerizos o si existe algún factor de riesgo en el bebé o sus progenitores. Desde el momento en que reciben la noticia del embarazo, experimentan una serie de cambios psíquicos y ajustes que les van preparando para recibir al nuevo integrante de la familia. En el instante del nacimiento, una de las tareas a la que se ven enfrentados es la de integrar al bebé real, con el bebé imaginario (ideal) y el feto invisible (pero real), de cuyos ritmos y personalidad han tenido noticia durante el embarazo (Brazelton y Cramer, 1993; Levovici, 1995).

En este contexto de transformaciones, los autores destacan la importancia de la renegociación de las experiencias infantiles con los propios padres. Resulta especialmente llamativa la reactivación y reelaboración que experimenta la relación de la nueva madre con su propia madre. Ahora, si bien los cambios experimentados por los progenitores debilitan las defensas y crean un estado de mayor vulnerabilidad, crean también un estado de mayor permeabilidad y disposición para los cambios internos. Como hemos señalado anteriormente, este estado será fundamental en la situación

terapéutica (Brazelton y Cramer, 1993; Echegoyen, 1996; Stern, 1997; Watillon, 1993).

La relación que establecerán los padres con el bebé y el modo en que lo percibirán se basará necesariamente en los vínculos pasados de éstos. En algunas ocasiones, la repetición de estos vínculos se convierte en una interferencia para el nuevo vínculo. Selma Fraiberg (2001) describe este fenómeno aludiendo a los “fantasmas en la guardería”, los “(...) visitantes del pasado no recordado de los padres, los asistentes no invitados al bautismo”<sup>6</sup> (Fraiberg, 2001, p. 49) que se instalan en la vida familiar, convirtiendo al bebé en un actor silencioso del drama de los padres. Sin embargo, en circunstancias favorables, el bebé reclama el amor parental de manera tan imperativa que estos fantasmas desaparecen de la crianza.

No podemos dejar de lado la contribución del bebé a este escenario. Sus características innatas, como su sexo, apariencia física, capacidad de regulación de su estado, etc. se encuentran en constante interacción con las fantasías parentales, moldeándolas y enriqueciéndolas (Brazelton y Cramer, 1993).

En el caso particular de la madre, parte del trabajo psíquico que debe realizar durante el embarazo y el puerperio tiene el carácter de un duelo (por la pérdida de la identidad como mujer independiente, por la pérdida del bebé ideal, de la vida laboral acostumbrada, etc.). Por otra parte, una serie de estudios dan cuenta de que en dicho período se incrementa el riesgo de morbilidad psiquiátrica (Echegoyen, 1996). Este mayor riesgo se encuentra estrechamente ligado a factores predisponentes, como la pérdida de la madre antes de los 11 años, la ausencia de una buena relación de pareja y de trabajo remunerado, la falta de apoyos sociales adecuados, etc. (Brown y Harris, 1978; Paykel y Col, 1980, citados en Echegoyen, 1996).

En la literatura se encuentran diversos intentos por conceptualizar el estado psíquico “especial” que experimentan las madres. Winnicott (1958) lo denomina *preocupación maternal primaria*, y tendría lugar durante el embarazo y las primeras semanas después del nacimiento. Se trata según él de un estado de sensibilidad exaltada, comparable a un estado de replegamiento, de disociación, a una fuga o a un episodio

---

<sup>6</sup> La traducción es de la autora de este trabajo.

esquizoide, en el que un aspecto de la personalidad se hace temporalmente dominante. Se trata, en pocas palabras, de un necesario y temporal estado de locura (Winnicott, 1958).

Otro intento por sistematizar el estado mental de la madre es el que realiza Stern (1997) a través de lo que ha denominado *constelación maternal*. Para el autor, esta constelación constituye una organización psíquica nueva, única y normal en la que entra la mayoría de las madres tras el nacimiento de un hijo, especialmente si se trata del primero. Durante ese período, dicha constelación se convierte en el eje organizador de la vida anímica, suplantando a otras organizaciones o complejos previos, y determinando “(...) un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos” (Stern, 1997, p. 209). Los temas o preocupaciones centrales que configuran esta constelación giran en torno a la capacidad de la madre de mantener con vida al niño y hacerle crecer, así como de establecer una relación socioafectiva con él; la aptitud de la madre para crear una red de apoyo protectora y posibilitar su acción y, finalmente, su capacidad para reestructurar su identidad, desplazando “(...) su centro de identidad de hija a madre, de esposa a progenitor, de profesional a matrona, de una generación a la generación precedente” (Stern, 1997, p. 219).

Por su parte, las dudas y preocupaciones del nuevo padre giran en torno a su capacidad para ser un buen protector, un padre afectuoso y un apoyo firme para su mujer (Brazelton y Cramer, 1993). Según Stern (1997), la pareja juega un papel central en lo que ha denominado *matriz de apoyo*, especialmente en un momento como el actual, en el que la familia nuclear carga con la mayor parte del peso. Sin embargo, no puede cumplir con todas las exigencias de esta matriz, ya que a quien necesita la madre para aprender sobre algunas de sus nuevas funciones es a otra mujer “experimentada”: su madre, una abuela o semejantes, a modo de ejemplo válido sobre una serie de aspectos relativos al cuidado del niño.

Uno de los ajustes que debe llevar a cabo el padre, es la transición desde una relación dual a una relación triangular. Esto último suele despertar en él sentimientos de exclusión, ya que la mujer dirige gran parte de su atención hacia el feto (y posteriormente hacia el bebé), y se convierte en el centro de interés de quienes les rodean. No facilita las cosas el hecho de que históricamente los padres hayan sido

excluidos del embarazo y del parto, aunque esta situación ha cambiado en algunas sociedades (Brazelton y Cramer, 1993). De acuerdo a Stern (1997), cabe hacer una distinción entre los denominados “nuevos padres”, que buscan establecer la igualdad entre los cuidados ofrecidos por la madre y el padre, y los “padres tradicionales” que valoran menos esta paridad.

Una serie de investigaciones muestran cómo el proceso del embarazo, el parto y el vínculo temprano se ven fuertemente influidos por la actitud del padre. El apoyo que brinda en estos distintos momentos ayuda a la mujer a desarrollar su nuevo rol y se asocia, entre otras, con una menor necesidad de la embarazada de recibir medicamentos analgésicos y con una experiencia de parto más positiva (Parke, 1986 citado en Brazelton y Cramer, 1993). A su vez, el compromiso del padre en estos distintos momentos refuerza su identidad como agente activo y participante, reduciendo así la probabilidad de sentirse excluido (Barnard, 1982 citado en Brazelton y Cramer, 1993).

#### *c) El niño*

Para poder intervenir a nivel de la relación padres-hijo es esencial tener en cuenta qué es lo que se espera en cada momento del desarrollo del niño en términos de nuevas adquisiciones y de dificultades. En el caso de bebés entre 0 y 2 meses y medio, el centro de atención lo constituyen la alimentación, los ritmos de sueño y vigilia, y los episodios de calma y llanto. La principal tarea de los bebés es lograr el control de sus sistemas de asimilación y producción, lo que implica la capacidad de excluir y de recibir estímulos, así como de controlar sus propios estados fisiológicos. Por su parte, los padres tienen la tarea de aprender a contener a su hijo, regular la estimulación que proporcionan, y ajustar su comportamiento a los umbrales particulares del niño. Durante esta etapa, los intercambios sociales y afectivos (como las sonrisas parentales y el hablar al bebé) son utilizados por los padres para regular los ritmos del pequeño (Stern, 1997).

#### *d) El terapeuta*

Los distintos autores revisados parecen coincidir en una serie de aspectos con respecto al terapeuta en el contexto de la psicoterapia aplicada a la relación padres-hijo. En primer lugar, destacan la importancia de crear en la situación clínica lo que

podríamos denominar un “espacio de contención”. Con ello nos referimos a la importancia que conceden a la actitud comprensiva, de apoyo y no enjuiciadora que debe desplegar el profesional en la situación terapéutica. Esta actitud respondería a la necesidad de crear un espacio en el cual puedan ser contenidas las ansiedades, temores, dudas, etc. que caracterizan el estado mental, y la situación de vida en general, que atraviesan los padres (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1997; Tizón, 1991; Watillon, 1993).

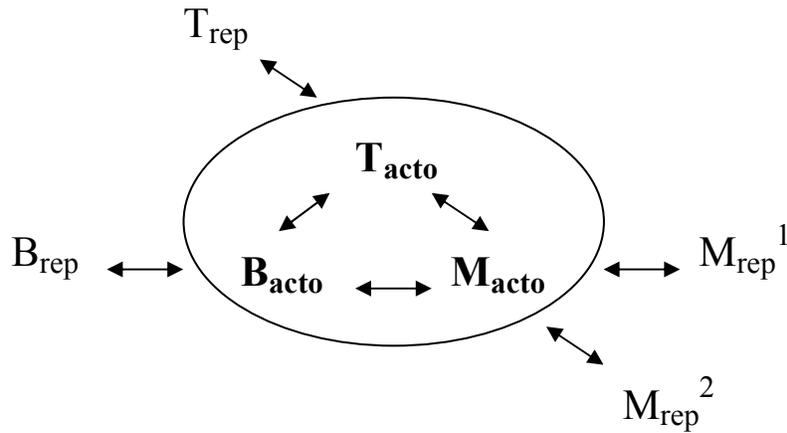
Otro aspecto en que existe coincidencia, y en estrecha relación con lo anterior, es el énfasis que debe poner el terapeuta en los recursos de los padres, identificándoles, destacándoles y fortaleciéndoles, a fin de mejorar la imagen que éstos tienen de sí mismos como padres y la relación que tienen con su hijo. Ello implica que el terapeuta debe evitar todo lo que pueda hacer sentir a los padres que están siendo culpados por la forma en que han hecho las cosas. Por el contrario, debe registrar el sufrimiento y las dificultades de los padres, y “reevaluarlos narcisísticamente” (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1997; Tizón, 1991; Watillon, 1993).

Por otra parte, los distintos autores destacan la importancia del trabajo contratransferencial. Las emociones que despierta el sufrimiento del niño son de gran intensidad y mueven al terapeuta a identificarse con él, corriendo el riesgo de perder la distancia necesaria para entender, elaborar y comunicar lo que sucede en la relación padres-hijo (Watillon, 1993). Sin duda, la formación del profesional juega aquí un papel central, especialmente la experiencia terapéutica personal y la capacidad de “captación o insight experiencial” sobre sí mismo (Tizón, 1991).

#### *e) Configuración de la situación clínica*

Una vez caracterizados los diferentes participantes, y a modo de síntesis de lo que hemos descrito hasta ahora, presentaremos el esquema que realiza Stern (1997, p. 21) sobre la situación clínica que nos interesa.

Figura 1



En la Figura 1, lo que se encuentra dentro del círculo son las interacciones (o conductas observables) entre los participantes: la madre<sup>7</sup> (M<sub>acto</sub>), el bebé (B<sub>acto</sub>) y el terapeuta (T<sub>acto</sub>) (Stern, 1997).

Como dijimos anteriormente, la interacción entre los padres y el hijo está mediada por las representaciones que cada participante posee, tanto de la historia de esa interacción, como de su historia pasada en general, sus fantasías, temores, deseos, etc. El terapeuta por su parte aporta su mundo representativo; a través de él otorga significado a la interacción y da forma concreta a la intervención. Todas estas representaciones quedan reflejadas en el esquema por los elementos B<sub>rep</sub>, T<sub>rep</sub>, M<sub>rep</sub><sup>1</sup> y M<sub>rep</sub><sup>2</sup> (Stern, 1997).

La distinción entre dos tipos de representaciones en la madre obedece a lo siguiente: M<sub>rep</sub><sup>1</sup> corresponde a las representaciones de ésta acerca de su propia conducta y la del bebé. En cambio, M<sub>rep</sub><sup>2</sup> contiene las representaciones que la madre adquiere de sí misma haciendo de madre en la relación terapéutica y la imagen que se ha formado del terapeuta (Stern, 1997).

Es importante destacar que todos los elementos del esquema están siempre presentes, relacionándose en forma dinámica y ejerciendo una influencia mutua. Este

<sup>7</sup> Hemos incluido sólo a la madre a fin de simplificar las cosas y de señalar que en la mayor parte de los casos es ella quien participa en el proceso terapéutico. Lo anterior no excluye la posibilidad de que también participe el padre (u otro cuidador clave), ni el hecho de que él ejerce necesariamente gran influencia en la interacción madre-bebé.

hecho tiene consecuencias al momento de estudiar la eficacia de los distintos modelos de intervención temprana existentes. En base a estudios en que se comparan diferentes tipos de tratamientos, Stern (1997) concluye que todos ellos sirven si se aplican correctamente. No importa cuál sea el objetivo teórico (el objetivo primordial de la intervención terapéutica) o cuál sea la puerta de entrada privilegiada (la manera de lograr dicho objetivo teórico). En la práctica, los diferentes enfoques ejercen influencias que van más allá de su objetivo inicial. Ello se explica básicamente por las características del paciente, es decir, por la *interdependencia* de los elementos implicados, que hace que cualquier influencia en alguno de ellos se distribuya al resto de las partes.

## **El modelo basado en la evaluación del desarrollo del neonato con la Escala de Brazelton**

### *Descripción general del modelo de T. B. Brazelton*

De entre los diversos modelos de intervención temprana que se basan específicamente en el período neonatal, el de T. B. Brazelton se encuentra entre los más difundidos. La utilización de la “Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal” (Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS), (Brazelton y Nugent, 1997) como instrumento para mostrar a los padres la complejidad del comportamiento del neonato ha probado ser efectiva a diferentes niveles y aplicable a una gran variedad de poblaciones, entre ellas, la de bebés prematuros.

Este enfoque se basa en “la asunción de que el recién nacido es, a la vez, competente y organizado de forma compleja” (Brazelton y Nugent, 1997, p. 23). En contraste con lo que se pensó durante muchos años, los autores conciben al recién nacido como un ser activo, que muestra diferentes capacidades, tanto para responder a los estímulos, como para inhibir sus respuestas ante aquella estimulación que sobrepasa su límite de tolerancia. Se trata de un organismo social, capaz de interactuar con su entorno y de provocar en sus cuidadores el tipo de atención necesaria para su adaptación.

Es posible describir el enfoque de Brazelton y sus colaboradores como centrado en el niño y enfocado en la familia al mismo tiempo. Teniendo en cuenta la distinción que realiza Stern (1997), podemos interpretar que su *objetivo teórico* es la modificación de las representaciones que los progenitores tienen sobre su hijo o sobre sí mismos como padres. Para acceder a ellas, utiliza como *puerto de entrada* la conducta del niño, intentando demostrar las capacidades y limitaciones interactivas del bebé, y enseñando a los padres la mejor forma de ayudar a su hijo durante ese período.

El núcleo de las sesiones lo constituye la aplicación de la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (Brazelton y Nugent, 1997), la cual fue ideada, en su origen, a modo de un examen clínico detallado del neonato. Sin embargo, cada vez son más los profesionales y publicaciones que dan cuenta de su gran utilidad

como forma de intervención y trabajo con los padres.

En términos generales, podemos decir que la NBAS es un instrumento que permite obtener un perfil completo de la organización del neonato al describir una amplia variedad de conductas, incluyendo competencias y potencialidades, así como también descubrir áreas de dificultad o desviación. Su objetivo central es identificar o reconocer la individualidad del comportamiento del bebé, describiendo el estado actual de los diferentes sistemas (autónomo, motor, organización del estado de conciencia e interacción social) y la forma en que ellos interactúan y se integran.

Es importante destacar que la aplicación de la NBAS constituye una evaluación *interactiva*, en la cual el examinador tiene un papel fundamental como facilitador de las respuestas y recursos del bebé. En este sentido, para ser un “buen examinador” no es suficiente con los conocimientos acerca del comportamiento neonatal. Es necesario, además, tener un adecuado manejo del recién nacido, desarrollar la capacidad de observación y haber superado un examen de fiabilidad (90% de acuerdos con un examinador experto). Al mismo tiempo, se requiere ser lo suficientemente flexible como para valorar la disponibilidad del neonato, ajustar el examen en función de ella y lograr así su “mejor actuación”.

En cuanto a su utilidad en el ámbito terapéutico, la aplicación de la NBAS en este contexto tiene los siguientes objetivos: a) sensibilizar a los padres en la individualidad de su hijo y en el reconocimiento de sus señales comunicativas, promoviendo de este modo una relación positiva entre ellos; b) compartir las preocupaciones de los padres acerca del futuro desarrollo de su hijo; y c) promover una colaboración positiva entre los principales cuidadores del niño y el clínico o servicio de salud que continuará atendiéndoles (Brazelton y Nugent, 1997).

Teniendo en cuenta esta descripción general del modelo basado en la evaluación del desarrollo, describiremos a continuación la sesión de intervención con la NBAS y el modo cómo el examinador debe trabajar a fin de lograr los objetivos citados anteriormente.

En la utilización clínica de la NBAS, no se espera que el profesional lleve a cabo un examen completo frente a los padres, sino más bien una aplicación “informal” de la misma. El objetivo central es desplegar frente a los progenitores aquellos aspectos más sobresalientes del comportamiento del bebé, y en ese sentido, el evaluador debe adaptar la aplicación en función del caso particular. Todo ello con miras a reconocer la individualidad del bebé, en la medida en que sus características particulares moldearán el tipo de cuidados que requerirá. Esto significa que habitualmente, en la sesión de intervención con la NBAS, se administra una menor cantidad de ítems de la escala y que el evaluador y los padres se detienen a discutir y resolver dudas cuando lo estiman conveniente (Nugent, 1985).

A pesar de tratarse de una aplicación “informal” de la NBAS, hay determinados pasos a seguir que describiremos a continuación, de acuerdo con el procedimiento propuesto por Nugent (1985).

*a) Introducción, establecimiento del “rapport” y descripción del propósito de la evaluación*

Idealmente, la primera sesión de evaluación tiene lugar en el segundo o tercer día de vida del bebé, en las condiciones requeridas para el examen, y en presencia de sus padres. La habitación en que se lleva a cabo debe estar arreglada de tal manera que los participantes se sientan cómodos y puedan observar al niño. Es importante que el examinador les comunique la duración aproximada de la sesión y que procure crear una atmósfera de tranquilidad en torno al examen.

Para comenzar, se recomienda introducir la evaluación con una descripción general de sus objetivos. Por ejemplo, se puede explicar a los padres que se trata de un examen de las características conductuales y relacionales del neonato, que tiene la finalidad de apreciar la asombrosa variedad y riqueza de sus competencias. Se puede agregar que el objetivo de la sesión es descubrir la individualidad del bebé, identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles y ver cómo responde a su nuevo mundo mientras duerme, está despierto y durante los períodos en que está estresado. A continuación, el

profesional puede describir brevemente cómo se desarrollará el examen o dar una descripción general de las diferentes áreas de funcionamiento que evalúa la escala.

Es importante anticipar a los padres que, a pesar de que no hay nada doloroso en el examen, la mayoría de los bebés lloran durante parte de la evaluación. A su vez, puede ser de utilidad explicarles que la escala ha sido diseñada para permitir observar en qué medida el bebé puede autoconsolarse o ser consolado, así como cuáles son los niveles de estimulación que le provocan estrés.

#### *b) Aplicación de la NBAS e interpretación*

La segunda parte de la sesión consiste en la aplicación de la NBAS tal como se describe en el manual, aunque teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, es decir, que se trata de una aplicación flexible o adaptable en función de las características particulares del bebé y de sus padres.

El principal objetivo del examinador en este contexto es *describir e interpretar* para los padres el comportamiento del bebé en términos de su significado adaptativo y en relación al momento del desarrollo en que se encuentra. También puede incluir una descripción del *curso* que seguirá determinado comportamiento en los primeros meses de vida y sus posibles *implicaciones para la crianza*. Si bien una sesión debiera abordar todos estos aspectos, la cantidad de información que se presentará a los padres dependerá de factores tales como el momento en que se lleva a cabo el examen, la salud de la madre, el comportamiento del bebé o el interés de los padres por el niño y por el conocimiento acerca de su desarrollo. En ese sentido, mientras cada sesión contará siempre con el aspecto descriptivo, es el evaluador quien deberá juzgar la cantidad y profundidad de las explicaciones en relación a las otras tres áreas (*interpretación del comportamiento, descripción del curso del desarrollo e implicaciones para la crianza*).

Existen una serie de conceptos relacionados con el comportamiento neonatal que resultan útiles compartir con los padres. Uno de ellos es el de *umbral* de estimulación: el profesional puede descifrar y señalar a los padres cuáles son los umbrales más allá de los cuales el niño tenderá a retraerse y, de esta forma, ayudarles a entender cómo establecer contacto con su hijo (Brazelton y Cramer, 1993). Otro concepto valioso y que

se encuentra estrechamente vinculado al anterior es el del *costo* de la reacciones. Si bien es cierto que incluso los bebés inmaduros pueden reaccionar a los estímulos con respuestas complejas, ello tiene un costo que se expresa con signos de sobrecarga (acrocianosis, aversión de la mirada, respiración superficial y rápida, o respiración profunda e irregular, etc.), que es fundamental explicar, o más bien demostrar a los padres de niños frágiles.

Por otra parte, el concepto de *estados de conciencia* es de gran ayuda para los progenitores, ya que les permite comprender el comportamiento de su hijo desde una nueva perspectiva. En la medida en que aprendan a observar y distinguir los diferentes estados, lograrán entender y predecir los cambios en su organización, y podrán así ajustarse con éxito a las necesidades de alimento, sueño, cobijo, etc. del bebé. La descripción de estos distintos estados de conciencia se realiza a partir de la siguiente clasificación (ver tabla 1):

**Tabla 1**  
**Los Estados de Conciencia del Recién Nacido**

<i>Estados de sueño</i>		<i>Estados de vigilia</i>			
Estado 1	Estado 2	Estado 3	Estado 4	Estado 5	Estado 6
<b>Sueño profundo</b>	<b>Sueño ligero</b>	<b>Soñoliento</b>	<b>Alerta</b>	<b>Activo</b>	<b>Llanto</b>
Ojos cerrados No hay movimiento de los ojos Respiración regular No hay movimientos espontáneos excepto sacudidas o movimientos espasmódicos	Ojos cerrados Movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados Bajo nivel de actividad Movimientos fortuitos y sobresaltos Movimientos de succión	Semiobnubilado Mirada apagada y párpados pesados o cerrados Nivel de actividad variable Movimientos suaves	Mirada brillante Atención focalizada en el estímulo Actividad motora mínima	Ojos abiertos Inquieto Considerable actividad motora con descargas de movimientos en las extremidades Algunos sobresaltos	Llanto intenso Alto nivel de actividad motora

Si bien el foco de atención durante la intervención lo constituye el comportamiento del bebé, Nugent (1985) destaca la importancia de que el profesional

actúe como guía y reconozca las reacciones de los padres a lo largo de toda la sesión. Una forma de hacerles partícipes es haciendo breves pausas durante la evaluación a fin de elaborar lo que han visto, acogiendo sus preocupaciones y contrastando sus observaciones.

Un aspecto central a tener en cuenta como examinador (y en estrecha relación con la actitud no enjuiciadora descrita), es el respeto por la integridad de las habilidades parentales de cada pareja. Este respeto no invalida la posibilidad de que el profesional reconozca las dificultades y ansiedades que experimentan muchos padres durante este período de ajuste. Por otra parte, es fundamental que el clínico evite etiquetar el comportamiento del bebé como “bueno” o “malo”, adoptando en cambio una perspectiva descriptiva en relación al significado adaptativo de las respuestas.

### *c) Síntesis, implicaciones para la crianza y planificación del seguimiento*

Al final de la sesión, el profesional debe llevar a cabo una síntesis de lo observado, poniendo énfasis en las respuestas del bebé a los diferentes niveles de estimulación y en sus implicaciones para el cuidado cotidiano. Esta síntesis se puede estructurar a través de la perspectiva de sistemas (autónomo, motor, organización del estado de conciencia e interacción social), considerando los puntos fuertes y puntos débiles para cada uno de ellos. Es el momento también de acoger y discutir las preocupaciones de los padres detectadas a lo largo del examen y de pedirles un intercambio de pareceres con respecto a la evaluación, si se juzga adecuado. Cabe destacar que el examinador puede describir y compartir cualquier comportamiento preocupante observado en el bebé, siempre y cuando sea cauteloso y no le asigne una etiqueta peyorativa.

Con respecto a la planificación del seguimiento, cabe señalar que dos o tres visitas domiciliarias a lo largo del primer mes de vida del niño resultan mucho más efectivas que una única sesión llevada a cabo en los primeros días en el hospital. Por una parte, las evaluaciones repetidas proporcionan una mejor visión con respecto al desarrollo futuro del bebé y permiten al profesional dar apoyo a los padres en momentos en los que suelen tener muchas preguntas acerca del comportamiento de su hijo. Por otra parte, permiten a los padres sacar mayor provecho de cada uno de los encuentros,

en la medida en que van adquiriendo confianza en el profesional y compartiendo los cambios que van observando en el desarrollo de su hijo. Por último, hacia la tercera o cuarta sesión, los padres y el profesional habrán llegado a conocer al bebé como individuo, y la estabilización e integración de los sistemas autónomo, motor, organización del estado y social-interactivo marca el término de la intervención con la NBAS. De este modo, quedan establecidas las bases para una relación duradera entre el profesional y la familia.

*d) Puntuación (opcional)*

Finalmente, y una vez terminada cada sesión, se recomienda que el examinador puntúe la NBAS y escriba un párrafo descriptivo que sintetice lo observado.

En primer lugar, hay que tener en cuenta la gran cantidad de factores que influyen e interactúan en todo proceso evolutivo, motivo por el cual ciertas investigaciones han fracasado a la hora de encontrar resultados positivos en cuanto a la eficacia de las intervenciones con la NBAS. No obstante, existe un gran cuerpo de evidencia que permite afirmar la utilidad de la escala como instrumento de trabajo con las familias. De hecho, las intervenciones tempranas basadas en la NBAS pueden influir positivamente en la calidad de la interacción padres-hijo, en la autoestima y confianza de los padres, en su capacidad para comprender el comportamiento de su bebé, favorecer su desarrollo, etc. De ello dan cuenta los trabajos llevados a cabo con recién nacidos de bajo peso y sus madres, con bebés hijos de madres drogadictas, con madres de bajo nivel socioeconómico, con hijos de madres deprimidas, etc. (Britt y Mayers, 1994; Rauh, Nurcombe, Achenbach, y Howell, 1990; Warren et al., 1989; citados en Brazelton y Nugent, 1997; Das Eiden y Reifman, 1996; Hart, Field y Nearing, 1998).

Llama la atención la gran variedad de objetivos, metodologías y poblaciones utilizados por los investigadores que emplean la Escala de Brazelton como forma de intervención. Mientras algunos estudios utilizan únicamente la demostración de la NBAS a la madre, otros incluyen formas de administración como la MABI (*Mother's Assessment of the Behavior of her Infant*, Field, Dempsey, Hallock y Schuman, 1978 citado en Hart et al., 1998) o las FANA (*Family Administrated Neonatal Activities*, Cardone y Gilkerson, 1997), a veces en conjunto con sesiones informativas, vídeos, etc. A su vez, mientras unas investigaciones evalúan los efectos de las demostraciones de la NBAS en la interacción temprana, otras utilizan como medida del efecto el rendimiento de los bebés en escalas de desarrollo, la actitud de los padres hacia el bebé, la sensibilidad de éstos frente a las señales de su hijo, la confianza y autoestima materna, etc. (Brazelton y Nugent, 1997; Das Eiden y Reifman, 1996; Hart et al., 1998).

Considerando la gran variedad de estudios que utilizan la NBAS como forma de intervención, podemos decir que su eficacia depende de numerosos factores, “incluyendo la naturaleza y objetivos de la sesión por sí misma, el nivel de riesgo de la familia, el tipo de relación profesional entre los padres y el clínico y la calidad de la relación padres-clínico, el número de sesiones, el grado de disponibilidad de los padres

y la naturaleza del tratamiento de seguimiento” (Brazelton y Nugent, 1997, p. 109). En este sentido, los autores son claros a la hora de señalar que no se puede esperar que un único examen llevado a cabo en los primeros días de vida del niño tenga efectos a largo plazo en su desarrollo o en la relación padres-hijo.

Teniendo en cuenta los factores mencionados anteriormente y en particular, la relevancia del tipo de población a la hora de explicar la eficacia de la intervención, Beeghly y colaboradores (Beeghly et al., 1995) señalan que, si bien existe un fuerte apoyo empírico para los efectos beneficiosos de los programas en el caso de padres de bebés de alto riesgo (como prematuros o de muy bajo peso), este soporte es menos consistente en el caso de muestras de padres y bebés normales o de menor riesgo médico. Según los autores, una de las razones que puede explicar la falta de consistencia observada en tales investigaciones es la poca atención prestada a los factores protectores y de riesgo de los bebés y de las madres, factores que pueden afectar significativamente el modo en que los sujetos responden a la intervención.

Uno de los estudios que aborda el tema de la eficacia es el meta-análisis realizado por Das Eiden y Reifman (1996). En él, los autores reúnen y analizan los resultados de 13 investigaciones publicadas que utilizaban la NBAS como forma de intervención con los padres. Su objetivo fue evaluar en qué medida este tipo de intervenciones promueve un mejor desempeño del rol como padres en el futuro, en comparación con las condiciones de un grupo control (por ejemplo, dar a los padres un informe verbal general del desempeño del bebé en la NBAS). Para ello, consideraron sólo una medida del efecto por estudio, seleccionando para la comparación aquella que mejor representase la calidad y sensibilidad de los cuidados parentales. El total de familias incluidas en el meta-análisis fue de 668. A pesar de que optaron por una serie de procedimientos metodológicos bastante conservadores a la hora de estimar la medida del efecto, concluyeron que las intervenciones basadas en la NBAS tienen un efecto de pequeño a moderado en la calidad de los cuidados paternos.

Por otra parte, los autores reflexionan acerca de una serie de factores moduladores que parecen tener un papel en el impacto de estas intervenciones. Uno de ellos es la duración del seguimiento. En general, los estudios con seguimientos más breves muestran mejores efectos, que no suelen ser tan evidentes a largo plazo. Un

segundo factor parece ser la forma o intensidad de la intervención. A este respecto, una serie de investigadores han discutido la posibilidad de que la administración de la NBAS por parte de los padres sea más efectiva que la observación pasiva y la explicación. Un tercer factor mediador se refiere a las características de los sujetos. Si bien anteriormente señalamos la posibilidad de que la intervención sea más efectiva en el caso de muestras de alto riesgo, es posible también pensar lo contrario, es decir, que las necesidades psicológicas de las madres de alto riesgo las hagan menos receptivas a la información acerca del bebé durante la aplicación de la NBAS en el contexto de la intervención. En este sentido, prestar atención a sus necesidades y preocupaciones en relación a su rol como madres puede ser beneficioso para ellas (Beeghly et al., 1995; Das Eiden y Reifman, 1996). Las observaciones de Brazelton (1990 citado en Das Eiden y Reifman, 1996) siguen esta misma línea, señalando que a las madres de nivel socioeconómico bajo les toma más tiempo confiar en los examinadores en comparación con las de nivel socioeconómico medio.

En cuanto a los efectos de una intervención con la NBAS a largo plazo, el estudio llevado a cabo por Gomes-Pedro y colaboradores (1995) es uno de los pocos que han aportado datos en este área. La intervención tenía como objetivo mejorar la interacción temprana madre-bebé en el caso de madres primíparas de nivel socioeconómico medio-bajo. El procedimiento que utilizaron era bastante breve y sencillo. Durante el tercer día de vida del bebé, los examinadores presentaron a las 40 madres del grupo experimental ciertos ítems de la NBAS (los de orientación visual animada, auditiva animada, respuesta al abrazo y capacidad de ser consolado) y les animaron a producir ellas mismas las respuestas en su bebé. Los resultados obtenidos a corto plazo (28 días post intervención) mostraron puntuaciones significativamente superiores en la NBAS en el caso de los bebés del grupo experimental. Estas diferencias se pudieron apreciar particularmente en los ítems de orientación, alerta y respuesta al abrazo. En cuanto a la interacción, se vio que las madres del grupo experimental lograban un patrón más favorable, especialmente frente a situaciones estresantes breves, como pequeñas separaciones o ante la situación de “rostro inexpresivo” descrita por Tronick y Brazelton en el año 1980 (citado en Gomes-Pedro et al., 1995).

En este mismo estudio, con respecto a los resultados a largo plazo, si bien las diferencias encontradas después de transcurridos dos años eran menos claras que las

halladas a corto plazo, sí podía apreciarse una disimilitud en términos de mejores patrones de interacción en las díadas del grupo experimental. Ello era particularmente notorio en el modo de enfrentar las situaciones estresantes a las que fueron sometidas. El hecho de que los resultados a largo plazo sean menos evidentes puede deberse, según los autores, a que el apoyo dado a las madres fue extremadamente breve, y a que la alta frecuencia de las evaluaciones realizadas durante el seguimiento podrían haber actuado como una intervención en sí para ambos grupos. De hecho, el seguimiento consistió en nueve evaluaciones, realizadas a los 8 y 28 días de edad, y posteriormente a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses. Cada evaluación incluía una valoración del desarrollo del niño, de las actitudes maternas y de la interacción madre-bebé.

Considerando los resultados obtenidos a corto plazo, el estudio confirma la eficacia y relevancia de este tipo de intervención y llama la atención acerca de su especificidad, esto es, de la correspondencia entre el contenido de la intervención y las áreas en las cuales pudo apreciarse un cambio. Teniendo en cuenta esta correspondencia, los investigadores sugieren que las intervenciones debieran ser diseñadas para moldear habilidades específicas. Una vez más, los autores destacan las ventajas de este tipo de programas en términos de costo y eficacia, lo cual convierte a las intervenciones con la NBAS en una aproximación muy atractiva para los sistemas de salud. Finalmente, concluyen que se trata de un enfoque especialmente beneficioso para el tipo de población al que se dirigió: un grupo de mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo, que cuenta con muy poca información acerca de las competencias y el desarrollo de los bebés.

En esta misma línea, el trabajo de Wendland-Carro y colaboradores (Wendland-Carro, Piccinini, y Millar, 1999) también utiliza la interacción temprana madre-bebé como medida del efecto de la intervención. Las diferencias con el estudio anterior son básicamente dos: el procedimiento que utilizan en la sesión de intervención y el período de seguimiento.

En este caso, el programa de intervención se basó en un vídeo que presentaba información acerca de las competencias del neonato, en especial sobre sus capacidades interactivas, promoviendo el manejo afectuoso del bebé y motivando a las madres a interactuar con él. La secuencia de este vídeo se basaba en la administración de la

NBAS. A medida que mostraban las imágenes a la madre, los examinadores llevaban a cabo una pequeña discusión de lo visto. Un mes más tarde, se realizaron observaciones en los hogares a fin de valorar el tipo de interacción madre-bebé durante el juego libre y el baño. Se encontró que el grupo que había recibido la intervención mostraba significativamente mayor sincronía en la interacción. Esto es, habían más intercambios recíprocos entre madre y bebé, independientemente de quién los iniciase, incluyendo las vocalizaciones, las miradas y el contacto físico. A su vez, se vio que estas madres eran más sensibles al llanto de los bebés y a sus respuestas involuntarias (como hipo, tos, estornudos, etc.). Según los autores, esto último sugiere que la intervención aumentó en forma general la sensibilidad de la madre frente al comportamiento del bebé, más que restringirse a las respuestas sociales del niño (Wendland-Carro et al., 1999).

El trabajo de Beeghly y colaboradores (Beeghly et al., 1995) difiere de los revisados hasta ahora en que, en lugar de comparar los resultados obtenidos por un grupo experimental con los de un grupo de control, contrasta la eficacia de dos tipos de intervención. Estos enfoques se aplicaron a una muestra heterogénea de madres (primíparas, multíparas, con diferentes niveles de riesgo demográfico y psicosocial) y bebés (de peso adecuado para la edad gestacional y bebés con retraso en el crecimiento intrauterino) durante el período perinatal. La primera intervención se centraba en el bebé y utilizaba la NBAS a fin de mostrar a la madre el repertorio de comportamientos de éste. La segunda estaba focalizada en la madre y consistía en entrevistas en profundidad que indagaban en sus preocupaciones acerca del maternaje. A pesar de las diferencias en el foco de atención, ambas intervenciones tenían como objetivo establecer una alianza terapéutica con la madre a través de la cual aumentar su comprensión acerca de su hijo y de las necesidades de su desarrollo, mejorando así su autoestima como madre, la calidad de la interacción y el desarrollo del bebé. Ambos enfoques se aplicaron en los días 3, 14 y 30 posparto. Los efectos en términos del estrés de la madre, la interacción madre-bebé y el desarrollo del niño fueron evaluados a los 4 meses de edad.

Aunque ninguna de las intervenciones utilizadas derivó en resultados universalmente positivos en las evaluaciones de la madre y del bebé a los 4 meses, la eficacia de cada una de ellas estaba mediada por el tipo de madre (primípara o multípara), el riesgo de ésta y la medida del efecto utilizada. Las madres primerizas y

las que tenían un alto riesgo demográfico (solteras, más jóvenes, con menos recursos económicos, etc.) ostentaron mayor estrés a nivel del maternaje, pero éste se reducía en el caso de que hubiesen participado en la intervención centrada en el niño. Al mismo tiempo, las madres que tenían mayor riesgo demográfico fueron menos sensibles en la interacción con sus bebés a los 4 meses en comparación con las madres de bajo riesgo. Ahora, si estas madres habían participado en la intervención centrada en la madre, la calidad de su comportamiento interactivo mejoraba. Contrariamente a lo esperado, no se observó una relación significativa entre el tipo de intervención y el riesgo del bebé en ninguna de las variables medidas a los 4 meses. Ello puede deberse, según los autores, al estatus de riesgo relativamente bajo de los bebés con retraso en el crecimiento intrauterino, los cuales suelen ser clínicamente normales en el resto de aspectos. Resulta llamativo el hecho de que las madres de mayor riesgo psicosocial (bajo apoyo social, menor satisfacción general con su vida, etc.) fueron las que obtuvieron los peores resultados a los 4 meses y aparentemente no habían sido afectadas por la participación en ninguno de los dos tipos de intervención, independientemente de su estatus demográfico. El hecho de sentirse insatisfecha con la vida y carente de apoyo en el período posparto parecen ser factores cruciales que podrían afectar significativamente la receptividad de la madre frente a este tipo de intervenciones. Teniendo en cuenta lo anterior, los autores enfatizan la importancia de evaluar tanto las variables próximas (por ejemplo, psicológicas) como distales (por ejemplo, demográficas) y el riesgo médico en el momento de seleccionar el tipo de intervención que se les ofrecerá (Beeghly et al., 1995).

Finalmente, a modo de síntesis de las investigaciones revisadas en este apartado, podemos considerar que las intervenciones en las que se utiliza la NBAS como instrumento para favorecer la interacción entre la madre y su hijo resultan beneficiosas y presentan una serie de ventajas en términos de la relación costo-eficacia. Ahora bien, la experiencia demuestra que este tipo de intervenciones no pueden ser “universales” o estándar. Por el contrario, los hallazgos revisados plantean la necesidad de desarrollar enfoques distintos e intentar aparejar las características del receptor de la intervención con el programa más adecuado a él (ya sea el neonato, la madre o ambos). Esto permitirá incrementar la eficacia de la intervención y acercarla a la diversidad de familias que buscan atención de este tipo.

En el estudio de Hart et al. (1998) se trabajó con madres de riesgo. El objetivo de la intervención que llevaron a cabo estos autores fue mejorar la interacción entre madres deprimidas y sus bebés recién nacidos. El programa consistió en lo siguiente: las madres del grupo experimental observaron la administración de la NBAS después del alumbramiento, y luego utilizaron la MABI para evaluar periódicamente a sus hijos en casa. Las madres del grupo control, también deprimidas, completaron semanalmente unos cuestionarios acerca del desarrollo de sus bebés y de sus actitudes en relación a la crianza. Los resultados en la NBAS después de haber transcurrido un mes mostraron que los hijos de las madres del grupo experimental se desempeñaron mejor que los del grupo control en las dimensiones social-interactiva y organización del estado.

A partir de los resultados encontrados, los autores concluyen que este tipo de intervención constituye una técnica simple y económica que permite beneficiar a los bebés de madres deprimidas durante el período posparto. Sin embargo, destacan la necesidad de estudiar en qué medida estos resultados pueden mantenerse en el tiempo. Es posible, señalan, que las mejorías encontradas constituyan sólo cambios transitorios. Pero es posible también que estos bebés, al mostrar una mejor alerta, mejor capacidad para responder a estímulos sociales y menor irritabilidad, sean capaces de provocar en la madre respuestas más positivas y de poner en marcha patrones de intercambio más favorables, generando así cambios duraderos a nivel de la interacción (Hart et al., 1998).

Uno de los aspectos más llamativos del estudio que estamos revisando es que, si bien las madres de ambos grupos reconocieron que sus bebés habían mejorado después de haber transcurrido un mes, las percepciones de las madres del grupo experimental no reflejaban el mayor progreso logrado por sus hijos. Lo anterior es consistente con la literatura acerca de las actitudes maternas negativas de las madres deprimidas. Una investigación reciente (Hart, Field y Roitfarb, 1999) encontró que las madres deprimidas puntuaban a sus bebés más negativamente en la MABI, en comparación con la puntuación dada por los examinadores. Al mismo tiempo, se vio que una vez transcurrido un mes, las puntuaciones coincidían, de manera que las valoraciones de los evaluadores eran tan negativas como las de las madres. Ello sugiere que, tal como ocurre en una “profecía autocumplida”, los bebés que eran menos reactivos al mes

habían sido anticipados por las percepciones negativas de sus madres deprimidas al momento de nacer.

Por otra parte (y volviendo al estudio de Hart et al., 1998), el hecho de que la mejoría en el desarrollo de los bebés no tuviese su contrapartida a nivel de las percepciones maternas puede reflejar que el éxito de la intervención reside más en una modificación en el comportamiento de ésta que en sus actitudes. De hecho, la depresión de las madres no mejoró, lo que hace pensar a los autores que en estos casos se requiere una intervención más intensa y generalizada que provoque un mayor impacto en las madres (Hart et al., 1998).

En cuanto a la depresión posparto, Nugent y colaboradores (Nugent et al., 2000) crearon una versión reducida de la NBAS, la CLNBAS (Clinical Neonatal Behavioral Assessment Scale) para ser utilizada como procedimiento de intervención, con la finalidad de minimizar el riesgo de este trastorno. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de este nuevo instrumento como medio para fortalecer la relación madre-bebé, modificando las representaciones maternas acerca de su hijo y de sí misma como madre, y reduciendo así el riesgo de depresión. La intervención consistió en una sesión con la CLNBAS en presencia de la madre en el período postnatal inmediato, y otra sesión realizada al cabo de tres semanas a través de una visita domiciliaria. Las madres de ambos grupos fueron evaluadas a los tres meses en relación a sus representaciones y a la depresión.

Los resultados muestran que las madres del grupo experimental tenían menos puntuaciones sobre el punto de corte definido para la depresión. En cuanto a las representaciones maternas, una de las diferencias llamativas encontradas fue el número significativamente más alto de madres del grupo experimental que sentían que entendían las necesidades de su bebé. A su vez, estas madres percibían a sus hijos como más alerta y a sí mismas como menos sobreprotectoras. En base a los resultados encontrados, los investigadores concluyen que la administración de la CLNBAS en presencia de la madre puede ser un instrumento útil en la construcción de la relación madre-bebé y en la reducción de la depresión posparto (Nugent et al., 2000).

La NBAS se puede aplicar, añadiendo los ítems suplementarios, a niños prematuros aparentemente sanos, siempre y cuando la edad postmenstrual del neonato sea de 38-40 semanas. Su utilización es posible hasta las 48 semanas de edad postmenstrual. Es evidente que no es posible aplicarla a niños que requieren cuidados intensivos, oxigenoterapia y alimentación intravenosa o por sonda, ya que pueden sufrir un exceso de estrés (Brazelton y Nugent, 1997).

La aplicación de la NBAS como procedimiento de intervención en este contexto sigue las pautas señaladas por Nugent (1985), descritas anteriormente. Tal como apuntábamos entonces, la utilización clínica de la escala implica cierto grado de 'informalidad' en su aplicación, lo cual se encuentra estrechamente vinculado al respeto del evaluador por la individualidad de cada niño y de sus padres. Eso significa, en el caso particular de bebés prematuros, ajustar la evaluación a las necesidades de un recién nacido frágil y su familia. En concreto, implica que a lo largo de la evaluación el evaluador debe focalizar su atención en: la identificación de las señales de sobrecarga del bebé, el reconocimiento de sus áreas deficitarias y de sus fortalezas, el desarrollo de modos de interacción que respeten sus umbrales de estimulación y en general, en reforzar todas aquellas pautas que contribuyan a una mayor organización de la conducta del bebé y a una mejor comunicación entre él y sus progenitores (Cole, 1997). En consecuencia, las investigaciones que utilizan la NBAS como procedimiento de intervención con niños prematuros lo hacen previo al alta, cuando el niño está estabilizado, haciendo pausas para que el bebé recupere energías y en algunos casos administrando sólo un número reducido de ítems que permitan ilustrar los aspectos más relevantes de su comportamiento.

Uno de los estudios llevados a cabo en este ámbito es el de Ogi y colaboradores (Ogi et al., 2001). En su programa de intervención, la Escala de Brazelton se utilizó para demostrar a los padres las competencias de su hijo, a fin de promover la organización comportamental y el progreso en el desarrollo en el caso de bebés nacidos prematuros. A las 44 semanas de edad postmenstrual, y una vez llevada a cabo la intervención, los bebés fueron evaluados con la Escala de Brazelton. Los resultados muestran que el grupo experimental obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo

control en las agrupaciones de ítems de orientación, motricidad, variabilidad de estados y regulación del estado. A su vez, mostraron un desempeño significativamente superior en las Escalas de Bayley al ser evaluados a los 12 meses. Según los autores, lo anterior sugiere que el programa fue eficaz no sólo en promover el desarrollo neuroconductual de bebés de muy bajo peso, sino que además ejerció una influencia directa en su desarrollo mental y motor que se extendió hasta el final del primer año.

Rauh y colaboradores (Rauh et al., 1990) observaron que los efectos de una intervención basada en la NBAS llevada a cabo en el período neonatal eran ostensibles a los 36 y a los 48 meses de edad. Ello fue confirmado a través de las Escalas de McCarthy tanto en el caso de las aptitudes motrices como de las cognitivas. Similar fue el hallazgo de Parker y su equipo (Parker, Zahr, Cole y Brecht, 1992), al encontrar que los hijos de las madres que habían participado activamente en la evaluación conductual de su bebé durante su estancia en la UCIN mostraban cocientes de desarrollo superiores a los del grupo control a los 4 y 8 meses. Por su parte, Szjanberg y su equipo (1987) comprobaron que una intervención de este tipo propiciaba una mayor frecuencia de visitas de las madres de bebés prematuros a la UCIN y que éstas valorasen su temperamento a los 6 meses como “más fácil” que las madres del grupo control.

En el Hospital Italiano de Buenos Aires, Ruiz y colaboradores (2005) llevaron a cabo un estudio en que evaluaban el impacto de un programa de intervención psicosocial sobre el recién nacido prematuro y sus padres. Parte de dicho programa consistía en la aplicación, en presencia de la madre, de la NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS) (una adaptación de la Escala de Brazelton) y la participación en entrevistas individuales semanales. Los resultados dieron cuenta de una disminución significativa tanto del nivel de estrés como de la depresión materna en comparación con el grupo control.

Cabe preguntarse en qué medida estos resultados pueden mantenerse en el tiempo y en qué medida son producto de la intervención realizada en el período neonatal. De acuerdo a Hart y colaboradores (Hart et al., 1998), es probable que los bebés que reciben este tipo de intervención, al mostrar una mejor alerta, mejor capacidad para responder a estímulos sociales y menor irritabilidad, sean capaces de provocar en la madre respuestas más positivas y de poner en marcha patrones de

intercambio más favorables, generando así cambios duraderos a nivel de la interacción.

## **Otros modelos de intervención aplicados al neonato prematuro**

*Programa de evaluación y atención individualizada para el desarrollo neonatal (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, NIDCAP)*

### *a) Descripción del NIDCAP*

El programa NIDCAP constituye una referencia a nivel mundial en relación al cuidado del bebé prematuro. A diferencia de lo que sucede en muchas UCINs, donde se proporcionan los cuidados de forma rutinaria y donde los padres se sienten más como visitantes que como partícipes en dichos cuidados, el objetivo de este complejo programa de intervención precoz es ofrecer atención individualizada a bebés prematuros y a sus familias. Al mismo tiempo, tiene como finalidad proporcionar educación y entrenamiento especializado en observación y evaluación del desarrollo a aquellos profesionales que tienen a su cuidado a estos bebés y sus progenitores (Als, 1997).

El programa tiene como base la Teoría Sinactiva del Desarrollo (Als, 1982), expuesta en el apartado “Observación e interpretación del comportamiento del bebé prematuro”. El niño prematuro, al igual que los neonatos a término que requieren hospitalización, es apartado por largos períodos de tiempo del ambiente que constituye el entorno apropiado y esperado para su adecuado desarrollo, esto es, la matriz y luego el cuerpo de sus padres y el entorno social familiar. El propósito del programa NIDCAP es proporcionar las condiciones necesarias para restablecer, dentro de lo posible, el equilibrio perdido, tanto a nivel del entorno físico en el cual crecerá el bebé, como de la organización de los cuidados que se le darán (Als, 2000).

La formación de profesionales en el modelo NIDCAP y la certificación de los distintos centros que proveen esta formación se encuentra estrictamente especificada. De hecho, el entrenamiento y certificación en el modelo NIDCAP dura aproximadamente 5 años, durante los cuales se proporciona información, entrenamiento en observación y evaluación del prematuro, supervisión y evaluación continua. La implementación de este programa requiere conocimientos sobre el desarrollo del bebé,

de las características de su familia, así como de la relación entre la condición médica del neonato y su desarrollo. Resulta fundamental la aplicación de un enfoque multidisciplinario, donde los aportes de cada disciplina sean considerados e integrados. Es importante también conocer el funcionamiento organizacional del hospital y de la UCIN, a fin de identificar cuáles serán los cambios necesarios en su estructura. En la actualidad, este entrenamiento está disponible en 17 centros en Estados Unidos, Europa y América Latina (Als, 1997; NIDCAP Federation International, 2008).

La base sobre la cual se planifican los cuidados neonatales individualizados es la observación sistemática, que se realiza en distintos momentos: cuando el neonato está en reposo, durante los cuidados habituales con alguna manipulación (puede ser un cambio de pañal) y después de éstos, durante el período de recuperación. También se utiliza la evaluación formal del comportamiento realizada mediante la APIB (Assessment of Preterm Infants Behavior) de Als, Lester, Tronick y Brazelton (1982). Ambas metodologías han sido diseñadas para captar la complejidad del comportamiento del bebé prematuro, centrándose en la interacción entre los distintos sistemas (autónomo, motor, organización del estado y social-interactivo) a medida que el bebé interactúa con el cuidador y su entorno. Dentro de estos cuidados se da gran importancia además al entorno físico (intensidad de la luz, el ruido ambiental, la disposición de la incubadora, etc.), el tipo de cuidados proporcionados (en cuanto a la posición del bebé, la alimentación, el baño, etc.) y la situación clínica del niño (Als y McAnulty, 2000). Los resultados obtenidos proporcionan las orientaciones que permiten definir sus próximas metas, así como las áreas que requieren de mayor apoyo. La información se utiliza para estructurar los cuidados con el fin de promover la capacidad de autorregulación del neonato y su progresivo desarrollo, disminuyendo su desorganización. Algunas estrategias que derivan de la evaluación y que favorecen el desarrollo del bebé y el bienestar de su familia son las siguientes:

1. Proveer un ambiente físico apropiado para el bebé y su familia
2. La planificación y organización de las intervenciones médicas y de enfermería de manera que se ajusten a las necesidades del bebé y sus progenitores
3. Apoyo y fortalecimiento de las habilidades de los padres, así como de la confianza en relación al cuidado de su hijo.
4. Coordinación del cuidado, que proveen los distintos especialistas, tales como

terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas, etc. (Als, 1997).

Con respecto a este último punto, el programa cuenta con la participación de un equipo “especialista en desarrollo”, que puede estar formado por un psicólogo y un neonatólogo (médico o enfermera) entrenados adecuadamente en el empleo del enfoque NIDCAP. Este equipo tiene como principal función realizar observaciones del comportamiento de los neonatos, así como mantener contacto permanentemente con los padres y el resto de los profesionales de la UCIN, asegurando de este modo la continuidad y consistencia de los cuidados. A su vez, son ellos quienes, a partir de las observaciones realizadas, planifican e implantan los cuidados individualizados seleccionados para cada bebé, enseñando a los profesionales y progenitores a reconocer las señales de estrés y bienestar y ajustando los cuidados en función de dichas señales. De esta forma, el neonato es considerado un participante activo en los cuidados recibidos (Als et al., 2004).

Las observaciones del especialista en desarrollo se realizan semanalmente, desde el ingreso del bebé a la UCINs, hasta el alta del centro hospitalario. Cada observación comienza 10 minutos antes de una interacción programada (por ejemplo, un cambio de pañal), abarca todo el tiempo que dura la interacción y se prolonga 10-20 minutos una vez finalizada ésta. Se registran una serie de conductas agrupadas en función de los diferentes sistemas: autónomo (respiración, frecuencia cardíaca, cambios en la coloración de la piel y signos viscerales), motor (posturas, cambios en el tono muscular y movimientos) y organización del estado (niveles de activación, patrones de transición entre un estado y otro, claridad y robustez de los estados de sueño y vigilia). Cada conducta es conceptualizada como estresante (por ejemplo, flaccidez, hiperextensión, pausas en la respiración, aversión de la mirada, etc.) o autorreguladora (por ejemplo, movimientos mano-boca, esfuerzos por succionar, prensión palmar, etc.) e interpretado en función de las vulnerabilidades y fortalezas del bebé (Als et al., 2004).

Durante las intervenciones, algunos bebés prematuros se agitan fácilmente, otros en cambio se ponen flácidos y letárgicos. Como señalábamos anteriormente, a partir de las observaciones realizadas se planifican e instauran los cuidados individualizados para cada bebé a fin de evitar, dentro de lo posible, la aparición de estos estados de desorganización. Algunas medidas que promueven la regulación del comportamiento y

disminuyen la vulnerabilidad son: envolver al bebé en una manta suave, ayudarlo a recuperar un estado de sueño colocándolo acurrucado sobre un costado, pesarlo y bañarlo envuelto en una manta, incluir a los padres u otra persona que apoye al bebé durante los procedimientos estresantes, promover el contacto piel a piel entre el bebé y sus progenitores, etc. En cuanto al entorno, algunos ejemplos de medidas que van en la misma dirección son las siguientes: disminución de los estímulos visuales, utilizando luces indirectas y mantas protectoras sobre las incubadoras, dejando a la vista un espacio para poder mantener el control del recién nacido; control de los ruidos innecesarios característicos de las UCINs (tales como alarmas, teléfonos, conversaciones, etc.), utilización de accesorios especialmente diseñados para bebés prematuros, tales como “nidos” en las incubadoras, chupetes y almohadas suaves y de tamaño apropiado; empleo de biombos alrededor de la incubadora, disponibilidad de sillas reclinables para los padres que les permitan sostener en brazos a sus hijos e incluso dormir en ellas si lo desean, horario de visitas abierto, etc. Los cuidados descritos tienen como finalidad crear un ambiente acorde a las necesidades de un organismo que no está preparado para hacer frente a la estimulación propia de las UCINs tradicionales, así como a favorecer la presencia activa de sus progenitores desde el comienzo (Als et al., 2004).

#### *b) Efectividad del NIDCAP*

Con respecto a los beneficios obtenidos a través de la implementación del NIDCAP, existen numerosos estudios orientados al tema de la eficacia. Los resultados han sido evaluados en diferentes ámbitos del desarrollo, tanto en el período neonatal como en el desarrollo posterior.

El estudio realizado por Buehler y colaboradores (1995) utiliza la Escala para la Evaluación del Comportamiento del Bebé Prematuro (Assessment of Preterm Infant's Behavior, APIB) y la Evaluación Neurológica de Prechtl para valorar las diferencias entre tres grupos de bebés: neonatos nacidos a término, prematuros de bajo riesgo que recibieron cuidados tradicionales en la UCINs y bebés prematuros atendidos bajo el modelo NIDCAP (grupo experimental). Los resultados arrojaron diferencias significativas a favor de este último. Los bebés del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las del grupo control en las medidas

utilizadas, equiparando su desempeño al exhibido por los neonatos a término. Entre las diferencias encontradas entre los prematuros del grupo experimental y los del grupo control destaca un mejor desempeño de los primeros en la atención, medida a las dos semanas de edad corregida. Los autores concluyen que las intervenciones con el modelo NIDCAP parecieran prevenir las dificultades de atención ligadas al funcionamiento del lóbulo frontal, las que podrían ocasionar los trastornos de conducta y las dificultades académicas que aparecen frecuentemente en los niños prematuros al llegar a la edad escolar.

En el caso de una muestra de prematuros de alto riesgo (menores de 28 semanas de edad gestacional), Als y colaboradores (1986) encontraron diferencias significativas a favor del grupo cuidado con el sistema NIDCAP. Este grupo obtuvo mejores puntuaciones en la regulación de la conducta, utilizando la APIB al mes de edad corregida. En relación a las variables clínicas, las diferencias incluyeron menor número de días conectado a un respirador y menores necesidades de oxígeno, así como normalización más temprana de la alimentación. Entre los beneficios médicos descritos por otras investigaciones se encuentran la reducción significativa en el número de días de PPC (Presión Positiva Continua en las vías Respiratorias), menor necesidad de soporte respiratorio y menor cantidad de días con O<sub>2</sub> suplementario, mejor saturación de oxígeno, disminución de la gravedad de la displasia broncopulmonar y en general de la patología respiratoria, reducción en la cantidad de hemorragia intraventricular, menor necesidad de antibióticos, menor número de apneas y retinopatía y un alta más precoz (Als et al., 1995; Als, 1998; Westrup et al., 2000).

Una de las investigaciones más complejas en cuanto a la evaluación de la efectividad del modelo NIDCAP es la de Als y colaboradores (2004). En ella se incluyeron mediciones de variables clínicas, neurofisiológicas y conductuales. A las dos semanas de edad corregida, los resultados mostraron un mejor funcionamiento neuroconductual en los bebés que recibieron los cuidados individualizados. Estas diferencias son significativas en la modulación del sistema motor y en la capacidad de autorregulación, medidos con la APIB. En cuanto a la Evaluación Neurológica de Prechtl, los bebés del grupo experimental puntuaron significativamente más alto en 6 ítems: postura del cuerpo y extremidades, movimientos patológicos, intensidad de la respuesta, respuesta de Moro, estabilidad de los estados y en la puntuación total. Una

vez más, es posible decir que los resultados obtenidos por los bebés que fueron cuidados bajo el modelo NIDCAP son comparables con los obtenidos por los recién nacidos a término.

La información obtenida a través de electroencefalograma (EEG) y de resonancia magnética es coherente con los resultados encontrados en la conducta. Las diferencias entre el grupo experimental y control en el EEG apuntan principalmente a la región frontal del cerebro y, en menor medida, occipital y parietal. Estas diferencias muestran correlación significativa con la mejor organización motora, simetría y expresión de la atención, aspectos que se ven afectados negativamente en el grupo que no recibió cuidados individualizados. Los resultados obtenidos mediante resonancia magnética mostraron que las diferencias halladas en la estructura del cerebro son consistentes con aquellas encontradas de carácter funcional: la mejor regulación (menor intensidad de las repuestas y menor hipersensibilidad) que muestran los bebés del grupo experimental se relaciona con un desarrollo estructural más maduro del lóbulo cerebral frontal. A partir de estos resultados, los autores concluyen que la experiencia temprana no sólo puede alterar el funcionamiento del cerebro sino también su estructura (Als et al., 2004).

Los resultados obtenidos a más largo plazo son alentadores. Als y colaboradores (1986) encontraron que a los 3, 6 y nueve meses de edad, el grupo NIDCAP obtuvo mejores puntuaciones en las escalas de desarrollo Mental y Psicomotor de Bayley y se observó una mejor regulación de la conducta en las sesiones de juego grabadas en vídeo. Un estudio más reciente de la misma autora y su equipo (Als et al., 2004) muestra que, a los 9 meses de vida, los bebés del grupo experimental obtuvieron mejores puntuaciones en las mismas escalas de desarrollo, destacando las diferencias encontradas en la regulación emocional, la calidad motora y puntuación total.

El estudio de Westrup y colaboradores (2004) consiste en un seguimiento hasta los cinco años de vida y recoge información diversa. En todas las áreas evaluadas los resultados son favorables al NIDCAP. Esto incluye mejores puntuaciones en las escalas de inteligencia para preescolares, mejor desempeño en las pruebas que miden la función motora, mejores puntuaciones en evaluaciones diseñadas para medir atención y, finalmente, menores índices de secuelas y discapacidad (Westrup et al., 2004).

Finalmente, se han encontrado efectos beneficiosos del programa NIDCAP en los padres de los bebés prematuros y en la interacción entre éstos y su hijo. En el período neonatal, se observa una reducción en los niveles de estrés y depresión de los progenitores, así como una mayor capacidad para comprender el comportamiento de su bebé y la propia situación. A los tres años de vida, aparecen diferencias significativas en la interacción temprana que favorecen al grupo NIDCAP en relación a la calidad y competencia motora del niño, calidad y cantidad del contacto físico entre la madre y su hijo y del contacto visual. Los niños del grupo experimental muestran mejores habilidades comunicativas, una reducción de problemas generales de conducta y menos problemas interiorizados, mostrándose más expresivos con sus sentimientos (Kleberg et al., 2000, Westrup, 2003).

*a) Descripción del Método Madre Canguro*

El Método Madre Canguro (MMC) es una modalidad de atención destinada a los bebés prematuros que consiste en mantenerlos en contacto piel a piel con su madre por períodos de tiempo prolongados. Fue desarrollado por los doctores Rey y Martínez (1983, citado en Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004) en Bogotá, Colombia, como una alternativa a los cuidados en incubadora, que en aquella época resultaban inadecuados e insuficientes. El método estaba destinado originalmente a prematuros que se encontraban estables y que sólo necesitaban crecer y alimentarse. Sin embargo, en la actualidad su uso se ha hecho extensivo a bebés nacidos a término, así como a prematuros cada vez más pequeños (OMS, 2004; Charpak, Ruiz-Pelaez, Figueroa de C. y Charpak, 2001).

Si bien hay variaciones en el modo en que el MMC es implementado, el método posee ciertas características que lo definen. Ellas son: contacto continuo piel a piel entre madre y bebé; lactancia materna exclusiva (en el caso ideal); alta precoz y seguimiento cuidadoso del bebé y su familia en su hogar (Charpak et al., 2001; OMS, 2004).

Una de las ventajas del MMC es que se puede aplicar en diversos centros y a diferentes niveles de atención. Los recursos que se requieren para su aplicación son escasos y están presentes en gran parte de los lugares en que se atiende a bebés prematuros y sus padres. Estos son: la madre o el padre, personal capacitado en el MMC y un entorno propicio. Con respecto a la madre, todas ellas pueden aprenderlo y aplicarlo, independientemente de su edad, educación, cultura, número de hijos, etc. Lo principal es que sea una decisión informada. En caso de que la madre no pueda participar, el padre, una abuela u otra persona pueden sustituirla. Con respecto al personal, es preciso que cuente con entrenamiento en el MMC y que esté disponible para guiar a la madre y su bebé en el aprendizaje del método. En cuanto al entorno, se requiere de camas y sillas cómodas para las madres, cortinas o biombos que garanticen cierto grado de intimidad y un ambiente de relativa tranquilidad (OMS, 2004).

La ropa de la madre que practica el MMC debe ser cómoda y permitir acomodar al bebé en contacto con su piel. El bebé debe estar vestido sólo con el pañal y un gorro. La posición correcta del neonato es entre los pechos de la madre, en posición vertical. La cabeza debe estar vuelta hacia un lado, ligeramente extendida para mantener abiertas las vías respiratorias y favorecer el contacto visual madre-bebé. Las piernas en posición de “rana” y los brazos deben estar flexionados. Esta posición permite amamantar al bebé y estimula la producción de leche. Una faja de sujeción (que puede ser construida con un pedazo de tela suave) permite mantener al bebé junto al pecho de la madre de manera segura. La idea es que el rostro, pecho, abdomen y extremidades del neonato permanezcan en contacto piel a piel con el pecho y abdomen de la madre. Es importante que tanto ella como su hijo estén cómodos en la posición canguro. Bajo estas condiciones, la madre puede realizar sus actividades cotidianas con normalidad dentro de la sala de recién nacidos o en su hogar, salvo algunas consideraciones especiales referidas a la limpieza e higiene personal, así como a garantizar un entorno tranquilo para el bebé y alimentarlo con regularidad (OMS, 2004).

El momento exacto del inicio del MMC depende del estado de la madre y del bebé. En general, el método se inicia cuando el neonato está en condiciones estables. La duración diaria es variable: desde algunos minutos al día hasta prácticamente las 24 horas del día (en este último caso, el bebé es sacado de la posición canguro sólo para el cambio de pañales y la evaluación clínica). La duración total del método es también variable, yendo desde algunos días hasta meses. El contacto debe comenzar en forma gradual y extenderse hasta que ya no resulte cómodo para el bebé, lo que habitualmente sucede a las 40 semanas de edad (o 2500 g de peso). En ese momento, la posición canguro se debe abandonar en forma progresiva, continuando en lo posible con la lactancia materna a libre demanda (OMS, 2004).

Es importante que el personal entregue información a la madre acerca de qué observar durante el contacto piel a piel y cómo reaccionar ante diferentes eventualidades (por ejemplo, qué hacer en caso de apnea, cómo controlar la temperatura de su hijo, cómo actuar frente a las posibles dificultades en la succión, etc.). El alta médica y la atención domiciliaria se indican cuando el bebé se alimenta correctamente, es capaz de mantener la temperatura corporal estable en la posición MMC, gana peso en forma sostenida y la madre se muestra suficientemente confiada en sus posibilidades de cuidar

al bebé. El seguimiento se realiza en forma regular y está a cargo de un profesional capacitado (OMS, 2004).

Se han identificado diferentes usos para el MMC, entre ellos:

- Cuando no existe la infraestructura, los recursos humanos ni la tecnología necesaria para el cuidado del prematuro, el MMC se propone como un método alternativo a las incubadoras.
- Cuando los recursos humanos, tecnológicos y la infraestructura existen, el MMC se propone como un método que favorece el vínculo temprano madre-bebé y promueve la lactancia materna.
- Cuando los recursos existen, pero son insuficientes para satisfacer la demanda, se propone el MMC como un cuidado domiciliario después de una breve estancia en la UCIN, una vez que el bebé ha superado los problemas de salud mayores y reúne las condiciones para ser incluido en el programa de seguimiento (Charpak et al., 2001).

#### *b) Efectividad del Método Madre Canguro*

En general, la efectividad del MMC ha sido probada en bebés prematuros “estables”, es decir, sin problemas médicos importantes y que respiran aire ambiente. En esta población, los resultados muestran que el MMC al menos equivale a la atención convencional en relación a seguridad y protección térmica. Al mismo tiempo, se ha demostrado que el método favorece la lactancia materna y contribuye a humanizar la atención neonatal, potenciando el vínculo padres-bebé, incluso en lugares en los que se dispone de la tecnología necesaria. Se sabe también que la efectividad depende de factores tales como el apoyo que haya recibido la madre una vez dada el alta, la posición en que se ha mantenido al bebé, su estado al momento de recibir el alta, las condiciones sociales, el entorno, la información recibida en torno al MMC, etc. (Charpak et al., 2001; Feldman, Eidelman, Sirota, y Weller, 2002; Mörelius, Theodorsson, y Nelson, 2005; OMS, 2004).

En relación a la mortalidad, la evidencia sugiere que no existe diferencia entre el MMC y la atención convencional adecuada, una vez alcanzada la estabilización. Sin

embargo, se requiere de más estudios que permitan probar la hipótesis sobre el aumento en la supervivencia si se aplica el MMC antes de la estabilización. Si bien la mayor parte de los estudios sobre efectividad han sido realizados en hospitales bien equipados, es quizás en los contextos más desfavorables donde el MMC podría mostrar su mayor utilidad. En un estudio llevado a cabo en Zimbawe, donde no se disponía de incubadoras, se encontró un incremento en la supervivencia de un 10% a un 50% entre recién nacidos de un peso inferior a los 1500 g y de un 70% a un 90% en los bebés que pesaban entre 1500 y 1999 g (Charpak et al., 2001; OMS, 2004; Bergman y Jürisoo, 1994, en OMS, 2004).

Con respecto a la morbilidad, algunos estudios han encontrado diferencias significativas, favorables a los bebés que han participado en el programa MMC en comparación con aquellos que han recibido cuidados convencionales. Otros estudios no han encontrado diferencias en la morbilidad, pero sí en el número de infecciones hospitalarias y reingresos (menor en los bebés del MMC). La evidencia sugiere que no existe riesgo aumentado de infección asociado al contacto piel a piel y que existiría un efecto beneficioso del MMC para los bebés con síndrome de dificultad respiratoria leve (Charpak et al., 2001; OMS, 2004).

Por otra parte, se ha comprobado que el MMC incrementa la prevalencia y duración de la lactancia materna. Mientras más temprano se inicia el método, mayores son las repercusiones en la lactancia. Este hecho representa una ventaja, especialmente en los casos de enfermedades neonatales graves. Se ha comprobado también que el MMC constituye un método eficaz para controlar la temperatura y reducir el riesgo de hipotermia. Variables tales como el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la oxigenación, el consumo de oxígeno, el nivel de glucosa en sangre, los patrones de sueño y el comportamiento observado son similares o incluso mejores en los bebés cuidados mediante el MMC en comparación con los observados en los neonatos que han sido separados de sus madres (Charpak et al., 2001; OMS, 2004). Mörelius y sus colaboradores (2005) encontraron que los bebés que participaban en el MMC se mostraban más relajados y tenían un sueño más profundo durante el contacto piel a piel en comparación con sus pares controles. También mostraban un menor nivel de actividad, una menor frecuencia cardíaca y menos señales de disconfort y dolor.

Se han encontrado efectos beneficiosos en los padres que practican el MMC, así como en la interacción con sus hijos. En el caso de las madres, quienes han practicado este método han referido menores niveles de estrés y depresión, mayor confianza y autoestima, así como una sensación de bienestar vinculado al hecho de poder contribuir a la salud de su hijo. La gran mayoría de las madres muestra preferencia por este método frente al convencional. Es importante señalar que estos resultados provienen de madres de diferentes contextos y culturas. En el caso de los padres, los que practican el MMC se muestran más relajados, cómodos, contentos y confiados en los cuidados que ofrecen a sus hijos (Feldman et al., 2002; Mörelius et al., 2005; OMS, 2004).

En esta línea, Charpak y colaboradores (2001) encontraron que los progenitores que habían practicado el MMC eran más sensibles a las necesidades de su hijo y, por lo tanto, estaban más dispuestos a usar los servicios de atención ambulatoria. Por su parte, Feldman y su equipo (2002) encontraron efectos beneficiosos del MMC a nivel de la interacción temprana: a las 37 semanas, los bebés que participaron en el MMC tenían interacciones más positivas con sus madres. Éstas mostraban más afecto positivo y una mejor adaptación a las señales del bebé; los neonatos por su parte se mostraban más alerta y evitaban menos la mirada. A su vez, las madres obtuvieron índices de depresión menores que los del grupo control y percibían a sus hijos como menos anormales. A los 3 y 6 meses de edad, tanto las madres como los padres del grupo experimental eran más sensibles y cálidos en la interacción y proveían un ambiente más apropiado y estimulante para los bebés. Estos últimos puntuaron más alto que sus pares controles en las escalas de Bayley que valoran el desarrollo mental y motor, medido a los 6 meses de edad corregida.

Los autores concluyen que el MMC tendría un impacto positivo, tanto en el desarrollo del bebé como en las habilidades parentales. Este impacto se podría atribuir, por una parte, al efecto directo del MMC en el desarrollo del neonato, en la medida en que el contacto piel a piel contribuye a una mejor organización neurofisiológica. Por otra parte, se podría atribuir a un efecto indirecto, en la medida en que el MMC mejora el ánimo de los padres, sus percepciones y la interacción padres-bebé. Esto último destaca el carácter interactivo del desarrollo temprano, ya que bebés que están más alerta pueden provocar cuidados más sensibles por parte de sus cuidadores; estos cuidados sensibles promueven a su vez el desarrollo saludable del niño (Feldman et al.,

2002).

Los profesionales que trabajan en las UCINs también han evaluado positivamente el MMC: la mayoría de ellos acepta el método y valora la presencia de los padres en la UCIN. Si bien reconocen que la atención en incubadora permite un mejor control del nonato, aumenta la separación del bebé de sus padres e incrementa el riesgo de contraer infecciones hospitalarias (OMS, 2004).

Es importante hacer referencia al ahorro de recursos como consecuencia de la implantación del MMC. Este ahorro es producto del alta más temprana, de la disminución del número de reingresos y de la reducción en los gastos de personal, ya que las madres otorgan la mayor parte de los cuidados. Este ahorro es significativo, especialmente para los países de bajos ingresos (Charpak et al., 2001; OMS, 2004).

Para terminar, podemos señalar que el MMC representa una alternativa atractiva frente a los cuidados convencionales otorgados a los prematuros en las UCINs. Su efectividad ha sido comprobada en diferentes áreas y sus beneficios son tanto directos (como puede ser la protección térmica) como indirectos (por ejemplo, una mayor sensibilidad de la madre a las señales del bebé). Se requiere de más estudios que valoren la efectividad del MMC aplicado antes de la estabilización del neonato e investigaciones que evalúen sus efectos a largo plazo. También se necesitan más investigaciones que valoren su utilidad en entornos desfavorecidos, ya que la mayor parte de los estudios revisados han sido realizados en hospitales bien equipados. Finalmente, el MMC permite interrumpir la separación entre padres y bebé producto del cuidado en incubadora, separación que constituye una de las mayores fuentes de estrés para los progenitores que tienen hijos ingresados en las UCINs. El contacto piel a piel promueve la confianza de los padres en sus habilidades parentales, entregándoles la responsabilidad y las herramientas para cuidar a sus hijos. Es por ello que la literatura sugiere su utilización en todas las UCINs como complemento de los cuidados tradicionales, como una forma de humanizar la atención ofrecida (Charpak et al., 2001; Feldman et al., 2002; Mörelius et al., 2005; OMS, 2004).

## **La depresión en el posparto**

### *La depresión en el posparto y los factores de riesgo asociados*

Los cambios psicológicos que experimenta una mujer durante el embarazo y con el nacimiento de un hijo, especialmente si se trata del primero, son tan drásticos como los que experimenta su cuerpo. En su interior no sólo se gesta otra vida, sino también una nueva identidad como mujer, como madre, como hija de sus padres que también será madre, como pareja y como trabajadora. Tanto el embarazo como la maternidad se suelen asociar con sentimientos de alegría, satisfacción y entusiasmo, dejando de lado el debate sobre las angustias, temores y pérdidas que acompañan todo embarazo y crianza. Estos sentimientos son normales y esperables y tienen que ver con la radicalidad de las transformaciones que experimenta la mujer y su familia con la llegada de un nuevo hijo. Como señalamos en un apartado anterior, estos cambios suponen duelos: por la pérdida de la independencia, de la imagen corporal previa, de la vida de pareja sin hijos, de la vida laboral acostumbrada, etc. Lo anterior, sumado a ciertos factores de riesgo, puede dar lugar a una depresión durante el embarazo o en el posparto. Ello dificulta la posibilidad de la nueva madre y su familia de disfrutar plenamente de la crianza temprana, poniendo en riesgo su salud y la de su bebé (Raphael-Leff, 1995; Cooper y Murray, 1998).

De acuerdo al DSM-IV-TR (2003), la depresión posparto constituye un episodio depresivo mayor que se inicia dentro de las cuatro semanas siguientes al parto. Afecta aproximadamente a un 10-15% de las mujeres, aunque se calcula que el porcentaje de mujeres con síntomas depresivos es mucho mayor. Si bien los estudios epidemiológicos varían en la definición de los límites temporales del período posparto (desde cuatro semanas hasta seis meses), sabemos que el período de mayor riesgo se sitúa muy cercano al parto. Los síntomas característicos del trastorno son: ánimo depresivo, disminución de la capacidad para el placer, pérdida de la energía, ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, sentimientos de culpa y dificultad para concentrarse. Existen también una serie de síntomas somáticos particulares, como son la dificultad para dormir, cambios en el apetito, baja libido y fatiga. A estos síntomas, característicos de cualquier depresión en cualquier momento de la vida, se suelen agregar rasgos propios de la depresión en el

posparto: niveles de ansiedad muy elevados, sentimientos de inutilidad y de incompetencia como madre y una tendencia a la preocupación excesiva en relación a la salud y el bienestar del bebé (Suri y Altshuler, 2004; Murray, 1997).

Se estima que la duración del episodio depresivo posparto es similar a la del episodio depresivo en otros períodos de la vida. Ésto significa que la mayor parte de ellos se resuelve en forma espontánea dentro de los dos a seis meses siguientes al parto. Sin embargo, se calcula que alrededor del 25% de mujeres siguen deprimidas al año de vida del bebé (Cooper y Murray, 1998).

Como todo trastorno del ánimo, la depresión en el embarazo y en el posparto parece ser causada por una compleja interacción de factores genéticos, bioquímicos y ambientales. Numerosos estudios han abordado el tema de la etiología de la enfermedad. Se ha especulado acerca del rol que en ella puedan tener los bruscos cambios hormonales que se producen en el puerperio y que afectan la química del cerebro (rápido descenso de los estrógenos y progesterona). Sin embargo, hasta ahora no ha sido posible establecer un nexo etiológico entre dichos cambios y el trastorno, aunque se ha podido concluir que aquellas mujeres que desarrollan una depresión posparto parecieran ser especialmente sensibles a estos cambios reproductivos. En algunos casos, el origen del trastorno se relaciona con problemas tiroideos, aunque es posible que la disfunción de la tiroides sea secundaria a los cambios inmunológicos producidos por el estrés (Suri y Altshuler, 2004; Moline et al., 2001; Murray y Cooper, 1998).

En cuanto a los factores de riesgo asociados, la literatura especializada destaca varios y en diferentes ámbitos. Entre ellos se encuentran:

- Historia previa de trastorno del ánimo
- Depresión durante el embarazo
- Síntomas anímicos premenstruales significativos
- Antecedentes familiares de trastorno del ánimo
- Relación de pareja insatisfactoria
- Falta de apoyo social
- Actitud negativa hacia el embarazo

- Acontecimientos vitales estresantes en general y desempleo en particular
- Características del neonato: problemas de salud, irritabilidad y control motor pobre
- Adversidad social
- Edad de la madre (mayor prevalencia en madres adolescentes y mujeres mayores de 35 años)
- Número de hijos (mayor prevalencia en primíparas y madres con más de dos hijos)
- Reducción de la lactancia natural
- Haber tenido una disforia puerperal (Alvarado et al., 1992; Moline et al., 2001; Cooper y Murray, 1998; Cox et al., 1993).

Por su parte, Alvarado y colaboradores (1993) han destacado la importancia de las complicaciones durante el parto como factor de riesgo en aquellas mujeres que tienen una historia de trastorno depresivo previo y han encontrado una asociación entre ciertas variables gineco-obstétricas (inducción del parto y cesárea de urgencia, uso de anestesia peridural en el parto vaginal, peso insuficiente del recién nacido, presencia de patología y hospitalización del neonato) y la depresión posparto (Alvarado et al., 1993).

Es importante hacer la distinción entre la mencionada disforia puerperal, conocida también como “baby blues”, y la depresión posparto. Si bien ambos son trastornos del ánimo, la disforia puerperal es un problema anímico leve, de corta duración, caracterizado por cambios anímicos frecuentes, alternando momentos de ansiedad, irritabilidad, llanto y dificultades para dormir, con momentos de bienestar. La disforia puerperal afecta a un 50%-80% de las nuevas madres, sus síntomas comienzan alrededor del tercer o cuarto día posparto y tienden a desaparecer hacia las dos semanas de vida del bebé. Si persisten más allá, se recomienda solicitar ayuda profesional, ya que se estima que el 20% de quienes experimentan una disforia puerperal desarrolla una depresión posparto (Moline et al., 2001).

### *Efectos de la depresión posparto sobre el desarrollo del niño*

Hace varias décadas que se estudian los efectos de la depresión materna sobre el desarrollo del niño. Estudios pioneros fueron los de Spitz (1945, 1946), Bowlby (1954)

y otros, que destacaron los efectos devastadores de la privación de los cuidados maternos sobre la salud mental y física de los lactantes. En forma dramática y a su vez extremadamente sensible, los autores describieron con detalle la reacción de bebés y niños sometidos a distintas condiciones de privación de cuidados maternos (parciales y totales). Desde entonces, numerosos autores han estudiado los efectos de la depresión materna, entendida como una condición de privación parcial de los cuidados, sobre el desarrollo de los bebés. Estos estudios han dado cuenta de las múltiples manifestaciones de malestar que es posible observar en bebés cuyas madres se encuentran físicamente presentes, aunque ausentes emocionalmente (deprimidas). La descripción detallada de estos hallazgos excede los objetivos de este apartado. Sin embargo, a modo de síntesis cabe señalar que los resultados de estos estudios son consistentes con lo que arroja la investigación actual, destacando la diversidad de áreas del desarrollo del niño que se ven afectadas por el trastorno anímico materno (desarrollo emocional, social, motor, físico, etc.), así como el carácter interactivo de la psicopatología precoz (Levovici, 1995; Kreisler, 1995).

Los estudios contemporáneos han ampliado aún más la mirada y han incluido la evaluación de los efectos de la depresión materna sobre el desarrollo fetal. En esta línea, se ha comprobado que tanto la depresión en el embarazo como en el posparto tiene efectos negativos sobre el desarrollo del feto y el bebé, efectos que pueden persistir durante la infancia. Los bebés de madres que han estado deprimidas durante el embarazo tienen más probabilidades de nacer con bajo peso, presentar puntuaciones más bajas en el test de Apgar y nacer de un parto prolongado o prematuro. También existen efectos “indirectos” sobre el desarrollo fetal, pues una madre deprimida durante la gestación está más expuesta a una mala nutrición, un mayor consumo de alcohol y cigarrillos, conductas suicidas y al uso inadecuado de servicios de atención de salud (Murray y Cooper, 1997; Kahn et al., 2001).

Con respecto a las investigaciones que se focalizan en el desarrollo posterior, los estudios indican que los hijos de madres que han tenido una depresión en el posparto puntúan más bajo en las escalas de desarrollo cognitivo y motor, tienen más riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento y del aprendizaje y poseen menos habilidades para interactuar con otros niños. A su vez, se ha visto que las madres deprimidas aparecen menos implicadas en la relación con su bebé y que existe entre estos niños una

marcada tendencia hacia el apego de tipo inseguro (Murray y Cooper, 1997; Kahn et al., 2001).

En relación al desarrollo cognitivo al año de vida, los niños que han estado expuestos a la depresión materna muestran un peor desempeño en las Escalas de Bayley, tanto en el desarrollo mental como motor; a los 18 meses tienen más probabilidad de fallar en la prueba de Piaget que evalúa la permanencia objetal (una prueba que mide la capacidad del niño para representar mentalmente) y obtienen menor puntuación en la escala de Bayley que evalúa el desarrollo mental (Murray y Cooper, 1997).

Con respecto al desarrollo emocional, éste ha sido evaluado en tres ámbitos: funcionamiento interpersonal, tipo de apego y problemas comportamentales. En relación al primero, Stein y colaboradores (citado en Murray y Cooper, 1997) comprobaron que, a los 19 meses, los hijos de madres deprimidas compartían menos sus afectos, mostraban una menor cantidad de comportamientos interactivos, una menor capacidad de concentración y un mayor número de respuestas negativas. Así mismo, estos menores aparecían menos sociables frente a los extraños. En cuanto al apego, tal como ya se ha indicado, se ha encontrado una fuerte asociación entre depresión posparto y apego inseguro, especialmente de tipo evitativo. Ésto ha sido evaluado a través de la “Situación Extraña” diseñada por Ainsworth (1978) a los 12 y 18 meses de vida. Finalmente, se han hallado una serie de problemas comportamentales asociados a la depresión materna, entre ellos, alteración del sueño, de la alimentación, rabietas y dificultad en la separación, todos ellos referidos por la madre. En el ámbito escolar, los hijos de madres deprimidas son puntuados como más problemáticos por sus profesores a los 5 años (Murray y Cooper, 1997; Cooper y Murray, 1998; Murray et al., 1999).

Los diferentes autores revisados concuerdan en que la magnitud de los efectos de la depresión posparto sobre el desarrollo infantil está en estrecha relación con variables como la severidad de la depresión, su duración, el hecho de estar sometido o no a condiciones de adversidad social y personal y las características temperamentales del niño. En este sentido, el efecto de la depresión materna será más devastador mientras mayor sea la duración y severidad del trastorno y peores las condiciones ambientales. Así mismo, los efectos serán más negativos mientras más difícil sea el

temperamento del bebé o niño. Todo ello se debe a que se ha comprobado que la irritabilidad y el control motor pobre contribuyen a la persistencia de la depresión materna (Murray y Cooper, 1997; Suri y Altshuler, 2004).

Si bien es cierto que la adversidad social (hacinamiento, pobreza, conflictos de pareja, etc.) se asocia a resultados desfavorables en el desarrollo del niño, también es cierto que incluso los hijos de madres deprimidas que no viven en un contexto de adversidad social muestran los efectos negativos de la depresión materna. Al parecer, las madres deprimidas muestran un patrón de interacción particular que explica en gran medida los resultados deficientes de sus hijos. Por su parte, el comportamiento del bebé o niño estaría en estrecha relación con el patrón característico de su madre. Por ejemplo, se ha comprobado que algunas madres deprimidas se muestran poco comprometidas en la interacción. En este caso, los hijos suelen presentar altos niveles de protesta. Otras mujeres, en cambio, aparecen especialmente intrusivas y agresivas. En este caso, los niños se muestran preferentemente evitativos. Finalmente, hay madres que, a pesar del trastorno anímico, se las arreglan para estar presentes y movilizarse lo suficiente como para interactuar positivamente con sus hijos, de manera que el desarrollo del menor no se ve especialmente alterado. En este sentido, los autores señalan que sería la actitud de la madre (poco atenta a las necesidades del niño), más que la presencia de depresión *per se*, lo que explicaría los efectos negativos en el niño (Cooper y Murray, 1998; Murray y Cooper, 1997; Murray et al., 1999; Suri y Altshuler, 2004).

Los hallazgos revisados permiten concluir que la depresión materna en el período posparto tiene innegables efectos perjudiciales en el niño en sus diferentes áreas de desarrollo. Este impacto se explica en gran medida por el tipo de interacción que se pone en juego y que caracteriza a estas díadas. En este patrón interactivo destacan las deficientes actitudes maternas y el comportamiento complementario del niño frente a dichas deficiencias (protesta, evitación). La magnitud de los efectos está mediatizada tanto por condiciones ambientales como temperamentales. Esta evidencia destaca la importancia de la prevención y detección precoz del trastorno, así como de su abordaje terapéutico.

Gracias a las numerosas investigaciones en torno al tema, en la actualidad contamos con gran cantidad de conocimientos sobre la depresión posparto, disponemos de instrumentos que facilitan su detección y de tratamientos de comprobada eficacia. Sin embargo, la detección de esta enfermedad sigue constituyendo un desafío para los equipos de salud por diversas razones que expondremos a continuación.

Una de las razones que explica la dificultad para detectar la enfermedad tiene que ver con la naturaleza de sus síntomas: algunos de los elementos esenciales para el diagnóstico (como la alteración del sueño, fatiga, baja libido, cambios en el apetito, labilidad emocional, etc.) están presentes en casi todas las mujeres que han dado a luz. En este contexto, el reconocimiento del trastorno tiene que ver con la mayor intensidad de estas manifestaciones y no con el hecho de que estén o no presentes (Suri y Altshuler, 2004; Cooper y Murray, 1998; Moline et al., 2001).

Otro factor que dificulta la detección es el hecho de que muchas mujeres se sienten culpables al sentirse deprimidas y se resisten a pedir ayuda, pues temen ser enjuiciadas por sus familiares, amigos y profesionales, que son justamente quienes las podrían ayudar. No se sienten capaces de compartir lo que les sucede, pues su estado de ánimo no coincide con lo que “se espera” de un momento como la crianza temprana. Otro de los temores frecuentes que les hace permanecer en silencio es en relación a los fármacos antidepresivos, pues se piensa que impiden la lactancia materna. Sin embargo, como veremos más adelante, existen medicamentos que son compatibles con la lactancia materna e incluso pueden administrarse a mujeres durante el embarazo (Kahn et al., 2001; Moline et al., 2001; Murray et al., 2003).

Entre los instrumentos diseñados para detectar la depresión posparto destaca la Escala de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Cox, Holden y Sagovsky, 1987), utilizada en la presente investigación. Es un instrumento de fácil aplicación e interpretación y puede ser empleado tanto en el embarazo como en el puerperio. Estas características permiten que sea aplicado en forma rutinaria en el contexto de la atención primaria por diversos profesionales de la salud. Las preguntas de la escala se centran en los síntomas no somáticos, lo que contribuye a sus altos niveles

de sensibilidad y especificidad. Por todas estas razones, su uso es bastante extendido, tanto en la investigación como en los servicios de salud. También son ampliamente utilizadas las entrevistas clínicas, que si bien proveen información más completa y detallada, requieren mayor cantidad de tiempo y recursos (Suri y Altshuler, 2004; Cooper y Murray, 1998; Cox, Murray y Chapman, 1993; McCarthy, 1998; Murray, Cooper, Wilson y Romaniuk, 2003; Nugent et al., 2000; Warner, Applebey, Whitton y Faragher, 1996).

En relación al tratamiento, existen intervenciones psicológicas y farmacológicas para la depresión posparto que han sido evaluadas positivamente en cuanto a su impacto terapéutico. De hecho, los estudios muestran que la enfermedad responde favorablemente a los tratamientos en el corto plazo, doblando la tasa de remisión espontánea. El primer paso consiste en detectar precozmente el trastorno y valorar la severidad de los síntomas, ya que ésta determinará en gran medida la elección del tipo de tratamiento (Suri y altshuler, 2004; Cooper et al., 2003).

En el caso de la disforia puerperal, los autores recomiendan ayuda extra para la madre y el bebé. Con ésto se refieren a ayuda concreta en las labores domésticas y la crianza temprana, con el fin de asegurar el debido descanso de la nueva madre. Se debe incluir también psicoeducación respecto de las características del “baby blues”, así como del riesgo que existe si sus manifestaciones se prolongan en el tiempo (Moline et al., 2001; Cooper y Murray, 1998).

Si la depresión es leve, la recomendación es ayuda extra y psicoterapia. Cuando hablamos de psicoterapia en este contexto nos referimos a un tipo de intervención que puede ser de corta duración (alrededor de 12 sesiones), que puede ser realizada a través de visitas domiciliarias y que contiene los elementos característicos de las intervenciones a nivel de la relación temprana padres-hijo descritos en un apartado anterior. En concreto, se trata de intervenciones que utilizan como herramientas terapéuticas principales el apoyo, la actitud no enjuiciadora del profesional, la psicoeducación respecto de la enfermedad, el fortalecimiento de los recursos disponibles, con especial énfasis en las habilidades paternas, la discusión sobre los efectos de la depresión en la relación de pareja, la planificación de “tiempo libre” para la madre y el abordaje de los duelos asociados que puedan aparecer. Entre los temas

recurrentes de estos tratamientos están los temores en relación a las nuevas responsabilidades y la culpa por presentar una depresión en momento tan crucial. Se recomienda la participación de la pareja u otra persona significativa a fin de proveer apoyo e información sobre la enfermedad y el tratamiento. En los casos de mujeres que tienen poco apoyo de su entorno, puede ser de mucha utilidad participar en una psicoterapia de grupo con mujeres que se encuentran en una situación similar (Moline et al., 2001; Suri y Altshuler, 2004; Cooper y Murray, 1998; Cooper et al., 2003; Murray et al., 2003).

Una de las ventajas que ofrece el tratamiento psicológico de la depresión posparto es que, como señalábamos anteriormente, muchas mujeres se muestran resistentes frente a la idea de tomar medicamentos, especialmente si se encuentran amamantando a sus hijos. Sin embargo, aparecen especialmente receptivas a un tipo de intervención que se focaliza en las necesidades propias de ese momento de sus vidas (por ejemplo, educación respecto del desarrollo infantil, contención de sus ansiedades respecto de su rol como madres, información acerca de la lactancia materna, etc.) (Cooper et al., 2003). Más adelante nos detendremos brevemente en la efectividad de los enfoques psicoterapéuticos.

Cuando la depresión es de moderada a grave, la recomendación es ayuda extra, psicoterapia y medicación antidepresiva (preferentemente con inhibidores de la recaptación de la serotonina, IRSS). Los estudios sobre los efectos del tratamiento farmacológico son limitados. Si bien se detectan pequeñas cantidades de antidepresivos en la leche, muy poco o nada se detecta en el bebé y no se han reportado efectos adversos. Es importante asegurar a la madre que los antidepresivos no son adictivos y que probablemente tomará entre dos a tres semanas que empiecen a hacer efecto. Si el bebé muestra algún problema de salud, el pediatra puede solicitar una muestra de sangre para ver si el antidepresivo está presente en un nivel significativo que pudiese estar afectando la salud del niño (Kahn et al., 2001; Suri y Altshuler, 2004).

En el caso de una depresión psicótica, el tratamiento indicado es medicación antidepresiva y antipsicótica y eventual hospitalización. Cuando no hay respuesta a la medicación, la alternativa recomendada es el tratamiento electroconvulsivo. La hospitalización es una medida extrema que, lamentablemente, implica un alto costo para

el vínculo temprano madre-bebé. En algunos países existen las “Unidades madre-bebé” donde madre e hijo permanecen juntos, bajo los cuidados especializados de profesionales de la salud. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden el tema de la efectividad de estas unidades (Riordan, Appleby y Faragher, 1999; Moline et al., 2001).

Los estudios acerca de los efectos de la psicoterapia en la depresión posparto permiten concluir que el tratamiento psicológico tiene efectos beneficiosos, tanto en el ánimo de la madre como en el desarrollo del niño. Con respecto a la salud de la madre, O’Hara y colaboradores (citado en Cooper et al., 2003) han reportado una significativa mejoría en el estado de ánimo y en el funcionamiento social de aquellas madres que participaron en una psicoterapia interpersonal. Por su parte, Appleby y colaboradores (1997, citado en Murray et al., 2003) señalan que, después de tres meses de tratamiento posparto, la psicoterapia tiene efectos beneficiosos similares a los de la medicación antidepresiva y concluyen que no existiría un efecto aditivo de ambos tipos de tratamiento.

En un estudio reciente, Cooper y colaboradores (2003) encontraron una reducción significativa en los niveles de depresión posparto en mujeres que se sometieron a psicoterapia entre la semana 8 y 18 posparto. Estos resultados se encontraron a los cuatro meses y medio de vida del bebé. No encontraron diferencias significativas entre los diferentes enfoques estudiados en cuanto a su efectividad (enfoque psicoanalítico, cognitivo-conductual y “counseling”). Cabe destacar que, a partir de los 9 meses posparto, la remisión espontánea sitúa al grupo control en similares condiciones que a los grupos experimentales. Lo mismo ocurre a los 18 meses y a los 5 años de vida del niño. Esto quiere decir que el tratamiento no tendría un efecto en el largo plazo ni tampoco tendría impacto sobre el riesgo de presentar otro episodio depresivo posterior.

Con respecto a los efectos de los tratamientos psicológicos sobre la salud del niño, Murray y colaboradores (2003) encontraron que, en el corto plazo, todos los enfoques utilizados tuvieron efectos beneficiosos sobre el desarrollo del niño. A los cuatro meses y medio posparto, las madres que recibieron tratamiento informaron significativamente menos dificultades en su relación con sus hijos, mostrando mayor sensibilidad frente a sus necesidades, menor dificultad en el juego y un mejor manejo de

las separaciones entre ambos. En aquellas madres provenientes de medios sociales adversos, el “counseling” demostró tener efectos especialmente beneficiosos en términos de promover un patrón más sensible en las interacciones madre-bebé. También se observó un efecto positivo a los 18 meses de seguimiento en cuanto al informe materno de los problemas emocionales y comportamentales del niño. Sin embargo, a los 5 años de vida, los niños de los grupos experimentales obtuvieron resultados similares a los del grupo que recibió los cuidados rutinarios (Murray et al., 2003).

Una posible explicación de los autores al hecho de no encontrar diferencias entre los grupos experimentales y control a largo plazo es que la mayoría de las dificultades tempranas (llanto persistente, problemas con la alimentación, con el sueño, etc.) se tienden a resolver dentro de los primeros meses de vida en forma espontánea. Al mismo tiempo, estos problemas suelen ser el foco de atención de los cuidados otorgados en forma rutinaria por los llamados “health visitors” en Inglaterra, cuidados que recibió el grupo control. En este sentido, esos cuidados rutinarios no ofrecerían algo muy diferente a las madres en relación con lo ofrecido por los modelos psicoterapéuticos. Esto representaría una ventaja en términos de la formación requerida para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Finalmente, el hecho de que los efectos del tratamiento fuesen muy evidentes en el corto plazo y menos claros en el largo plazo permite a los autores concluir acerca de la necesidad de intervenciones más prolongadas (Murray et al., 2003).

Los resultados obtenidos por Cooper y colaboradores (2003) de la comparación de los diferentes enfoques psicoterapéuticos en el abordaje de la depresión posparto (psicoanalítico, cognitivo conductual y “counseling”) son coherentes con la literatura especializada en intervenciones tempranas. Según Stern (1997) todos los enfoques psicoterapéuticos son efectivos si se aplican correctamente. Esta eficacia se relaciona con las características no específicas a todas las terapias. En otras palabras, lo que pareciera producir los efectos positivos son las variables comunes a los distintos enfoques (entre ellas, la escucha empática, que crea las condiciones para hablar acerca de los sentimientos y preocupaciones propios del posparto, tales como problemas en relación al cuidado del niño, problemas de pareja o financieros, dudas en relación al nuevo rol, etc.), variables que pueden estar presentes tanto en el “counseling” como en una sesión de psicoterapia psicoanalítica.

Finalmente, Cooper y Murray (1998) encontraron una significativa mejoría en el informe de la madre sobre los problemas de su hijo, inmediatamente después del tratamiento psicológico (5 meses posparto) hasta los 18 meses. Los autores destacan que la remisión temprana de la depresión posparto estaría asociada a una reducción en la tasa de apego inseguro a los 18 meses de vida del niño.

A modo de síntesis podemos señalar que, a pesar de que no existe claridad respecto de la etiología de la depresión posparto, sí la hay respecto de los factores de riesgo asociados a la enfermedad y del modo de detectarla. A su vez, existe acuerdo en que la psicoterapia y la farmacoterapia son efectivas en el tratamiento del trastorno, aunque sus efectos tienden a ser limitados en el tiempo. Muchas de las depresiones que ocurren en el posparto tienen su inicio durante el embarazo y tienen como escenario una historia de trastornos del ánimo personal (o en algún otro miembro de la familia), así como un contexto social adverso. Una parte importante de las diádas que presentan mayor riesgo queda fuera del alcance de los tratamientos disponibles, pues es frecuente que las mujeres que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad se muestren resistentes a participar en programas de intervención temprana.

Los efectos perjudiciales en el niño expuesto a la depresión materna se relacionan con la alteración en la relación madre-hijo, alteración que comienza a los días de vida de éste. Desafortunadamente, la investigación y los programas de atención han focalizado su atención en la depresión puerperal, restándole importancia a la detección y tratamiento de la depresión durante la gestación que, como sabemos, constituye un momento privilegiado para prevenir posibles dificultades en el vínculo madre-bebé. Todo lo anterior subraya la importancia de la detección precoz, así como de la implementación de programas de prevención especialmente diseñados para captar a la población más vulnerable. La ayuda familiar y profesional oportuna puede contribuir a que la nueva madre disfrute plenamente su maternidad y a que su hijo se desarrolle en forma saludable (Kahn et al., 2001; Raphael-Leff, 1995; Alvarado et al., 1993; Cooper y Murray, 1998).

## **El estrés en los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**

Tener un hijo hospitalizado en una UCIN constituye un evento particularmente estresante para los padres. Como señalábamos en un apartado anterior, los avances en la tecnología han contribuido a incrementar la supervivencia de los bebés que nacen prematuramente o con algún problema grave de salud, aunque muchas veces ello implica largas estancias en las UCINs. Este hecho ha llevado a los equipos de salud y a los investigadores a prestar especial atención al bienestar psicológico de los progenitores, evaluando el impacto que tiene en ellos la experiencia de tener un hijo ingresado, ideando programas de intervención para brindarles apoyo y creando condiciones ambientales más afables en las UCINs (Carter, Mulder, Bartram y Darlow, 2005; Kaaresen, Ronning, Ulvund y Dahl, 2006; Shaw et al., 2006).

En comparación con las familias de bebés sanos, las familias de bebés prematuros y enfermos tienen mayor riesgo de divorcio y sufren mayor estrés familiar y problemas financieros (Pederson et al., 1987 y Young et al., 1997, citados en Kaaresen et al., 2006). Numerosos estudios han dado cuenta de que las madres de bebés prematuros presentan niveles de estrés y depresión significativamente altos en comparación con las madres de bebés nacidos a término. Sabemos que los niveles elevados de estrés parental pueden interferir negativamente en la relación padres-bebé e incrementar el riesgo de problemas de conducta en el futuro. Por estas razones, es necesario destinar esfuerzos a reducir dichos niveles de estrés, a fin de incrementar la sensibilidad parental a las señales del niño y mejorar la interacción entre ambos (Carter et al., 2005; Carter, Mulder y Darlow, 2007; Kaaresen et al., 2006).

Antes de revisar la respuesta parental frente a la experiencia de la UCIN, nos detendremos brevemente en una descripción del estrés, así como en sus consecuencias en la salud física y psicológica de las personas.

### *El estrés: definición y consecuencias*

El estrés se define como una respuesta del organismo frente a un peligro percibido que amenaza el equilibrio interno. A través de esta respuesta, el organismo se prepara para hacer frente al peligro advertido, haciendo participar prácticamente a todos

sus sistemas: cardiocirculatorio, inmunológico, digestivo, órganos de los sentidos y el sistema nervioso (Simon, 2003). Llevado al terreno psicológico, el estrés se define como una demanda que supera la capacidad de adaptación o los recursos de enfrentamiento del individuo, perturbando su equilibrio en forma momentánea o sostenida en el tiempo (Miles, Funk y Carlson, 1993).

En general, los factores estresantes o fuentes de estrés se clasifican en externos o internos. A su vez, un estresante externo o interno puede ser clasificado como físico o psicológico. El frío constituye un buen ejemplo de un estresante externo físico; un ambiente de trabajo extremadamente demandante es un ejemplo de un estresante externo psicológico. En el caso de los estresantes internos, las infecciones e inflamaciones son ejemplos de estresantes internos físicos, mientras que la preocupación por la posibilidad de ocurrencia de un evento dañino sería un ejemplo de un estresante psicológico interno. Si bien algunos de estos estresantes son comunes a humanos y animales (como el dolor, las temperaturas altas y bajas), los estresantes psicológicos parecen ser exclusivos del ser humano (Simon, 2003).

Otra forma de clasificar los estresantes es en relación a su duración: corta o larga. El estrés agudo corresponde a la reacción del organismo frente a una amenaza inmediata, como el hambre o un ruido súbito. Esta respuesta inmediata puede ser de *lucha o de fuga*. La amenaza puede corresponder a cualquier situación percibida como peligro, ya sea de forma consciente o inconsciente, verdadera o falsa. Habitualmente, una vez que ésta ha cesado, la reacción del organismo es desactivada, dando paso a la respuesta de relajamiento, que devuelve las hormonas del estrés a sus niveles normales (Simon, 2003).

Frente al estrés agudo, el cerebro activa el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, HPS. Este sistema desencadena la producción y liberación de esteroides incluyendo el cortisol, que es la principal hormona mediadora del estrés, fundamental a la hora de unificar la acción de los diferentes sistemas (corazón, pulmones, circulación, metabolismo, sistema inmune y piel) para afrontar la amenaza.

El HPS estimula la liberación de neurotransmisores, las catecolaminas (dopamina, noradrenalina, y adrenalina) que activan la amígdala en el cerebro, que a su

vez desencadena una respuesta emocional (por ejemplo, miedo) frente al evento estresante (por ejemplo, la presencia de un predador). Mientras dura la amenaza, las catecolaminas inhiben la actividad cerebral en ciertas zonas relacionadas con la memoria a corto plazo y el pensamiento racional, entorpeciendo la habilidad para manejar situaciones sociales o intelectuales complejas. Al mismo tiempo, se fortalece la capacidad de atención focalizada y la respuesta de lucha o fuga, inhibiendo comportamientos como la alimentación, la actividad sexual y el sueño que podrían obstaculizar la capacidad de respuesta inmediata. Esto permite al organismo reaccionar de manera rápida frente a la amenaza percibida, incrementando sus posibilidades de supervivencia. Por otra parte, los neurotransmisores “ordenan” al hipocampo almacenar la experiencia emocional vivida en la memoria a largo plazo, lo que representa una ventaja adaptativa (recordar la amenaza es fundamental para evitarla en lo sucesivo) (Simon, 2003; Sternberg y Gold, 2002).

La respuesta al estrés es esencial para adaptarse a las amenazas del entorno natural. En la actualidad, sigue siendo una respuesta adaptativa frente a demandas de la vida cotidiana, tales como situaciones de peligro o de crisis. Sin embargo, cuando el estrés es crónico, esta respuesta adaptativa se puede tornar perjudicial para el organismo. En este caso, el sistema que regula la respuesta de estrés se mantiene activado en forma excesiva y permanente, o bien bajo lo esperado, pudiendo producir daño físico o psicológico al sujeto. Entre los problemas de salud más frecuentemente asociados al estrés crónico encontramos: problemas cardíacos, alteración del sistema inmune (mayor susceptibilidad a infecciones), problemas gastrointestinales, de la alimentación, alteración del sueño, de la vida sexual, de la memoria, la concentración y el aprendizaje (Simon, 2003).

En relación a la salud mental, los estudios demuestran que existe una fuerte asociación entre estrés y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Algunos síntomas físicos de los trastornos ansiosos, como el incremento de la frecuencia cardíaca, la respiración acelerada y el aumento de la tensión muscular, son similares a la respuesta física al estrés. Algunas personas con trastornos de ansiedad tienen quejas físicas como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, mareos y dolor de pecho, malestares que han sido asociados al estrés crónico. Lo mismo ocurre con los trastornos depresivos: algunos de sus síntomas característicos (como la alteración del apetito, de

los patrones de sueño y de la concentración) se asemejan a los síntomas del estrés, aunque algunas personas parecieran tener una vulnerabilidad genética para sufrir depresiones después de experimentar eventos vitales estresantes.

Estas similitudes no son casuales. Hoy en día sabemos que la liberación persistente de las hormonas del estrés produce una hiperactividad del eje HPS, lo que altera los niveles normales de serotonina, un neurotransmisor implicado en la sensación de bienestar. De alguna forma, las manifestaciones químicas y clínicas de la depresión y la ansiedad reflejan una respuesta generalizada al estrés que se ha apartado de su regulación habitual, es decir, una respuesta que se ha mantenido anormalmente “activada” (Simon, 2003; Sternberg y Gold, 2002).

Por otra parte, estudios recientes demuestran que el estrés crónico o intenso puede alterar negativamente no sólo el funcionamiento del cerebro, sino también su estructura. Las investigaciones realizadas con animales sugieren que el estrés puede disminuir la extensión de las dendritas en el hipocampo y disminuir la capacidad de reemplazar las células cerebrales de éste, una de las pocas regiones cerebrales capaces de producir nuevas células a lo largo de la vida. Como consecuencia, se han encontrado alteraciones en la comunicación cerebral y la memoria. Los estudios con humanos confirman estos hallazgos. Algunas personas con trastorno por estrés posttraumático o depresión grave tienen un hipocampo de menor tamaño y experimentan problemas de memoria. El tratamiento de estos pacientes con serotoninérgicos incrementa el tamaño del hipocampo y mejora la memoria (Akil, Landis y Gage, 2003).

Existen numerosos factores que influyen y moldean la respuesta frente al estrés. Los factores genéticos tienen un peso importante (por ejemplo, anomalías genéticas en la regulación de la serotonina). La *crianza temprana* también es una variable importante: actualmente hay constancia de que el maltrato hacia los niños puede ocasionarles anomalías a largo plazo en el sistema HPS, que regula el estrés. Por otra parte, ciertos rasgos de personalidad predisponen a algunas personas a responder en forma desproporcionada frente a los eventos estresantes. Algunas enfermedades asociadas a alteraciones en el sistema inmune (por ejemplo, artritis reumatoide o eczema) pueden afectar negativamente a la respuesta al estrés. La cualidad y duración del estrés son variables que también moldean la respuesta: en general, mientras mayor

es la duración y la intensidad del evento estresante, más nocivos son sus efectos. Finalmente, la respuesta al estrés no es sólo personal sino también mediada por el prisma social. Esta interacción puede incrementar o reducir el nivel de estrés percibido e incluso modificar la respuesta hormonal al estrés, lo que a su vez puede alterar la respuesta del sistema inmune (Sternberg y Gold, 2002; Simon, 2003; Akil et al., 2003).

Según los datos aportados por diferentes investigaciones, quienes están en mayor riesgo de sufrir estrés y sus consecuencias son los adultos mayores, las mujeres en general y las madres trabajadoras en particular, las personas con menores niveles de educación, los adultos divorciados o viudos, quienes tienen problemas financieros, las personas que viven en ciudades, quienes son objeto de discriminación sexual o racial y aquellos que no disponen de una red de apoyo social o familiar . En el caso de los niños, el estrés parental constituye una fuente muy poderosa de estrés, más importante aún que la pobreza o el hacinamiento. Las personas que están a cargo del cuidado de familiares con alguna discapacidad física o mental están en riesgo de sufrir estrés crónico, más aún, cuando el paciente es altamente dependiente. Esto también es válido para los profesionales de la salud que están a cargo del cuidado de otros, sometidos a altas demandas laborales y con escaso apoyo social en el trabajo (Simon, 2003).

### *La respuesta parental frente a la experiencia de la UCIN*

Cada día son más las investigaciones que abordan el tema de la reacción parental frente a la experiencia de la UCIN. Los estudios son diversos y los resultados no siempre concluyentes. La explicación más razonable para las inconsistencias tiene que ver con las diferencias metodológicas. Las muestras empleadas son muy variadas (por ejemplo, prematuros extremos, neonatos de término con enfermedades respiratorias o infecciones, prematuros de bajo riesgo, etc.). Lo mismo ocurre con el impacto de la experiencia de la UCIN en los padres, el cual ha sido medido en diferentes áreas y empleando variados instrumentos.

A pesar de las diferencias referidas, existe acuerdo en que los trastornos más frecuentemente encontrados a nivel de la salud mental de los progenitores de bebés ingresados en las UCIN son altos niveles de ansiedad, depresión, síntomas de trastorno por estrés agudo y de trastorno por estrés postraumático. Existe consenso también en

que son las madres quienes tienen mayor probabilidad de mostrar señales de malestar psicológico. Aunque la reacción de los padres ha sido menos estudiada, las investigaciones sugieren que, al igual que las madres, experimentan niveles de malestar significativos. Por lo general, son ellos quienes asumen un rol central en el mantenimiento de la estabilidad familiar durante el período de crisis (Carter et al., 2005; Shaw et al., 2006; Carter et al., 2007; Kaaresen et al., 2006).

Uno de los estudios que valora la reacción parental en una muestra de bebés de variadas condiciones y edades gestacionales ingresados en una UCIN es el de Meyer y colaboradores (1995). Los autores encontraron síntomas de malestar psicológico clínicamente significativos en un alto porcentaje de mujeres: 28%, en comparación con el 10% de una muestra normativa. La sintomatología depresiva y ansiosa era la más frecuente.

En esta línea, el estudio de Carter y colaboradores (2005) resulta particularmente interesante, pues valora los niveles de depresión, estrés y funcionamiento psicosocial tanto en madres como en padres de bebés ingresados en una UCIN por diversas razones. Los autores encontraron que los niveles de síntomas ansiosos y depresivos en la muestra eran, en términos generales, relativamente bajos, tanto entre los padres de bebés ingresados como en el grupo control (padres de bebés sanos, nacidos a término). Esto sugiere que la mayoría de los padres logra adaptarse relativamente bien a la experiencia de la UCIN. Al examinar los resultados en detalle, encontraron que significativamente más madres (18%) y padres (11%) de bebés ingresados presentaban síntomas de ansiedad clínicamente relevantes en comparación con los controles (7% y 3%, respectivamente). La prematuridad estaba asociada a niveles más altos de sintomatología, tanto en los padres como en las madres. Los autores concluyen que, si bien gran parte de los padres logra adaptarse satisfactoriamente al hecho de tener un bebé hospitalizado, el impacto de la UCIN y la prematuridad es muy alto para ambos cónyuges. Consideran que no sería apropiado implementar programas de apoyo generales, aunque destacan la importancia de destinar esfuerzos a las intervenciones dirigidas a padres de bebés prematuros (Carter et al., 2005).

En un estudio reciente, Shaw y colaboradores (2006) utilizaron el Trastorno por

Estrés Postraumático<sup>8</sup> como modelo para explicar la reacción de los padres frente a la experiencia de tener un bebé ingresado en una UCIN. En tal caso, la hospitalización actuaría como evento traumático y desencadenaría lo que se ha denominado Trastorno por Estrés Agudo<sup>9</sup>. La muestra incluía a padres y madres de bebés ingresados por diversas razones. Los autores encontraron que el 28% de las madres reunía los criterios para trastorno por estrés agudo, mientras que ninguno de los padres lo hizo. Los síntomas más frecuentes eran ansiedad o aumento de la activación (irritabilidad, dificultades para dormir, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora), *flashbacks* (visiones, alucinaciones), relacionados con el parto y la hospitalización y evitación del contacto con la UCIN. La gravedad de los síntomas era mayor en las mujeres y estaba asociada principalmente a la percepción de alteración de su rol parental.

Los autores consideran que las diferencias de género encontradas en la reacción entre padres y madres pueden ser atribuidas a la mayor implicación de la mujer en relación al bebé, así como a las diferentes estrategias de enfrentamiento utilizadas por hombres y mujeres: los hombres tienden a restringir su respuesta emocional, a adoptar un rol más instrumental frente a aspectos específicos de la crisis y a actuar como soporte de su mujer durante la hospitalización. Otro interesante hallazgo tiene que ver con el funcionamiento familiar: la mayor cohesión familiar y expresividad emocional estaban asociadas a menor malestar psicológico en los progenitores. Los padres que tendían a inhibir sus reacciones emocionales tenían más probabilidad de desarrollar síntomas de estrés agudo. Al contrario, los padres clasificados como “reactivos” tenían menos probabilidad de desarrollar estos síntomas. Estos resultados son coherentes con los conocimientos existentes acerca del trauma psíquico: sabemos que la supresión de la respuesta emocional favorece la evitación y no permite procesar adecuadamente el evento traumático, mientras que la capacidad de reconocer y expresar el malestar psíquico favorece la adaptación (Shaw et al., 2006).

---

<sup>8</sup> Según el DSM-IV-TR (2003), el Trastorno por Estrés Postraumático es un trastorno de ansiedad y se caracteriza por la reexperimentación de eventos traumáticos, síntomas de aumento de la activación (*arousal*) y evitación persistente de los estímulos asociados al trauma.

<sup>9</sup> El Trastorno por Estrés Agudo es similar al trastorno por estrés postraumático, pero se diferencia de éste en que los síntomas aparecen inmediatamente después del evento traumático (en las primeras 4 semanas posteriores). Quienes desarrollan un trastorno por estrés agudo tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático (DSM-IV-TR, 2003).

Los hallazgos descritos hasta ahora son coherentes con los de Miles, Funk y Kasper (1993). Según estos autores, tanto los padres como las madres de bebés prematuros muestran altos niveles de ansiedad. Afortunadamente, el estrés y la sensación de incertidumbre disminuyen con el tiempo. La alteración del rol parental parece ser, una vez más, la mayor fuente de estrés, aunque son las madres quienes obtienen niveles significativamente más altos en este área. El malestar estaría asociado a la sensación de frustración y desilusión por la incapacidad de ejercer el rol de cuidador en forma normal y de acuerdo a lo esperado.

#### *Variables asociadas al estrés parental en la UCIN*

El malestar psicológico de los padres que tienen un hijo ingresado en una UCIN ha sido asociado a múltiples factores. Algunos de ellos tienen directa relación con el impacto que produce en los progenitores la experiencia de la UCIN. Entre estos factores se encuentran: la adaptación al hecho de tener un bebé enfermo, la gravedad de la enfermedad, el estrés producido por el ambiente de la Unidad y la alteración en el rol de padres, producto de la distancia física y emocional del bebé (Carter et al., 2005; Shaw et al., 2006). Por otra parte, se han identificado variables que no tienen relación directa con la experiencia de la UCIN, pero que tienen mucha relevancia a la hora de explicar la reacción parental, a saber, el tipo de funcionamiento familiar, el estatus socioeconómico de la familia, la personalidad de los padres y la disponibilidad de apoyo social (Alfonso et al., Miles, 1989, Pinelli, 2000 y Shields-Poe y Pinelli, 1997, citados en Carter et al., 2007).

En relación al malestar asociado a la experiencia de la UCIN, los autores de la Escala de Estrés en los Padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (Miles et al., 1993), han identificado ciertos estresantes ambientales característicos de esas Unidades que explicarían una parte importante del estrés parental. Entre ellos se encuentran la apariencia del bebé (su color, su tamaño, su reacción frente a los procedimientos dolorosos o invasivos, los tubos y agujas que lleva puestos, etc.), el panorama general de la Unidad (los equipos, las alarmas, otros bebés enfermos, etc.), los cambios en el rol parental esperado y los patrones de comunicación del personal con los padres (Zenah y Jones, citado en Miles, et al., 1993).

Entre los estresores valorados por la Escala de Estrés en los Padres, la literatura revisada coincide en señalar que la alteración del rol parental es el factor que tiene mayor peso a la hora de explicar el estrés de los padres, especialmente en el caso de bebés prematuros. La experiencia que describen los progenitores es de desilusión, de distancia respecto de su hijo y de falta de competencia en cuanto a sus tareas como cuidadores. Como señalamos en el apartado sobre Duelo y aflicción en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), muchos sienten que el bebé está más cerca de los profesionales que lo atienden que de ellos mismos. Algunos autores comparan esta alteración del rol al hecho de “tener un trabajo sin la descripción de sus funciones”. Afortunadamente, esta sensación parece atenuarse con el tiempo, en la medida en que la salud del neonato mejora y los padres se involucran activamente en sus cuidados (Carter et al., 2007; Miles et al., 1993; Shaw et al., 2006; Carter et al., 2005).

El estado clínico del bebé es también un factor asociado al estrés parental destacado en la literatura. Algunos estudios sugieren que los niveles de estrés son mayores en las madres de los neonatos de menor edad gestacional y que requieren de asistencia respiratoria (Meyer et al., 1995; Carter et al., 2005). Por su parte, Carter y colaboradores (2007) encontraron que las madres que habían tenido una ecografía anormal tenían mayores niveles de estrés. Este resultado les permite especular sobre una posible relación entre un examen ecográfico anormal, la gravedad de la patología infantil y el estrés materno.

Con respecto a las variables asociadas al estrés parental que no tienen relación directa con la experiencia de la UCIN, destacan la edad de la madre y el nivel socioeconómico: a menor edad y menor nivel socioeconómico, mayores niveles de estrés materno. Esto se entiende si tenemos en cuenta que las madres jóvenes son quienes cuentan con menor cantidad de recursos (dinero, transporte, experiencia en el cuidado de bebés, etc.), realidad que por sí misma constituye una fuente de estrés (Meyer et al., 1995; Carter et al., 2005). En otro estudio (Carter et al., 2007), se encontró que las mujeres que tenían una relación de pareja de hecho tenían mayor riesgo de estar estresadas en comparación con las madres que estaban casadas. En el caso de los padres, los niveles de estrés estaban asociados con una historia de abuso de drogas y alcohol y con el hecho de que su mujer fuese trasladada durante el embarazo debido a complicaciones.

En relación a la disponibilidad de apoyo social, Singer, Davillier, Bruening, Hawkins y Yamashita (1996) encontraron que las madres de bebés prematuros extremos que no disponían de apoyo social mostraban niveles de malestar psicológico mayores que aquellas que sí contaban con dicho apoyo. Por su parte, aquellas mujeres que se sentían poco competentes en su rol de madres pero que sí tenían el apoyo de su pareja u otro significativo mostraban menores niveles de malestar.

La personalidad de los padres ha sido estudiada como otra de las variables que podría explicar en parte el estrés parental y que no tiene relación directa con la experiencia de la UCIN. En esta línea, Carter y colaboradores (2007) encontraron que los rasgos de personalidad disfuncionales y los altos niveles de ansiedad eran predictores de estrés en la UCIN. Los padres que tenían altos niveles de ansiedad como rasgo de personalidad estaban en mayor riesgo de percibir la UCIN como estresante, especialmente en relación con el personal y el aspecto y comportamiento del bebé. Este hallazgo no sorprende, ya que en estudios anteriores se ha encontrado una asociación similar entre características de la personalidad y psicopatología.

Lo que sí llamó la atención de los investigadores fueron los altos niveles de cooperación como rasgo de personalidad registrados en aquellos padres que mostraban los mayores niveles de estrés en relación a la alteración en el rol de padres. Quienes tienen altos niveles de cooperación se caracterizan por ser personas empáticas, especialmente interesadas por los demás, tolerantes y compasivas. En este contexto se entiende que, si bien es adaptativo tener altos niveles de este rasgo, un padre empático y compasivo debe experimentar las dificultades para ejercer su rol como una experiencia particularmente estresante (Carter et al., 2007).

Otro hallazgo interesante del mismo estudio tiene relación con los vínculos pasados de los progenitores. Al evaluar la relación de los padres con sus propios padres, se encontró que quienes puntuaban alto en “cuidados maternos” experimentaban menores niveles de estrés. En otras palabras, quienes habían tenido experiencias de cuidado positivas con sus padres, experimentaban menos estrés al momento de tener a su hijo ingresado en la UCIN, que los que habían tenido experiencias negativas. Este resultado destaca una vez más la importancia de las experiencias tempranas con quienes son los principales cuidadores y su rol como factor protector (o de riesgo) frente a los

eventos vitales estresantes. Finalmente, la experiencia de haber tenido un hijo ingresado en el pasado parece actuar como factor protector frente al estrés parental, ya que los padres que habían tenido la experiencia de la UCIN mostraban menores niveles de estrés en la alteración del rol de padres (Carter et al., 2007).

En vista de lo revisado hasta ahora, podemos decir que existe un conjunto de variables asociadas al estrés de los padres que viven la experiencia de la UCIN. Algunas de ellas tienen directa relación con dicha experiencia (como la alteración en el rol de padres, la salud del bebé, etc.), mientras que otras apuntan a factores que podríamos llamar “contextuales” (como el nivel socioeconómico, la cohesión familiar, etc.). Es probable que todas ellas se combinen en el momento de determinar la respuesta individual.

Hemos visto que una de las mayores fuentes de estrés para los progenitores es la alteración que se produce en su rol como padres debido a la hospitalización. En este sentido, la literatura revisada es coherente al subrayar la importancia de anticipar a los progenitores las alteraciones que sufrirá la relación padres-bebé producto del ingreso, así como la necesidad de incluirlos activamente en los cuidados de su hijo. Por otra parte, existe también acuerdo en la importancia de mantener una relación saludable entre profesionales y progenitores. El personal debe tener en cuenta que los padres llegan a la UCIN con su particular personalidad, personalidad que por sí misma, en algunos casos, los pone en riesgo de sufrir estrés y moldea la forma en que le hacen frente. A fin de reducir esta ansiedad, es necesario ser especialmente cautos para que la comunicación con ellos sea clara y exista oportunidad de discutir y solicitar información de una forma continuada.

En resumen, la información sobre las fuentes de estrés en los padres es relevante para los equipos de salud, a fin de identificar a los progenitores con mayor riesgo y planificar las intervenciones. Esto es fundamental en la medida en que el bienestar de los padres, la cohesión familiar y la relación padres-hijo son factores determinantes del desarrollo del niño a largo plazo (Carter et al., 2007).

Si bien existen numerosos modelos de intervención destinados a bebés prematuros y a sus padres, aplicados en el período neonatal, son numerosas también las formas en que se ha valorado la efectividad de dichos modelos. Las medidas utilizadas incluyen variables relativas al bebé (por ejemplo, puntuaciones en escalas de desarrollo), variables relacionadas con la relación entre padres y neonato (por ejemplo, evaluación de la interacción) y variables relacionadas con el bienestar parental (por ejemplo, niveles de depresión maternos), entre otras. En este contexto, un conjunto de investigaciones valora la efectividad medida en términos de los niveles de estrés parental. Dentro de este grupo, la metodología utilizada es también variada, de modo que los estudios que revisaremos a continuación son dispares.

Kaaresen y colaboradores (2006) implementaron un programa de intervención temprana destinado a bebés prematuros menores de 2000 g y sus padres, cuyo objetivo era reducir los niveles de estrés parental. La intervención consistió en 8 sesiones realizadas poco antes del alta y 4 visitas domiciliarias realizadas a los 3, 14, 30 y 90 días después ésta. Todas ellas eran conducidas por una enfermera especializada. En las sesiones iniciales, había espacio para el “desahogo” de los padres en relación a la experiencia de la hospitalización y los sentimientos de tristeza, culpa y ansiedad respecto de la supervivencia y el futuro desarrollo del bebé. En segundo lugar, se promovía la inclusión de los padres en un rol activo respecto del manejo y la valoración del comportamiento de su hijo. El foco de atención de las sesiones era la individualidad del neonato, la sensibilización respecto de sus señales de estrés, así como la identificación de los comportamientos que indicaban que estaba listo para la interacción.

Los padres fueron evaluados a los 6 y 12 meses de edad corregida de sus bebés, utilizando el Parenting Stress Index, que valora el estrés en la relación padres-bebé. Los resultados mostraron que la intervención redujo los niveles de estrés parental a un nivel comparable con el de los padres de bebés de término. Al comparar las puntuaciones de los dos grupos de padres de neonatos prematuros (experimental y control), se encontraron diferencias significativas en las variables distractibilidad/hiperactividad, reforzamiento del rol parental, competencia y apego, todas ellas favorables al grupo intervenido. Por otra parte, se encontró una correlación negativa entre el número de

sesiones en las que participó el padre y el nivel de estrés. Los autores concluyen que los resultados obtenidos son coherentes con el contenido de la intervención, que busca que los progenitores interpreten adecuadamente el comportamiento de su hijo y actúen en concordancia a él, fortaleciendo la relación entre ambos y haciéndolos sentir más competentes en el manejo de su hijo.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo en Buenos Aires, Ruiz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005) evaluaron el impacto de un programa de intervención a nivel del estrés y la depresión en madres de bebés prematuros extremos. La intervención incluía la participación de profesionales de diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, psicóloga, etc.) y se centraba tanto en el bebé como en las necesidades afectivas de los padres. El programa consistía en entrevistas individuales realizadas dos veces por semana desde los primeros días de la internación, en las que se abordaban temas como la rutina de la UCIN, las características del comportamiento del neonato, el estado emocional de los padres, la organización familiar, las licencias laborales, la planificación del alta, etc.

Una vez finalizada la intervención, se encontró que las madres que habían participado en el programa mostraban niveles de estrés significativamente menores que las del grupo control, que había recibido los cuidados de rutina. Las mediciones realizadas a través de la Escala de Estrés en los Padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (PSS:NICU), mostraron que un 62% de las madres del grupo control valoró la experiencia de la UCIN como “extremadamente estresante”, mientras que sólo un 6,2% de las madres del grupo experimental lo hizo. Se encontraron diferencias significativas favorables al grupo intervenido en tres de las cuatro subescalas de la PSS:NICU: “Comportamiento y aspecto del bebé”, “Alteración del rol de padre” y “Vistas y sonidos”. Con respecto a los niveles de depresión, las diferencias encontradas también fueron favorables al grupo experimental. Este grupo presentó un nivel significativamente más bajo de depresión materna, con un promedio de 9 en el Inventario de Depresión de Beck versus 19,6 en el grupo control. Los autores atribuyen parte importante de la efectividad de la intervención a la relevancia otorgada al apoyo emocional de los padres, así como a la orientación entregada acerca de pautas de interacción y estimulación adecuadas a las necesidades del neonato prematuro.

Melnik y colaboradores (2006) evaluaron la eficacia de un programa educativo-conductual denominado COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment), diseñado para fortalecer la interacción entre padres y neonato prematuro, mejorar la salud mental de los progenitores y favorecer el desarrollo del bebé. Lo novedoso de este programa es que no requería de entrenamiento intensivo por parte del personal ni demasiado tiempo invertido por ellos en la intervención, ya que ésta era realizada en mayor medida por los propios padres. El programa consistía en 4 sesiones en las que se entregaba material escrito y de audio a los padres. Este material contenía información acerca de la apariencia y características del comportamiento del prematuro, así como orientación respecto del tipo de interacción que favorece su desarrollo y del modo en que los progenitores pueden participar en los cuidados cotidianos. La información iba acompañada de actividades prácticas que permitían a los padres implementar la información recibida. Las tres primeras sesiones se llevaban a cabo durante la hospitalización, mientras que la última era realizada en los hogares, una semana después del alta. Los padres completaron instrumentos de autoinforme durante la hospitalización, antes del alta y a los 2 meses de edad corregida de su hijo. Por otra parte, observadores que desconocían la condición experimental de los sujetos evaluaron la interacción padres-bebés en la UCIN.

En cuanto a los resultados, las madres del grupo experimental informaron haber sufrido significativamente menos estrés en la UCIN y menores niveles de depresión y ansiedad a los dos meses de edad corregida del bebé. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión de los padres después del alta. En relación a la interacción, ambos progenitores se mostraron más sensibles y positivos en la interacción con sus hijos en comparación con sus pares controles. Al valorar sus creencias, tanto los padres como las madres del grupo experimental se mostraron fuertemente confiados en su capacidad para entender el comportamiento de su bebé, así como en sus conocimientos respecto de cómo relacionarse con él y qué comportamientos cabía esperar durante la hospitalización. Finalmente, los bebés del grupo experimental estuvieron menos días ingresados (3,8 días menos de hospitalización en la UCIN y 3,9 días menos de hospitalización total) en comparación con los bebés del grupo control. Los autores explican este hallazgo señalando que, al considerar la posibilidad del alta, los profesionales no sólo valoran la estabilidad fisiológica del bebé, sino también que los padres estén preparados para hacerse cargo de

ellos. Como estos padres participaron activamente en los cuidados de su hijo durante toda la hospitalización, pueden haber sido percibidos por el personal como mejor preparados para el alta que sus pares controles.

Por su parte, Browne y Talmi (2005) realizaron un estudio cuyo objetivo era evaluar el impacto de una intervención temprana, medido a nivel del conocimiento de los padres acerca de las señales del bebé, la interacción padres-neonato y los niveles de estrés de los progenitores. La investigación contempló tres condiciones experimentales: un primer grupo participó en demostraciones sobre reflejos, atención, habilidades motoras y estados de conciencia del neonato prematuro y se alentó a los padres a provocar ellos mismos los comportamientos observados. El segundo grupo recibió material educativo con información acerca de las competencias del bebé prematuro, sus señales de estrés, las maniobras de consolución, los estados de conciencia, etc. También se incluyó en el material escrito una descripción de los pensamientos y sentimientos más comunes en los padres de bebés prematuros e información sobre el futuro desarrollo del bebé. El tercer grupo (control) participó en discusiones informales acerca de los cuidados después del alta (baño, vestido, inmunizaciones, etc.). La muestra estaba compuesta por mujeres de situación socioeconómica desfavorable.

Al ser evaluadas poco antes del alta, las madres de ambos grupos experimentales mostraron niveles superiores de conocimientos e interacciones más contingentes y sensibles con sus bebés. Un mes después del alta, el 40% de toda la muestra mostró niveles de estrés fuera de la norma, lo que confirma el hecho de que ser padres de un bebé prematuro es particularmente estresante. Las madres del grupo control mostraron niveles de estrés asociados a su rol de madres significativamente más altos que el resto de la muestra. En estas madres, las expectativas en relación a su hijo distaban mucho de cómo lo percibían en la realidad, lo que, según los autores, podía constituir un antecedente de dificultades en el vínculo padres-bebé. Una de las conclusiones a las que llegaron los investigadores fue que incluso una intervención breve y de bajo costo, como es la entrega de material educativo, puede ser muy beneficiosa para una población vulnerable (Browne y Talmi, 2005).

Los estudios revisados hasta ahora utilizan el paradigma del estrés al momento de planificar las intervenciones en la UCIN. Sin embargo, existen otros estudios que

utilizan el paradigma del *trauma psíquico*, tal y como veíamos en el apartado acerca de la respuesta de los padres frente a la experiencia de la UCIN (Shaw et al., 2006; Jotzo y Poets, 2005). En esta línea, Jotzo y Poets (2005) evaluaron la efectividad de un programa llevado a cabo en la UCIN destinado a reducir la severidad de la sintomatología materna asociada al nacimiento de un hijo prematuro, considerado como *evento traumático*. La intervención que idearon estos autores fue realizada por un psicólogo y consideraba dos aspectos: en un primer momento, intervención en crisis, que incluía medidas generales de prevención de trauma (por ejemplo, reconstrucción de los hechos que rodearon al parto, utilización de técnicas de relajación, activación de las redes disponibles, etc.), así como aspectos relacionados específicamente con el nacimiento prematuro (por ejemplo, identificación de las reacciones frente al ambiente de la UCIN y la relación con el personal). Las madres del grupo experimental podían pedir ayuda adicional si la necesitaban y eran atendidas en momentos críticos de la hospitalización (por ejemplo, cuando el bebé era sometido a una cirugía).

Los resultados obtenidos fueron favorables al grupo intervenido. Las madres que participaron en el programa mostraron niveles de impacto significativamente más bajos frente al “nacimiento prematuro” como evento traumático. Esto se manifestó en menores niveles de síntomas de intrusión, evitación e hiperreactividad, característicos del trastorno por estrés postraumático. Al momento del alta, aproximadamente un tercio de las madres del grupo experimental cumplía con los criterios de “trauma clínicamente significativo”, mientras que en el grupo control, dos tercios de las madres cumplían con estos criterios. Finalmente, los autores destacan la importancia de este tipo de intervenciones, ya que es sabido que los síntomas de trauma psíquico se pueden cronificar e interferir negativamente en el vínculo temprano padres-bebé.

Los hallazgos expuestos en este apartado son alentadores y hablan de la posibilidad de intervenir de manera efectiva sobre los niveles de estrés parental asociado a la experiencia de la UCIN. Llama positivamente la atención el hecho de que el contenido de las intervenciones revisadas es bastante similar y está en estrecha relación con las fuentes de estrés en la UCIN identificadas por la literatura especializada. Esto se traduce en que gran parte de los modelos de intervención ponen énfasis en la contención emocional de los padres, en su inclusión en los cuidados del neonato, en la creación de un ambiente más acogedor en la UCIN, en la comunicación fluida con el personal, en la

entrega de conocimientos acerca del comportamiento del bebé prematuro y en la activación de las redes sociales existentes.

A la luz de estos hallazgos podemos concluir que la efectividad de estas intervenciones está asociada a la posibilidad de intervenir sobre diferentes áreas, a saber: los padres, a través del apoyo emocional y del fortalecimiento de su rol como cuidadores; el bebé, contribuyendo al respeto por su individualidad y al reconocimiento de sus señales comunicativas; el contexto, generando un ambiente amigable en la UCIN y fortaleciendo las redes sociales existentes. Es importante señalar que si bien existen características comunes a los diferentes enfoques y que contribuyen a su efectividad, la literatura destaca la importancia de individualizar las intervenciones en relación a las características de los bebés y de sus padres, de su estilo de aprendizaje y sus estrategias de enfrentamiento (Browne y Talmi, 2005; Jotzo y Poets, 2005; Melnyk et al., 2006; Kaaresen et al., 2006; Ruiz et al., 2005).

Por otra parte, los estudios revisados coinciden en la apreciación de que aquellos tratamientos en los que los progenitores tienen un rol más activo, tienden a ser más efectivos. Así mismo, las intervenciones que tienen un enfoque a corto plazo (por ejemplo, interviniendo sólo durante el período de hospitalización) suelen ser menos efectivas que las que realizan seguimiento en los hogares, aunque implican un mayor costo. En relación a esto último, el entrenamiento del personal y el tiempo invertido por ellos en la intervención no siempre conlleva costos elevados, ya que es posible obtener resultados beneficiosos utilizando medios económicos (como son la entrega de material educativo), guiando a los padres en su uso. Finalmente, el trabajo con poblaciones de bajo nivel socioeconómico suele presentar mayores dificultades (por la falta de recursos, las diferencias culturales, las dificultades con el transporte, etc.), pero es posible obtener resultados positivos. Los esfuerzos son recompensados, ya que son los hijos de estas familias quienes están en mayor riesgo de dificultades en su desarrollo en comparación con bebés que pertenecen a familias con una situación económica más acomodada (Browne y Talmi, 2005; Jotzo y Poets, 2005; Melnyk et al., 2006; Kaaresen et al., 2006; Ruiz et al., 2005).

En general, el ambiente de las UCIN es hoy en día más acogedor que hace algunos años: los horarios de visita suelen ser libres, se promueve el contacto piel a piel, los padres participan en las decisiones clínicas, en algunos casos existe una persona de contacto que coordina, el alta se produce en forma más precoz, etc. (Meyer et al., 1995; Carter et al., 2005).

A pesar de los esfuerzos por hacer más acogedor el ambiente de las UCINs, sigue siendo un ambiente estresante, altamente tecnologizado y de gran demanda para sus profesionales. Este panorama favorece que, en algunos casos, el malestar parental pase inadvertido. La elaboración de un protocolo que incluyera la utilización de escalas de autoinforme para facilitar la identificación de los casos podría ser una medida de bajo costo y gran ayuda. La mayoría de los padres se muestran deseosos de participar en actividades que tengan relación con mejorar sus condiciones. Es lo que señala la literatura y afortunadamente fue también nuestra experiencia. Esta información recogida se podría utilizar para individualizar la intervención, así como para controlar la evolución, modificar el tratamiento o evaluar su eficacia (Meyer et al., 1995).

La salud mental de los padres que tienen hijos ingresados en las UCINs debiera ser una prioridad. El estrés y la depresión maternos, a través de sus efectos nocivos en la calidad de los cuidados parentales, pueden afectar negativamente la interacción padres-bebé, así como el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño (Meyer et al., 1995; Carter et al., 2007). Sabemos que las madres que sufren malestar psicológico significativo están en riesgo de tener más dificultades para adaptarse al medio hospitalario, participar menos en la toma de decisiones, visitar con poca frecuencia a su hijo, estar menos preparadas ante el alta y proveer cuidados deficientes (Meyer et al., 1995).

Construir un vínculo cercano padres-bebé en el ambiente de la UCIN, aunque difícil, debiera ser uno de los objetivos de la hospitalización. Al situar la relación padres-bebé en el centro de la atención se contribuye a generar las condiciones ambientales óptimas para el desarrollo del bebé, al mismo tiempo que se hace frente a una de las mayores fuentes de estrés para los progenitores en la UCIN: la alteración de su rol como padres.

## **Objetivos**

1. Evaluar los niveles de estrés y depresión en las madres de recién nacidos prematuros.
2. Valorar el efecto potencialmente beneficioso de una breve intervención temprana en madres de recién nacidos prematuros, que sufren trastornos de estrés o depresión secundarios.
3. Evaluar las percepciones maternas acerca del comportamiento de sus recién nacidos prematuros y de sí mismas como madres y el modo en que una intervención temprana puede eventualmente modificarlas.

## **Hipótesis**

El nacimiento de un niño prematuro rompe los esquemas y las expectativas que los padres habían organizado alrededor del nacimiento de un niño a término y sano. El ingreso de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la patología adyacente que ello supone aumenta la situación de estrés que habitualmente acompaña al período perinatal.

La depresión materna en el período puerperal puede aumentar o agravarse por situaciones que escapan al control parental y que suponen complicaciones que los padres no esperaban en el curso del embarazo y parto, como puede ser el nacimiento de un niño prematuro que puede presentar patología grave en consonancia con su edad de gestación.

El modo en que los padres perciben a su hijo recién nacido influye considerablemente en el tipo de interacción que establecen con él y, a largo plazo, en el tipo de vínculo que construyen. Muchos padres de niños prematuros tienden a verlos como particularmente frágiles y a sentirse inseguros en los cuidados que les deparan. Por su parte, los recién nacidos prematuros suelen presentar un tipo de comportamiento característico, propio de su inmadurez, que contribuye a incrementar dichas inseguridades.

Una intervención temprana basada en proporcionar a la madre un conocimiento

exhaustivo tanto de las capacidades como de las limitaciones de su hijo puede ayudarle a superar estas situaciones inesperadas y a mejorar el estado de estrés y la depresión postparto, así como influir positivamente en el modo en que percibe a su hijo.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 32 madres, junto a sus hijos recién nacidos prematuros, en condiciones clínicas estables, con una edad gestacional que oscila entre las 24 y 34 semanas (media grupo experimental: 28,53 semanas, DE 2,83; media grupo control: 28,47 semanas, DE 1,92). El peso de nacimiento se sitúa entre los 673 y los 1.490 gramos (media grupo experimental: 1119,41 g., DE 310,33; media grupo control: 1079,33g., DE 239,42). Para más detalles acerca de la muestra, véanse las tablas 2, 3, 4 y 5. Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- enfermedad psiquiátrica grave de la madre previa al parto
- anomalías congénitas del recién nacido
- renuncia de la madre a participar en el estudio

Las madres que participaron en el grupo experimental (17) fueron reclutadas mediante un muestreo incidental en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, previa autorización por parte del Comité de Ética de la Investigación. Si bien en este hospital hay una psicóloga que trabaja con los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN, no existe un programa de apoyo psicológico destinado a los padres de recién nacidos prematuros.

Las que forman parte del grupo control (15) fueron invitadas a participar en otro centro asistencial, la Clínica Dávila Recoleta. Dicho centro posee características similares a las del Hospital de la U. Católica (principalmente en términos de nivel socioeconómico y atención estándar recibida), pero carece de los programas de apoyo antes mencionados. En esta clínica obtuvimos la aprobación de la jefa del servicio, así como el consentimiento del Comité de Ética de la Investigación de la Clínica. La condición que el Comité planteó como requisito para la aprobación del proyecto fue

que, en caso de detectarse indicadores de depresión en alguna de las mujeres evaluadas, ésta debía ser informada y derivada a los profesionales de salud mental correspondientes.

Todo lo anterior fue realizado bajo el consentimiento informado de las madres (ver cartas de información sobre la investigación y consentimiento informado, anexo pp. 182-185).

**Tabla 2**  
**Características de la Muestra: Bebés (n = 32)**

	Experimental (n = 17)	Control (n = 15)	Estadístico	<i>p</i>
Peso (gr.)				
Media	1.119,41	1079,33	t=0,405	0,688
DE	310,33	239,42		
Longitud (cm.)				
Media	35,97	36,56	t=0,352	0,728
DE	3,66	2,69		
Perímetro craneal (cm.)				
Media	26,29	26,11	t=0,191	0,85
DE	2,57	2,28		
Edad gestacional (semanas)				
Media	28,53	28,47	t=0,072	0,943
DE	2,83	1,92		
Número de días de hospitalización				
Media	63,29	67,87	t=-0,468	0,643
DE	31,99	21,51		
Apgar 1 minuto				
Media	6,29	5,87	U=113,5	0,602
DE	2,42	2,61		
Apgar 5 minutos				
Media	8,06	7,67	U=118	0,737
DE	1,2	1,75		
Sexo				
Femenino	10 (58,8%)	5 (33,3%)	$\chi^2 = 2,079$	0,149
Masculino	7 (41,2%)	10 (66,7%)		

**Tabla 3**  
**Características de la Muestra: Madres (n = 32)**

	Experimental (n = 17)	Control (n = 15)	Estadístico	p
Edad (años)				
Media	31,88	32,73	U=120,5	0,794
DE	4,484	6,84		
Tipo de parto				
Espontáneo	5 (29,4%)	2 (13,3%)	$X^2_{TL} = 1,168$	0,28
No Espontáneo	12 (70,6%)	13 (86,7%)		
Paridad				
Primípara	8 (47,1%)	9 (60%)	$X^2 = ,536$	0,464
Múltipara	9 (52,9%)	6 (40%)		
Posición social de la familia (SES) <sup>a</sup>				
Alto	13 (76,5%)	12 (80%)	$X^2_{TL} = 0,056$	0,812
Bajo	4 (23,5%)	3 (20%)		
Situación conyugal				
Pareja estable	17 (1)	13 (0,87)	0,133 <sup>b</sup>	IC 95% = -0,4 a 0,3
Soltera	0	2		
Lugar de nacimiento de la madre				
Región metropolitana	13 (76,5%)	10 (66,7%)	$X^2_{TL} = ,367$	0,545
Regiones/Extranjero	4 (23,5%)	5 (33,3%)		
a = Hollingshead 4-factor index				
b = Diferencia de proporciones				

**Tabla 4**  
**Diagnóstico de ingreso**

	Condición experimental		Diferencia de proporciones	IC 95%
	Estudio n = 17	Control n = 15		
Pequeño para la edad gestacional	2 (11%)	4 (26%)	-0,15	-0,42 a 0,12
Síndrome Distrés Respiratorio	14 (82%)	12 (8%)	0,02	-0,25 a 0,3
Sepsis neonatal precoz (<3días) nosocomial (>3 días)	4	0		
Ductus arterioso persistente	0	1		
Hemorragia Intraventricular	1	0		
Otros	2	1		

**Tabla 5**  
**Diagnóstico de alta**

	Condición experimental		Diferencia de proporciones	IC 95%
	Estudio n = 17	Control n = 15		
Pequeño para la edad gestacional	2 (12%)	3 (20%)	-0,08	-0,34 a 0,17
Apneas del prematuro	7 (41%)	5 (33%)	0,08	-0,26 a 0,41
Hiperbilirrubinemia (+ fototerapia)	10 (58%)	7 (46%)	0,12	-0,22 a 0,47
Síndrome Distrés Respiratorio	11 (64%)	10 (66%)	-0,02	-0,35 a 0,31
Sepsis neonatal precoz (<3días) nosocomial (>3 días)	5 (30%)	5 (33%)	-0,04	-0,36 a 0,28
Ductus arterioso persistente	4 (23,5%)	4 (26,7%)	-0,03	-0,33 a 0,27
Hemorragia Intraventricular	4 (24%)	3 (20%)	0,04	-0,250 a 0,32
Retinopatía del prematuro	3	1		
Displasia Broncopulmonar	8 (47%)	5 (33%)	0,14	-0,12 a 0,47
Enterocolitis necrotizante	1	1		
Otros	12	12		

a) *Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal* (NBAS, Brazelton y Nugent, 1997, ver protocolo en el anexo, pp. 175-176.). La escala consta de 28 ítems conductuales que se valoran en una escala de 9 puntos y con 18 ítems de respuestas reflejas, cada uno con una graduación de 4 puntos. A lo anterior, se añade una serie de 7 ítems suplementarios, que tienen la finalidad de captar el grado de fragilidad y la calidad de la conducta de bebés de riesgo.

El método que se utiliza para puntuar la NBAS se basa en la agrupación de ítems propuesta por Lester (1984). En ella, se reducen los ítems conductuales y los de reflejos a siete agrupaciones, sobre una base conceptual y empírica. Estas agrupaciones son las siguientes:

*Habitación:* alude a la habilidad del neonato para responder e inhibirse frente a estímulos perturbadores mientras duerme.

*Social-interactiva:* se refiere a la capacidad del bebé para atender a estímulos visuales y auditivos, así como a la calidad global de sus estados de alerta.

*Motricidad:* evalúa la actuación motora, la calidad del movimiento y del tono.

*Organización del estado:* valora la activación del neonato y la labilidad de estados.

*Regulación del estado:* constituye una valoración de la habilidad del niño para regular su estado ante el incremento de los niveles de estimulación.

*Estabilidad del sistema nervioso autónomo:* evalúa los signos de estrés en relación a los ajustes homeostáticos del sistema nervioso central.

*Reflejos:* valora el número de reflejos anormales.

En un estudio realizado con una muestra de 220 neonatos españoles, en el que se incluyeron todos los ítems conductuales (incluidos los suplementarios), a partir del análisis factorial se obtuvieron las siguientes agrupaciones: Habitación, Social-interactiva, Sistema nervioso autónomo/Sistema Motor, Organización del estado y Regulación del estado. Los coeficientes de fiabilidad Alfa de las citadas dimensiones conductuales oscilan entre 0.41 (Organización del estado) y 0.93 (Social interactiva) (Costas, Fornieles, Botet, Boatella y De Cáceres, 2007).

El modelo que nos planteamos utilizar para la sesión con la NBAS es el de Nugent (1985), descrito en el capítulo “El modelo basado en la evaluación del desarrollo del neonato con la Escala de Brazelton” por ser el más indicado para el objetivo propuesto, tal como se refleja en la introducción.

b) *Escala de Edimburgo* (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Cox, Holden y Sagovsky, 1987, ver protocolo en el anexo, pp. 166-167). Se trata de una escala de autoinforme que tiene como objetivo la identificación de aquellas madres que sufren de depresión. Desde su creación hasta ahora ha sido ampliamente utilizada tanto en la investigación como a modo de procedimiento en múltiples servicios de salud (Cooper y Murray, 1998; Cox, Murray y Chapman, 1993; McCarthy, 1998; Murray, Cooper, Wilson y Romaniuk, 2003; Nugent et al., 2000; Warner, Applebey, Whitton y Faragher, 1996).

La Escala está compuesta por 10 ítems que se puntúan 0, 1, 2 o 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. La madre encierra en un círculo aquella respuesta que mejor se acerca a cómo se ha estado sintiendo durante la última semana. Ésto se puede cumplimentar con unos 5 minutos en total. Los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se recodifican invirtiendo las puntuaciones (3 = 0; 2 = 1; 1 = 2; 0 = 3). La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en los 10 ítems.

A partir del estudio de validación de la Escala, se estableció que la EPDS posee una sensibilidad y especificidad satisfactorias y que es sensible a los cambios en la severidad de la depresión a lo largo del tiempo. Se comprobó que una puntuación de 12/13 constituye un indicador de probable depresión, aunque se sugirió como punto de corte el 9/10 para la utilización del instrumento en forma rutinaria en los servicios de atención primaria. A su vez, los autores destacaron el hecho de que la EPDS no sustituye la evaluación clínica, de manera que una puntuación por debajo del punto de corte no indica necesariamente la ausencia de depresión (Cox et al., 1987).

Para nuestro estudio, utilizamos la versión en castellano realizada por Alvarado y colaboradores (1992), quienes validaron el instrumento en Chile. Los valores obtenidos con el análisis de fiabilidad dan cuenta de una elevada consistencia interna entre los ítems (Coeficiente de alfa = 0,844; Coeficiente de Spearman-Brown: 0,765;

Coefficiente de bipartición: 0,867). La versión equivalente de este instrumento en España es la de García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro (2003).

En la versión validada en Chile, los autores sugieren utilizar diferentes puntos de corte en función de los objetivos que tenga la aplicación del instrumento. Recomiendan conservar los puntos de corte sugeridos por los creadores de la escala, situados entre 9 y 10 para su utilización a modo de cribado y de 12-13 o 13-14 en el caso de que el objetivo sea precisar los “casos”, ya que con esos valores se obtienen niveles apropiados de especificidad y valor predictivo (Alvarado et al., 1992).

*c) Escala de Estrés en los Padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos* (PSS: NICU, Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit, Miles et al., 1993). Véase el protocolo en el anexo, pp. 168-171. Es una escala de autoinforme que fue diseñada para medir la percepción de los padres acerca de los estresantes provenientes del ambiente físico y psicológico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Su objetivo es recabar información en torno a estresantes vinculados a cuatro áreas: a) apariencia y comportamiento del recién nacido prematuro, b) cambios en el rol de padres c) la rutina y el ambiente de la UCIN y d) la relación de los padres con el personal de la Unidad<sup>10</sup>.

El instrumento está compuesto por 4 subescalas: “Vistas y sonidos”, “Comportamiento y aspecto del recién nacido”, “Alteración del rol de padre” y “Relación con el personal”. Cada una de ellas se compone de una serie de ítems en que se plantean situaciones habituales para unos padres que tienen a su hijo ingresado en la UCI neonatal. En cada una de estas situaciones, se pide a la persona que encierre en un círculo la opción que mejor represente el nivel de estrés que ha significado para ella esa situación particular. Por ejemplo, el primer ítem de la subescala “Vistas y sonidos” es: “La presencia de monitores y aparatos”. Las respuestas pueden ir desde 1 = no ha sido estresante en absoluto, hasta 5 = extremadamente estresante. Ahora, en el caso de que

---

<sup>10</sup> Esta última subescala fue eliminada por los autores en el proceso de preparación del instrumento, ya que al menos dos tercios de los padres a quienes se les administró el cuestionario no habían experimentado lo que se planteaba en los ítems. En nuestro estudio, decidimos conservarla pues consideramos de mucha utilidad la información que se pueda recoger en torno a la relación con el personal.

no haya tenido esa experiencia, se le pide al sujeto que encierre en un círculo la opción “NA” (no aplicable).

En cuanto a la puntuación, la PSS:NICU puede puntuarse de tres modos diferentes:

Métrica 1: Nivel de Ocurrencia del Estrés, corresponde al nivel de estrés experimentado en relación a una situación particular. Sólo quienes han tenido la experiencia que se describe en el ítem reciben una puntuación; aquellos que no la han experimentado se consignan como “missing”. La puntuación se calcula sacando el promedio para los ítems que fueron experimentados en cada subescala y para la Escala total. Cabe señalar que el denominador para obtener el promedio de cada subescala corresponde al total de ítems experimentados en ella.

Métrica 2: Nivel General de Estrés. Se refiere al nivel total de estrés generado por el ambiente de la UCIN. A diferencia de la métrica anterior, en este caso a quienes no han tenido la experiencia que se sugiere en determinado ítem se les asigna un “1”, que significa que no ha tenido estrés. La puntuación se calcula promediando estas puntuaciones para cada subescala y para la Escala en total. El denominador para obtener el promedio para cada subescala es el número total de ítems de ésta.

Métrica 3: Corresponde al número de ítems experimentado por el progenitor en cada subescala y en la Escala en total. Si bien generalmente se considera poco adecuado llevar a cabo análisis psicométricos a partir de frecuencias, en este caso constituye una medida útil pues permite valorar cuán a menudo determinados aspectos del ambiente de la UCIN son experimentados por los padres.

Las tres métricas se consideran relevantes pues arrojan información diferente. El evaluador puede elegir cuál de ellas se ajusta de mejor forma a los propósitos de su estudio.

Las propiedades psicométricas del instrumento se describen en el manual (Miles y Funk, 1998). Los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) son aceptables para todas las subescalas ( $> 0,7$ ) y la consistencia interna de la escala total es muy buena

(0,94 y 0,89 para las métricas 1 y 2, respectivamente). Los resultados obtenidos por diversos estudios corroboran su fiabilidad, validez y consistencia interna, así como su utilidad como instrumento tanto en el ámbito clínico como en la investigación (Meyer et al., 1994; Miles et al., 1993; Ruiz et al., 2005;).

d) *Mother and Baby Scales*<sup>11</sup> (MABS, Wolke y St. James-Roberts, 1987 citado en Wolke, 1997, ver protocolo en el anexo, pp. 172-174). Teniendo en cuenta que las impresiones de los padres acerca de las características de su hijo ejercerán una importante influencia en los cuidados del niño, los autores han diseñado un instrumento que permite una rápida valoración de estas percepciones, así como de la seguridad que tienen en sí mismos para cuidar a su hijo.

La escala que utilizaremos en este estudio (parte A) incluye 43 ítems que se agrupan en una serie de subescalas relativas al recién nacido y a sus padres. Estas subescalas son las siguientes:

*Inestable-irregular*: valora las conductas de irritabilidad del recién nacido.

*Alerta-capacidad de respuesta*: recoge las impresiones de los padres sobre de la conducta de alerta del neonato.

*Temperamento fácil*: se trata de una valoración del temperamento del niño.

*Falta de seguridad en los cuidados del recién nacido*: evalúa las percepciones maternas acerca de su propia eficiencia, excluyendo las situaciones de lactancia.

*Nivel general de seguridad*: valora las impresiones de la madre en relación a su seguridad en los cuidados del recién nacido.

Todas estas subescalas se puntúan mediante una escala de 6 puntos. En el caso de las subescalas Inestable-irregular, Alerta-capacidad de respuesta y Falta de seguridad en los cuidados del recién nacido, la puntuación va del “0” (nada/en absoluto) hasta el “5” (mucho/con mucha frecuencia). En las otras dos (Temperamento fácil y Nivel general de seguridad), la puntuación va del “-3” al “+3”. Por ejemplo, en el ítem 37, en

---

<sup>11</sup> En el presente trabajo, utilizaremos únicamente la MABS que valora las percepciones maternas en torno al comportamiento del recién nacido y a la seguridad en los cuidados (parte A), excluyendo la sección sobre los problemas en la lactancia (parte B). Ello se debe a que la parte A contiene algunos ítems relativos a la lactancia y a que de ese modo limitamos la cantidad de instrumentos a completar por las madres.

que la pregunta es “En general, ¿cuán irritable es su recién nacido?”, las respuestas pueden situarse entre el -3 = muy irritable y el +3 = muy calmado (ver protocolo en el anexo, pp. 172-174).

Para identificar las impresiones clínicamente relevantes, es preciso comparar las puntuaciones obtenidas por el sujeto con las puntuaciones estándar (ver tabla 9 en el apartado sobre resultados) y ver en qué medida se ajustan o apartan de las franjas establecidas para cada subescala. La fiabilidad de cada subescala se describe en la misma tabla.

*d) Historia clínica:* en ella se recogen los datos descriptivos y demográficos de todos los sujetos del estudio (ver protocolo en el anexo, pp. 177-181).

*e) Vídeo:* se trata de un vídeo destinado a padres de recién nacidos prematuros que se encuentran en la UCI Neonatal. Fue creado por la Fundación del Hombre, que es una organización española que tiene como objetivo servir de apoyo a los padres de niños que se ven enfrentados a la difícil tarea de hacerse cargo de un recién nacido “demasiado pequeño, demasiado pronto”. En él se describe en detalle el funcionamiento de una UCI Neonatal, las características de los aparatos que se utilizan, las funciones de los profesionales que en ella trabajan, etc. A su vez, se incluye el relato de las experiencias de varias parejas que han atravesado circunstancias similares, de las sensaciones les ha provocado, las dificultades han debido enfrentar, etc.

### *Procedimiento*

La intervención tuvo como uno de sus elementos fundamentales la administración de la Escala de Brazelton en presencia de la madre. Todos los bebés fueron evaluados por la autora de esta investigación, experta en la utilización de esta técnica y acreditada por el Brazelton Institute (Harvard Medical School) (véase el certificado en el anexo, p. 186). También se incluyó la presentación de información acerca del comportamiento y las características de los recién nacidos prematuros, de sus competencias e individualidad, del manejo de situaciones potencialmente difíciles, la valoración de la alteración en el funcionamiento del sistema familiar, preparación para el alta médica, identificación de los recursos existentes en la comunidad, etc.

Todos los padres del grupo experimental fueron contactados a los pocos días de haber ingresado sus hijos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y una vez que los recién nacidos se encontraban en condiciones de salud estables. De una forma habitual, la psicóloga del Servicio de Neonatología de la Universidad Católica ofrecía a todos ellos la posibilidad de recibir apoyo psicológico durante el período de hospitalización de su hijo. A quienes aceptaron el ofrecimiento, se les invitó a participar en un programa especialmente diseñado para padres de niños prematuros, explicándoles en qué consistiría dicho programa y entregándoles una carta en la que se detallaban los pasos a seguir (ver cartas en anexos, pp. 182-185).

En el caso del grupo control (Clínica Dávila), se les invitó a participar en el estudio, explicándoles en qué consistiría su participación y haciéndoles entrega de una carta en que se explicitaba el tipo de colaboración que se requería.

Una vez obtenido el consentimiento informado, las madres de ambos grupos (experimental y control) completaron el cuestionario sobre estrés en la Unidad de Cuidados Intensivos (PSS:NICU) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). A su vez, se les pidió la información necesaria para completar los datos de la historia clínica que no eran posibles de extraer de la ficha hospitalaria. Estas evaluaciones se llevaron a cabo entre la segunda y la tercera semana de hospitalización del recién nacido.

El grupo control recibió los cuidados estándar del hospital, esto es, asistencia médica y de enfermería. En aquellos casos en que la puntuación de la EPDS indicaba la sospecha o presencia de una depresión post parto, la madre era contactada e informada de ésto y derivada a los servicios de salud mental disponibles en la Clínica Dávila.

La intervención que recibió el grupo experimental consistió en apoyo y orientación psicológica para los padres, principalmente con respecto a la experiencia de ser padres de un niño prematuro. Esta ayuda se proporcionó a través de entrevistas con ambos padres (o la madre), realizadas por la psicóloga del Servicio de Neonatología de la U. Católica y la autora de esta investigación. El número de entrevistas varió en función del tiempo de hospitalización del neonato y de las necesidades de cada caso. Así, por ejemplo, lo habitual era una “entrevista de ingreso” realizada por la psicóloga

del Servicio en la que se comentaba a los padres acerca de este programa de apoyo. Si los padres accedían a participar, me acercaba a ellos para explicarles con más detalle sobre la intervención, les entregaba las cartas, luego los cuestionarios y acordábamos un día y una hora para la primera sesión, que sería en la que me devolverían los cuestionarios completados y veríamos el vídeo.

El objetivo de la sesión del vídeo era conocer a los padres, presentarles el programa de intervención, mostrarles el vídeo y luego discutir sobre lo observado. En general, la discusión giraba en torno al impacto inicial producto del nacimiento prematuro y a las emociones asociadas a esa experiencia. El vídeo servía para entregar información sobre el funcionamiento de la UCIN, así como para promover la identificación con los padres que aparecen en él relatando su experiencia. Esto último solía despertar fuertes emociones en los progenitores, quienes se sentían muy conmovidos al oír a quienes habían vivido una experiencia similar a la de ellos.

Una vez llevada a cabo la sesión con el vídeo, se dejaba la “puerta abierta” para solicitar entrevistas en caso de necesitarlo y se concertaba una última sesión poco antes del alta médica. En esa última entrevista se realizaba la sesión con la NBAS y se conversaba sobre diversos temas relacionados con la experiencia de ser padres de un recién nacido prematuro.

A lo largo de las entrevistas, el apoyo y orientación psicológica ofrecidos incluía cuatro áreas, tal y como lo describen Meyer y sus colaboradores (1994):

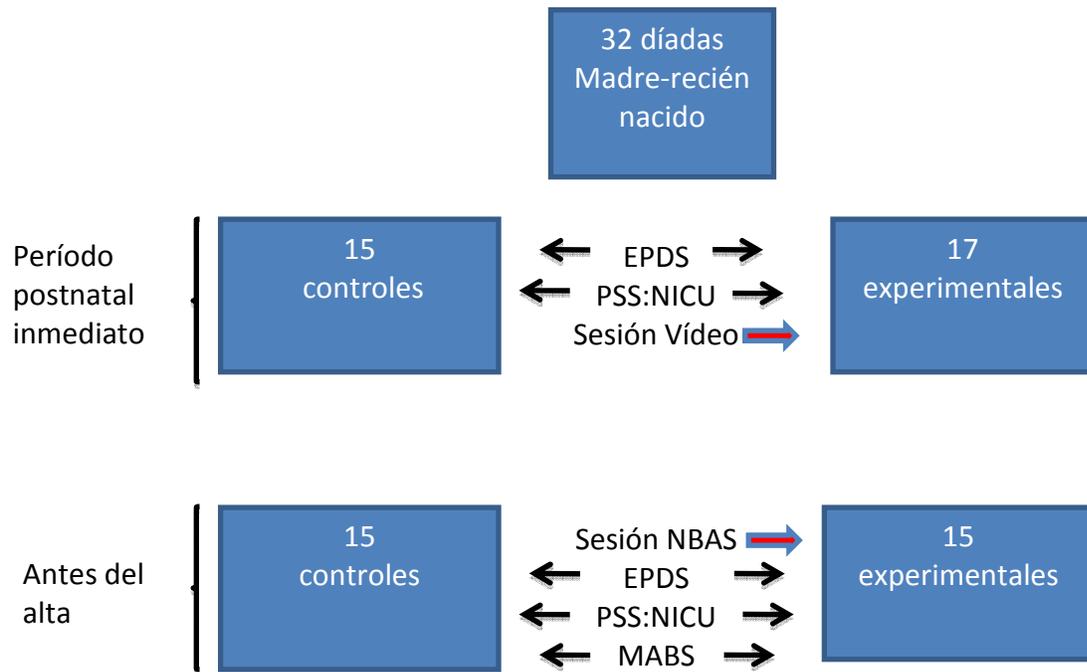
- 1) *Comportamiento y características del recién nacido*: describir las características del desarrollo de un niño prematuro; explicar los conceptos de edad corregida, umbral de estimulación, signos de estrés, estados de conciencia, etc.; utilización de la NBAS antes del alta a fin de ejemplificar dichos conceptos, valorar la individualidad del comportamiento del neonato y promover aquellos cuidados que tengan en cuenta dicha individualidad; utilización de video ilustrativo.
- 2) *Organización y funcionamiento familiar*: valorar los problemas de ajuste (como el estrés y la depresión); proporcionar el espacio para discutir acerca de los aspectos emocionales, principalmente el duelo por el recién nacido sano; evaluar la necesidad de derivación para apoyo psiquiátrico o asistencia social; reestructurar el sistema

familiar a fin de ajustar los roles como padres de un niño de alto riesgo; proporcionar la oportunidad de discutir acerca del nacimiento prematuro como una posible fuente de tensiones en la pareja; anticipar las eventuales dificultades en la interacción entre el niño prematuro y sus padres, etc.

- 3) *Cuidados y entorno*: en caso de detectar dificultades en los cuidados cotidianos del niño, reforzarlos a través de demostraciones de técnicas de manejo (maniobras de consolución, baño, interacción social, alimentación, etc.). Todo ello en conjunto con el personal de enfermería y auxiliares del servicio. En caso de identificar redes de apoyo deficientes, movilizar en conjunto fuentes de apoyo formal e informal.
- 4) *Alta médica / recursos de la comunidad*: preparación para el alta, discutir acerca de los temores y posibles dificultades; evaluar eventuales problemas con la alimentación; informar acerca de los recursos existentes en la comunidad para un seguimiento adecuado; proporcionar bibliografía especial para padres de niños prematuros, etc.

Justo antes del alta, y una vez llevada a cabo la intervención en el grupo experimental, se les pidió a todas las madres de la muestra que completasen la PSS:NICU y la EPDS nuevamente, además de la escala sobre percepciones maternas MABS. El tiempo transcurrido entre la primera y la segunda evaluación fue de 61,50 días para el grupo experimental y 54,27 para el grupo control. La diferencia entre los días transcurridos no es significativa. El procedimiento queda representado en la figura 2.

**Figura 2**  
**Procedimiento**



## **Análisis de los datos**

Para realizar el tratamiento estadístico de los datos, utilizamos el sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 16.0. Los análisis consistieron básicamente en comparaciones de puntuaciones entre grupos. Para hacer dichas comparaciones se utilizaron pruebas de comparación de medias paramétricas y no paramétricas. En aquellos casos en que se cumplían las condiciones de aplicación para la utilización de pruebas paramétricas, se emplearon dichas pruebas. Esto ocurrió en las variables que describen las características de la muestra expuestas en las tablas 2 y 3. Las únicas excepciones fueron las variables “Apgar 1 minuto”, “Apgar 5 minutos”, “Edad de la madre” y “Situación conyugal”. En el caso de las dos primeras, no se cumplían las condiciones de normalidad de la distribución. En la variable “Edad de la madre” no se cumplía el criterio de igualdad de las varianzas. Por estas razones, en estas tres variables se empleó la prueba estadística no paramétrica “U” de Mann-Whitney.

Con respecto a la variable “Situación conyugal”, se optó por la comparación entre dos proporciones, ya que la escasez de casos en algunas casillas hacía imposible aplicar la prueba de Chi Cuadrado. En relación a la comparación entre los diagnósticos de ingreso y de alta (tablas 4 y 5) se optó por el mismo criterio. En cuanto al manejo de los datos obtenidos en las escalas MABS, EPDS y PSS:NICU, se utilizaron también pruebas paramétricas y no paramétricas. Se especifica la elección de una u otra en cada tabla.

Las comparaciones que realizamos se pueden agrupar de la siguiente forma:

a) Con la finalidad de valorar la similitud inicial de los grupos control y experimental, comparamos los datos obtenidos a través de la Historia Clínica.

b) Con el objetivo de valorar el posible efecto de la intervención realizada, comparamos las puntuaciones obtenidas por los grupos control y experimental en la EPDS, PSS:NICU y MABS.

c) A fin de describir las puntuaciones clínicamente significativas, comparamos las puntuaciones en la EPDS, PSS:NICU y MABS de cada grupo y las puntuaciones

estándar.

d) Con el propósito de evaluar posibles cambios intra grupos, comparamos las puntuaciones EPDS y PSS:NICU obtenidas en la primera y segunda evaluación.

## Resultados

Para exponer los resultados se adoptará el orden descrito recientemente en el apartado “Análisis de los datos”.

### a) Valoración de la similitud de los grupos

Con respecto a la información obtenida a través de la Historia Clínica, podemos señalar que no se aprecian diferencias significativas entre los grupos control y experimental, tal como se muestra en la Tabla 2, 3, 4 y 5. Los grupos son equivalentes tanto en las características de la madre como en las de los bebés.

### b) Comparación de las variables dependientes: depresión, estrés y percepciones maternas

#### Depresión materna

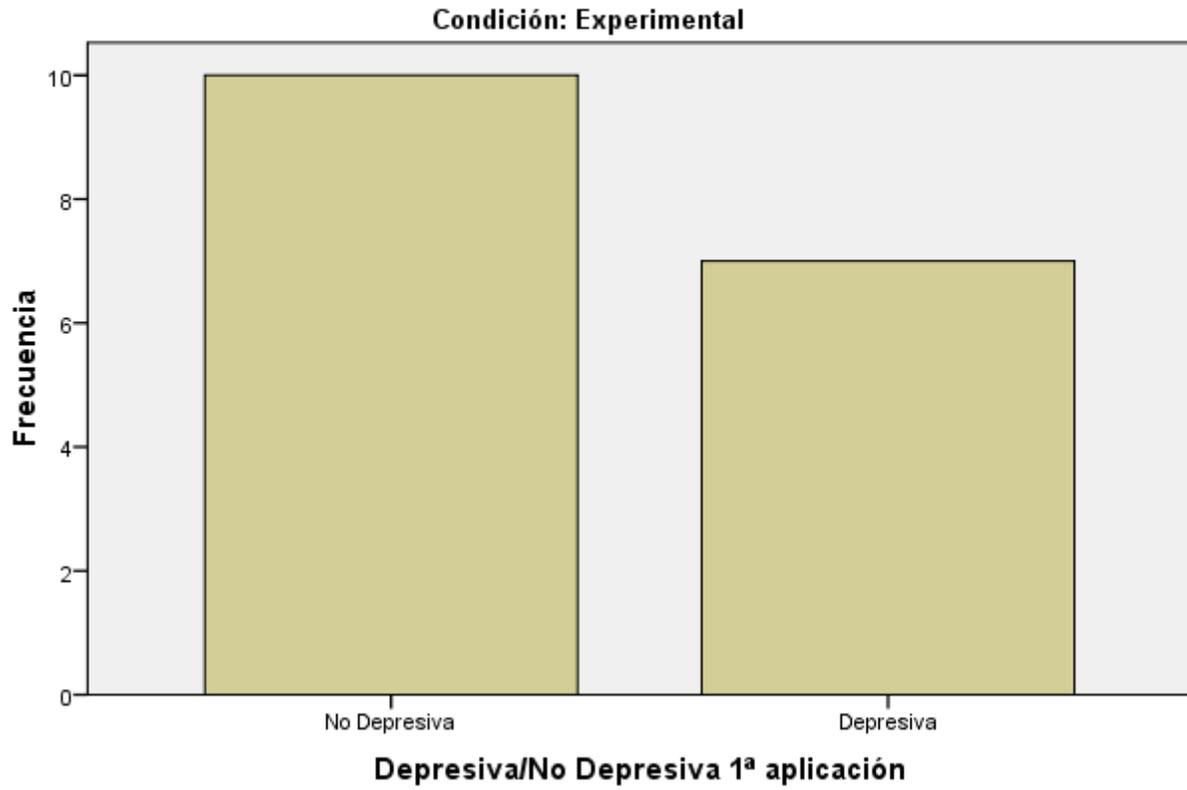
En cuanto al nivel de depresión materna, podemos decir que ambos grupos son similares en la primera evaluación ( $\chi^2 = 2,079$ ,  $p = 0,149$ , ver tabla 6 y gráficos 1 y 2).

**Tabla 6**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 1ª Aplicación**

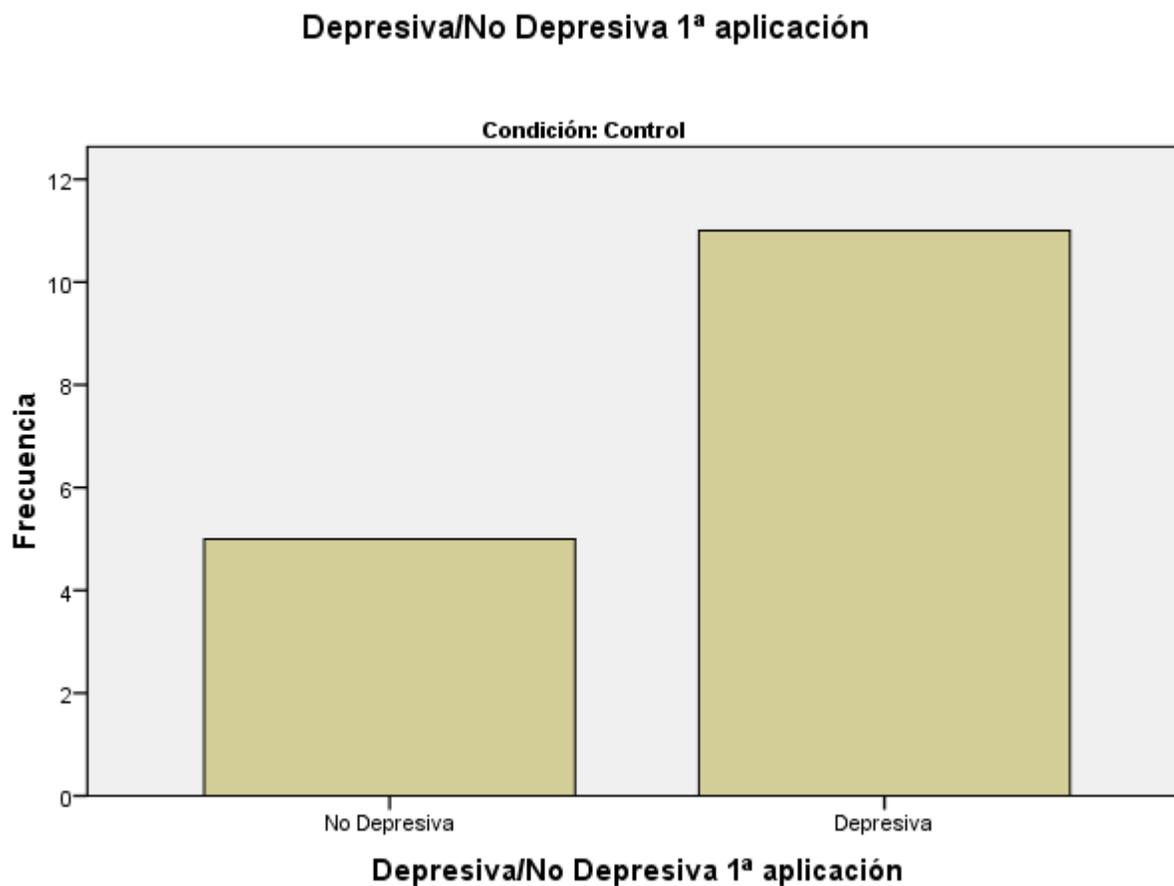
Condición		No Depresiva	Depresiva	Total
Experimental				
	Recuento	10	7	17
	Porcentaje	58,8%	41,2%	100%
Control				
	Recuento	5	10	15
	Porcentaje	33,3%	66,7%	100%
Total				
	Recuento	15	17	32
	Porcentaje	46,9%	53,1%	100%

**Gráfico 1**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 1ª Aplicación**

**Depresiva/No Depresiva 1ª aplicación**



**Gráfico 2**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 1ª Aplicación**



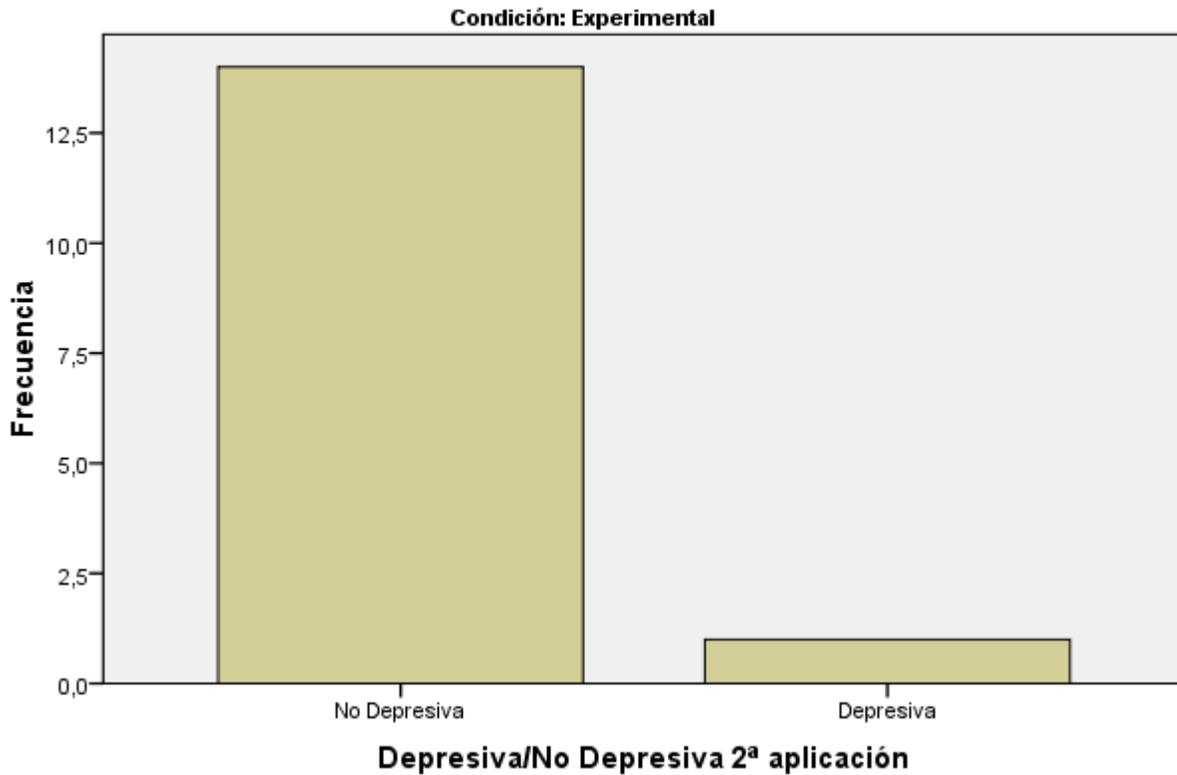
Los resultados de la EPDS en la segunda evaluación se describen en la tabla 7 y en los gráficos 3 y 4. Al comparar los grupos control y experimental, encontramos que no existen diferencias significativas entre ambos en los niveles de depresión maternos medidos durante la segunda evaluación ( $\chi^2 = 3,333$ ,  $p = 0,068$ ). Comentaremos sobre este resultado en la discusión, ya que las diferencias encontradas son cercanas a la significación estadística y favorecen al grupo experimental.

**Tabla 7**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 2ª Aplicación**

Condición Experimental		No Depresiva	Depresiva	Total
Experimental	Recuento	14	1	15
	Porcentaje	93,3%	6,7%	100%
Control	Recuento	10	5	15
	Porcentaje	66,7%	33,3%	100%
Total	Recuento	24	6	30
	Porcentaje	80,0%	20,0%	100%

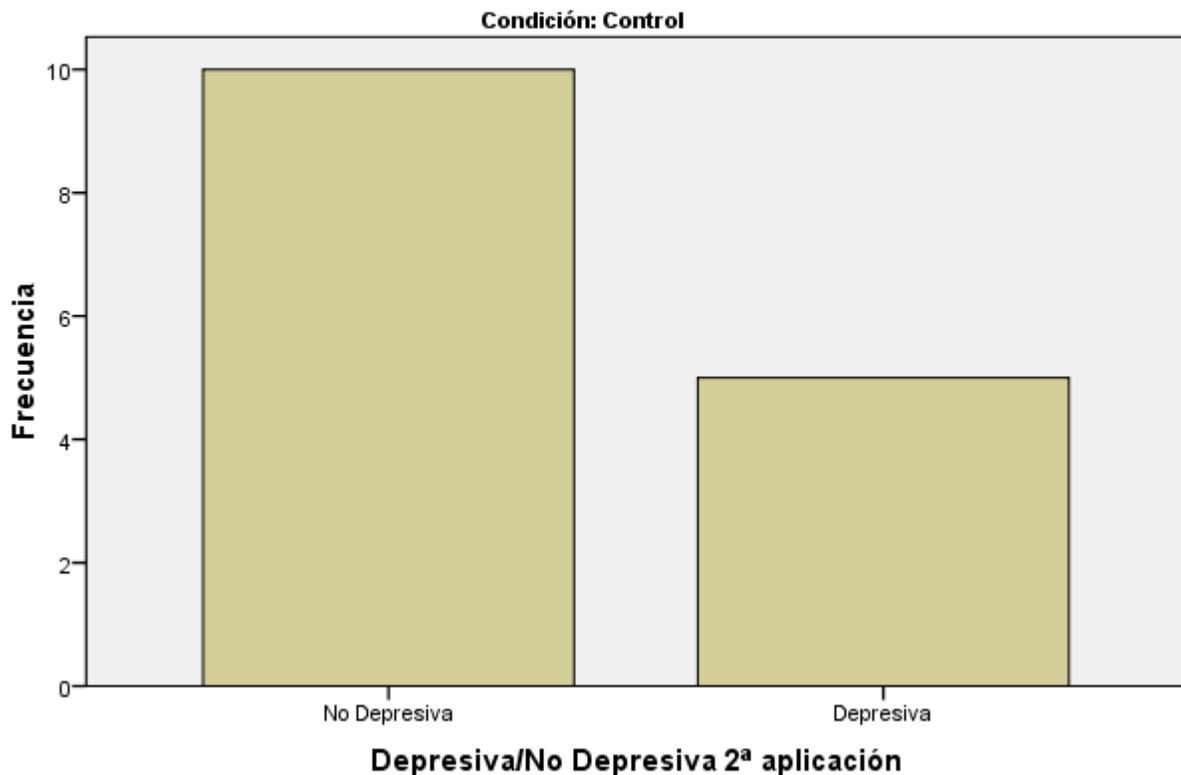
**Gráfico 3**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 2ª Aplicación**

**Depresiva/No Depresiva 2ª aplicación**



**Gráfico 4**  
**Puntuación Escala de Edimburgo (EPDS) 2ª Aplicación**

**Depresiva/No Depresiva 2ª aplicación**



*Estrés materno*

En relación al nivel de estrés materno, los grupos experimental y control presentan puntuaciones semejantes en la primera evaluación, con excepción de aquellas que aparecen destacadas en la tabla 8. En la subescala Nivel Ocurrencia Estrés: Comportamiento y Comunicación, la puntuación promedio obtenida por el grupo experimental es significativamente inferior (1,62) a la obtenida por el grupo control (2,35,  $p = 0,05$ ). Lo mismo ocurre cuando utilizamos la métrica 2 (Nivel general de estrés) para realizar los cálculos (1,26 y 1,76, respectivamente,  $p = 0,03$ ). Esto quiere decir que, en el período inicial de hospitalización del recién nacido, las madres del grupo control experimentan significativamente más estrés en relación al comportamiento y la comunicación con el personal de la UCIN en comparación con las madres del grupo experimental.

**Tabla 8**  
**Puntuación Escala de Estrés en los Padres (PSS:NICU) 1ª y 2ª Aplicación**

Subescala	Estadísticos descriptivos*		Condición experimental												U Test 1ª Aplicación	p	U Test 2ª Aplicación
			Experimental						Control								
			1ª Aplicación			2ª Aplicación			1ª Aplicación			2ª Aplicación					
Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE				
Nivel ocurrencia estrés: Visión y Sonidos	2,62	0,89	17	2,73	0,99	14	3,07	1,04	14	3,05	0,88	15	3,45	0,75	99	0,44	82
Nivel ocurrencia estrés: Aspecto y Comportamiento	3,12	0,96	17	3,31	1,06	14	3,56	0,70	15	3,58	0,94	15	3,37	0,85	108	0,48	87
Nivel ocurrencia estrés: Relación y Padre	3,62	1,13	17	3,55	0,84	14	3,87	0,70	15	4	0,67	15	3,59	0,75	81,5	0,08	75
Nivel ocurrencia estrés: Comportamiento y Comunicación			15	1,62	0,54	12	2,72	1,30	14	2,35	1,07	15	2,34	1,00	59	<b>0,05</b>	76,5
Nivel ocurrencia estrés: Estrés UCI			17	3,82	1,07	12	4,00	0,85	14	4,29	0,82	15	4,27	0,70	90	0,26	74
Nivel ocurrencia estrés total	3,14	0,85	17	3,08	0,84	14	3,45	0,68	15	3,37	0,58	15	3,30	0,60	98	0,28	98
Nivel general de estrés: Visión y Sonidos	2,44	0,84	17	2,58	0,89	14	2,77	0,86	14	2,96	0,87	15	3,34	0,82	92,5	0,30	68,5
Nivel general de estrés: Aspecto y Comportamiento	2,48	0,84	17	2,88	1,03	14	3,13	0,99	15	3,07	1,00	15	3,09	0,91	110	0,53	102
Nivel general de estrés: Relación y Padre	3,1	1,13	17	3,12	0,74	14	3,49	0,75	15	3,67	0,82	15	3,36	0,84	74,5	<b>0,04</b>	88
Nivel general de estrés: Comportamiento y Comunicación			17	1,26	0,32	14	1,81	0,84	15	1,76	0,88	15	2,00	0,99	71	<b>0,03</b>	87
Nivel general de estrés: Estrés UCI			17	3,82	1,07	13	3,77	1,17	14	4,29	0,83	15	4,27	0,70	90	0,26	74
Nivel general de estrés total	2,63	0,75	17	2,50	0,61	14	2,84	0,64	15	2,91	0,71	15	2,94	0,63	87	0,13	102

\* Adaptado de Miles y Funk, 1998.

Con respecto a la relación con el recién nacido y al rol como padre, nuevamente las madres del grupo control aparecen con niveles significativamente mayores de estrés, con un promedio de 3,12 para el grupo experimental versus 3,67 para el grupo control ( $p = 0,04$ ). Estas diferencias serán consideradas al momento de discutir los resultados.

En la segunda aplicación de la PSS:NICU, no aparecen diferencias significativas entre los grupos experimental y control (ver tabla 8).

### *Percepciones maternas*

En relación a las percepciones maternas, los datos expuestos en la tabla 9 muestran que los grupos control y experimental obtuvieron puntuaciones similares en las diferentes subescalas, con excepción de aquellas destacadas: Falta de seguridad en el cuidado del bebé ( $p = 0,067$ ) y Nivel general de seguridad ( $p = 0,037$ ). En ambos casos las diferencias favorecen al grupo experimental. En otras palabras, las madres del grupo control se sienten menos eficientes y menos seguras en el cuidado del bebé en comparación con las madres del grupo experimental.

**Tabla 9**  
**Datos psicométricos de las escalas madre-recién nacido (MABS) y resultados entrevista final**

Subescalas	Datos psicométricos <sup>1</sup>						Resultados MABS entrevista final					
							Experimental n = 15		Control n = 15		U Test	p
Media	DS	Fiabilidad <sup>2</sup>	Franjas clínicas			Media	DS	Media	DS			
Inestable-irregular	31.8	15.6	0.92	16	17 - 47	48*	31	17,4	28,2	12,137	98,5	0,567
Alerta-Interés	26.5	7.6	0.83	18*	19 - 34	35	29,47	5,95	26,73	6,67	83,5	0,233
Temperamento fácil	9.4	2.3	0.82	7	8 - 12	13	13,93	4,17	11,53	3,944	72	0,098
Falta de seguridad en el cuidado del bebé	26.5	14.5	0.93	11	12 - 41	42*	18	10,4	25,73	11,016	68	<b>0,067</b>
Nivel general de seguridad	10.3	2.8	0.81	7	8 - 13	14	14,33	2,92	11,53	3,72	62,5	<b>0,037</b>

<sup>1</sup> Extractado de Wolke, 1997, p. 153.

<sup>2</sup> Alfa de Cronbach.

\* Puntos de corte o puntuaciones extremas ( $\leq / \geq$ ) para la irritabilidad elevada, baja capacidad de respuesta o poca seguridad.

Con la finalidad de describir las puntuaciones que son de interés clínico, comparamos las puntuaciones de las escalas utilizadas con las puntuaciones estándar. Estas comparaciones son aplicables a las escalas MABS y PSS:NICU (ver tablas 8 y 9). En el caso de la EPDS, las puntuaciones clínicamente significativas están en relación con el punto de corte de la escala (que define si la persona cae dentro de la categoría “depresiva” o “no depresiva”). Este análisis fue abordado en el punto b).

En el caso de la PSS:NICU, vemos que todas las puntuaciones obtenidas, tanto por el grupo experimental como por el grupo control, caen dentro de los márgenes definidos por los autores del instrumento, descritos en la tabla 8. En el caso de la subescala “Comportamiento y Comunicación”, no fue posible realizar la comparación con las puntuaciones estándar, ya que la subescala fue eliminada por los autores en el proceso de preparación del instrumento. Como señalamos anteriormente, en nuestro estudio decidimos conservarla pues consideramos de mucha utilidad la información que se pudo recoger en torno a la relación con el personal. De hecho, esta fue una de las variables donde se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental en la primera evaluación. Estas diferencias fueron mencionadas en el punto b).

Al comparar las puntuaciones obtenidas por los grupos control y experimental en la MABS con las puntuaciones estándar (expuestas en la tabla 9), vemos que casi todas ellas caen dentro de las franjas clínicas definidas. Las únicas excepciones corresponden al grupo experimental y son las siguientes:

Temperamento Fácil: La media obtenida por el grupo experimental en esta subescala (13,93) es levemente superior a la media (+ 1DS) definida en los datos psicométricos. Esto indica que las madres del grupo experimental tienden a valorar el temperamento de su hijo(a) como más fácil que el promedio definido en los datos psicométricos.

Algo similar ocurre con el Nivel general de seguridad (Media =14.33). En este caso, las madres del grupo experimental se perciben a sí mismas con un mayor nivel de

seguridad en comparación con los datos psicométricos, donde la media se sitúa en 10,3 (DS = 2,8).

c) *Valoración de los cambios intra grupos*

*Depresión materna*

Al comparar las puntuaciones intra grupos en la EPDS, vemos que tanto en el grupo control como en el grupo experimental hay diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación. En ambos grupos los cambios son favorables, en el sentido de que hubo 5 casos en cada uno que pasaron de la categoría “Depresiva” a la categoría “No depresiva” (ver tablas 10 y 11). Estas variaciones son estadísticamente significativas ( $Z = -2,24, p = 0,025$ ).

**Tabla 10**  
**Comparación puntuaciones EPDS 1ª y 2ª evaluación**  
**Grupo experimental**

			Z	p
Depresiva 2ª aplicación - Depresiva 1ª aplicación	Rangos negativos <sup>1</sup>	5	-2,24	0,025
	Rangos positivos <sup>2</sup>	0		
	Empates <sup>3</sup>	10		
	Total	15		

1 Depresiva 2ª aplicación < Depresiva 1ª aplicación

2 Depresiva 2ª aplicación > Depresiva 1ª aplicación

3 Depresiva 2ª aplicación = Depresiva 1ª aplicación

**Tabla 11**  
**Comparación puntuaciones EPDS 1ª y 2ª evaluación**  
**Grupo control**

			Z	p
Depresiva 2ª aplicación - Depresiva 1ª aplicación	Rangos negativos <sup>1</sup>	5	-2,24	0,025
	Rangos positivos <sup>2</sup>	0		
	Empates <sup>3</sup>	10		
	Total	15		

1 Depresiva 2ª aplicación < Depresiva 1ª aplicación

2 Depresiva 2ª aplicación > Depresiva 1ª aplicación

3 Depresiva 2ª aplicación = Depresiva 1ª aplicación

Finalmente, en el caso de la PSS:NICU, no se encontraron diferencias significativas intra grupos entre la primera y la segunda evaluación (ver tablas 12 y 13).

**Tabla 12**  
**Comparación puntuaciones PSS:NICU 1ª y 2ª aplicación grupo experimental**

Subescala	Z	p
Nivel ocurrencia estrés: Visión y Sonidos 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Visión y Sonidos 2ª aplicación	-0,84	0,40
Nivel ocurrencia estrés: Aspecto y Comportamiento 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Aspecto y Comportamiento 2ª aplicación	-0,07	0,94
Nivel ocurrencia estrés: Relación y Padre 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Relación y Padre 2ª aplicación	-0,66	0,51
Nivel ocurrencia estrés: Comportamiento y Comunicación 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Comportamiento y Comunicación 2ª aplicación	-1,73	0,08
Nivel ocurrencia estrés: Estrés UCI 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Estrés UCI 2ª aplicación	-0,25	0,80
Nivel ocurrencia estrés total 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés total 2ª aplicación	-1,01	0,27

**Tabla 13**  
**Comparación puntuaciones PSS:NICU 1ª y 2ª aplicación grupo control**

Subescala	Z	p
Nivel ocurrencia estrés: Visión y Sonidos 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Visión y Sonidos 2ª aplicación	-1,76	0,08
Nivel ocurrencia estrés: Aspecto y Comportamiento 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Aspecto y Comportamiento 2ª aplicación	-1,04	0,30
Nivel ocurrencia estrés: Relación y Padre 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Relación y Padre 2ª aplicación	-1,36	0,17
Nivel ocurrencia estrés: Comportamiento y Comunicación 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Comportamiento y Comunicación 2ª aplicación	-0,25	0,81
Nivel ocurrencia estrés: Estrés UCI 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés: Estrés UCI 2ª aplicación	-0,38	0,71
Nivel ocurrencia estrés total 1ª aplicación - Nivel ocurrencia estrés total 2ª aplicación	-0,63	0,53

## **Discusión**

Con la finalidad de organizar la información en la presente discusión, abordaremos por separado las tres áreas en las que se valoró el efecto de la intervención (depresión, estrés y percepciones maternas), para luego reflexionar en torno a las limitaciones de nuestra investigación y realizar algunos comentarios finales.

### *Depresión materna*

En primer lugar, llama la atención los altos niveles de depresión materna encontrados en la primera evaluación: un 53% del total de mujeres de la muestra estaba deprimida de acuerdo a la EPDS. Si comparamos este porcentaje con el que se reporta

para la población general (entre un 10% y un 15%), podemos concluir que los datos arrojados por nuestro estudio están en sintonía con la literatura especializada: las mujeres que tienen bebés prematuros ingresados en una UCIN tienen un alto riesgo de sufrir una depresión posparto.

Teniendo en consideración los resultados obtenidos en la segunda aplicación de la EPDS, donde las diferencias encontradas entre los grupos control y experimental son cercanas a la significación estadística ( $p = 0,068$ ), podemos hipotetizar acerca de un efecto beneficioso del tratamiento sobre los niveles de depresión materna en el grupo experimental.

Al revisar los resultados de las comparaciones intra grupos, vemos que en ambos grupos los cambios fueron favorables, en el sentido de que hubo una reducción significativa de los niveles de depresión materna entre la primera y la segunda evaluación. Este hecho nos hace reflexionar acerca de lo expuesto en el párrafo anterior, e incluir en la discusión la variable “remisión espontánea”.

La literatura revisada señala que la mayor parte de los episodios depresivos en el posparto se resuelven en forma espontánea dentro de los dos a seis meses siguientes al parto (Cooper y Murray, 1998). Esto nos obliga a ser cautos al momento de atribuir los cambios en los niveles de depresión materna del grupo experimental a los efectos de la intervención, ya que, tal como mencionábamos recientemente, el grupo control también mostró una reducción significativa en los niveles de depresión entre la primera y la segunda evaluación.

Una explicación que se ha dado en la literatura acerca del fenómeno de remisión espontánea es que la mayoría de las dificultades tempranas (llanto persistente, problemas con la alimentación, con el sueño, etc.) se resuelven dentro de los primeros meses de vida en forma espontánea. Este fenómeno podría estar asociado a la atención que algunos equipos de salud proveen en forma rutinaria a las madres y sus bebés, atención que no sería muy diferente de la que obtienen las madres que participan en programas de intervención psicológica especializados (Murray et al., 2003).

Los centros donde fueron reclutadas las madres de la muestra (Clínica Dávila y

Hospital Clínico de la Universidad Católica) proporcionan cuidados rutinarios de buena calidad a los bebés prematuros y sus familias, tanto en términos de la calidad profesional como de la tecnología y medios disponibles. Por otra parte, en la medida en que las madres se van familiarizando con el ambiente de la UCIN, con el aspecto de su bebé, con los cuidados que requiere, etc. es de esperar que el malestar psicológico asociado a la experiencia del nacimiento prematuro se vaya atenuando. Lo anterior, junto con algunas características de la muestra a las que nos referiremos más adelante, podría haber actuado a modo de intervención en sí mismo y contribuido a la remisión espontánea.

Una última reflexión acerca de la remisión espontánea: los estudios revisados son consistentes en señalar que un porcentaje importante de mujeres que no reciben tratamiento para la depresión posparto, permanecen deprimidas por largos períodos de tiempo (según Cooper y Murray, 1998, alrededor del 25% de mujeres siguen deprimidas al año de vida del bebé). Sabemos que el primer año de vida del niño es crucial en términos del establecimiento del vínculo entre el bebé y sus principales cuidadores y que aquellos bebés expuestos a la depresión materna tienen más probabilidades de desarrollar apegos de tipo inseguro, además de otras dificultades en su desarrollo, mencionadas con anterioridad. En este sentido, confiar en la remisión espontánea de la depresión posparto es algo riesgoso, a la luz de los conocimientos que disponemos en la actualidad.

### *Estrés materno*

Con respecto a los niveles de estrés maternos, los resultados arrojaron una diferencia significativa entre los grupos control y experimental en la subescala “Comportamiento y Comunicación” de la PSS:NICU en la primera evaluación. Esta subescala valora los niveles de estrés asociados al comportamiento y la comunicación con el personal de la UCIN (por ejemplo, si la madre percibe que la entrega de información es clara, si existe coherencia entre la información entregada por los diferentes profesionales, si hay suficiente acogida a las preguntas de la madre acerca de la salud de su bebé, etc.).

Las diferencias encontradas favorecen al grupo experimental. Si bien estas

diferencias son significativas, los niveles promedio de estrés registrados en ambos grupos son menores, y van desde “no ha sido estresante en absoluto” (en el caso del grupo experimental) a “un poco estresante”, en el caso del grupo control. Estas diferencias desaparecen en la segunda evaluación.

Una posible explicación de este hallazgo tiene relación con los lugares donde recogimos la muestra. El Hospital Clínico de la Universidad Católica (UC) es un referente en salud a nivel nacional. La Clínica Dávila es conocido como un buen centro de atención, aunque no goza del mismo prestigio que el Hospital de la UC. Esta variable puede haber influido en los mayores niveles de estrés registrados en el grupo control en relación al personal: la validación social y confianza que despierta el Hospital de la UC pueden haber actuado favoreciendo el modo en que las madres evaluaron la relación con los profesionales que les atendían a ellas y sus hijos.

Por otra parte, es importante señalar que cuando las madres del grupo experimental decidían participar en la investigación, ya habían tenido una entrevista con la psicóloga de la UCIN, quien les ofrecía la posibilidad de ingresar a un programa de atención psicológica especialmente diseñado para ellas y sus bebés prematuros. Esto también puede haber contribuido a que los niveles de estrés asociados a la relación con el personal fuesen menores en el grupo experimental en la primera evaluación.

Finalmente, podemos señalar que, en vista de los bajos niveles de estrés registrados en la relación con el personal, ésta pareciera no ser una fuente de estrés importante para las madres de la muestra. Lo anterior es coherente con el hecho de que los autores de las escalas suprimieran la subescala “Comportamiento y Comunicación” del instrumento, al ver que pocos padres registraban las experiencias descritas en ella.

En relación con las diferencias encontradas en la subescala “Alteración del rol de padre” en la primera evaluación (donde las madres del grupo control en promedio califican la experiencia como “Muy estresante”, versus las del grupo experimental, que la califican como “Moderadamente estresante”), se nos ocurren algunas posibles maneras de entender este hallazgo. Aunque los cuidados proporcionados por ambos centros eran similares, pueden haber habido diferencias (no registradas por nosotros) en el grado de participación que tenían los padres en los cuidados de su hijo prematuro.

Sabemos que en la medida en que los progenitores están más implicados en las rutinas cotidianas de la UCIN, es menor el estrés que experimentan asociado a la frustración por no poder ejercer su rol de padres como lo esperaban. Si hubiesen diferencias en este aspecto, contribuirían a entender las disimilitudes encontradas.

Por otra parte, aunque a nivel de depresión materna no había diferencias significativas entre ambos grupos en la primera evaluación, un mayor porcentaje de mujeres del grupo control estaban deprimidas al momento de ser evaluadas por primera vez. Este hecho puede haber teñido su percepción acerca de su rol como madres en el contexto de la UCIN, contribuyendo a que la diferencia entre ambos grupos fuese significativa en la variable “Alteración del rol de padre”.

Es interesante que en ambos grupos estudiados los mayores niveles de estrés registrados en la primera evaluación correspondan a la subescala antes mencionada (“Alteración del rol de padre”). Este hecho se repite en la segunda evaluación, donde en promedio las madres de la muestra calificaron como “Muy estresante” la alteración de su rol parental. Estos resultados son coherentes con los estudios revisados, que señalan que una parte importante del malestar de los padres que tienen bebés ingresados en la UCIN está asociado a la frustración y desilusión por la incapacidad de ejercer el rol de cuidadores en forma normal y de acuerdo a sus expectativas (Miles et al., 1992, Miles et al., 1993; Shaw et al., 2006; Carter et al., 2005, Carter et al., 2007).

Es importante destacar que, en promedio, las madres de la muestra calificaron la experiencia global de tener un hijo ingresado en la UCIN como “Muy estresante”, tanto en la primera como en la segunda evaluación. Teniendo en cuenta lo anterior y el hecho de que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las subescalas de la PSS:NICU en la segunda evaluación, podemos señalar que la intervención realizada no logró reducir en forma significativa los niveles de estrés maternos. Estos resultados contrastan con los hallados por Ruiz y colaboradores (2005), aunque es importante considerar que la intervención llevada a cabo por ese equipo tuvo una duración mucho mayor que la nuestra. Comentaremos sobre este aspecto en el apartado sobre limitaciones.

En el caso de las percepciones maternas, los resultados expuestos permiten especular acerca de un posible efecto beneficioso de la intervención sobre las percepciones de la madre respecto de su bebé prematuro y de sí misma como madre. Las madres del grupo experimental se perciben a sí mismas como significativamente más eficientes y seguras en el cuidado de su bebé en comparación con las del grupo control. Al mismo tiempo, tienden a valorar el temperamento de su hijo(a) como más fácil y se perciben a sí mismas con un mayor nivel de seguridad en comparación con el promedio definido en los datos psicométricos. Estos resultados están en sintonía con los reportados por Nugent y colaboradores (2000) y Szjanberg y su equipo (1987) y refuerzan el valor de la utilización clínica de la NBAS en el trabajo con las familias.

Los resultados arrojados por la MABS son alentadores y nos hacen reflexionar acerca de la pertinencia de los contenidos de la intervención escogidos. Si volvemos sobre estos contenidos, vemos que nuestra intención de abarcar todos ellos en sólo dos sesiones fue quizás demasiado ambiciosa. Posiblemente por esta razón, en la práctica el foco de la intervención estuvo, en un primer momento, en intentar aplacar el impacto emocional del nacimiento prematuro (una especie de “sesión de desahogo”), y en un segundo momento, en describir las características del comportamiento y desarrollo del neonato prematuro. El punto “*Comportamiento y características del recién nacido*”, descrito en el procedimiento de esta investigación, fue el que se abordó de una manera más completa durante la intervención. Esto significó que en la segunda sesión se explicaron en detalle conceptos como edad corregida, umbral de estimulación, signos de estrés, estados de conciencia, maniobras de consolución, etc. Es probable que este énfasis haya quedado reflejado en los resultados: contar con esta información y “ver” estos conceptos a través de la evaluación de su hijo, puede haber contribuido a que las madres se sintiesen más seguras en sus habilidades y conocimiento respecto de su bebé y que lo percibiesen como más fácil en términos de su temperamento.

Hemos revisado numerosos ejemplos de estudios que destacan la importancia del mundo representacional de los padres al momento de explicar el desarrollo más o menos saludable de sus hijos. Sabemos que las percepciones de los progenitores se pueden convertir en “profecías autocumplidas” y que los bebés prematuros tienen un

mayor riesgo de quedar “atrapados” por aquellas percepciones que les describen como frágiles, poco reactivos, retrasados en su desarrollo, faltos de autonomía, etc. En este contexto, cobra especial relevancia el trabajo sobre las representaciones de los progenitores, ayudándoles a percibir la individualidad de su hijo, destacando sus fortalezas, identificando sus puntos débiles y favoreciendo una saludable autonomía.

Hubo varios “momentos clave” a lo largo de las sesiones de intervención con las madres del grupo experimental en los que, podríamos aventurar, se produjo un cambio en el modo de percibir a sus hijos. Fue recurrente escuchar de parte de ellas durante la sesión con la NBAS la siguiente frase: “No sabía que mi hijo era capaz de hacer tantas cosas, a pesar de ser tan pequeño”. Por otra parte, nos llamó la atención que muchas mujeres no conocían el concepto de “Edad corregida”. Pudimos ser testigos del alivio que mostraban al escuchar acerca del concepto, expresando frases como “No podremos exigirle lo mismo que a los de su edad”. Era como si de ahí en adelante estuviesen dispuestas a tener expectativas más realistas sobre el desarrollo de sus hijos, al mismo tiempo que lo consideraban un ser competente, capaz de darse a entender en su propio lenguaje. Sabemos que este tipo de conocimientos, simples pero con una significación profunda, puede ejercer cambios importantes en el modo en que los padres perciben a su hijo, y en consecuencia, en el modo en que se relacionan con él.

### *Limitaciones*

Una de las limitaciones de nuestra investigación es en relación al tamaño de la muestra. Es evidente que al ser tan pequeña quedan muy limitados tanto los análisis estadísticos posibles, como la validez de los resultados obtenidos. Por lo mismo hemos procurado ser muy cautos a la hora de interpretar y explicar los resultados.

Otra de las limitaciones se refiere a los objetivos planteados. Quizás fue poco realista de nuestra parte habernos propuesto valorar el efecto de una intervención breve (como fue la nuestra) sobre los niveles de depresión, de estrés y las percepciones maternas. La mayor parte de las investigaciones revisadas que buscan influir positivamente sobre los niveles de estrés, depresión posparto, interacción temprana, representaciones maternas, etc. consideran un número de sesiones mayor que el que nosotros consideramos. A pesar de ello, creemos haber obtenido resultados bastante

alentadores, que hablan de que incluso una intervención acotada puede tener efectos beneficiosos en la salud de las madres de bebés prematuros ingresados en la UCIN.

Por otra parte, hubiese sido interesante realizar un seguimiento de la muestra y haber evaluado estas mismas (u otras) variables en el largo plazo. Por ejemplo, sabemos que la UCIN, si bien es un lugar donde existen numerosas fuentes de estrés, provee también una sensación de seguridad a las familias que tienen bebés ingresados. En esta línea, habría sido interesante evaluar qué ocurrió cuando estas díadas llegaron a sus casas luego del alta médica, cuán estresadas o deprimidas se sintieron estas madres sin la protección que brinda la UCIN, cuán seguras o inseguras se sintieron con respecto a sus habilidades como madres, etc. Como sucede habitualmente, es deseable que se lleven a cabo más estudios que valoren los efectos de las intervenciones en el largo plazo, aunque esto siempre es más costoso en términos de recursos.

En relación a la población destinataria de la intervención, la literatura especializada señala que las intervenciones que utilizan la NBAS suelen ser más efectivas cuando se aplican a poblaciones de riesgo (Beeghly et al., 1995; Brazelton y Nugent, 1997; Das Eiden y Reifman, 1996; Hart et al., 1998). Aunque la prematuridad es una condición de riesgo, hubo otros factores (como el nivel socioeconómico de la madre, su situación conyugal y la edad) que pueden haber actuado como factores protectores, haciendo menos evidente el impacto de la intervención. Como vimos al momento de describir las características de la muestra, el 90% de las madres pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto, el 93,75% tiene pareja estable y el promedio de edad es de 32 años. Durante las sesiones de intervención, uno de los aspectos que nos llamó la atención fue que todas las madres respondieron afirmativamente al preguntárseles si se sentían apoyadas emocionalmente por quienes las rodeaban (pareja, familiares, amigos, profesionales, etc.). Todas coincidían en señalar que ese apoyo había sido fundamental para sobrellevar la situación de crisis. Esto nos hace pensar que la elección de la población destinataria puede ser considerada una limitación, si tenemos en cuenta que en una población más vulnerable los efectos de la intervención podrían haber sido más evidentes.

Por otra parte, a pesar de que las madres de la muestra contaban con todos los apoyos descritos, los niveles de estrés y depresión encontrados fueron altos y muchas de

las madres del grupo control, que no contaban con atención en salud mental como parte de los servicios ofrecidos en la UCIN, debieron ser derivadas a los servicios de atención psicológica de la Clínica Dávila. Lamentablemente, ninguna de ellas acogió esta indicación, probablemente debido a que debían costearla en forma independiente.

### *Comentarios finales*

En un trabajo previo (Martínez, Costas, Botet y Forniellas, 2004), en que realizamos una intervención con la NBAS con madres primerizas y sus bebés, nos propusimos continuar explorando en las intervenciones que utilizan la Escala de Brazelton, esta vez, con una población de riesgo. Tal y como señalamos en ese momento, el trabajo con bebés y sus padres ofrece una oportunidad única de entrada al sistema familiar en un momento en que éste debe realizar una serie de cambios y ajustes. Esto es más evidente cuando los padres deben ajustarse al nacimiento de un bebé que nace demasiado pequeño, demasiado pronto. Una vez más, la experiencia nos confirma lo gratificante que es el trabajo con las familias y sus bebés. También nos llama la atención acerca de lo difícil que puede ser para los profesionales tolerar el contacto cotidiano con el dolor de los progenitores y el sufrimiento de los bebés.

Quedamos satisfechos con la recepción que tuvimos de parte de las madres que participaron en la investigación: todas quienes fueron invitadas a participar en la intervención accedieron con interés y se mostraron agradecidas una vez finalizada ésta. En cuanto a las madres del grupo control, también vimos en ellas interés por contribuir al estudio, aunque quedamos con la impresión de que hacía falta una mayor atención a su malestar psicológico por parte del equipo de salud. Esta impresión fue confirmada por los profesionales que trabajaban en esa UCIN y nos hace pensar en la necesidad de incluir a especialistas en salud mental en los equipos que conforman estas Unidades.

Un fenómeno que observamos en la casi totalidad de las madres del grupo experimental durante la intervención fue el sentimiento de culpa asociado al parto prematuro. La mayoría de las mujeres entrevistadas pensaban que tenían responsabilidad en el hecho de que su hijo hubiese nacido en forma prematura. Las atribuciones más frecuentes eran: “quizás trabajé en exceso”, “hice mucha actividad física”, “estuve muy estresada durante el embarazo”, etc. Aunque en la mayoría de los

casos las causas del parto prematuro son desconocidas, estas madres no dudaban al momento de atribuirse responsabilidad en lo sucedido. Haber discutido acerca de este tema con ellas puede haber contribuido a aliviar ese sentimiento de culpa, aunque pensamos que es un aspecto que debiera abordarse con mayor profundidad en el caso de una intervención de más largo aliento.

Finalmente, los padres suelen ser “relegados” de todo lo que tiene que ver con el embarazo y la crianza de los hijos, aunque en las últimas décadas esto ha cambiado en algunas sociedades. Las investigaciones son consistentes en señalar que el malestar psicológico es mayor en las madres que en los padres que tienen bebés ingresados en una UCIN. Sin embargo, no podemos desconocer la importancia de incluirlos en los apoyos psicológicos ofrecidos, pues son, junto con las madres, las personas más significativas en la vida de sus hijos. Por otra parte, aunque en la mayoría de los casos en la sociedad Chilena es la madre quien pasa más tiempo con los hijos, necesita sentirse sostenida emocionalmente para poder sostener a otros y gran parte de ese sostén lo provee su pareja. Lamentablemente, en nuestro estudio no pudimos contar con la participación de los padres, pues los horarios de trabajo de éstos impedían que estuviesen en la UCIN con la continuidad que lo hacían las madres.

## Conclusiones

1) Destacan los altos niveles de depresión materna encontrados en la primera evaluación en ambos grupos. Teniendo en consideración la variable remisión espontánea, es dudoso el efecto beneficioso de la intervención sobre los niveles de depresión materna en el grupo experimental.

2) Los mayores niveles de estrés corresponden a la alteración del rol parental, destacando que una parte significativa del malestar de los padres que tienen bebés ingresados en la UCIN está asociada a la frustración por la incapacidad de ejercer el rol de cuidadores, de acuerdo con sus expectativas. Con respecto al estrés materno, la intervención realizada no logró reducir en forma significativa los niveles de estrés encontrados. Este hecho subraya la importancia de aquellas prácticas implementadas en algunas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales que buscan implicar a los padres en los cuidados cotidianos otorgados a los bebés prematuros, atenuando de este modo el estrés asociado a la sensación de no poder actuar como padres.

3) En cuanto a las percepciones maternas, la intervención tuvo un efecto beneficioso en términos de la sensación de seguridad y eficiencia percibida por las madres del grupo experimental en relación al cuidado de sus bebés, así como en el modo de valorar el temperamento de sus hijos. Estos resultados refuerzan el valor de la utilización clínica de la NBAS en el trabajo con las familias. Este hallazgo es de especial relevancia, considerando que el modo en que los padres perciben a su hijo influye directamente en la forma en que interactúan con él y, a largo plazo, en el tipo de vínculo que se establece entre ambos.

## Referencias bibliográficas

- Aguila, A. (2000). Recién nacido de muy bajo peso de nacimiento: situación actual. *Revista Chilena de Ginecología*, 65, 138-142.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Akil, H., Landis, S. y Gage, F. (2003). Stress and the brain. *Brain Briefings*, Noviembre/Diciembre. Extraído el 10 de Octubre, 2008, de [http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainBriefings\\_stressAndTheBrain](http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainBriefings_stressAndTheBrain)
- Als, B., Lester, B. M., Tronick, E. Z. y Brazelton, T. B. (1982). Manual for the Assessment of Preterm Infants' Behavior, A.P.I.B. *Theory and research in behavior pediatrics*, 1, 65-132.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: A promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3, 229-243.
- Als, H. (1997). *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)*. Boston: Children's Medical Center Corporation.
- Als, H. (1998). Developmental care in the newborn intensive care unit. *Neonatology and perinatology*, 10, 138-142.
- Als, H. (1999). Reading the premature infant. En E. Goldson, (Ed.), *Developmental interventions in neonatal intensive care unit* (pp. 18-85). New York: Oxford University Press.
- Als, H. y McAnulty, G. (2000). *Developmental Care Guidelines for use in the Newborn Intensive Care Unit (NICU)*. Boston: Children's Medical Center Corporation.
- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. J., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P. S., Butler, S. C., Conneman, N., Fischer, C. y Eichenwald, E. C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113, 846-857.
- Als, H., Duffy, F. y McAnulty, G. (1988). Behavioral differences between preterm and full-term newborns as measured with the APIB System Scores: I. *Infant Behavior and Development*, 11, 305-318.
- Als, H., Lawhon, G., Brown, E., Gibes, R., Duffy, F., Mcanulty, G. y Blickman, J. (1986). Individualized behavioral and environmental care for very low birth weight

- preterm infant at high risk for broncopulmonary dysplasia: Neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*, 78, 1123-1132.
- Alvarado, R., Perucca, E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., y Vera, A. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 58, 135-141.
- Alvarado, R., Perucca, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., Neves, E. y Vera, A. (1993). Aspectos gineco-obstétricos en mujeres que desarrollan una depresión en el postparto. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 58, 239-244.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Neves, E., Olea, E., Perucca, E. y Vera, A. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría*, 3, 1168-1176.
- Alvarado, R., Vera, A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J. y Neves, E. (1992). La Escala de Edinburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto. *Revista de Psiquiatría*, 9, 1177-1181.
- Appleby, L.; Warner, R.; Whitton, A. y Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in de treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932-936.
- Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beeghly, M., Brazelton, T. B., Flannery, K. A., Nugent, J. K., Barret, D. E. y Tronick, E. Z. (1995). Specificity of preventative pediatric intervention: Effects in early infancy. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 158-166.
- Botet, F. y Figueras, J. (2005). Supervivencia y secuelas en recién nacidos de menos de 1500g como indicador de calidad técnica. *Todo Hospital*, 217, 311-316.
- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental* (2ª ed.). Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bradford, N. (2003). *Tu hijo prematuro. Sus primeros cinco años de vida*. Barcelona: CEAC.
- Brazelton, T. B y Cramer, B. (1993). Observaciones de la interacción temprana. En T. B. Brazelton y B. Cramer. *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial* (pp. 153-185). Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. (1994). Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the

- parent-child relationship. *Acta Paediatrica, suppl 394*, 35-39.
- Brazelton, T. B. (2001). Niños prematuros. En T. B. Brazelton, *Momentos clave en la vida de tu hijo* (pp. 343-346). Barcelona: Plaza y Janés.
- Brazelton, T. B. y Nugent, J. K. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Browne, J. y Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 667-677.
- Buehler, D. M., Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B. y Liederman, J. (1995). Effectiveness of individualized developmental care for low-risk preterm infants: Behavioral and electrophysiologic evidence. *Pediatrics*, 96, 923-932.
- Cardone, Y. A. y Gilkerson, L. (1997). Actividades neonatales administradas por la familia (FANA). En T. B. Brazelton y J. K. Nugent (Eds.), *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal* (pp. 142-148). Barcelona: Paidós.
- Carter, J. D., Mulder, R. T. y Darlow, B. (2007). Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health*, 1, 40-50.
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. y Darlow, B. A. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: Parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90, 109-113.
- Carter, M. C. y Miles, M. S. (1989). Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Maternal Child Nursing Journal*, 18, 187-198.
- Cole, J. G. (1997). Uso de la NBAS en recién nacidos de alto riesgo. En T. B. Brazelton y J. K. Nugent (Eds.), *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal* (pp. 159-166). Barcelona: Paidós.
- Cooper, P. J., Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cooper, P., Murray, L., Wilson, A. y Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *British Journal of psychiatry*, 182, 412-419.
- Costas, C., Fornieles, A., Botet, F., Boatella, E. y De Cáceres, M.L. (2007). Evaluación psicométrica de la Escala de Brazelton en una muestra de recién nacidos españoles. *Psicothema*, 1, 140-149.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression:

- Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, L. y Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cox, S. M., Hopkins, J. y Sydney, L. H. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21, 464-480.
- Charpak, N., Ruiz-Pelaez, J., Figueroa de C., Z. y Charpak, Y. (2001). A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: Results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*, 108, 1072-1079.
- Chile, Ministerio de Planificación. (2009). *Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo*. Extraído el 8 de Septiembre, 2009, de <http://www.crececontigo.cl/adultos/pagina.php?id=1>
- Chile, Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística. (2001). *Situación de Salud en Chile*. Santiago: Autores.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005)a. *Guías nacionales de Neonatología. Situación epidemiológica*. Santiago: Autores.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005)b. *Guías nacionales de Neonatología. Cuidados de enfermería del RN de muy bajo peso de nacimiento*. Santiago: Autores.
- Das Eiden, R. y Reifman, A. (1996). Effects of Brazelton demonstrations on later parenting: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 857-868.
- Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L. y Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110, 16-26.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 124-150.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. y Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. y Muller-Nix, A. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, 107-114.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (2001). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic

- approach to the problems of impaired infant-mother relationships. En J. Raphael-Leff, (Ed.). *Where the Wild Things Are in Infancy and Parenting* (pp. 49-78). Colchester: Centre for Psychoanalytic Studies, University of Essex.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, 71-76.
- Gomes-Pedro, J., Patrício, M., Carvalho, A., Goldschmidt, T., Torgal-García, F. y Monteiro, M. B. (1995). Early intervention with Portuguese mothers: A 2-year follow-up. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 21-28.
- González, R., Meriardi, M., Lincetto, O., Lauer, J., Becerra, C., Castro, R., García, P., Saugstad, O. y Villar, J. (2006). Reduction in neonatal mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics*, 117, 949-954.
- Green, M. y Solint, A. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome; pediatric management of the dying child, part III. *Pediatrics*, 34, 58-66.
- Hart, S., Field, T. y Nearing, G. (1998). Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 351-356.
- Hart, S., Field, T., y Roitfarb, M. (1999). Depressed mothers' assessments of their neonates' behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 20, 200-210.
- Hinde, R. (1997). The interpenetration of biology and culture. En D. Magnusson (Ed.), *The lifespan development of individuals: Behavioral, neurobiological and psychosocial perspectives: A synthesis* (pp. 359-375). New York: Cambridge University Press.
- Jimenez, R., Figueras, J. y Botet, F. (1995). El recién nacido pretérmino. En R. Jimenez, J. Figueras y F. Botet (Eds.), *Neonatología. Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos* (2ª ed., pp. 140-155). Barcelona: Espaxs.
- Jotzo, M. y Poets, C. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919.
- Kaarsen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E. y Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118, 9-19.
- Kahn D. A., Moline, M. L., Ross, R. W., Cohen, L. S. y Altshuler, L. (2001). Mayor

- depression during conception and pregnancy: A guide for patients and families. *Expert Consensus Guideline Series. A postgraduate Medicine Special Report*, 110-111.
- Kleberg, A., Westrup, B. y Stjernqvist, K. (2000). Development outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Human Development*, 60, 123-135.
- Kreisler, L. (1995). La depresión del lactante. En S. Levovici y F. Weil-Halpern (Comp.), *La psicopatología del bebé* (pp. 222-233). Madrid: Siglo XXI.
- Lester, B. M. (1984). Data analysis and prediction. En T. B. Brazelton (Ed.), *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (2ª ed., pp. 85-96). Londres: Spastics International Medical Publications.
- Levovici, S. (1995). La psiquiatría del lactante y la patología de las interacciones precoces. En S. Levovici y F. Weil-Halpern (Comp.), *La psicopatología del bebé* (pp. 197-201). Madrid: Siglo XXI.
- Levovici, S. (1995). Los vínculos intergeneracionales (transmisión y conflictos). Las interacciones fantasmáticas. En S. Levovici y F. Weil-Halpern (Comp.), *La psicopatología del bebé* (pp. 112-118). Madrid: Siglo XXI.
- Martínez, M., Costas, C., Botet, F. y Forniellas, A. (2004). Efectos de una intervención temprana basada en la Escala de Brazelton sobre las percepciones maternas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 137-164.
- McCarthy, A. (1998). Postnatal depression: Diagnosis and treatment [Versión electrónica]. *Irish Medical Journal*, 91 (2). Extraído el 3 de Marzo, 2003, de [http://www.imj.ie/Issue\\_detail.aspx?pid=1870&type=Contents&searchString=postnatal%20depression](http://www.imj.ie/Issue_detail.aspx?pid=1870&type=Contents&searchString=postnatal%20depression)
- Melnyk, B., Feinstein, N., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H., Sinkin, R., Stone, P., Small, L., Tu, X. y Gross, S. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, 1414-1427.
- Meyer, E. C., García Coll, C. T., Lester, B. M., Boukydis, C. F. Z., McDonough, S. M. y Oh, W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*, 93, 241-243.
- Meyer, E. C., Garcia Coll, C. T., Seifer, R., Ramos, A., Kilis, e. y Oh, W. (1995).

- Psychological distress in mothers of preterm infants. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 412-417.
- Miles, M. S., Funk, S. G. y Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 42, 148-152.
- Miles, M. S., Funk, S. G. y Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 15, 261-269.
- Miles, M. y Funk, S. (1998). *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit*.  
 Extraído el 27 de Mayo, 2003, de  
<http://nursing.unc.edu/crci/instruments/pssnicu/nicuman.htm>
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior, and intervention. En C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 176-194). New York: The Guilford Press.
- Minde, K., Marton, P. Manning, P. y Hines, B. (1980). Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 139-164.
- Moline, M., Kahn, D., Ross, R., Altshuler, L. y Cohen, L. (2001). Postpartum depression: A guide for patients and families. *Expert Consensus Guideline Series. A postgraduate Medicine Special Report*, 112-113.
- Möreljus, E., Theodorsson, E. y Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116, 1105-1113.
- Murray, L. y Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 99-101.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A. y Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A. y Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. II. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of psychiatry*, 182, 420-427.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P. y Turner, P. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychiatry*, 40, 1259-1271.
- NIDCAP Federation International (2008). Changing the future for infants in intensive

- care. *NIDCAP Federation International's Website*. Extraído el 30 de Junio, 2008, de <http://www.nidcap.org>
- Nugent, J. K. (1985). *Using the NBAS with infants and their families. Guidelines for intervention*. New York: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Nugent, J. K., Killough, J., Wides, J., Gonzales, J., Olson, K., Bruschweiler-Stern, N., Stern, D. y Brazelton, T. B. (2000, Julio). *The effects of the Clinical Newborn Behavioral Assessment Scale (CLNBAS) on maternal representations, on maternal depression and on the quality of the mother-child relationship: Preliminary data*. Ponencia presentada en el 7° Congreso Internacional de la World Association for Infant Mental Health, Montreal, Canadá.
- Ogi, S., Arisawa, K., Takahashi, T., Akiyama, T., Goto, Y., Fukuda, M. y Saito, H. (2001). The developmental effects of an NBAS-based early intervention program for low birth weight infants over the first year of life. *Ab initio international*. Extraído el 10 de Noviembre, 2008, de <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2002/art8.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Método Madre Canguro. Guía Práctica*. Ginebra: Editor.
- Pallás, C. R., de la Cruz, J. y Medina, C. (2000). *Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Parker, S., Zahr, L. K., Cole, J. G. y Brecht, M-L. (1992). Outcomes after developmental intervention in the neonatal intensive care unit for mothers of preterm infants with low socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*, 120, 780-785.
- Piontelli, A. (2002). Comportamiento fetal y ambiente fetal. En A. Piontelli, *Del feto al niño: un estudio observacional y psicoanalítico* (pp. 29-42). Barcelona: Espaxs Publicaciones Médicas.
- Price, D., Gage, F. y Choi, D. (2001). Depression and stress hormones. *Brain Briefings*, Octubre. Extraído el 10 de Octubre, 2008, de [http://www.sfn.org/skins/main/pdf/BrainBriefings/BrainBriefings\\_Oct2001.pdf](http://www.sfn.org/skins/main/pdf/BrainBriefings/BrainBriefings_Oct2001.pdf)
- Raju, T. (2006). From infant hatcheries to intensive care: Some highlights of the century of neonatal medicine. En R. J. Martin, A. Fanaroff y M. Walsh (Eds.), *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant* (8ª ed., pp. 3-18). Philadelphia: Mosby Elsevier.

- Raphael-Leff, J. (1995). *Pregnancy. The inside story*. London: Jason Aronson Inc.
- Rauh, V. A., Nurcombe, B., Achenbach, T. y Howell, C. T. (1990). The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. *Clinics in Perinatology*, 17, 31-45.
- Riordan, D., Appleby, L. y Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in postpartum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychological Medicine*, 29, 991-995.
- Ruiz, A. L., Ceriani, J. M., Cravedi, V., Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 10, 36-45.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B. y Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47, 206-212.
- Shonkoff, J. P. (1998). Commentary: Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome, by Morris Green, MD, and Albert A. Solint, MD. *Pediatrics*, 102, 239-241.
- Simon, H. (2003). What is stress? Extraído el 28 de Septiembre, 2008, de [http://www.healthandage.com/html/well\\_connected/pdf/doc31.pdf](http://www.healthandage.com/html/well_connected/pdf/doc31.pdf)
- Singer, T. L., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S. y Yamashita, T. S. (1996). Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birthweight infants. *Family Relations*, 45, 343-350.
- Slattery, M. y Morrison, J. (2002). Preterm delivery. *The Lancet*, 360, 1489-1497.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-118.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Stern, M. y Hildebrandt, K. A. (1986). Prematurity stereotyping: Effects on mother-infant interaction. *Child Development*, 57, 308-315.
- Sternberg, E. y Gold, P. (2002). The mind-body interaction in disease [Versión electrónica]. *Scientific American Special Edition*, 12, 82-89.
- Stjernqvist, K. (2001). A ten year follow-up of extremely preterm infants: Health, behavior, cognitive development and school achievement outcomes. *Ab initio international*. Extraído el 10 de Noviembre, 2008, de <http://www.brazelton->

- Suri, R. y Altshuler, L. (2004). Postpartum depression: risk factors and treatment options [Versión electrónica]. *Psychiatric Times*, 21. Extraído el 10 de Mayo, 2006, de <http://www.psychiatrictimes.com/p041064.html>
- Szajnberg, N., Ward, M.J., Kessler, D. y Krauss, A. (1987). Low birth-weight premature infants: Preventive intervention and maternal attitude. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 152-165.
- Tapia, J. L. y Cifuentes, J. (2000). El recién nacido con peso inferior a 1500 g. En J. L. Tapia y P. Ventura-Juncá (Eds.), *Manual de neonatología* (pp. 80-86). Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
- Tizón, J. (1991). La observación terapéutica del niño junto a su madre. *Clínica y Análisis Grupal*, 13, 417-442.
- Tucker, J. y Mcguire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *British Medical Journal*, 329, 674-678.
- Warner, R., Applebey, L., Whitton, A. y Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168, 607-611.
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A. y Millar, S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development*, 70, 713-721.
- Westrup, B., Bohm, B., Lagercrantz, H. y Stjernqvist, K. (2004). Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Acta Paediatrica*, 93, 498-507.
- Winnicott, D. W. (1958). La preocupación maternal primaria. En D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona: Paidós.
- Wolke, D. (1997). Las percepciones de los padres utilizadas como guías de las sesiones clínicas con la NBAS. En T. B. Brazelton y J. K. Nugent (Eds.), *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal* (pp. 149-158). Barcelona: Paidós.

## **Anexos**

**ESCALA DE EDIMBURGO**  
**J. L. Cox, J. M. Holden y R. Sagovsky (1987)**  
**Validada y traducida al castellano por R. Alvarado y colaboradores (1992)**

Nombre madre \_\_\_\_\_  
Nombre bebé \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, encierre en un círculo la respuesta que más se acerca a cómo se ha estado sintiendo en los últimos 7 días (no solo como se siente hoy).

Este es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

- 0 Sí, siempre
  - 1 Sí, casi siempre
  - 2 No muy a menudo
  - 3 No, nunca
- 

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado divertido de las cosas:

- 0 Puedo tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Casi nunca
- 3 En ningún momento

2. He visto con placer el porvenir:

- 0 Tanto como siempre lo he hecho
- 1 Algo menos que lo habitual
- 2 Definitivamente menos que lo habitual
- 3 Ya no veo con placer el porvenir

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han ido mal:

- 0 Sí, la mayor parte del tiempo
- 1 Sí, algunas veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No, nunca

4. He estado ansiosa o preocupada, sin tener razones claras para ello:

- 0 No, nunca
- 1 Muy rara vez
- 2 Sí, algunas veces
- 3 Sí, frecuentemente

5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin claras razones para ello:
- 0 Sí, muy frecuentemente
  - 1 Sí, algunas veces
  - 2 No, no mucho
  - 3 No, nunca
6. Los acontecimientos me han superado:
- 0 Sí, la mayor parte del tiempo no he sido capaz de salir adelante
  - 1 Sí, a veces no he podido salir adelante como lo hago habitualmente
  - 2 No, la mayor parte del tiempo salgo adelante bien
  - 3 No, he salido adelante tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultades para dormir:
- 0 Sí, la mayor parte del tiempo
  - 1 Sí, a veces
  - 2 No, sólo a veces
  - 3 No, nunca
8. Me he sentido triste y miserable:
- 0 Sí, casi todo el tiempo
  - 1 Sí, frecuentemente
  - 2 No, sólo a veces
  - 3 No, nunca
9. Me he sentido tan infeliz que he llorado:
- 0 Sí, la mayor parte del tiempo
  - 1 Sí, frecuentemente
  - 2 No, sólo a veces
  - 3 No, nunca
10. He tenido la idea de dañarme a mí misma:
- 0 Sí, tengo esas ideas a menudo
  - 1 Las tengo a veces
  - 2 Las he tenido muy rara vez
  - 3 No, nunca

**ESCALA DE ESTRÉS EN LOS PADRES:  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
Margaret S. Miles, PhD 1987**

Nombre madre \_\_\_\_\_  
Nombre bebé \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Las enfermeras y otros empleados que trabajan en la unidad de cuidados intensivos están interesados en cómo este ambiente y esta experiencia afecta a los padres. La unidad de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos. A veces llamamos a esta habitación UCI a modo de abreviación. Nos gustaría saber sobre su experiencia como madre/padre cuyo bebé está ahora en la UCI.

Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba en la UCI. Nos gustaría que usted indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, encierre en un círculo NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la UCI. **Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/a o tenso/a.**

En el cuestionario encierre en un círculo el número que mejor describa cuán estresante ha sido cada experiencia para usted. Los siguientes números indican los niveles de estrés:

- 1= No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
- 2= Un poco estresante.
- 3= Moderadamente estresante.
- 4= Muy estresante.
- 5= Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas de las situaciones que describimos, por favor, encierre en un círculo NA “no aplicable”.

Vamos a tomar esta situación como ejemplo: las luces fuertes en la UCI. Si por ejemplo, usted cree que las luces en la unidad de cuidados intensivos eran extremadamente estresantes, usted debe encerrar en un círculo el número 5:

NA    1        2        3        4        5

Si siente que las luces no fueron estresantes en absoluto, debe encerrar en un círculo el número 1:

NA    1        2        3        4        5

Si las luces fuertes no estaban encendidas cuando usted visitó a su hijo/a, usted debe encerrar en un círculo NA, indicando así “no aplicable”.

NA    1        2        3        4        5

Empecemos ahora.

A continuación hay una lista de varias **VISTAS Y SONIDOS** comunes en una UCI. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas **VISTAS Y SONIDOS** para usted. Encierre en un círculo el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, encierre en un círculo NA para indicar “no aplicable”.

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. La presencia de los monitores y aparatos               | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Los ruidos constantes de monitores y de aparatos       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los otros bebés enfermos en la habitación              | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. El gran número de personas trabajando en la unidad     | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A continuación hay una lista de situaciones que podrían describir **EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ** cuando usted lo visita en la UCI y algunos de los **TRATAMIENTOS** aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Encierre en un círculo NA si no ha experimentado lo que describimos. Si por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted encerrando en un círculo el número apropiado

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé                              | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Moretones, cortes o incisiones en mi bebé                                | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. El color poco usual de mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo) | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La forma de respirar anormal o poco usual de mi bebé                     | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. El pequeño tamaño de mi bebé   | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. El aspecto arrugado de mi bebé   | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ver agujas y tubos puestos en mi bebé                                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando mi bebé es alimentado por medio de una vía o tubo intravenoso     | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Cuando mi bebé parece tener algún dolor                                  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando mi bebé parece triste  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. La apariencia débil de mi bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 12. Movimientos espasmódicos o inquietos de mi bebé       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi bebé siendo incapaz de llorar como los otros bebés | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas que queremos hacerle son acerca de cómo se siente respecto a su propia **RELACIÓN** con su bebé y su **PAPEL DE PADRE**. Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresado/a ha estado encerrando en un círculo el número apropiado. Una vez más, encierre en un círculo NA si no experimentó lo que describimos.

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. Estar separado/a de mi bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No alimentar yo mismo/a a mi bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. No ser capaz de cuidar a mi bebé yo mismo/a (por ejemplo ponerle los pañales o bañarlo)    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No ser capaz de tomar en brazos a mi bebé cuando quiera                                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procedimientos dolorosos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa                          | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. No tener tiempo para estar a solas con mi bebé   | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. A veces, olvidar cómo es el aspecto de mi bebé   | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia                       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Tener miedo de tocar o tomar a mi bebé en brazos  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por último, estamos interesados en saber si usted experimentó algún tipo de estrés relacionado con el **COMPORTAMIENTO** y **LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL**. Nuevamente, si usted experimentó lo que describimos, indique qué tan estresante fue la experiencia encerrando en un círculo el número apropiado. Si no experimentó lo que describimos, encierre en un círculo NA (“no aplicable”). Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán compartidas o discutidas con ningún miembro del personal.

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 1. El personal explica las cosas muy rápido | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|---|---|---|---|---|

2. El personal utiliza palabras que no entiendo	NA	1	2	3	4	5
3. Que me den versiones diferentes sobre la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
4. Que no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos aplicados a mi bebé	NA	1	2	3	4	5
5. Que no hablen conmigo lo suficiente	NA	1	2	3	4	5
6. Muchas y distintas personas (médicos, enfermeras, otros) hablándome	NA	1	2	3	4	5
7. Dificultad en obtener información o ayuda cuando visito o llamo por teléfono a la unidad	NA	1	2	3	4	5
8. No tener la seguridad de que me llamen para informarme de cambios en la condición de mi bebé	NA	1	2	3	4	5
9. Que el personal parezca preocupado sobre mi bebé	NA	1	2	3	4	5
10. Que el personal actúe como si no quisieran a los padres en la habitación	NA	1	2	3	4	5
11. Que el personal actúe como si no entendieran el comportamiento de mi bebé o sus necesidades especiales	NA	1	2	3	4	5

Usando la misma escala indique qué tan estresante fue en general para usted la experiencia de tener a su bebé hospitalizado en la UCI

NA    1    2    3    4    5

Muchas gracias por su ayuda. ¿Hubo algo más que fuera estresante para usted durante la estancia de su bebé en la UCI? Por favor, describa abajo:

Nombre madre \_\_\_\_\_

Nombre bebé \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### ESCALAS MADRE-BEBÉ (MABS)

A: Su bebé y sus sentimientos

A continuación se dan una serie de informaciones sobre la conducta y sentimientos del bebé y de sus padres. *Por favor, responda a cada pregunta marcando uno de los números CON UN CÍRCULO.* «0» indica que la conducta o sentimiento no se da «nunca». Las opciones «1, 2, 3, 4» indican grados crecientes de frecuencia, y el «5» indica que la conducta o sentimientos ocurren «con mucha frecuencia».

	Nada/ Nunca					Mucho/ Con mucha frecuencia
1) Cuando le hablo a mi bebé, parece darse cuenta	0	1	2	3	4	5
2) Mi bebé se agita antes de calmarse/tranquilizarse	0	1	2	3	4	5
3) Me siento insegura cuando mi bebé llora	0	1	2	3	4	5
4) Mi bebé se agita o llora en momentos en que yo sé que no está hambriento	0	1	2	3	4	5
5) Mi bebé se calma/tranquiliza rápida y fácilmente	0	1	2	3	4	5
6) Me siento segura para cuidar de mi bebé	0	1	2	3	4	5
7) Mi bebé observa mi cara	0	1	2	3	4	5
8) Durante las últimas 24 horas he tenido que arrullar a mi bebé para que se calmase después de una ingesta	0	1	2	3	4	5
9) Me siento torpe en el cuidado de mi bebé	0	1	2	3	4	5
10) Me hubiese gustado recibir más consejos sobre lo que hay que hacer en este período	0	1	2	3	4	5
11) Después de las ingestas tengo que mecer o tomar en brazos a mi bebé para calmarlo	0	1	2	3	4	5
12) Mi bebé se aferra a mí cuando lo sostengo en brazos	0	1	2	3	4	5
13) Cuidar de mi bebé ha sido más difícil de lo que esperaba	0	1	2	3	4	5

	Nada/ Nunca					Mucho/ Con mucha frecuencia
14) Después de las ingestas el humor de mi bebé es de agitación o llanto	0	1	2	3	4	5
15) Cuando mi bebé se alimenta me mira fijamente a los ojos	0	1	2	3	4	5
16) El humor de mi bebé después de una ingesta varía de una toma a otra	0	1	2	3	4	5
17) Mi bebé ha variado en la facilidad para calmarse	0	1	2	3	4	5
18) Creo que lo estoy haciendo bien con mi bebé	0	1	2	3	4	5
19) A esta edad mi bebé no está interesado en interactuar con las personas	0	1	2	3	4	5
20) Durante las últimas 24 horas la conducta de sueño/vigilia se ha visto perturbada por hipos/gases	0	1	2	3	4	5
21) Temo que mi bebé se me pueda caer	0	1	2	3	4	5
22) He pedido ayuda alguien cuando mi bebé estaba intranquilo	0	1	2	3	4	5
23) Mi bebé está realmente alerta y atento	0	1	2	3	4	5
24) Entre las ingestas de la noche mi bebé se muestra intranquilo y llora	0	1	2	3	4	5
25) Para tranquilizar a mi bebé le doy una ingesta completa	0	1	2	3	4	5
26) Me he sentido preocupada por si podía lastimar a mi bebé cuando lo manipulaba	0	1	2	3	4	5
27) Yo creo que mi bebé me responde	0	1	2	3	4	5
28) Entre las ingestas, mi bebé ha estado irritable	0	1	2	3	4	5
29) Me siento insegura de si estoy haciendo lo correcto mientras cuido a mi bebé	0	1	2	3	4	5
30) Para tranquilizar a mi bebé, lo tomo en brazos	0	1	2	3	4	5
31) Cuando juego con mi bebé, me responde inmediatamente	0	1	2	3	4	5
32) Cuando mi bebé está intranquilo me las arreglo bien	0	1	2	3	4	5
33) La duración del período entre las ingestas ha variado	0	1	2	3	4	5

	Nada/ Nunca					Mucho/ Con mucha frecuencia
34) Mi bebé ha pasado largos períodos, entre las ingestas, intranquilo o tranquilo sólo si está en brazos	0	1	2	3	4	5
35) Yo creo que lo estoy haciendo muy bien como madre	0	1	2	3	4	5

### IMPRESIONES GENERALES Y EXPERIENCIAS

#### *Su bebé*

36) En general, ¿cuán irritable es su bebé?	Muy irritable			0	Muy calmado		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
37) En general, ¿cómo es el sueño de su bebé?	Muy malo			0	Muy bueno		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
38) En general, ¿cómo se muestra su bebé cuando ha de responder?	Muy soñoliento			0	Muy despierto		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
39) En general, ¿cuán difícil es su bebé?	Muy difícil			0	Muy fácil		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

#### *Usted misma*

40) En general, ¿cuán segura se siente en la capacidad de cuidar de su bebé?	Muy insegura			0	Muy segura		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
41) En general, ¿cuán difícil es para usted cuidar de su bebé?	Muy difícil			0	Muy fácil		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
42) Generalmente, cuán ansiosa se considera usted?	Muy ansiosa			0	Muy serena		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

## ESCALA DE BRAZELTON. HOJA DE PUNTUACIÓN

Nombre ..... Sexo..... Fecha de nacimiento..... Hora.....  
 Edad gestacional..... Peso..... Tipo de parto..... Lactancia.....  
 Puntuaciones de Apgar... ( )...( )...( )..... Hospital..... Historia Nº.....  
 Fecha examen..... Hora inicio..... Hora final..... Edad cronológica.....  
 Estado inicial (observar durante 2 minutos)..... Estado predominante..... Examinador .....

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>HABITUACIÓN</b>										
1	Dismin. R. —luz									1
2	Dismin. R. —sonajero									1
3	Dismin. R. —campanilla									1
4	Dismin. R. —pie									1

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>SOCIAL-INTERACTIVA</b>										
5	Visual animada									1
6	Vis.+Aud. animada									1
7	Visual inanimada									1
8	Vis.+Aud. inanimada									1
9	Auditiva animada									1
10	Auditiva inanimada									1
11	Alerta									1

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>SISTEMA MOTOR</b>										
12	Tono general						1			
13	Madurez motora									1
14	Incorporación provocada									1
15	Mov. defensivos									1
16	Actividad					1				

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>ORGANIZACIÓN DEL ESTADO</b>										
17	Máxima excitación							1		
18	Rapidez de reacción								1	
19	Irritabilidad			1	1	1				
20	Labilidad de estados			1	1	1				

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>REGULACIÓN DEL ESTADO</b>										
21	Abrazo									1
22	Cap. de ser consolado									1
23	Cap. de consolarse									1
24	Mano—boca									1

	Comentarios	Puntuación								
		NR	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO</b>										
25	Temblores		1							
26	Sobresaltos			1						
27	Labilidad color piel					1				

28 Sonrisas

**ÍTEMS SUPLEMENTARIOS**

**Comentarios**

NR 1 2 3 4 5 6 7 8 9

29	Calidad de la alerta																		
30	Mantener la atención																		
31	Ayuda del examinador																		
32	Irritabilidad general																		
33	Vigor/Resistencia																		
34	Regulación del estado																		
35	Resp. emocional examin.																		

**REFLEJOS**

0 1 2 3 Asim.

1	Preñión plantar																		
2	Babinski																		
3	Clonus aquileo																		
4	Búsqueda																		
5	Succión																		
6	Glabela																		
7	Mov. pasivos—piernas																		
8	Mov. pasivos—brazos																		
9	Preñión palmar																		
10	Escalón																		
11	Enderezamiento																		
12	Marcha																		
13	Reptación																		
14	Incurvación del tronco																		
15	Desv. tón. cabeza/ojos																		
16	Nistagmo																		
17	Tónico del cuello																		
18	Moro																		

**RESUMEN: NEONATO**

**RESUMEN: PADRE(S)**

Áreas/puntos fuertes

Áreas/puntos débiles

Áreas/puntos fuertes

Áreas/puntos débiles

**RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL NEONATO:**

**1.DATOS PERSONALES Y FAMILIARES:**

NOMBRE Y APELLIDO DEL RN: .....

NOMBRE DE LA MADRE:.....

NOMBRE DEL PADRE:.....

DOMICILIO:.....TEL:.....

LUGAR DE NACIMIENTO MATERNO:.....

LUGAR DE NACIMIENTO PATERNO:.....

FICHA RN:  FICHA MADRE:

SEXO: 1.F    2.M    FECHA NACIMIENTO: //    HORA :

:

CENTRO: 1.Hospital Clínico UC    2.Clínica Dávila    3. Otros \_\_\_\_\_

**Posición Social la familia** (SES, según Hollingshead,1975)

Situación conyugal de la madre:

- 1. Pareja estable y sólo trabaja el padre.    2. Pareja estable y sólo trabaja la madre
- 3. Pareja estable y trabajan los dos.    4. Soltera y autosuficiente
- 5. Soltera, dependiente de los padres    6. Separada autosuficiente
- 7. Separada, dependiente del marido    8. Viuda autosuficiente
- 9. Viuda, dependiente de la pensión del marido

Educación de la madre: \_\_\_\_\_

- 1. Menos de 7 años de escolaridad
- 2. Menos de 9 años de escolaridad
- 3. Enseñanza media incompleta
- 4 . Enseñanza media completa
- 5. Formación de grado medio o superior incompleta
- 6. Título de grado medio
- 7 Título de grado superior

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

9. Alta ejecutiva, propietaria de gran empresa, profesionales independientes, con título universitario.
8. Propietaria mediana empresa, profesionales de grado medio, altos administrativos, jefes de personal, de producción...
7. Personal administrativo superior, propietaria de pequeña empresa, actriz, propietaria granja ...
6. Técnicos, semi profesionales, propietaria de pequeña empresa
5. Administrativa, cajera, auxiliar biblioteca
4. Dependienta, recepcionista, enfermera, modista, propietaria de negocio familiar muy modesto.
3. Trabajadora semi-especializada: auxiliar de clínica, planchadora, puericultora ...
2. Trabajadora no especializada: monitora escolar, trabajadora lavandería.....
1. Trabajadora de la casa, personal de servicios, conserje...
0. Sin empleo

Educación del padre: \_\_\_\_\_

1. Menos de 7 años de escolaridad
2. Menos de 9 años de escolaridad
3. Enseñanza media incompleta
4. Enseñanza media completa
5. Formación de grado medio o superior incompleta
6. Título de grado medio
7. Título de grado superior

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

9. Alto ejecutivo, propietario de gran empresa, profesionales independientes, con título universitario
8. Propietario mediana empresa, profesionales de grado medio, altos administrativos, jefes de personal, de producción....
7. Personal administrativo superior, propietario de pequeña empresa, actor, propietario granja ...
6. Técnicos, semi-profesionales: jefes de ventas, representantes, dibujante, fotógrafo, empleado banca...
5. Administrativo y vendedor, cajero, auxiliar biblioteca...
4. Operarios y trabajadores semi-especializados: taxista, enfermero, peluquero, propietario de negocio familiar muy modesto.
3. Operario , trabajador semi-especializado: conductor de autobús, trabajadores de la construcción, pintor de paredes...
2. Trabajador no especializado: trabajos de temporeros, peón...

1. Portero, personal de servicios, conserje...

0. Sin empleo

PUNTUACIÓN TOTAL:

GRUPO SOCIAL:

## 2. ANTECEDENTES MADRE

EDAD:

GS: 1.A 2.B 3.AB 4.O

RH: 1.+ 2.-

### PATOLOGIAS:

- |                              |                         |                    |                      |
|------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Ausentes                  | 2. Diabetes gestacional | 3. Diabetes tipo A | 4. Diabetes tipo B   |
| 5. Diabetes C                | 6. Diabetes D           | 7. Diabetes E      | 8. Diabetes F        |
| 9. HTA                       | 10. Pneumopatía         | 11. Cardiopatía    | 12. Patología renal  |
| 13. Malnu.                   | 14. Infección urinaria  | 15. Hepatitis      | 16. Tuberculosis     |
| 17. Serol. lu.               | 18. Hemoglobina         | 19. Hipoglicemia   | 20. Seropositiva VIH |
| 21. St. Agalactal            | 22. VHC                 | 23. CHV            | 24. Rubéola          |
| 25. Serología toxoplasmática |                         |                    |                      |
| 26. Otras:.....              |                         |                    |                      |

### COMPLICACIONES EMBARAZO

1. Metrorragia 3º Tr.
2. Infección urinaria
3. Cardiopatía
4. Embarazo múltiple

### MEDICAMENTOS

1. Corticoides
2. TRH
3. Antibióticos
4. Otros.....

Tabaco: ..... cigarrillos día durante el embarazo  
..... cigarrillos día antes del embarazo

Alcohol: 0. Ausente 1. Presente

Cannabis: 0. Ausente 1. Presente

Cocaína: 0. Ausente 1. Presente

Pasta base: 0. Ausente 1. Presente

Otras:.....

Aborto Espontáneo:  Aborto Provocado:  Parto Prematuro:

Parto Término:  Mortinatos:  Mortineonatos:  Hijos Vivos:

Embarazo Múltiple 1. Si 2. No

**BEBÉS ANTERIORES:**

Prematuros:  Bajo Peso:  A Término:  Macrosomas:

INFERTILIDAD PREVIA: 1.Si 2.No

TRABAJO EJERCIDO DURANTE LA GESTACIÓN: 1.No 2.Si Duración en meses:.....

TIPO DE TRABAJO: 1.Sedentario 2.De poco esfuerzo físico 3.De mucho esfuerzo físico

**ANTECEDENTES PADRE/ PATOLOGIAS:**

1. Ausentes 2. Presente.....

Tabaco: ..... cigarrillos día durante el embarazo  
..... cigarrillos día antes del embarazo

Alcohol: 0. Ausente 1. Presente

Cannabis: 0. Ausente 1. Presente

Cocaína: 0. Ausente 1. Presente

Pasta base: 0. Ausente 1. Presente

Otras:.....

**3. PARTO**

PREPARACIÓN AL PARTO: 1.Si 2.No

HOSPITALARIO: 1.Si 2.No

RESOLUCIÓN DEL PARTO: 1.Espontáneo 2.Forceps 3.Cesárea Electiva  
4. Cesárea no electiva 5. Otro 6. Fracaso Forceps

LÍQUIDO AMNIÓTICO: 1.Normal 2.Meconial 3.Otros.....

PRESENTACIÓN FETO: 1.Cefálica 2.Nalgas 3.Otros.....

NÚMERO DE FETOS: 1. Uno 2. Múltiple 1 de 2 3. Múltiple 2 de 2 4. Otros

MEDICACIÓN: 1.No 2.Si.....

ANESTESIA: 1. Epidural 2. Raquídea 3. General 4. Otros.....

PLACENTA: Peso  g PH A.U.: E.B. A.U.:—

**REANIMACIÓN:**

1. No

2. Mascarilla

- 3. Intubación
- 4. Masaje
- 5. Adrenalina
- 6. Bicarbonato

APGAR	Total
1 minuto	
5 minutos	

TIPO DE ALIMENTACIÓN:      1.Materna      2.Artificial      3.Mixta

**4. NEONATO**

EDAD GESTACIONAL: , Sem.      PESO:  g.

CLASSIFICACIÓN:

SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL: 1. A término      2. Pre término      3. Post término  
 SEGÚN EL PESO:      1. Peso adecuado      2. Bajo peso      3. Peso elevado

P.C.:  cm.      LONGITUD:  cm.

GS: 1.A 2.B 3.AB 4.O      RH: 1.+ 2.-

EXAMEN FÍSICO Y CONDICIÓN AL NACER: 1. Normal      2. Anormal

.....  
 .....

DIAGNÓSTICO INGRESO:

.....  
 .....

DIAGNÓSTICO ALTA:

.....  
 .....

DIA Y HORA DEL ALTA: // a las : hrs.

FECHA 1ª EVALUACIÓN MADRE: .....FECHA 2ª EVALUACIÓN MADRE: .....

**5. OBSERVACIONES**

.....  
 .....

## Invitación a participar en Investigación

Estimada Sra. \_\_\_\_\_:

En el Servicio de Neonatología de la Universidad Católica nos preocupa el bienestar tanto de los niños que están hospitalizados como el de sus padres. Sabemos que la experiencia de ser padres de un bebé prematuro es particularmente difícil y estresante. Es por ello que hemos creado un programa de apoyo psicológico especialmente diseñado para atender las demandas de quienes atraviesan por esta delicada situación. Dicho programa está a cargo de las psicólogas Bernardita Reyes y Mónica Martínez y cuenta con el respaldo del Jefe del Servicio, Dr. Álvaro González.

Por este motivo, nos dirigimos a usted, para invitarle a participar junto a su hijo(a) en este programa. Su participación, en caso de aceptar esta solicitud, consistiría en recibir apoyo psicológico a través de entrevistas semanales a cargo de las psicólogas. En dichas entrevistas se abordarían diferentes temas relacionados con el hecho de tener un hijo prematuro, como por ejemplo: el manejo de situaciones potencialmente difíciles, lactancia, presentación de información acerca del comportamiento y las características de los bebés frágiles, de sus competencias e individualidad, preparación para el alta médica, etc.

A su vez, se le invitaría a participar activamente en una sesión en la que se administraría una escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Dicha prueba nos permitiría conocer distintos aspectos del comportamiento de su bebé, tales como sus estados de conciencia, sus reflejos, su habilidad para interactuar y comunicarse, etc. Esta sesión tendría una duración de aproximadamente una hora y en ella se discutirían las dudas e inquietudes en torno a esta nueva experiencia como padres de un niño prematuro. Todo lo anterior se realizaría en el contexto hospitalario, durante la estancia en el Servicio de Neonatología.

Tanto al comienzo del programa como al término de éste se le pediría que completase tres breves cuestionarios sobre estrés, depresión y sobre sus percepciones acerca de su bebé y los cuidados maternos. Cabe señalar que toda la información recogida tendrá carácter confidencial y que la participación en este programa no tiene costo alguno.

Esperando contar con su participación y agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden atentamente,

Ps. Bernardita Reyes  
Psicóloga Servicio de Neonatología  
Hospital Clínico Universidad Católica

Ps. Mónica Martínez  
Psicóloga Instituto Neuropsiquiátrico  
Sede Clínica Dávila Recoleta

Santiago, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

## Invitación a participar en Investigación

Estimada Sra. \_\_\_\_\_ :

En el Servicio de Neonatología de la Clínica Dávila Recoleta nos preocupa el bienestar tanto de los niños que están hospitalizados como el de sus padres. Sabemos que la experiencia de ser padres de un bebé prematuro es particularmente difícil y estresante. Por este motivo nos dirigimos a usted, para invitarle a participar en un programa de evaluación que nos permita conocer cómo ha sido esta experiencia para usted, a fin de tener en consideración dicha información al momento de planificar el tipo de atención que brindamos como Servicio.

Dicho programa de evaluación está a cargo de la psicóloga Mónica Martínez, cuenta con el respaldo de la Jefa del Servicio, Dra. Tatiana Razmilic y forma parte de un proyecto conjunto con el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Su participación, en caso de aceptar esta solicitud, consistiría en que tanto al ingreso como al alta médica se le pediría que completase dos breves cuestionarios sobre depresión y estrés, especialmente diseñados para padres que tienen a su hijo ingresado en la UCI neonatal, además de un cuestionario sobre sus percepciones acerca de su bebé y los cuidados maternos. Cabe señalar que toda la información recogida tendrá carácter confidencial.

Esperando contar con su participación y agradeciendo de antemano su colaboración, se despide atentamente,

Ps. Mónica Martínez  
Psicóloga Instituto Neuropsiquiátrico  
Sede Clínica Dávila Recoleta

Santiago, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/Sra \_\_\_\_\_ padre/madre del niño/a \_\_\_\_\_ hemos recibido información del proyecto de investigación “Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones en madres de neonatos prematuros” que cuenta con la aprobación de los Dres. Álvaro González y Tatiana Razmilic, jefes de los servicios de Neonatología del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Clínica Dávila Recoleta, respectivamente.

Sabemos que en el presente estudio solo se utilizarán pruebas de uso clínico habitual.

La inclusión en el estudio no ha de modificar en ningún caso la asistencia que recibirá nuestro hijo en relación a su situación clínica.

La información referente a nuestro hijo y a nosotros mismos se tratará de forma confidencial.

En cualquier momento podemos dejar de participar en el estudio, sin que esto suponga ningún cambio en la asistencia que recibirá nuestro hijo.

En conformidad a participar en el proyecto firmamos este documento.

Firma del padre, madre o tutor del menor

Ps. Mónica Martínez Gertner  
Psicóloga responsable del proyecto  
Teléfono Servicio de Neonatología Clínica Dávila Recoleta: 730 82 91

Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/Sra \_\_\_\_\_ padre/madre del  
niño/a \_\_\_\_\_ hemos recibido  
información del proyecto de investigación “Eficacia de una breve intervención temprana  
basada en la evaluación del desarrollo: efecto sobre el estrés, la depresión y las  
percepciones en madres de neonatos prematuros” que cuenta con la aprobación de los  
Dres. Álvaro González y Tatiana Razmilic, jefes de los servicios de Neonatología del  
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Clínica Dávila  
Recoleta, respectivamente.

Sabemos que en el presente estudio solo se utilizarán pruebas de uso clínico  
habitual que de ningún modo son molestas o dolorosas para nuestro hijo.

La inclusión en el estudio no ha de modificar en ningún caso la asistencia que  
recibirá nuestro hijo en relación a su situación clínica.

La información referente a nuestro hijo y a nosotros mismos se tratará de forma  
confidencial.

En cualquier momento podemos dejar de participar en el estudio, sin que esto  
suponga ningún cambio en la asistencia que recibirá nuestro hijo.

En conformidad a participar en el proyecto firmamos este documento.

Firma del padre, madre o tutor del menor

Ps. Mónica Martínez Gertner  
Psicóloga responsable del proyecto  
Teléfono Servicio de Neonatología UC: 354 64 37

Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

Children's Hospital Boston



Harvard Medical School



# THE BRAZELTON INSTITUTE

*Mónica Andrea Martínez Gertner*

*Psychologist*

has completed the training for the

## *Neonatal Behavioral Assessment Scale*

Barcleona NBAS Training Site

Spain

*T. Berry Brazelton*

T. Berry Brazelton, M.D.  
Professor Emeritus

*J. Kevin Nugent*

J. Kevin Nugent, PhD  
Director

*C. Costas*

Carme Costas, PhD  
Faculty