

Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental. Cuando esto ocurre el recién nacido (RN) es llevado rápido a salas "nido" para conseguir una pronta adaptación a este mundo. El papel del padre aún sigue relegado en muchas instituciones donde ocurren los nacimientos a un segundo plano o a un papel de mero espectador.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Evaluar los efectos del contacto piel con piel (CPP) con padres cuyas madres han sufrido una cesárea, sobre la lactancia materna (LM).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio de corte cuantitativo que consta de un ECA y entrevistas

en profundidad y grupo de discusión a fin de triangular resultados.

RESULTADOS:

El análisis estadístico de los datos cuantitativos están siendo analizados en estos momentos, apreciándose una tendencia clínica no significativa estadísticamente en el acortamiento del tiempo que tarde el bebé en conseguir un agarre al pecho en el grupo experimental. En la esfera cualitativa los padres manifiestan buena aceptación y sentimientos positivos en el CPP.

DISCUSIÓN:

Este estudio puede tener una implicación para la práctica clínica, si los datos son concluyentes, en romper rutinas innecesarias en cuanto a la separación de los RNs de sus progenitores.

Introducción

Cada vez es más frecuente en nuestro medio la participación más activa de los receptores de nuestros cuidados, siendo ellos los protagonistas y no el sistema sanitario. Esto está notoriamente presente en la atención al parto y al recién nacido, por ello los cuidados se van adaptando a las nuevas evidencias científicas y se intenta respetar al máximo posible los primeros momentos del nacimiento.

La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental. Cuando esto ocurre el (RN) es llevado rápido a salas "nido" para conseguir una pronta adaptación a este mundo. El papel del padre aún sigue relegado en muchas instituciones donde ocurren los nacimientos a un

segundo plano o a un papel de mero espectador. Los hombres pueden llegar a sentirse los grandes olvidados durante la gestación, tal vez porque, inconscientemente, la sociedad piensa que la sensibilidad, los miedos, la ansiedad y las dudas son atributos femeninos y por ello se les excluye. Ante el desafío que significa asumir un rol distinto a aquel para el que uno ha sido preparado, el varón se implica emocionalmente deseando al bebé y compartiendo con la mujer todas las actividades y controles propias de la gestación, pero sintiéndose un observador externo ¹.

Según Albert, el aprendizaje no puede entenderse por separado de un corpus comportamental; el aprendizaje es una dimensión de comportamiento y de fisiología. El papel de aprendizaje en el desarrollo del comportamiento de la ingesta, especialmente el amantamiento y la transición a alimentos sólidos forma parte de este corpus comportamental. Por ello, adaptaciones del desarrollo en el que evolucionan en contextos diferentes como ocurre en nuestros modernos entornos de vida y la exposición a estos nuevos contextos o las contingencias, que evolutivamente son inesperados, puede crear patologías que pasen desapercibidas ².

*Enfermero. Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica. Antropólogo de Salud y Máster en Salud Internacional. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Catedrática. Doctora en Medicina y Cirugía. Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

El Contacto piel con piel (CPP) consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, o el padre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales, en los que se demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat, según cita el mismo autor.

Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza. Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido ³.

Los recién nacidos a término sanos utilizan un conjunto de conductas innatas específicas a la especie inmediatamente después del parto cuando son colocados en contacto piel a piel con la madre. Localizan el pezón por medio del olfato y presentan una mayor respuesta a las señales olfativas en las primeras horas después del nacimiento. Este período llamado "período de alerta tranquila" o de "reconocimiento sensible" puede ser alterado por multitudes de rutinas hospitalarias que pueden ser pospuestas ^{4 5 6 7 8}.

Existen metaanálisis con recién nacidos a término donde el contacto temprano se asoció con una lactancia materna continua y el simple hecho de alterar las rutinas hospitalarias puede aumentar los niveles de lactancia en el mundo desarrollado ⁹.

La separación de las madres de los recién nacidos cuando nacen aún sigue siendo una práctica estándar en muchos hospitales a pesar de las pruebas cada vez mayores de sus posibles efectos nocivos. La disminución concomitante generalizada de la lactancia es uno de los principales problemas de la salud pública.

Condon, J estudió el vínculo en el período precoz posnatal y sus resultados sugieren que una minoría significativa de los padres experimentan una primera impresión indiferente o negativa hacia su bebé al nacer que pudiera ejercer un efecto perdurable en detrimento de la relación padre-hijo. En este estudio se elabora un modelo para predecir la naturaleza de la primera impresión con las actitudes hacia el niño que aún no ha nacido y que se desarrollan durante el embarazo y la experiencia de los padres en el parto. Los datos empíricos de más de 100 parejas de padres apoyan este modelo. Se revisa también la literatura sobre la vincu-

lación para los padres-bebés y parece proporcionar un apoyo adicional para la validez de este enfoque ¹⁰.

Los sentimientos del padre sobre el contacto piel a piel temprano y su satisfacción con la experiencia del nacimiento son importantes y pertinentes, por ello utilizamos métodos cualitativos que puedan enriquecer la investigación en este sentido.

MARCO TEÓRICO

Los marcos teóricos de referencia establecidos para este estudio son la TEORÍA DE LA ALOSTASIS de Bruce McEwen y la TEORÍA DEL APEGO de John Bolwby.

La TEORÍA DE LA ALOSTASIS estudia la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Esta teoría fue descrita por Bruce McEwen. Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria por lo que para él, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado ^{11 12 13}. A corto plazo, estos procesos son esenciales para la adaptación, mantenimiento de la homeostasis, y supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más largos, exigen un costo (la carga alostática) que puede acelerar los procesos de enfermedad. En un RN cuando nace y se separa de su hábitat sufre este proceso adaptativo con su consiguiente carga alostática. Este concepto de alostasis también ha sido evidenciado como inductores de patología de estrés en animales de granja ¹⁴.

Maureen Shannon fue la primera en introducir este concepto como marco teórico para la evaluación y la comprensión de los resultados perinatales de salud ¹⁵.

La TEORÍA DEL APEGO describe la dinámica a largo plazo, las relaciones entre los seres humanos sobre todo en las familias y entre amigos a lo largo de la vida. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. Además, las relaciones posteriores se basarán en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones ^{16 17 18 19}. Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos en la interacción social con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante varios meses durante el período de cer-

ca de seis meses a dos años de edad. Por este motivo, puede ser tan importante el contacto precoz del padre tras el parto o cesárea. Cuando un niño comienza a gatear y a caminar, empiezan a utilizar las figuras de apego (personas cercanas) como una "base segura" para explorar y regresar a ellas.

Las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en los años 1960 y 70 reforzó los conceptos básicos e introdujo el concepto de "base segura" y desarrolló una teoría de un número determinado de patrones de apego en niños: el apego seguro, el apego evitativo y el apego ansioso²⁰. Más tarde, identificó un cuarto patrón: el apego desorganizado.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Moore et al. en una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane, refieren en el apartado de "Implicaciones para la investigación" que "...es preciso realizar más investigaciones sobre los efectos del contacto piel a piel temprano en las madres que tienen el parto por cesárea"²¹. Muchas veces esto no es posible por lo que el presente estudio va dirigido al CPP con el padre en lugar de la madre, tal y como se hizo en el ensayo clínico de Erlandsson²².

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

En recién nacidos sanos por cesárea ¿el contacto piel con piel con el PADRE vs a la actuación hospitalaria habitual tiene los mismos efectos sobre la lactancia y la adaptación a los nuevos roles que supone la paternidad?

Hipótesis

HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

La lactancia materna se inicia antes y de forma exclusiva al alta en el grupo de niños con CPP con el padre que en el grupo con cuidados habituales.

HIPÓTESIS NULA:

No existen diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control en cuanto al inicio de la LM y su exclusividad al alta.

Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Evaluar los efectos del contacto piel con piel con padres cuyas madres han sufrido una cesárea, sobre la lactancia materna.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Valorar criterios de implicación paternal en los cuidados del RN.
- Medir el tiempo que tarda el RN en iniciar la lactancia materna al entrar en contacto con su madre
- Comprobar el tipo de lactancia al alta hospitalaria: exclusiva, mixta o artificial.
- Explorar sentimientos y conductas de padres que han tenido contacto inmediato piel con piel con su bebé.

Material y Método

Se trata de un trabajo de corte cuantitativo, en el que la parte principal de análisis consiste en un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) cuya población de estudio estará compuesta por parejas que decidan dar a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y que cumplan los criterios de inclusión que se detallarán más adelante. La parte cualitativa del estudio se trata de un estudio descriptivo fenomenológico eidético mediante entrevista en profundidad y posteriormente grupo de discusión con padres que han hecho contacto inmediato piel con piel con sus bebés mientras la madre se recuperaba de una cesárea.

El muestreo se realizará por conveniencia. La asignación a los grupos experimental y control se realizará utilizando una tabla de números aleatorios de manera que cada mujer tenga la misma probabilidad de ser incluida en cualquiera de los dos grupos. Para ello se utilizará el paquete informático Epidat 3.1. Esta asignación estará oculta (mediante sobres cerrados, opacos y numerados) para la pareja y para el investigador hasta el momento de la cesárea. Momento en el que resulta imposible dicha ocultación, para evitar posibles pérdidas por la afinidad tanto de la pareja como del terapeuta por alguna de las dos intervenciones.

Los criterios de inclusión y exclusión se muestran en la tabla 1.

En un estudio similar realizado en el Hospital de la Universidad de Karolinska de Estocolmo (Suecia) la muestra fue de 29 parejas, con una potencia estadística del 80% y obtuvieron datos significativamente estadísticos. Nosotros calcularemos el tamaño muestral para tener una potencia de al menos el 80%, con una probabilidad de error α de 0,05 para detectar diferencias entre las principales variables de resultado que sean clínicamente relevantes²².

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Cesárea entre la 37 y 41 semanas de gestación. Anestesia locorreional espinal. Cesárea electiva por presentación de nalgas, desproporción cefalopélvica diagnosticada previamente o por cesárea anterior o iterativa. Embarazo controlado donde no se hayan apreciado posibles alteraciones o malformaciones fetales. El RN será valorado inmediatamente tras la cesárea por el neonatólogo como un niño sano y la valoración del test de Apgar a los 5 minutos será ≥ 9. La madre tenía decidido inicialmente amamantar a su bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea por Sospecha de Pérdida de Bienestar Fetal (SPBF) o por cualquier otro motivo que no sea un criterio de inclusión. Cesárea antes de la 37 semanas de gestación. Cesárea con anestesia general. La valoración inmediata del neonatólogo al RN indica que necesita cualquier tipo de cuidado especializado. El test de Apgar a los 5 minutos es < 9. La madre tenía decidido previamente que no va a amamantar a su bebé y utilizará alimentación artificial.

Tabla 1.

Variables

La **variable explicativa** sería la realización del contacto piel con piel con el padre.

Las **variables de resultados** serían:

Tiempo que tarda en realizar la primera toma medido en minutos.

Tiempo de CPP con el padre medido en minutos.

Tipo de lactancia al alta: Exclusiva, mixta o artificial.

Implicación paterna en las responsabilidades en el hogar, sociales y comunitarias, cuidado del RN, cuidado de los hijos, cuidado personal, trabajo y estudios. Puntuación en la escala de Likert.

Las **variables de control** serán las variables sociodemográficas del padre (edad, número de hijos propios, nivel educacional), de la madre (edad, paridad, nivel educacional) y del RN (sexo, peso, edad gestacional).

Los padres y madres serán informados verbalmente del estudio el día en que se les dé la fecha de ingreso para la cesárea. Esta información se le da en la consulta de bienestar fetal ("consulta de monitores") y es allí donde se realizará la captación y la información para el estudio entregando toda la documentación pertinente del mismo. La decisión de si desean participar o no en el ensayo clínico la manifestarán el día del ingreso.

Una vez que nace el bebé se procederá de la siguiente manera: tras el corte del cordón, se pasará el RN a la mesa de reanimación donde será valorado por el neonatólogo, se le realizará las maniobras que estime oportuno el facultativo, siempre siendo lo más conservador posible. Se le secará y se le pondrá la dosis

de vitamina K IM. Se identificará con las pulseras pertinentes y se le pondrá un pañal. Se envolverá en toallas precalentadas, y se le mostrará a la madre.

En el grupo experimental se le trasladará el RN al padre que espera en la habitación asignada a la madre donde se le sentará en un sillón reclinable con el torso desnudo y con una bata abierta a fin de poder colocar al neonato sobre su tórax cubierto con una manta de bebé y cerrando la bata por encima de la manta. Se le informará que no debe tocar al recién nacido nada más que él y que deberá actuar "naturalmente" y consolar al bebé como crea que fuese necesario. Una vez pasado el tiempo de estudio (70 minutos) puede sentirse libre de soltar al bebé en la cuna o esperar en esa posición hasta que llegue su madre para transferírselo. Se recogerá el tiempo máximo que ha permanecido con el padre en piel con piel. Cuando la madre llegue a la habitación se procederá como se explica más adelante en el procedimiento del grupo control.

Si pertenece al grupo control se prestará los cuidados habituales del hospital de estudio que consiste en que el RN permanecerá en la sala nido hasta que la madre salga de la sala recuperación postanestésica y llegue a su habitación, donde se le entregará el bebé y se le pondrá en contacto piel con piel todo el tiempo que le apetezca a ella pero deberá ser un mínimo de 70 minutos para ver si inicia la lactancia. Lo ideal en estos niños que han estado separados es ampliar el tiempo a dos horas pero a efectos del estudio marcaremos un tiempo mínimo de 70 minutos. Se le advertirá a la madre que debe evitar que en este periodo mínimo de 70 minutos sea tocado el RN por otra persona que no sea ella. Se recogerá en el trabajo el tiempo máximo piel con piel que ha permanecido con la madre.

Tanto a los padres del grupo control como experimental se les indicará que deberán contestar un cuestionario telefónico a las seis semanas de nacimiento, para estudiar la implicación en su rol de padre en los cuidados. Se le insistirá en que recibirán una llamada en la fecha concertada y que será de pocos minutos y fácil respuesta.

El cuestionario es el IFS-F (Inventory of Functional Status- Fathers) desarrollado por Tulman et al. en 1993 y adaptado por McVeigh^{23 24}. Según Tulman, el estatus funcional después de la paternidad es un proceso que requiere que los hombres asuman sus responsabilidades en el desempeño del rol paternal e integren nuevos roles a las actividades que tenían anteriormente al nacimiento. Este test fue desarrollado para medir el grado en que los hombres continúan o aumentan sus actividades habituales en el mantenimiento del hogar, sociales y comunitarias, cuidado de los niños, cuidado personal, profesional y actividades educativas y asumir responsabilidades de cuidado infantil durante los embarazos de sus parejas y el puerperio. El IFS-F puede utilizarse para evaluar el estado funcional de los hombres durante el afrontamiento de la paternidad con fines clínicos y de investigación. Este test sólo recoge la asunción de roles, no de sentimientos. Es por ello por lo que se ha utilizado técnicas cualitativas para explorar esta parte de la esfera emocional de los padres.

Para el diseño del estudio se han tenido en cuenta los preceptos éticos fundamentales contenidos en la declaración de Helsinki²⁵, los protocolos asistenciales y las evidencias disponibles, que son referencia de la buena praxis en cuanto a la atención al nacimiento y el contacto piel con piel y la lactancia materna.

Este trabajo cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

A los participantes del estudio se les informó verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran y firmaron el consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS CUANTITATIVOS

Se realizará una base de datos en SPSS 15.0, licenciado para la Universidad de Málaga para la recogida y análisis de los datos. Una vez terminada la

recogida de datos se comprobará que los dos grupos son realmente comparables en las variables de control conocidas (edad de ambos progenitores, paridad, número de hijos del padre, nivel educacional de ambos, edad gestacional, peso del recién nacido). Además se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables siguen una distribución normal.

Para la comparación entre los dos grupos de la variable de resultado principal, el tiempo de inicio de la lactancia materna, se utilizará la T de Student para muestras independientes, ya que se trata de contrastar si las medias de cada grupo son similares. Si no se dieran las condiciones de validez utilizaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon o Mann-Whitney. También se utilizará la χ^2 para el estudio de la asociación de las demás variables categóricas o cualitativas. Se indicarán los resultados como Odd Ratio con un Intervalo de Confianza del 95%.

Para comparar variables dicotómicas, y cuantitativas se utilizará la T de Student y para variables con más de dos categorías el análisis de varianza (ANOVA). Las medias de las variables cuantitativas como las medidas del tiempo en el inicio y la duración de la toma irán siempre acompañadas de su desviación estándar (DS). El análisis multivariante se realizará mediante un modelo de regresión logística que incluya las variables que resulten significativas en el análisis univariante. La significación estadística se fijará en valores de $p < 0,05$. Se realizará también un análisis con intención a tratar para valorar el efecto de las posibles pérdidas que se puedan producir durante el proceso de la cesárea por revocamiento de consentimiento o patología materna fetal que pueda surgir.

El evaluador de los resultados estará cegado en cuanto a la intervención que ha recibido un grupo u otro. Esto se realizará mediante numeración de las parejas sin especificar el tipo de intervención que se ha realizado en cada una.

ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

Se trata de un estudio descriptivo fenomenológico eidético mediante entrevista en profundidad con dos padres que han hecho contacto inmediato piel con piel con sus bebés mientras la madre se recuperaba de una cesárea. Se estudia la experiencia vivida intentado captar la esencia del fenómeno desde el punto de vista de quienes lo viven.

Se entrevistaron a dos padres que hicieron CPP con sus bebés tras una cesárea, a fin de extraer un guión exploratorio para un posterior grupo de discusión. Uno de los padres, de 38 años era su primer hijo y el otro, de 42 era su segundo. Se solicitó consentimiento informado para el estudio. El muestreo utilizado fue no probabilístico e intencional. Se analizó el discurso y se seleccionaron las categorías emergentes de dicho discurso.

La entrevista era de guión abierto no estructurada para explorar las categorías emergentes que pudiesen surgir.

Las categorías emergentes en ambos discursos fueron similares por lo que se puede considerar que se alcanzó un cierto grado de saturación.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y se realizó con un entrevistador y un observador externo que hacía anotaciones de lenguaje no verbal. Se transcribieron íntegramente y se analizaron en categorías, combinando las dos entrevistas.

Posteriormente se citaron a diez padres a participar en un grupo de discusión en el que el guión era abierto pero estructurado, partiendo de las categorías extraídas en el análisis de las entrevistas en profundidad. El grupo se formó sólo con cuatro padres ya que el resto no acudió a la cita.

Se tuvieron en cuenta los criterios de calidad de Guba y Lincoln de credibilidad frente a validez interna, transferibilidad frente a validez externa, dependencia frente a fiabilidad y confirmabilidad frente a objetividad ²⁶.

Resultados

El análisis estadístico de los datos cuantitativos están siendo analizados en estos momentos con un tamaño muestral de 30 parejas. No apreciándose aún una significancia estadística para la hipótesis alternativa pero sí una tendencia clínica. Se está aumentando el tamaño muestral para ver si esa tendencia llega a ser significativamente estadística. Aún no se ha comenzado con el análisis de los datos del cuestionario IFS-F para evaluar el estado funcional de los hombres durante afrontamiento de la paternidad.

El análisis cualitativo arrojó las siguientes categorías en las entrevistas en profundidad:

- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.
- EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS PREVIOS DE LA GESTACIÓN Y EL PARTO.

- CONTACTO PIEL CON PIEL.
- SENTIMIENTOS Y EMOCIONES (duda, miedo, empatía, ilusión...).

Estas mismas categorías son las que se exploró en el grupo de discusión.

Como ideas más reseñables que hacen los padres en cuanto PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

“Tengo un hijo más, *Pablo**, que tiene ya tres años casi, menos tres meses, y *ná*, muy bueno también y estamos muy contentos”.

“Pues hijos no tengo, es el primero que tengo [...] y aparte un primo que tengo en Madrid que hace 6 meses tuvo un niño, el más cercano que tengo de los bebés.”

“A parte de camarero bueno pues hago varias cosas, pintor, electricista, carpintero, soy un poco manitas [risas]”.

“Yo soy *Miguel*, lo que llevo muchos años aquí viviendo, veintitantos, o sea que, mitad andaluz mitad catalán, tengo 2 crías, y aficiones...bueno el deporte, ver la tele, y las revistas de coches y de motos”.

“Mi nombre es *Javi*, tengo un establecimiento de hostelería, de un negocio familiar ya de muchísimos años, éste es mi primer crío que tengo y como deporte, pues ¡uf!, un poco de deporte cuando tengo el poco tiempo de hacerlo y el fútbol que me gusta mucho y luego ya, otras la dedicación plena a la familia”.

“Te puedo contar de mi experiencia, yo soy una persona que, de siempre, desde que era muy pequeño, desde que tenía once años, estoy bregando con público tratando con muchísimas personas tanto mayores, adultos”.

Sobre SENTIMIENTOS Y EMOCIONES son:

“El babero, nos ponéis a la niña, pero el babero nos lo tenéis que poner también...ponéis la niña pero no ponéis un babero [risa general]...y muy bien, muy bien, me parece una idea estupenda... que tengamos un poco de participación los padres, que en este caso aunque parezca que es un poco, yo creo que para nosotros es mucho...”.

* Los nombres propios que aparecen en el relato son ficticios para preservar la intimidad de los participantes

“Es maravilloso, porque entre otras cosas te sientes...de ser un cero a la izquierda total en la habitación y no ver a la cría hasta el otro día...De no ser nada prácticamente a tenerla tú aunque sea de esta manera ¿no? Pues... pues muy bien...maravilloso”.

“No la palabra miedo, sino una cosa diferente, una sensación diferente y ahora ¿tú qué haces? ¿cómo la coges, la aprietas, la besas? no sería la palabra miedo, sería la palabra de inseguridad de que pudiera pasarla algo”.

Sobre el CONTACTO PIEL CON PIEL:

“Yo creo que no es lo mismo que nazca una criatura y que tú lo pongas en una cuna-nido a que ese calor corporal”.

“[...] entonces eso que ella no la pueda tener mientras tenía...por el tema de la epidural que ella está recuperándose de la anestesia y que me la dejasen a mí, no sé, fijate la noche y el día. Muy bien”.

“Recibir mi calor y escuchar la voz, y todo..., me imagino que ellos tendrán sentimientos en ese momento ya.”

“El niño le coges y lo puedo calmar como le calma la madre, creo que es una cosa...que me doy cuenta por ejemplo porque le coge mi suegra y no se calla, sigue llorando, llorando, llorando, llorando y conmigo por ejemplo no, conmigo veo que me lo arrimo y le digo cualquier cosita, le hago, le muevo y tal como le hace la madre y parece que es como parte de los dos, y luego viene una persona de fuera y no es capaz de callarlo”.

“La primera canción que le canté fue la de: “5 lobitos”...[durante el CPP] y esa canción se le ha quedado super grabada a mi hijo, porque cuando yo le canto eso él hace así me mira y empieza a hacer así con los ojitos y parece como que le hipnotiza esa canción, eso es lo que más me pone los pelos de punta, te lo juro yo creo que eso sería una cosa buenísima para en un futuro dárselo a los papas, como para seguridad...como para todo, o sea, como para el contacto, como para el crecimiento de ese bebé, porque si yo hablo y ellos perciben con las mismas cosas más o menos, y todo, yo pienso que eso es una cosa...porque quitar y sacárselo a la mamá y llevárselo a un nido y bueno...hasta que venga la mamá...si el niño está muy bien, no tiene problemas, y se lo puede quedar el padre...yo pienso que es una idea buenísima”.

“La mía nació a las 12 y cuarto y 5 minutos después la tuve yo en el pecho y hasta las 4 menos diez no me la quitaron del pecho, y la verdad que muy buena...muy buena experiencia. Yo para mí que es... es una cosa...lo mejor que se puede hacer”.

“[...]y para mí esto ha sido una experiencia! ¡uff! que ¡no tiene palabras! yo nunca me he sentido... coger una criaturita, y...[se emociona] tener mi,... la tentación no rara ¿no? Una cosa...algo muy diferente, ¿no? me la dio y me quedé...no pensando, sino me quedé *bloqueao*,...no sabía cómo ponerla, qué hacer, se pegó a mí y el calor que este, que me transmitía era una cosa...una sensación muy diferente, ahora mismo...no puedo...y me acuerdo yo, que vino la estudiante a hablar conmigo, lo estuvimos hablando, la subimos a planta y me dijeron: ¿quieres que la llevemos a la cuna o prefiere...? No yo prefiero que se quede conmigo”.

En EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS PREVIOS DE LA GESTACIÓN Y EL PARTO:

“[...] me acuerdo, que además el primer niño fue parto natural, y...me acuerdo...qué...[...] fue sacarlo de la madre, salir de la madre yacto seguido, fue en seguida encima de...de..de la barriga de Ana.. [...] y... me acuerdo ,que estaba yo allí, que estaba con ella y ...me acuerdo que al poner el bebé encima de la barriga ¡es casi mentira!, porque había pasado un segundo, y evidentemente estaba encima de la barriga de Ana ...y...y...abrió los ojos, yclaro y me acerqué a verlo...estaba aún aparte y también...me parecía y... me daba la sensación de que estaba mirando, ¿no? ¡porque me miraba!”

“Pues a mí, en especial, bueno fue una sensación muy bonita y muy emocionante, puesto que yo también mi mujer, en el primer embarazo también fue cesárea, y a última hora[...se subió para arriba, entonces claro yo iba a presenciar también el embarazo [refiriéndose al parto] que estaba allí, y de ir todo muy bien a escuchar los médicos: uy, hay que llevársela, hay que abrir a la madre, vamos a sacarla, que se nos va el bebé...entonces, pues, de ir todo muy bien a quedarme allí como me quedé, sólo en la habitación, porque cogieron a la madre, que allí había un montón, y en un momentillo, pum, y me quede yo solo, entonces...enfrente de quirófano, ¿cómo son? en la sala de dilatación, entonces claro, ya después, al ratito, vino una compañera, vino una enfermera y me dijo: mira tienes que es-

perar, ahora te aviso, vamos a dormirla, vamos a sacar a la niña“.

Conclusiones

Actualmente se siguen recogiendo datos y no se han terminado todas las fases del análisis cuantitativo. Los datos del análisis preliminar indican una reducción no significativa en el tiempo que tarda en coger el pecho los RN del grupo experimental en varios minutos, por lo que la tendencia clínica puede ser reseñable.

Puede apreciarse en el discurso de los padres la buena aceptación y los sentimientos positivos que su-

pone el CPP con ellos.

Discusión

Este estudio puede tener una implicación para la práctica clínica, si los datos son concluyentes, en romper rutinas innecesarias en cuanto a la separación de los RNs de sus progenitores. Si no es posible tener ese contacto con sus madres, los padres pueden ser una buena opción para mantener a los bebés en un contacto íntimo y reforzar el vínculo necesario para constituirse en una persona referente en su crianza, en ese periodo sensitivo tan importante como es el momento inmediato del nacimiento.

Bibliografía

- Rengel Díaz, C El padre: ¿participante o espectador del embarazo y parto?. Relato biográfico de un padre primerizo. Archivos de la Memoria (2006).en <<http://www.index-f.com/memoria/3/a40605.php>>
- Alberts, J.R. Learning as adaptation of the infant. ACTA PAEDIATRICA INTERNATIONAL JOURNAL OF PAEDIATRICS SUPPLEMENTS 397, 77-85 (1994).
- Odent, M. New reasons and new ways to study birth physiology. International Journal of Gynecology & Obstetrics 75, S39-S45 (2001).
- Righard, L. & Alade, M.O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. LANCET (N AM ED) 336, 1105-7 (1990).
- Widström, A.M. et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. EAR HUM DEV 21, 153-63 (1990).
- Jansson, U.M., Mustafa, T., Khan, M.A., Lindblad, B.S. & Widström, A.M. The effects of medically-orientated labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants. J TROP PEDI 41, 360-3 (1995).
- Gómez Papi, A, Ba., Baiges Nogués, MT & Nieto Jurado, A Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. (2002).
- Gómez Papi, A.G. et al. [Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término]. AN ESP PEDIATR 48, 631-3 (1998).
- Rogers, I.S., Emmett, P.M. & Golding, J. The incidence and duration of breast feeding. EAR HUM DEV 49 Suppl, S45-74 (1997).
- Condon, J.T. & Dunn, D.J. Nature and Determinants of Parent-to-Infant Attachment in the Early Postnatal Period. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 27, 293-299 (1988).
- McEwen, Bruce Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. Neuropsychopharmacology 22, 108-124 (2000).
- McEwen, B.S., Wingfield, J.C. & Bruce What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. HORMONES & BEHAVIOR 57, 105-11 (2010).
- McEwen, B.S. Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. Annals of the New York Academy of Sciences 1032, 1-7 (2004).
- Korte, S.M., Prins, J., Vinkers, C.H. & Olivier, B. On the origin of allostasis and stress-induced pathology in farm animals: Celebrating Darwin's legacy. VETERINARY JOURNAL 182, 378-383 (2009).
- Shannon, M., King, T.L. & Kennedy, H.P. Allostasis: a theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 36, 125-134 (2007).
- Bowlby, J. Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression. (The Hogarth Press and the Institute: London, 1980).
- Bowlby, J. Attachment and Loss: Attachment. (Basic Books: 1969).
- Bowlby, J. Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger. (Basic Books: 1973).
- Bowlby, J. El Apego. (Paidós: 1998).
- Bretherton, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology 28, 759-775 (1992).
- Moore, ER, Anderson, GC & Bergman, N Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 4, (2008).
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and pre-feeding behavior. BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE 34, 105-14 (2007).
- Tulman, L., Fawcett, J. & Weiss, M. The Inventory of Functional Status-Fathers: development and psychometric testing. J NURSE MIDWIFERY 38, 276-82 (1993).
- McVeigh, C.A., Baafi, M. & Williamson, M. Functional Status After Fatherhood: An Australian Study. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 31, 165-171 (2002).
- Asociación Médica Mundial (WMA) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59 Asamblea General (2008).
- Guba, E. & Lincoln, Y. Competing paradigms in qualitative research. The Landscape of Qualitative Research 195-220 (1998).