



PARANINFO DIGITAL

MONOGRAFICOS DE INVESTIGACION EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO III – N. 7 – 2009

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/137d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACION DIGITAL en la **IX Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud-IV Seminario Internacional sobre Cuidado Cultural en Salud**, celebrado en Granada, España, el 19 y 20 de noviembre de 2009. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Percepciones de los padres y las madres de recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y su opinión sobre la hospitalización compartida

Marta Zamora-Pasadas*¹, Cristina Martínez-Arcos*¹; Laura Sánchez-Guerrero*¹; Eva Crespillo-García*²; Emilio Perea-Milla*²; Sirenia Reyes-Alvarado*².

*¹Unidad de Neonatología, Hospital Costa del Sol, Marbella. *²Unidad de Apoyo a la Investigación. CIBERESP (Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública).

CORRESPONDENCIA

Marta Zamora. Unidad de Neonatología, Hospital Costa del Sol, Marbella.

Autovía A7, Km 187: mzamorapasadas@hotmail.com;

Sirenia Reyes. Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella: sirenia16@gmail.com

RESUMEN

La separación madre-hijo se constituyó en el prototipo de la atención del prematuro a través de severas medidas restrictivas; los padres fueron considerados potenciales agentes conductores de patógenos externos. Al ser relegadas del cuidado de su hijo, las madres empezaron a manifestar sentimientos de frustración, se fragmentó el establecimiento del vínculo de apego y afloraron sentimientos de culpabilidad. La instauración del rooming-in ha demostrado que las madres pueden, bajo supervisión médica, cuidar con responsabilidad de su hijo, consolidar el vínculo de apego, fomentar la lactancia materna y ver disminuido significativamente los niveles de estrés; no existen datos científicos que corroboren un aumento de las infecciones nosocomiales, como consecuencia de la libre circulación de los padres en la Unidad de Cuidados

Intensivos. Se presentan los resultados preliminares de un primer estudio piloto, usando la metodología de Grupos Focales (ver Anexo).

PALABRAS CLAVE:

Rooming-in, separación, lactancia materna, estrés, vínculo de apego, infección nosocomial.

ABSTRACT

Perception of the parents and the mothers of newborns in a unit of neonatal intensive cares and its opinion on the shared hospitalization

The separation mother-newborn has constituted in the prototype of the attention of the premature newborn through severe restrictive measures; the parents were considered potential conductive agents of external pathogens. When being relegated of the care of their newborn, the mothers began to declare feelings of frustration, the establishment of the link was fragmented and feelings of guilt surfaced. The establishment of the rooming-in has shown that the mothers are able, under medical supervision, to take care of with responsibility of their newborns, to consolidate the link, to promote the maternal breast-feeding and to see diminished significantly the levels of stress; do not exist scientific data that corroborate an increase of nosocomial infections as a result of the free circulation of the parents in the Intensive Care Units. The preliminary results of a pilot study are showed, using the Focal Group methodology (see Annex).

KEY WORDS:

Rooming-in, separation, maternal breast-feeding, stress, attachment relations, nosocomial infection.

El aislamiento. Introducción. -

Con el paso de los años y la depuración de las diversas técnicas médicas para el abordaje de las dolencias del ser humano, la prematuridad entró a formar parte habitual del panorama clínico, al aumentar la población de parturientas dentro del sistema hospitalario con un 90% de los nacimientos registrados.

Aunque la primera incubadora fue desarrollada ya en el año 1835, en San Petersburgo, no fue hasta la década de los setenta (del siglo XX) cuando el abordaje del tratamiento del recién nacido prematuro (RNP) experimentó un gran desarrollo, lográndose una mayor uniformidad en los protocolos de manejo. Así nacieron las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como un instrumento especializado en el cuidado, manejo y atención de los recién nacidos (RN) considerados de alto riesgo, dejando pasar de forma inadvertida la posible repercusión que este tipo de sofisticado soporte podría tener en el desarrollo mental y emocional del neonato,¹ tanto como en sus padres.

Los diferentes protocolos de actuación desarrollados con el paso de los años no fueron la excepción, por lo que se puede decir sin temor a equivocarnos, que aquello que se constituyera en el paradigma de la atención del RNP: la separación madre e hijo

a través de severas medidas restrictivas y que surgió como algo meramente circunstancial, se constituyó en una medida tan arraigada, como nociva. Hagamos historia: Aunque la incorporación de la incubadora fue un hito al mantener estable la temperatura corporal del RN -vital para su supervivencia-, en primera instancia no concebía la separación de la madre y el hijo, pero pronto primó la acuciante necesidad de mantener el control en la esterilidad y la erradicación de las infecciones, en un ambiente lo más aséptico posible. A medida que los cuidados de los RNP se fueron institucionalizando en los hospitales norteamericanos, los padres fueron paulatinamente excluidos del cuidado y atención de sus hijos, asignándoles el rol de potenciales agentes conductores de patógenos externos; así se inició la fractura y el aislamiento². Al quedar las madres excluidas, se produjo una migración hacia la alimentación con leche artificial, evolución que se convirtió en un método práctico y esencial para la alimentación del RNP.³ El nexo ya estaba roto.

Al ser relegadas a un segundo plano, y con él, a la incertidumbre de la evolución de su hijo y a la iniquidad de su ausencia, pronto las madres empezaron a manifestar sentimientos de frustración, en el contexto de un austero y restringido horario de visitas; como consecuencia inmediata, se produjo una fragmentación en el establecimiento del vínculo de apego y el incremento de hondos sentimientos de culpabilidad por la inminencia del abandono.

A finales de los años 40, los investigadores empezaron a interesarse por los diferentes desórdenes que se producían en las relaciones familiares como consecuencia de las largas separaciones entre madre hijo a causa del internamiento. Una de las innovaciones que surge entonces como alternativa viable, es el alojamiento conjunto madre-hijo durante el período de internamiento; eran los albores del rooming-in⁴.

En la década de los 70 en la Universidad de Stanford, Barnett y sus colaboradores⁵ se cuestionaron la práctica de restricciones horarias y la separación que hasta ese momento se habían visto obligados a mantener los padres, argumentando que ante todo, se debía valorar su sufrimiento por la falta de contacto con el RN. Esta seria iniciativa permitió que las madres pudiesen volver a establecer un contacto precoz con sus hijos, ayudando en su cuidado dentro de lo posible. Por la misma época Kennel y Klaus⁶ demostraron que la entrada de los padres en la UCIN, no modificaba la frecuencia de infecciones con respecto a los periodos anteriores, dando por cerrado el conflicto de intereses antaño creado. Estos datos fueron suficientes para que la mayoría de los centros dejaran de considerar que el contacto de los padres y el RN tuviese una repercusión negativa y pasaran, por tanto, a cuestionarse la política tradicional de separación.

La batalla para que los padres entraran y participaran abiertamente en el cuidado de su hijo en las UCIN, se libró entre los años 70 y los 80. Países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Alemania, Bélgica, Holanda, Gran Bretaña, Luxemburgo y Francia, mantienen actualmente una política de puertas abiertas en la mayor parte de las UCIN, como parte básica de los cuidados de excelencia que se quiere proporcionar al RNP. En España, solo el 10% de las UCIN mantienen una política similar y casi la mitad de las Unidades obstaculizan el contacto físico entre padres e hijos.⁷

Rooming-in. Volviendo al origen.-

Es propio de la naturaleza humana esperar que al nacimiento de un RN, sea la madre quien se haga cargo de los cuidados básicos que le son indispensables para su supervivencia, tales como brindarle calor, alimento y protección; sin embargo, cuando el RN nace prematuro y es más débil y vulnerable fisiológica y emocionalmente que nunca, es separado de su madre para ser cuidado de forma impersonal, sin ningún tipo de vinculación afectiva –en aras de la profesionalidad-, y cubrir en su totalidad estas necesidades elementales dictadas por el instinto.

Un descubrimiento fundamental y sorprendente ha sido constatar que, lo determinante para el restablecimiento del paradigma,⁸ -la estrecha vinculación entre la madre y su cría-, es el comportamiento mismo de la cría recién nacida; es su actividad la que induce una respuesta cuidadora por parte de la madre;⁹ para ello es vital el mantenimiento del contacto tras el alumbramiento.

Hace aproximadamente treinta años que comenzaron a resquebrajarse los muros de las UCIN, que, como verdaderas fortalezas, llegaron a convertirse en bastiones inexpugnables para la familia del RN; como feliz consecuencia, madres, padres y hermanos son ahora bienvenidos para que observen, toquen, sostengan y alimenten a los RNP. Es el momento de empezar a considerar seriamente la adopción del siguiente paso: la permanencia de las madres con sus hijos las 24 horas del día con máximo contacto piel a piel, proveyéndoles la leche materna y gran parte de los cuidados elementales propios de un bebé, bajo el amparo y el cobijo de la supervisión médica.¹⁰

Desde la instauración del rooming-in como modelo de tratamiento que permite el restablecimiento natural del contacto entre madre e hijo, se han sucedido una serie de estudios e investigaciones para corroborar la fiabilidad de la aplicación de éste método de atención y cuidado.

Costello y cols pusieron de manifiesto en un estudio sobre la experiencia de un grupo de madres que compartió espacio con su bebe y asumió su cuidado bajo el amparo permanente del personal sanitario, que no solamente éstas llegaron a poder cuidar con responsabilidad de sus hijos, sino que además, aprendieron nuevas actividades que más tarde les fueron de gran utilidad en el manejo y atención del niño en casa.¹¹

Norr y col. en un estudio sobre el establecimiento del vínculo madre-hijo en un grupo de mujeres primíparas indigentes, encontraron que el alojamiento conjunto es importante para proporcionar un estrecho contacto con el RN durante el post-parto temprano, especialmente en madres adolescentes, consideradas como una población de alto riesgo, dada su condición.¹²

De Carvalho y cols. demostraron en un estudio que la mayoría de los RNP con un peso superior a los 1750 gr. al nacer, se encuentran en condiciones clínicas estables que les permiten permanecer cerca de su madre en todo momento, destacando las ventajas del rooming-in tanto desde el punto de vista clínico como financiero.¹³

Amamantar, sustentar, sostener: una función maternal irremplazable.-

La lactancia satisface de manera óptima todas las necesidades fundamentales del RN al nacer. Después del alumbramiento, la criatura busca activamente tener la mayor superficie posible de su cuerpo en contacto con la piel de su madre,¹⁴ lo que le facilita una fluida transmisión de informaciones afectivas hacia ella, a través de diversos estímulos táctiles; este intercambio determina, en gran medida, el desarrollo de los esquemas cerebrales del RN. (Bergman)

Adám en sus estudios, comparó dos grupos de díadas madre-hijo durante su estancia hospitalaria en una UCIN; un grupo permaneció separado, en tanto el otro compartió el rooming-in. Comprobó que en el grupo que había podido disfrutar del alojamiento conjunto la prevalencia de la lactancia materna al alta fue mayor.¹⁵ Así mismo, investigadores como Crenshaw, Yamauchi y Gerstner et al, demostraron que el incremento de la lactancia materna fue significativamente mayor para los primeros grupos de investigación y de un 68% a un 86.6% para el segundo grupo, en un sistema de alojamiento conjunto en madres que pudieron permanecer junto a sus bebés después del parto, frente a las madres que fueron separadas de sus hijos.^{16 17 18}

Buranasin¹⁹ planteó un estudio analizando el efecto de la gestión del alojamiento conjunto con respecto al éxito en la lactancia materna, en un hospital regional de Tailandia, sobre la base de 2.000 niños nacidos entre 1987 y 1990. Llegó a la conclusión que la práctica de los obstetras es una clave importante para el éxito de la lactancia materna, tanto como la promoción y gestión del alojamiento conjunto, lo cual repercutió directamente en la disminución del índice de abandono de los RN en los hospitales.

Mandl²⁰ determinó que los niños privados del primer contacto con su madre fueron más susceptibles de enfermar. Sus investigaciones sugieren que un cambio en la política hospitalaria que permita el establecimiento del rooming-in parece estar relacionada con una mayor prevalencia y duración de la lactancia materna al alta, ya que el alojamiento conjunto le permite al RN permanecer las 24 horas del día al alcance de la mano de su madre, facilita su proximidad y reduce al mínimo la irritabilidad del mismo. Reconoce que ésta práctica no es aun aceptable para muchos de los países industrializados, siendo, paradójicamente, la norma en la mayor parte de los países subdesarrollados.

El internamiento, una situación límite.-

La exposición a situaciones límite que superan la capacidad de respuesta del ser humano, por inesperadas o abrumadoras, suelen devenir en la aparición de síntomas de estrés, debido a la incapacidad del individuo para hacer frente a la masividad del estímulo percibido.

El nacimiento de un bebé de forma prematura es algo para lo que la mayoría de los padres no está preparado; todas sus expectativas, ilusiones y fantasías alrededor del RN, cambian de forma abrupta e intempestiva al verse comprometida la vida del mismo: ya no es el bebé de sus sueños, es un RN de alto riesgo que requiere internamiento en una Unidad especializada, bajo un soporte clínico abrumador. Respiradores, vías intravenosas, pulxiosímetros y monitores, son lo más alejado de la fantasía que tiene

una madre en el momento de dar a luz. De su vientre, el RN no hace la ansiada transición a sus brazos; de su vientre, hace la transición a un medio totalmente inesperado y desconocido.

Los estudios llevados a cabo por León Martín ²¹ y sus colaboradores lo ratifican; el nacimiento de un niño menor de 1.500 gramos causa un profundo trastorno en la familia. La visión de un niño distinto del imaginado unido a una saturación de información sobre su salud, durante las primeras semanas de su existencia, unido a un pronóstico incierto, dificultan profundamente el establecimiento de una relación. Los principales factores generadores de estrés son la apariencia frágil y débil de su hijo, no poder alimentarle, separarse de él y tener que dejarle solo, rodeado de las máquinas de Cuidados Intensivos. El grado de estrés al que están sometidas las madres es algo mayor que el de los padres.

Las investigaciones llevadas a cabo por Erlandsson y cols ²² describieron las experiencias de madres de RNP y RN enfermos ingresados en una UCIN, llegando a la conclusión de que todas ellas querían estar cerca de sus hijos, independientemente de las circunstancias que les rodearan. La separación era percibida como intensamente negativa.

Smith y cols ²³ identificaron los efectos de proporcionar un espacio para los padres en las UCIN, midiendo los niveles de estrés en aquellos que permanecieron junto a sus RN, en contraposición con los que permanecieron separados de éstos. Los niveles de estrés fueron significativamente menores en los padres que podían permanecer juntos a sus hijos.

Fegran y cols. ²⁴ llevaron a cabo una serie de entrevistas a padres de RNP, quienes manifestaron sentimientos de ineficacia ante el nacimiento de su hijo, caracterizando su ingreso en la UCIN como algo surrealista y extraño. Sin embargo, esto sentimientos cambiaron radicalmente cuando los padres tuvieron la posibilidad de mantener un contacto piel a piel de forma precoz con el bebe.

Tras el vínculo primario, en busca de protección.-

Para John Bowlby, ²⁵ el apego promueve una conducta específica mediante la cual un individuo busca y mantiene la proximidad de otro, percibido como más fuerte. Este vínculo requiere necesariamente para su consolidación de una madre sensible, capaz de modificar su comportamiento de acuerdo con las necesidades del bebé.

La función de la conducta de apego es la de protección, especialmente ante los depredadores. Las miradas, el tacto, el sostén y la proximidad física, fomentan la implantación de este vínculo, que, instaurado adecuadamente, establecerá y mantendrá un sentido de seguridad en el niño a lo largo de su vida.

Para Pinto, ²⁶ el apego y la lactancia natural han ido cobrando una gran relevancia en las últimas dos décadas a nivel mundial, debido a que se ha demostrado que *un buen apego* favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, relacionándose igualmente con una mayor duración y mejora en la calidad de la lactancia materna, lo cual a largo plazo, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una óptima salud para el niño.

El ser humano es capaz de retener en la memoria hechos apenas inteligibles y fragmentados. Así, las experiencias vividas durante la hospitalización, pueden marcar la personalidad de un RN y causarle serios perjuicios a largo plazo, no solo por la experiencia traumática en sí, sino también por la forma en que fue enfrentada por las personas involucradas. Peres Pinto y col.,²⁷ consideraron que la participación de la madre en procedimientos invasivos era crucial para dar sentido a las experiencias vividas por el bebe, ya que la madre puede hacer gala del vínculo afectivo desarrollado entre ambos para hacerle familiar y permeable los momentos difíciles. Cuando estas experiencias son conducidas adecuadamente, permiten al niño continuar explorando el mundo con confianza y seguridad.

Las infecciones nosocomiales.-

Según criterios de la Organización Mundial de la Salud, un neonato presenta una infección nosocomial cuando ésta se manifiesta tras las primeras 48-72 h después del alumbramiento, de una madre no infectada al ingreso.

Mordvinova y cols²⁸ han estudiado las ventajas de mantener a las madres en hospitalización conjunta durante el período postnatal, poniendo de manifiesto los beneficios por la rápida colonización de los RN de la microflora materna, que impidió la posterior colonización de cepas microbianas oportunistas. Concluyeron que los centros sanitarios en los que las madres se mantuvieron junto a sus hijos, tenían menos intensidad de circulación de la microflora hospitalaria, y la tasa de morbilidad y enfermedades entre los RN sépticos era dos veces más baja.

Mustajab y col²⁹ estudiaron dos grupos de RN y sus madres, valorando la eficacia del rooming-in en diferentes aspectos, entre ellos la prevalencia de infecciones. 164 RN fueron puestos en el programa de alojamiento conjunto y 485 RN fueron atendidos de forma ordinaria. A las madres del alojamiento conjunto se les dio el entrenamiento necesario para atender las necesidades básicas del RN en el cuidado del ombligo, baño y cambio de pañales. La alimentación en el grupo de hospitalización conjunta fue a demanda. Los resultados arrojaron una pérdida fisiológica de peso corporal menor entre los niños en el programa de alojamiento conjunto, en comparación con los que fueron alojados de forma ordinaria. Así mismo, la diarrea y otras infecciones se presentaron con menor frecuencia en la hospitalización conjunta y la tasa de mortalidad infantil fue también inferior.

ANEXO 1

Resultados de un grupo focal y entrevistas semi-estructuradas de madres y padres de recién nacidos ingresados en una UCIN.

Introducción.-

Abraham Korman ³⁰ define el grupo focal como una reunión de individuos seleccionados por el investigador para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática social que es objeto de estudio. Se fundamenta en una representación colectiva a nivel micro, de una realidad macrosocial.

Material y métodos.-

Diseño:

Estudio piloto cualitativo, con 1 grupo focal y 3 entrevistas semiestructuradas en madres y padres de RNP ingresados en la UCIN, con una valoración prospectiva de los resultados.

Sujetos de estudio:

Madres de RNP entre 30 y 40 semanas de edad gestacional, con un peso inferior a 2500gr, hospitalizados por un mínimo de 5 días en la UCIN del Hospital Costa del Sol y miembros del entorno familiar con dominio de la lengua castellana.

Criterios de exclusión:

- Las madres de los RNP con complicaciones post-parto tales como la eclampsia, hemorragia, etc.
- RNP con patologías graves como cardiopatías congénitas, malformaciones congénitas, enterocolitis necrosante, etc.
- Presencia de barrera idiomática en los padres de los RNP.
- Negación expresa por parte de los padres de la participación en el estudio.

Objetivo General:

Valorar la presencia de síntomas de estrés en los padres/familiares de los RNP ingresados, su percepción de la atención sanitaria y del factor humano, en un modelo de hospitalización separada, junto con las expectativas suscitadas frente al establecimiento de la hospitalización conjunta o rooming-in.

Objetivos específicos:

- Recopilar la percepción de la experiencia de los padres ante la notificación del ingreso hospitalario del RNP.
- Determinar los sentimientos y sensaciones de los padres tras la hospitalización del RN.
- Valorar la correlación entre la presencia de síntomas de estrés y la separación madre-hijo.
- Valoración de la percepción del rooming-in.
- Determinar las expectativas de los padres sobre la atención sanitaria en hospitalización conjunta.

Criterios diagnósticos:

Para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Agudo se tomaron en consideración los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM IV).³¹

Instrumentación:

Se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Elaborar la plantilla de reclutamiento de los participantes. Recopilar información de la población objeto de estudio, para cumplimentar los criterios de inclusión.
- Elaborar la guía del grupo focal.
- Invitar y comprometer a los participantes.
- Organizar los materiales didácticos y operativos a utilizar en el taller.
- Solicitar la conformidad para la grabación del desarrollo de los grupos.
- Ejecutar los grupos focales.
- Procesar, transcribir y categorizar la información.
- Analizar la información.
- Redactar el informe de resultados.

Lugar:

El lugar seleccionado fue tranquilo, acogedor y dotado de una buena acústica. Los participantes se dispusieron en “U” alrededor del moderador. Los datos se registraron en grabación digital a fin de reproducir con fidelidad el contenido de la dinámica grupal.

Análisis.-

El análisis de la información cualitativa se realizó capturando, transcribiendo y ordenando las aportaciones de los participantes; se codificó en cinco ejes temáticos, asignando unidades de significado a los datos obtenidos. Finalmente, se integró la información, relacionando las categorías obtenidas entre sí.

Resultados.-***1. Notificación del Ingreso Hospitalario:******Descripción de la experiencia:***

El término shock emocional fue el más utilizado para describir las sensaciones experimentadas, ante la noticia de la hospitalización del RN. En los casos en los que la información fue escasa o imprecisa, se produjeron aumentos de los niveles de estrés y ansiedad.

La reexperimentación del acontecimiento traumático fue persistente (imágenes, pensamientos, sueños, episodios de flashback), al exponerse a objetos o situaciones que recordaran el suceso, durante la separación del RNP, tanto dentro del hospital como en casa.

Sentimientos y sensaciones tras la hospitalización del RNP:

Las imágenes e ilusiones creadas por los padres durante los meses de gestación, sobre su RN, chocan e interfieren con la situación actual de incertidumbre tras el parto y la hospitalización, provocando en las madres sentimientos enfrentados de ira, rabia, sufrimiento y desesperanza, entre otras. (Tabla 1)

2. *Separación madre RN:*

La separación fue descrita como estresante debido a la imposibilidad de permanecer junto al RN de forma constante, forzando desplazamientos continuos. Esta circunstancia creó en las madres ansiedad, debido a las expectativas ideales fraguadas ante la idea de permanecer unida a su bebe tras el parto.

Se detectaron sentimientos de temor, miedo intenso y elevadas cotas de ansiedad en las madres, ante la expectativa de ser dadas de alta, a expensas del internamiento del RN, tanto como en aquellas que ya no permanecían hospitalizadas; unas y otras anularon defensivamente el pensamiento e instauraron conductas de evitación para eludir la realidad, frete a los objetos personales del bebe.

3. *Síntomas de estrés presentes en las madres.*

La práctica totalidad de las madres describieron su experiencia durante el parto y la hospitalización como algo traumático y emocionalmente doloroso, al ver comprometida su integridad física y la del RN. Sus sentimientos fluctuaron entre el temor, la desesperanza, el miedo y el sufrimiento.

4. *Generalidades.*

Se reconocieron síntomas disociativos en más de la mitad de las madres que participaron en el grupo, del tipo de reducción del conocimiento de su entorno, despersonalización por alteración de la percepción y amnesia disociativa, con incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. (Tabla 2)

La mayoría de los participantes mostraron síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal), como dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración y respuestas de sobresalto, acompañado en algunos casos con un deterioro en las actividades cotidianas; la preocupación, desesperanza, temor e incertidumbre afectaron su concentración.

5. *Habitación compartida y atención sanitaria.*

La percepción general hacia la hospitalización conjunta es favorable, supeditada a la permanencia de un riguroso control de la atención y calidad asistencial del RNP, siempre que se sean informados acerca del estado de salud del bebe y se tome en consideración su opinión. Esperan que la confidencialidad y el anonimato del RN y la suya sean preservadas en este modelo, de forma más rigurosa. (Tabla 3)

Conclusiones.-

El internamiento del RNP en UCIN genera síntomas de estrés como consecuencia de la separación madre-hijo; las ideas y los pensamientos al respecto aumentan los niveles de estrés y ansiedad en las madres. La percepción general hacia la futura hospitalización conjunta es favorable; se fundamenta en la confianza de la profesionalidad de las enfermeras y en la posibilidad de un contacto fluido y permanente. El rooming-in es visto como factor coadyuvante para la disminución de los síntomas de estrés.

ANEXO 2
TABLAS.-

Tabla 1. Descripción de la experiencia.

“Al principio es un shock y el primer día es muy fuerte.”
“Aparte del dolor físico que tenía una rotura, era también que yo pensaba que mi niña estaba muerta porque yo preguntaba por ella y no me decían nada. Y entonces, eran todos malas caras, malas caras, porque la niña estaba grave. Ellos me mentían porque no me podían decir nada, yo pensaba que estaba muerta...”
<i>Sentimientos/sensaciones.</i>
“Entonces pues sufres mucho, porque el primer día, con la vía cogida, ya no es el niño que estaba en la cuna, sufres mucho”
“Tú te imaginas que vas a venir, y va a nacer, va a mamar a la primera, y va a salir”

Tabla 2. Síntomas disociativos.

“Pero dices, esto no puede estar pasándome a mi, como si estuviera pasando a otra persona, como si sufres como otra persona y dices esto a mi no, jamás me puede pasar.”
“Vino la pediatra pero a las tres de la mañana para decirme que está bien pero que no me preocupe. Eso me lo dijo la compañera que tenía en la habitación, porque yo. muy bien la verdad que no me acuerdo”

Tabla 3. Expectativas sobre la atención sanitaria en habitación compartida.

“Sería un ambiente abierto, yo creo que si, ya que ellos podrían entrar ahí (profesionales sanitarios), cuando quisieran, aunque nosotros estemos ahí en nuestra cama.”
“Pero eso sí, si tiene los monitores y cada vez que está pitando viene alguien, si”
“Yo creo que en esos casos, en esos momentos estaría bastante bien la ayuda de un psicólogo, para que aguante ese tiempo que está sin el bebé, porque, apoyándole, habándole, yo que se”.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.-

¹ **REYES-ALVARADO S, ROMERO SANCHEZ J, RIVAS-RUIZ F, PEREA-MILLA E, MEDINA LOPEZ R, LEON RUIZ AM, ALVAREZ ALDEAN, J.** “*Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros*”. An Pediatr (Barc). 2008; 69(2):134-40

² **PALLAS, CR.** “*Percepción de los padres. Relación con las normas de entrada a la Unidad Neonatal*”. Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre de Madrid. IV Congreso FEDALMA, Escuela Universitaria de Estudios Superiores de la Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 21, 22 de sept. 2007.

³ **BERGMAN N.** “*El método canguro de tener un bebe*”. Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia. París, marzo 2005

⁴ **UNGERER RL, MIRANDA AT.** “*Rooming-in history*”. J Pediatr (Río J) 1999 Jan-Feb; 75(1):5-10. Portuguese.

⁵ **BARNETT C, LEIDERMAN P, GROBSTEIN R, KLAUS M.** “*Neonatal separation: the maternal side of interactual deprivation.*” Pediatrics 1970;45:197-205

⁶ **KENNEL JH, KLAUS MH.** “*Caring for parents of a premature sick infant: In Maternal Infant Bonding: the impact of early separation or loss on family development.*” Klaus MH & Kennell JH Eds. CV. Mosby Co., Saint Louis, pp 99-166

⁷ **PERAPOCH J, PALLAS CR, LINDE MA, MORAL MT, BENITO F, CASERIO S, DE LA CRUZ J.** “*Cuidados Centrados en el desarrollo. Situación de las Unidades de neonatología en España*”. An Pediatr 2006; 64:132-139

⁸ **BERGMAN NJ, LINLEY LL.** “*Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns.*” Acta Paediatr 2004 Jun; 93(6):779-85

⁹ **ROSENBLATT JS.** “*Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans*”. Acta Paediatrica. Suppl 1994 Jun; 397: 3-8.

-
- ¹⁰ **KENNEL JH.** “*The Humane Neonatal Care Initiative*” *Acta Pædiatr* 1999; 88: 367-370.
- ¹¹ **COSTELLO A, CHAPMAN J.** “*Mothers' perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants.*” *Neonatal Netw.* 1998 Oct; 17(7):37-42.
- ¹² **NORR KF, ROBERTS JE, FREESE U.** “*Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas*”. *J Nurse Midwifery.* 1989 Mar-Apr; 34(2):85-91
- ¹³ **DE CARVALHO GUERRA ABECASIS F, GOMES A.** “*Rooming-in for preterm infants: how far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital*”. *Acta Paediatr.* 2006 Dec; 95(12):1567-70.
- ¹⁴ **WIDSTROM AM, et al** “*Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. Early human development*”. 1990 21:152-163
- ¹⁵ **ADÁM B.** “*Rooming-in care of low birth weight infants.*” *Orv Hetil.* 1990 My 20; 131(20):1063-5. Hungarian.
- ¹⁶ **GESTNER G, KUCERA H, KUBISTA E.** “*Breast feeding habits before and after the introduction of a partial rooming-in system.*” *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1983 Mar; 43(3): 156-9 German.
- ¹⁷ **CRENSHAW J.** “*Care practice n° 6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding.*” *J Perinat Edu.* 2007 Summer; 16(3):39-43.
- ¹⁸ **YAMAUCHI Y, YAMANOUCHI I.** “*The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables.*” *Acta Paediatr Scand.* 1990 Nov; 79(11):1017-22.
- ¹⁹ **BURANASIN B.** “*The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children*”. *Asia Pac J Public Health.* 1991; 5 (3):217-20.

²⁰ **MANDL PE.** “*Some examples of the many models of rooming-in. Assignment Child*”. 1981 Feb; (55-56):107-14.

²¹ **LEÓN MARTÍN B. POUDEREUX MOZAS M. GIMÉNEZ RODRÍGUEZ C. BELAÚSTEGUI CUETO A.** “*Psychological Intervention System In Neonatal Intensive Care Unit: Psychological Intervention In Preterm Neonate’s Parents*”. Mapfre medicina, ISSN 1130-5665, Vol. 16, nº2, 2005, pags 130-139

²² **ERLANDSSON K, FAGERBERG I.** “*Mothers’ live experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby*”. Midwifery. 2005 Jun; 21(2):131-8. Epub 2005 Mar 28

²³ **SMITH AB, HEFLEY GC, ANAND KJ.** “*Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress*”. Pediatr Nurs. 2007 May-Jun; 33(3):215-21

²⁴ **FEGRAN L, HELSETH S, FAGERMOEN MS.** “*A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit*”. J Clin Nurs. 2008 Mar; 17(6):810-6.

²⁵ **BOWLBY J.** “*The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory*”. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. Br J Psychiatry. 1977 Mar;130:201-10

²⁶ **PINTO F.** “*Apego y lactancia natural*”. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 96-102

²⁷ **PERES PINTO J, BARBOSA VL.** “*Vínculo materno infantil y la participación de la madre durante la realización de la punción venosa: la óptica del psicoanálisis.*” Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1)

²⁸ **MORDVINOVA NB, SHUTOVA AP, BUDAGOVSKAIA SN, KURNOSOVA NA, KASHKOVSKAIA NV.** “*Epidemiologic characteristics of suppurative-septic diseases in newborn infants at obstetrical hospitals keeping mother and child together and separated*”. Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 1988 Dec;(12):67-70. Rusia.

²⁹ **MUSTAJAB I, MUNIR M.** “*A rooming-in program for mothers and newborns at Gunung Wenang General Hospital Manado*”. Paediatr Indones. 1986 Sep- Oct; 26(9-10):177-84.

³⁰ **KORMAN A.** “*Psicología de la industria y organizaciones*” Madrid. Ediciones Marova 1.

³¹ **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o edition. American Psychiatric Press, 2000.