

EVALUACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

EVALUATION OF STIMULATION IN AN INTENSIVE PEDIATRIC CARE UNIT

ARIEL VITE, J. BECERRIL, I. SANTAMARÍA Y R. PARRA¹
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue evaluar el grado de estimulación que madres y enfermeras proporcionan a niños internados en un hospital en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se seleccionó una muestra de 10 infantes, cuya edad osciló entre una y cuatro semanas de vida. Sus madres y las enfermeras de dicha unidad también participaron en el estudio. Se registró la conducta de las madres y las enfermeras en relación con los niños durante nueve sesiones de 15 minutos, con registros de intervalos de cinco segundos. Los resultados obtenidos mostraron que la estrategia metodológica empleada permitió determinar la existencia de una carencia de estimulación de los niños, tanto por parte de las madres, como por parte de las enfermeras.

Palabras clave: interacción social, unidad de cuidados intensivos, infantes

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate patterns of interaction between each of 10 infants, aged 0 to 1 month postpartum, their mothers, and their nurses in an intensive pediatric care unit of the Mexican National Institute of Pediatrics. Mother-child and nurse-child interactions were recorded on video tape for a total of 270 minutes for each of the two dyads. Behaviors were recorded in 5-s intervals. The results suggest the existence of a deficiency of stimulation of the infants by both mothers and nurses.

Key words: social interaction, intensive unit care, infants

¹ Solicitar reimpresos al primer autor: Ariel Vite, Facultad de Psicología, UNAM, Ave. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, México, D. F., 04510.

Cada año un gran número de infantes son admitidos en instituciones hospitalarias, debido a que requieren de cuidados especiales para superar distintas enfermedades. De acuerdo a los grupos de edad, el mayor riesgo de fallecimiento para los niños menores de un año se presenta en la primera semana de vida, de ahí en adelante, la mortalidad sigue una curva descendente conforme avanza la edad, el crecimiento y el desarrollo (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1994).

Entre las causas de mortalidad, las afecciones perinatales (28 semanas o más de gestación) ocupan el primer lugar de muerte neonatal, mientras que en la etapa postnatal, las afecciones intestinales, las respiratorias, la meningitis y las anomalías congénitas, son las principales causas de mortalidad. Además, después del primer mes de vida, existe un incremento en las deficiencias en la nutrición. Por otra parte, según las estadísticas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1994), en los últimos doce años la mortalidad postnatal ha disminuido de manera considerable, siendo las deficiencias en la nutrición y los accidentes las principales causas de mortalidad infantil (SSA, 1994).

Los niños desnutridos, que sufren un accidente o que requieren de cuidados intensivos por cualquier enfermedad, son atendidos en un hospital, donde se les proporcionan servicios médicos especializados (Haces, 1987). En general, para el enfermo, estar internado en un hospital representa un acontecimiento importante y en ocasiones traumatizante. A diferencia de los pacientes adultos, los niños no comprenden que se les está brindando un recurso para defenderse contra la enfermedad. El internamiento hospitalario implica un cambio radical en la vida de la familia y primordialmente en la vida del niño, ya que será separado de su ambiente natural para ser expuesto a procedimientos médicos, generalmente dolorosos y para ser confinado a una sala en donde lo atenderán personas adultas totalmente desconocidas, que además tendrán a su cargo a varios pacientes (Desguin, Holt, & MaCarthy, 1994; Hace, 1987; Moreno, 1990; Perrin & MacLean, 1988).

La exposición a este ambiente traumático y no familiar implica un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de comportamiento (incremento de conductas inadecuadas para su edad y decremento de las adecuadas) y de adaptación social, haciendo más difícil el cuidado médico y la reincorporación al hogar (Cataldo, Bessman, Parker, Reid, & Rogers, 1979; Lindheim, Glasser, & Coffin, 1972; Perrin & MacLean, 1988).

Existen diversos cuadros clínicos en relación con la hospitalización infantil. Leonard, Solnit, Mason, y Long (1976, citados en González, 1997) mencionan que la separación del niño de su madre, se manifiesta con llanto, con retardos en el desarrollo, con apatía, con balanceo del cuerpo y con movimientos estereotipados de afirmación y negación con la cabeza. Asimismo, en los hospitales, el niño se encuentra expuesto a una gran variedad de

procedimientos que pueden causar dolor o angustia, tales como: incubaciones, canalizaciones, tomas de muestras de sangre, inyecciones intramusculares, venodisecciones, pulsiones lumbares y pinchazos en el talón, entre otros; que pueden causarle alteraciones fisiológicas y daños en su desarrollo (Baker & Ritter, 1995).

En la actualidad el "síndrome de hospitalización" ha sido perfectamente identificado, ya que aún cuando el niño se encuentre bien alimentado y que sus necesidades biológicas estén bien atendidas, su crecimiento y su desarrollo se retardan o presentan múltiples deficiencias, propiciando también un retardo en su desarrollo intelectual, así como la presentación de conductas emocionales inapropiadas (Moreno, 1990). En una serie de estudios con niños de diferentes edades (Abbott, Hansen, & Lewis, 1970; Lindheim et al., 1972; Rutter, 1990; Petrillo, 1975) se reportó la instrumentación de estrategias de intervención para prevenir los efectos traumáticos del ambiente hospitalario. Entre estas estrategias se incluye la modificación del ambiente, la preparación del niño para la hospitalización y para las cirugías, la normalización del ambiente a través de interacciones sociales y la provisión de materiales de juego. En otras intervenciones se ha proporcionado apoyo psicológico y se ha integrado la participación de los padres en el cuidado del niño durante el transcurso de la hospitalización. Gorski (1991) señaló que las intervenciones con niños hospitalizados han buscado resolver tres diferentes problemas: a) la pobre estimulación hacia los menores internados, b) el continuo bombardeo de sobrestimulación, y c) la contingencia de patrones de estimulación relacionados con la maduración de los niños. Los resultados de las estrategias mencionadas, mostraron discrepancias en cuanto a la eficiencia de las mismas. Un posible factor para esta diferencia de resultados puede ser que las estrategias se han empleado con grupos de niños de diferente edad, lo cual puede afectar en cuanto al tipo y a la calidad de las respuestas de los niños, dependiendo de su nivel neuromadurativo.

A pesar de que diferentes autores han reconocido los problemas psicosociales que acarrea el permanecer en un ambiente hospitalario y que se han sugerido propuestas para tratar de solucionar dichos problemas, los estudios realizados carecen de una metodología rigurosa, que proporcione datos objetivos. Asimismo, en la mayoría de los casos, se han utilizado muestras pequeñas, ha existido una insuficiencia de datos sociodemográficos para poder comparar a los diferentes niños antes de la intervención, no ha habido una descripción adecuada de las rutinas de cuidado, de los protocolos utilizados y de la intervenciones multimodales empleadas. Esto ha resultado en la imposibilidad de generalizar los resultados (Gorski, 1991; Cataldo et al., 1979). En consecuencia, resulta necesaria la búsqueda o el desarrollo de estrategias de evaluación que permitan conocer y analizar el tipo de

estimulación que las personas cercanas a los niños les proporcionan durante su estancia en el hospital.

La perspectiva de la interacción social representa una estrategia metodológica apropiada para entender las interacciones sociales en el ambiente natural. Esta perspectiva considera la relación bidireccional entre los agentes sociales y permite el análisis de los patrones de conducta. Santoyo y López (1990, p 59) propusieron una estrategia para analizar las interacciones sociales y definieron esta estrategia como “una clase especial de organizar la conducta, en donde la respuesta de un individuo contribuye a la dirección y control de las acciones de otro u otros, y viceversa; en un contexto social, que se define como aquél que tiene ciertos límites especiales: el tiempo y el momento en que ocurre la actividad, el conjunto de participantes, una persona que generalmente desempeña actividades directivas y un objetivo que caracteriza y norma las actividades de los integrantes del escenario.”

La estrategia de interacción social, propuesta por Santoyo y López, permite, a través de la observación, segmentar los episodios de interacción para identificar los factores responsables de cómo se estructuran y organizan las conductas en una interacción y así conocer la probabilidad de que ocurra una secuencia de conductas particulares. Mediante esta estrategia, es factible inferir la dirección de la interacción y, por lo tanto, identificar e inferir los antecedentes y consecuentes de dicha interacción en el tiempo. También permite identificar los mecanismos por medio de los cuales surgen los patrones de conducta social, así como el por qué se mantienen y se eliminan (Lytton, 1980).

En el ambiente hospitalario, la interacción entre el niño y las personas próximas a él (i.e., su madre, los médicos, las enfermeras) es influenciada tanto por las propias características del niño, como por las características y conductas de los otros con quienes interactúa. En consecuencia es necesario el empleo de una metodología que dé cuenta del proceso de interacción. Por consiguiente, se consideró pertinente instrumentar la metodología de la interacción social para efectuar un análisis de las conductas del niño con la madre y con la enfermera, con el fin de identificar, a través de sus intercambios sociales, el tipo de estimulación que se da en este tipo de escenario.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo conformada por 10 diadas (madre-niño), de un nivel socioeconómico bajo que recibían atención hospitalaria en la Unidad de

Cuidados Intensivos Neonatales de Infectología (UCIN), perteneciente a un hospital público de la Ciudad de México y por 10 enfermeras del mismo hospital. El rango de edad de los niños osciló entre la 1a y 6a semana de vida extrauterina. En el estudio participaron hombres y mujeres diagnosticados con sepsis neonatal y mielomenigocele y que no se encontraban bajo el efecto de algún depresor. Las madres de los niños tenían en promedio una edad de 25 años, con un rango que varió entre los 16 y los 40 años. Cuatro de ellas eran primíperas y las seis restantes eran multíperas. Tres de ellas eran madres solteras, 2 vivían en unión libre y las cinco restantes eran casadas. En cuanto a su nivel educativo, 5 tenían la primaria, 2 la secundaria, 2 la preparatoria y una tenía educación universitaria a nivel licenciatura. El rango de edad del personal de enfermería osciló entre los 20 y los 65 años, una de ellas era técnico auxiliar de enfermería y las 9 restantes licenciadas en enfermería y obstetricia.

Materiales

Los materiales empleados fueron los siguientes: cámara de videograbación, cassetes de 8 mm., lápices, cronómetros, tripié, monitor y videocassettera.

Escenario

Las sesiones de observación se realizaron en la UCIN de manera individual a cada diada niño-madre o niño-enfermera, en el área de infectología. Esta área tiene unas dimensiones aproximadas de 18 mts. de largo por 5 mts. de ancho, dividida en tres secciones de 6 mts. de largo cada una. La capacidad total es de 12 cuneros divididos en tres secciones. Las actividades rutinarias que se realizan son las siguientes:

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

b) 8:00 hrs. Cada enfermera toma los signos vitales de los pacientes que les fueron asignados. Generalmente, se asignan de 2 a 3 pacientes por enfermera.

c) 8:30 hrs. Se inician las horas de visita, las enfermeras o las madres llevan a cabo las actividades de alimentación.

d) 9:30 hrs. Las enfermeras o las madres realizan las actividades de autocuidado, tales como limpiar o bañar al niño, cambiarles de pañal, asear la cuna, etc. Al término de éstas, disponían de tiempo para realizar actividades con el niño.

e) 11:00 hrs. Finaliza la visita de las madres e inicia la visita médica

(reporte de la evolución de los pacientes al médico encargado del servicio por parte de los médicos residentes). Por su parte, el personal de enfermería realiza actividades de cuidado médico.

f) 12:30 hrs. Se inicia la segunda visita de las madres, en la que se llevan a cabo nuevamente las actividades de alimentación y cuidado por parte de las madres o enfermeras.

g) 14:30 hrs. Término de la segunda visita de las madres.

h) 15:00 hrs. Cambio de turno del personal de enfermería y asignación de pacientes.

i) 16:00 hrs. Inicia la tercera y última visita de las madres. Nuevamente se llevan a cabo actividades de alimentación y cuidado por parte de la madre o la enfermera.

j) 19:00 hrs. Término de la tercera y última visita de las madres.

k) 20:00 hrs. Comienza la guardia del personal médico y de enfermería, la cual culmina al día siguiente a las 7:00 hrs.

Durante los períodos de visita de las madres existen pocas restricciones, como el dar alimentos no establecidos por el médico y el entrar con bultos voluminosos. También se pide a las madres que respeten las horas establecidas de visita. Fuera de estas indicaciones, las madres tenían la libertad de actuar dentro del ambiente.

Procedimiento

Sistema de Registro. Para la codificación de los datos se elaboró una taxonomía conductual pertinente al objetivo del estudio y se empleó un sistema de registro por muestreo discontinuo de 5 s. Se registraron las conductas de las madres, de los niños y de las enfermeras. Durante los primeros 4 s se observó su conducta y durante el último segundo dos observadores independientes registraron la conducta, conforme la taxonomía elaborada. Las sesiones también fueron videograbadas. Otros dos observadores independientes clasificaron las conductas de niños, madres y enfermeras observando la videograbación. Se obtuvo un 40% de confiabilidad entre los observadores, cuando registraron las conductas directamente y cuando las registraron a partir de la videograbación. Los dos registros (directo y de la videograbación) se compararon mediante Coeficientes de Concordancia de Kappa-Cohen (Bakeman & Gottman, 1986). En la Tabla 1 se muestran estos coeficientes.

Inicialmente se llevaron a cabo una serie de registros anecdóticos de las interacciones verbales de cuatro diadas, madre-niño y enfermera-niño, con la finalidad de determinar cuáles eran las conductas más comunes que se presentaban en la muestra seleccionada. A partir de estos registros anecdóticos, se analizaron la narraciones y se estableció un conjunto de

categorías de acciones de un sólo término. Se realizó un agrupamiento de acuerdo con criterios de orden semántico y se asignó un nombre diferente a cada serie de acciones agrupadas en las categorías. La taxonomía final quedó conformada por 9 categorías para las madres y para las enfermeras y por 7 para los infantes (ver Tabla 2).

Tabla 1.- Coeficientes de Concordancia para los registros conductuales hechos por observaciones independientes directamente y de una videograbación de las conductas de niños, madres y enfermeras.

Sujetos	Confiabilidad
Madres	$K = .93$
Niños-Madres	$K = .87$
Enfermeras	$K = .92$
Enfermeras-Niños	$K = .92$

Posteriormente se llevó a cabo la videograbación de las sesiones, por medio de una cámara de video colocada en una esquina del ambiente en donde se encontraban los niños. Se realizaron 9 sesiones de videograbación de dos períodos de 15 min para cada diada (madre-niño y enfermera-niño). Así se obtuvo un total de 2 hrs, 30 min de grabación por diada. Se videograbó siempre en el mismo orden, primero la diada madre-niño y después la diada enfermera-niño. Al final una pareja de observadores registraron de las cintas la ocurrencia de las conductas de interés, anotándose en primer lugar las conductas de la madre o la enfermera y posteriormente las del niño.

RESULTADOS

Los resultados fueron analizados por medio del paquete estadístico SYSTAT, con el propósito de obtener tanto las frecuencias absolutas totales, como los porcentajes de cada conducta. Posteriormente, se calculó la t de Student para determinar si existían diferencias significativas entre las conductas y los grupos (madre-niño y enfermera-niño). Finalmente, utilizando tablas de doble entrada, se calculó la distribución binomial z . Este análisis mostró que las secuencias significativas tuvieron un valor de 1.96. Con base en estos resultados se configuraron árboles de probabilidad.

En la Figura 1, se presentan los árboles de probabilidad, tanto para las diadas madre-niño, como para las diadas enfermera-niño. En la parte izquierda de los árboles se muestra la conducta de las madres o de la enfermeras y del

lado derecho, se muestra el efecto que la conducta de las madres y de las enfermeras tuvo sobre la conducta del niño. Por otra parte, si se observan los árboles de derecha a izquierda, se puede apreciar la relación entre las conductas de las madres o enfermeras, en función de la conducta de los niños.

Tabla 2.- Códigos conductuales registrados para las madres, para las enfermeras y para los niños.

Categorías para Madres y Enfermeras		
Conductas		Definición
Mirar	(Mi)	La madre o enfermera se encuentran con la mirada vaga e indirecta, sin establecer contacto visual hacia el niño
Verbalizar	(Vb)	Dirigir la palabra al niño, dar consuelo verbal
Platicar	(Pl)	Verbalizaciones dirigidas hacia el personal de enfermería u otras madres
Acostar	(Ac)	Dejar al niño en la cuna en posición supina o prona
Estimular	(Es)	Mecer al niño tomándolo en sus brazos, darle palmaditas en el pecho, o en cualquier parte del cuerpo. Cargarlo, levantarlo de su cuna y mantenerlo en brazos
Sonreír	(Son)	Realizar movimientos de la comisura de los labios mostrando los dientes, hacia el niño
Atender	(At)	Establecer contacto visual hacia el niño
Ausente	(Au)	La madre o enfermera se encuentra fuera del ambiente del niño
Otras	(Ot)	Cualquier otra conducta no contemplada en las categorías anteriores

Categorías para los niños		
Conductas		Definición
Alerta	(Al)	El niño se encuentra despierto con la mirada vaga e indirecta
Llorar	(Llo)	Mostrar gestos y sonidos de llanto, pronunciar sonidos que expresen dolor o aflicción
Atender	(At)	Movimientos de la cabeza hacia la madre o enfermera cuando alguna de ellas le dirige alguna verbalización
Dormir	(Do)	Tener los ojos cerrados y no estar ocupado en ninguna actividad
Sobresaltar	(So)	Movimientos repentinos de brazos y piernas o de todo el cuerpo cuando se encuentra dormido
Autoestimular	(Aut)	Movimientos de brazos y piernas o chupeteo de manos
Otras	(Ot)	Cualquier otra conducta no contemplada en las categorías anteriores

Las secuencias que mostraron una mayor probabilidad de ocurrencia en las diadas madre-niño fueron atender-atender, verbalizar-atender y verbalizar-llorar. Es decir, la probabilidad de que las madres atendieran a los niños cuando ellos también las atendían fue de .16, mientras que la probabilidad de que los

niños atendieran a sus madres cuando ellas los estaban atendiendo fue de .52. La probabilidad de que las madres emitieran una verbalización cuando los niños les estaban atendiendo fue igual a .18 y, de .17 para el que los niños atendieran a sus madres cuando ellas verbalizaban. La probabilidad de que las madres verbalizaran cuando los niños se encontraban llorando fue de .18 y de que los niños lloraran cuando las madres verbalizaban fue de .2.

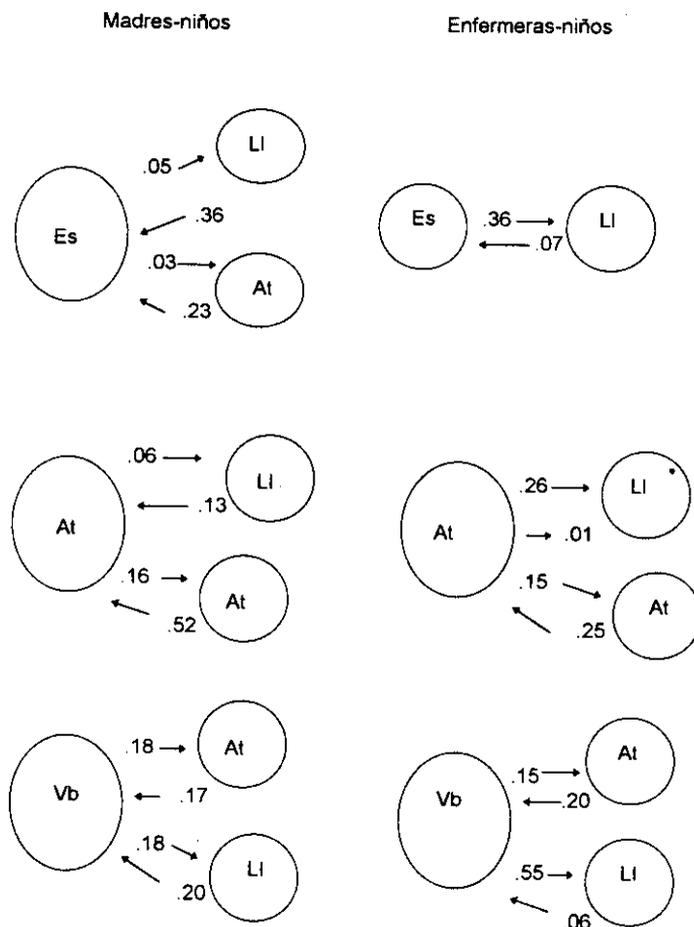


Figura 1. Árboles de probabilidad de las interacciones de las diadas madre-niño y enfermera-niño.

Por lo que respecta a las diadas enfermera-niño, las siguientes secuencias presentaron una alta probabilidad de ocurrencia: estimular-llorar,

atender-atender, verbalizar-atender y verbalizar-llorar. Como muestra la figura, la probabilidad de que la enfermera estimulara al niño cuando él/ella lloraba fue de .36, mientras que la probabilidad de que los niños lloraran cuando las enfermeras los estaban estimulando fue de .07. La probabilidad de que las enfermeras atendieran a los niños cada vez que lloraban, fue igual a .26 y de .01, el que los niños lloraran cuando las enfermeras los estaban atendiendo. La probabilidad de que las enfermeras atendieran a los niños cuando presentaban esta misma conducta de atención, fue de .15 y de .25 para la conducta de atención de los niños hacia las enfermeras. El que las enfermeras verbalizaran ante la atención del niño tuvo una probabilidad de .15 y la conducta de atención de los niños hacia las enfermeras cuando ellas verbalizaban fue de .20. Finalmente, la probabilidad de que las enfermeras verbalizaran cuando los niños lloraban, fue igual a .55 y de .06 en relación con la conducta del niño respecto a las enfermeras.

Con el propósito de determinar si existían diferencias significativas entre las frecuencias de las conductas de las madres y de las enfermeras, se calcularon *t* de Student para los porcentajes promedio de emisión de cada una de las conductas registradas. Se encontró que las madres mostraron a los niños, en mayor grado que las enfermeras, las siguientes conductas: mirar ($F=29.7$, $p=.001$), atender ($F=23.8$, $p=.001$), estimular ($F=5.5$, $p=.03$) y sonreír ($F=6.8$, $p=.005$). En cambio, las enfermeras sólo mostraron en mayor grado que las madres la conducta de estar ausente ($F=.9.9$, $p=.005$). En la Figura 2 se muestra de forma gráfica, el porcentaje promedio de la frecuencia en que madres y enfermeras mostraron cada una de las conductas registradas (ausente, mirar, atender, estimular, platicar, verbalizar, acostar, sonreír y otras).

Por lo que respecta a la conducta de los niños ante sus madres y ante las enfermeras, únicamente se encontró una diferencia confiable. Las madres tendieron a atender a sus hijos, en mayor grado que las enfermeras ($F=5.2$, $p=.005$). En la Figura 3 se muestran gráficamente los porcentajes promedio de cada una de las conductas registradas, que los niños presentaron ante las madres y ante las enfermeras.

En la Figura 4 se presenta el porcentaje promedio del conjunto de las secuencias que favorecieron la interacción madre-niño y enfermera-niño, es decir, atender, estimular, verbalizar y sonreír. También se presenta el porcentaje promedio conjunto de todas las otras respuestas registradas, que no favorecieron la interacción entre las madres y las enfermeras, con los niños. En esta figura se muestra que el 30% de las secuencias que fueron emitidas por las diadas enfermera-niño favorecieron la interacción, mientras que sólo el 26% de las secuencias emitidas por las diadas madre-niño favorecieron la interacción.

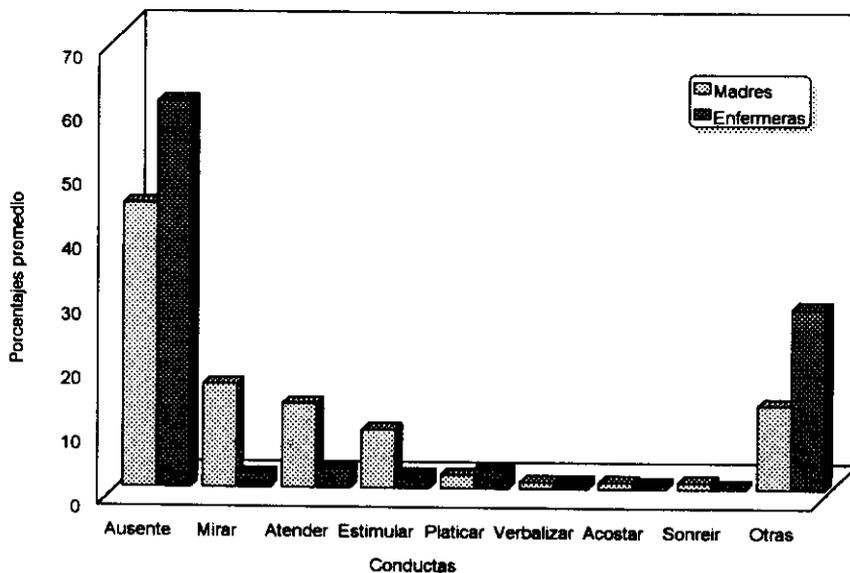


Figura 2. Porcentaje promedio de cada una de las categorías conductuales registradas de madres y de enfermeras.

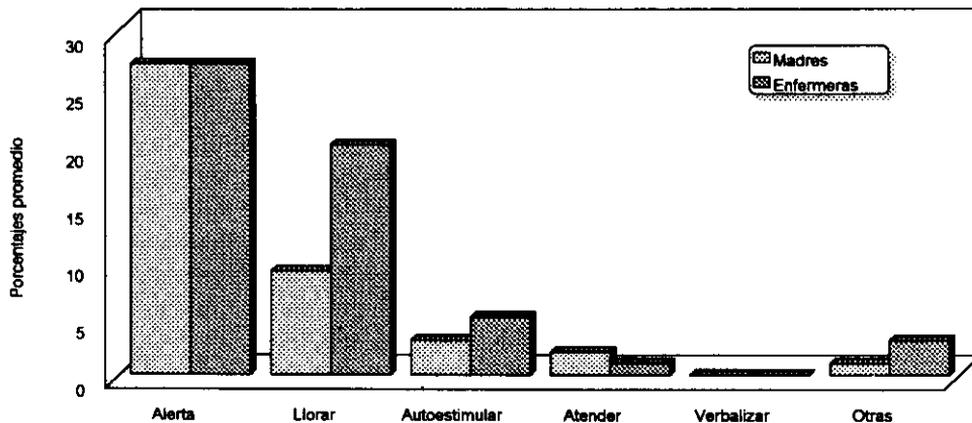


Figura 3. Porcentaje promedio de cada una de las categorías conductuales registradas de los niños ante sus madres o ante las enfermeras.

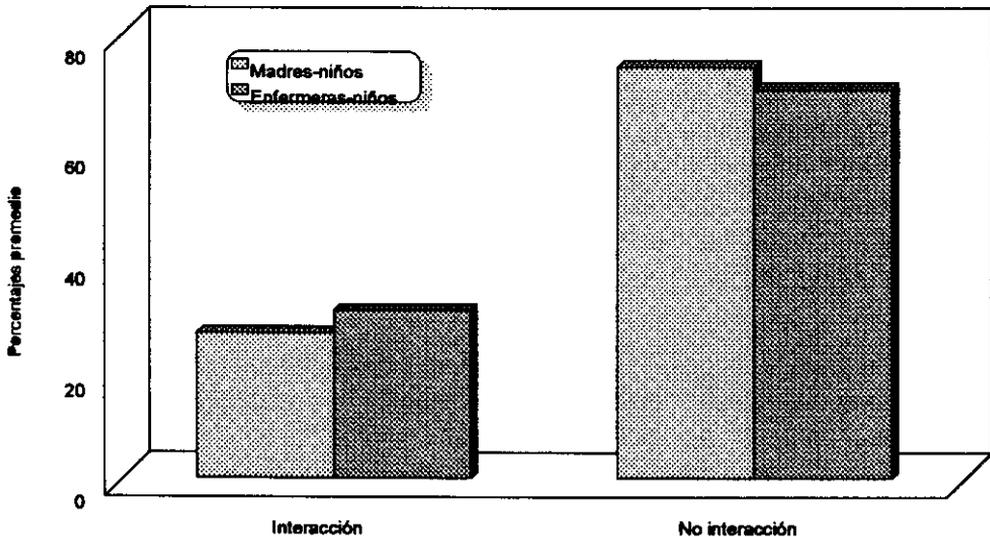


Figura 4. Porcentaje promedio de las secuencias que propiciaron interacciones madre-niño y enfermera-niño.

DISCUSIÓN

Diversos autores (Blackman, 1991; Cataldo et al., 1979; Desguin et al., 1994; Forrest & Guralnick, 199; Kenneth & Casey, 1982; Perrin & McLean, 1988; Rutter, 1990) han destacado el impacto que tiene sobre el niño el estar hospitalizado y especialmente la repercusión en la interacción con la madre. Kenneth y Casey (1982) recalcaron de manera particular, la importancia del período perinatal, debido a que en éste se inicia, por medio de la respuesta materna, la competencia social y el desarrollo cognoscitivo. Desguin et al. (1994) señalaron que, aún cuando se ha reconocido que la permanencia de un niño por largo tiempo en un hospital puede ser problemática, la carencia de estrategias para cuantificar las conductas que generan los retrasos en el desarrollo, no ha permitido establecer vías adecuadas de intervención para su solución (Cataldo et al., 1979). Con el propósito de subsanar esta deficiencia, el presente estudio se diseñó en base a la perspectiva de la interacción social, que permite, mediante la observación, segmentar los diferentes episodios de interacción entre un adulto (la madre o la enfermera) y el niño, para identificar los patrones de interacción preponderantes dentro de una unidad de cuidados intensivos.

Los resultados del presente estudio mostraron que tanto las madres como las enfermeras, pasaron la mayor parte de su tiempo (75% y 93% respectivamente), realizando actividades que no se relacionaban con conductas de interacción hacia el niño. Es decir, se encontraban ausentes, mirando a su entorno, o platicando con otras madres o con el personal de la UCIN. Las enfermeras, en mayor grado que las madres, tendieron a realizar estas conductas no interactivas con los niños. Cuando las madres y las enfermeras interactuaron con los niños, se encontró que las madres tendieron a atender, mirar, estimular y sonreír a los niños, en mayor grado que las enfermeras. No obstante, en conjunto, el porcentaje promedio de secuencias conductuales que implicaron interacción con el niño fueron muy bajas, tanto por parte de las madres (26%), como por parte de las enfermeras (30%). Estos datos muestran que el patrón general de las interacciones madre-niño y enfermera-niño, consisten de una alta frecuencia de secuencias conductuales que no corresponden a una interacción que propicie la estimulación del niño (i.e., mirar-mirar, atender-mirar y mirar-llorar). Los niños, cuando estaban despiertos, miraron a sus madres o a las enfermeras un promedio del 27% de las veces, lloraron ante la madre 9% y ante las enfermeras 20%, se autoestimularon 3% cuando estaban en presencia de la madre y un 5% de las veces cuando estuvieron en presencia de la enfermera. Los niños presentaron la conducta de atender un promedio del 2% de las ocasiones que estaban en presencia de la madre y un 1% ante las enfermeras.

Los resultados de este estudio son similares a los reportados por Cataldo et al. (1979), quienes encontraron que el personal médico y paramédico muestran un afecto neutral, con poco contacto visual y niveles bajos de verbalizaciones hacia los niños hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. La poca atención que se brinda a los niños dentro de un hospital, puede deberse a múltiples factores. Por ejemplo, la angustia y el estrés que experimentan las madres ante la enfermedad y la hospitalización del niño, así como la necesidad de atender a los demás miembros de la familia y el tener que solventar los gastos que la hospitalización implica. Por lo que respecta a las enfermeras, la falta de atención y de estimulación de los niños puede deberse tanto a que están capacitadas para el manejo de los niños, como a una habituación al ambiente hospitalario. Otro factor que puede afectar la cantidad y calidad del comportamiento, tanto de las madres como de las enfermeras, en relación a los niños, es el tipo y grado de enfermedad que sufren. Es muy difícil y, en ocasiones imposible, responder a aquellos infantes que no eliciten comportamientos interactivos. La falta de retroalimentación por parte de los niños hacia la conducta de madres o de enfermeras, puede conducir a una extinción de las conductas interactivas de los adultos que los cuidan (Kadushin & Martin, 1985; Mays & Pope, 1995; Oates & Oates, 1995).

Por lo general, en los hospitales los procedimientos médicos se llevan a cabo sobre la base del estado físico del paciente y no sobre sus conductas abiertas. Las conductas usualmente exitosas del niño tales como llorar, gritar u obedecer no son efectivas para evitar o escapar de los aspectos aversivos de los cuidados médicos, por lo tanto la estimulación aversiva es una respuesta independiente. La solución ambiental no consiste en reducir la aversividad de los procedimientos médicos, sino más bien incrementar las interacciones positivas, tanto del personal paramédico como de las madres, para mitigar los resultados aversivos de la atención médica y consecuentemente ayudar a evitar los efectos psicológicos negativos.

Finalmente, este trabajo representa un paso inicial dirigido a la derivación de una estrategia metodológica, la de la interacción social, la cual abre la posibilidad de evaluar las interacciones diádicas, como una forma de analizar el efecto de un individuo (madre, enfermera), que como estímulo social, ejerce sobre otro individuo (niño), así como la dinámica del control recíproco entre ellos. Por lo que se sugiere que la investigación futura debe dirigirse al empleo de este tipo de metodología, con muestras más grandes de niños, que tengan diferentes diagnósticos y en diversos ambientes hospitalarios, a fin de poder contar en un futuro mediano con lineamientos para proponer estrategias de intervención en estos escenarios. Las estrategias de intervención permitirían aminorar los efectos sobre las funciones cognoscitivas, sobre el retardo en la maduración biológica y en el proceso de socialización del niño, para que pueda tener una rápida recuperación.

REFERENCIAS

- Abbott, N. C., Hansen, P., & Lewis, K. (1970). Dress rehearsal for the hospital. *American Journal of Nursing*, 70, 2360-2362.
- Bakeman, J., & Gottman, J. (1986). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Baker, D. P., & Ritter, N. (1995). Exposure to invasive procedure in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 47-48.
- Blackman, J. (1991). Neonatal intensive care: Is it worth it? *Pediatrics Clinics of North America*, 38, 1497-1511.
- Cataldo, M., Bessman, C., Parker, L., Reid, J., & Rogers, M. (1979). Behavioral assessment for pediatric intensive unit care. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 83-97.
- Desguin, B., Holt, I., & McCarthy, S. (1994). Comprehensive care of the child with a chronic condition part I. Understanding chronic conditions in childhood. *Current Problems in Pediatrics*, July, 199-217.
- Forrest, C. B., & Guralnick, M. J. (1991). Effectiveness of development intervention in

- first years of live. *Pediatrics Clinics of North America*, 38, 1513-1528.
- González, R. (1997). *Madre participante*. Tesis Especialidad Pediatría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Gorski, P. (1991). Developmental intervention during neonatal hospitalitation. *Pediatrics Clinics of North America*, 38, 1469-1479.
- Haces, M. A. (1987). *Aspectos psicológicos sobre el síndrome del hospitalismo neonatal hasta los cuatro años*. Tesina, Universidad Iberoamericana.
- Kadushin, A., & Martin, J. (1985). *El niño maltratado: Una interacción*. México: Extemporáneos.
- Kenneth, J., & Casey, P. (1982). The mother-infant relationship and infant development: The effect of pediatric intervention. *Child Development*, 53, 948-956.
- Lindheim, R., Glasser, H., & Coffin, C. (1972). *Changing hospital environment for children*. Harvard University Press.
- Lytton, H. (1980). *Parent-child interaction: The socialization process observed in twin and singles families*. New York: Plenum Press.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Observational methods in a health care settings. *British Medical Journal*, 311, 127-135.
- Moreno, P. (1990). *Estudio descriptivo de los servicios escolares que ofrecen las instituciones pediátricas en el área metropolitana*. Tesis Profesional, Facultad de Psicología, UNAM.
- Oates, R., & Oates, M. (1995). Stress and mental health in a neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 107-110.
- Petrillo, J. (1975). *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Perrin, J., & McLean, W. (1988). Children with chronic illness. *Pediatrics Clinics of North America*, 35, 1325-1337.
- Rutter, R. (1990). *La privación materna*. España: Morata.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1994). Mortalidad 1992. *Salud Pública de México*, 36, 113-120.
- Santoyo, C., & López, F. (1990). *Análisis experimental del intercambio social*. México: Trillas.