

## PEDIATRIA SOCIAL

### Consultas perinatales y conductas maternas

J. J. FERNÁNDEZ TEJEIRO\* y ANA FERNÁNDEZ-TEJEIRO ALVAREZ\*\*

**RESUMEN:** La perfección técnica exploratoria en la gestación, las pautas de asistencia obstétrica, la valoración fetal y neonatal estandarizadas, permiten actualmente que el primer encuentro con el recién nacido no sea con «alguien» desconocido.

Lo positivo de esta realidad contrasta con un abandono evidente en la información sanitaria referida a la práctica de las tareas de puericultura básica. En un muestreo de historias clínicas en las que se valoraban algunos aspectos culturales-sanitarios son analizados estos datos. Las perspectivas de investigación tanto en experimentación animal como humana consideran muy especialmente los primeros contactos madre e hijo en el desarrollo de conductas posteriores. Es en las consultas perinatales donde el personal sanitario debe motivar la más perfecta adecuación del neonato con su madre, no sólo en las pautas nutricionales y de higiene general, sino también en el equilibrio de ese primer contexto social. Tanto consultas maternas como neonatales son primordiales en el desarrollo de la interacción madre-hijo. **PALABRAS CLAVE:** RECIÉN NACIDO. PUERICULTURA. PERINATAL. INTERACCIÓN MADRE-HIJO. CRIANZA.

**PERINATAL VISITS AND MATERNAL BEHAVIOURS (SUMMARY):** The perfection of technology in pregnancy, the obstetric care guide-lines, the standardized fetal and neonatal assessments allow that the first meeting with the newborn was not with «somebody unknown». Nevertheless, all these advances contrast with the neglect of sanitary information on basic puericulture. Several of these aspects are evaluated by a screening of medical histories.

The research perspectives, both animal and human, consider very important for the subsequent development of behaviour the first contacts between mother and son.

It is in the perinatal visits, where the sanitary staff must motivate the perfect fitting of the newborn to his mother, not only in the nutritional and sanitary guide-lines, but in the equilibrium of this first social contact. Both, maternal and neonatal are essential for developing the mother-son interaction. **KEY WORDS:** NEWBORN. PUERICULTURE. PERINATAL. MOTHER-SON INTERACTION.

#### INTRODUCCIÓN

Bajo el concepto de consultas perinatales incluimos aquellas que realiza la mujer gestante en los últimos períodos del em-

barazo con personal médico-sanitario, y las que, una vez tiene lugar el parto, madre y recién nacido realizan en el primer mes de la vida neonatal.

Tanto las actuales técnicas obstétricas

\* *Pediatra. Puericultor del Estado.*

\*\* *Médico.*

*Servicios Municipales de Sanidad. Puericultura del Estado. Torrelavega. Cantabria.*

como las de asistencia neonatal han permitido unos logros óptimos que se reflejan en los índices sanitarios maternos e infantiles: el neonato ya no es aquel desconocido procedente de un embarazo incontrolado, ni el sufrimiento fetal es un hecho azaroso de la patología. Del Recién Nacido, hoy ya sabemos todo, o casi todo, y esto ya antes de nacer: sus medidas, su sexo, sus síndromes y su riesgo obstétrico-fetal. El parto se convierte así casi casi, en un mero trámite de puerta a puerta para ese pequeño paquete encargado más o menos involuntariamente hace unos nueve meses. El neonatólogo en la sala de partos se encargará de verificar la pureza de la mercancía recibida, y la etiqueta de Apgar certificará el acuse de recibo. Con la limpieza y cambio de embalaje todo queda listo para uso y disfrute.

Nos hemos planteado unos interrogantes tratando de valorar si hay una correlación aceptable entre las metas biológicas alcanzadas y los correspondientes niveles en la interacción afectiva de la madre con su recién nacido. Siendo el período perinatal una etapa de máxima sensibilidad para el establecimiento de las primeras conductas sociales, las consultas perinatales deberán permitir no sólo un conocimiento clínico fetal-obstétrico-neonatal, sino también una valoración de las pautas de socialización, que, insistimos, son las primeras del ser humano. Aquí se tendrán en cuenta actitudes maternas de gratificación alimenticia, inducción y mantenimiento de lactancia, las de conocimiento de higiene y cuidados infantiles, prácticas que hace años incluimos en capítulos bien estructurados de Puericultura, hoy casi olvidados, pero también hay que incluir las actitudes afectivas de la madre hacia el niño, desde la inoportunidad u oportunidad de ese embarazo, su rechazo o aceptación, el temor al parto, la posible depresión por situaciones sociales o familiares estresantes, y también la influencia del neonato sobre otros componentes del ambien-

te: el padre, los hermanos, familia, amigos. No basta la valoración de una matriz biológica, hay que hablar también de la matriz ambiental.

#### ENFOQUES ACTUALES

Durante muchos años la fuente de información sobre la crianza y el establecimiento de pautas de aproximación y apego se hicieron con base en informes retrospectivos. Los efectos de la privación materna resultaban sesgados e influenciados por variables extrañas, como el ambiente social y la enfermedad. A partir de la década de los 60 es cuando comienzan a abrirse nuevas líneas de investigación tanto en primates como en seres humanos en ciertas situaciones de laboratorio.

Recordemos los trabajos de Harlow y Dodsworth (1966) con primates lactantes que mostraban su preferencia por las madres artificiales pero de tacto casi real, agradable, frente a las construidas por alambre aunque éstas le proporcionaban alimento, pero cuyo tacto y aspecto se apartaban del contexto afectivo y cognitivo del pequeño primate. Importaba más que la nutrición el tacto, la temperatura y el contacto. Han sido también numerosos los estudios realizados sobre privación y comportamiento de los animales, encontrando desde estados depresivos a conductas agresivas e incapacidad reproductiva (Rosenblum y Kaufman, 1968).

Los trabajos de Ainsworth, Waters y Wall (1971-78), tratan de operativizar las pautas de aproximación ante la presencia de un extraño cuando los niños tienen un año de edad, permitiendo una clasificación en tres grupos:

*Grupo A, de evitación:* Los niños no lloran en los períodos de separación, y en los de reunión a veces ignoran a su madre.

*Grupo B, de apego establecido:* La madre es una base segura. Busca el contacto y proximidad. Protesta por su ausencia.

*Grupo C, de resistencia:* Manifiestan señales de ansiedad incluso en presencia de la madre, les afecta la separación, pero al volver a encontrarse con ella hay ambivalencia, buscando el contacto pero a la vez resistiéndose (llanto y negativa a ser tomado en brazos).

Las conductas de los niños en los grupos A y C se reflejaban como de ansiedad, en cambio de cooperatividad y menos coléricos los del grupo B con el apego bien establecido. También las madres del grupo B eran más sensibles a las señales emitidas por el niño que las de los otros dos grupos. El hallazgo más sorprendente fue que las madres del grupo A, de evitación, manifiestan rechazo al contacto, cosa que no ocurría en las de los grupos B y C. Se explicaba así el comportamiento de evitación del niño como una maniobra defensiva para evitar su rechazo.

Los estudios de Block en los años 80 han valorado positivamente las diferencias de ajuste social, emocional, espontaneidad y elasticidad en los niños del grupo B.

El campo de investigación sigue abierto en una amplia perspectiva.

#### METÓDICA Y MATERIAL UTILIZADO

No pretendiendo alcanzar un diseño experimental, sino simplemente motivarnos en algunos conceptos y actitudes, hemos realizado una valoración retrospectiva de historias clínicas de puericultura en las que se tuvieron en cuenta datos con cierta relación en la inducción de conductas maternas. La muestra corresponde a 73 niños de una población industrial-mixta, repartiéndose su sexo en 46 varones y 27 mujeres, y sus edades entre el primer mes de vida y los 12 años.

Los interrogantes que se plantearon a las madres fueron los siguientes:

#### A) NIVEL OBSTÉTRICO

##### 1. Número de embarazos

Se establecieron tres grupos:	N.º	%
GRUPO A: Primogénitos	13	18
GRUPO B: Segundo embarazo	56	77
GRUPO C: Tercer embarazo	4	5

##### 2. Consultas efectuadas durante el embarazo

GRUPOS	N.º DE CONSULTAS		
	0 a 2	3 a 6	más de 6
A		10	3
B	1	49	6
C	2	2	
%	4	84	12

##### 3. Asistencia a cursos de preparación al parto

GRUPOS	ASISTENCIA	NO ASISTENCIA
A	5	8
B	1	55
C	1	3
%	10	90

#### B) NIVEL DE PUERICULTURA

##### 1. Asistencia a algún cursillo o adquisición de libros

GRUPOS	CURSILLO/LIBROS	NO LIBR./CURSILL.
A	6	7
B	17	39
C	2	2
%	34	66

##### 2. Inducción a la lactancia natural

¿Recibió información clara sobre formas y manera de dar el pecho y sus ventajas?

GRUPOS	En consultas de embarazo	En consultas de rec. nacido	Información incompletas
A	6	6	1
B	2	16	38
C	—	2	2
TOTALES	8	24	41
%	11	33	56

3. *Información sobre pautas de higiene infantil*

¿Recibió información sobre cuidados generales del niño y su higiene?

GRUPOS	En consultas de embarazo	En consultas de rec. nacido	Información no profesion.
A	—	10	3
B	—	7	49
C	—	—	4
TOTALES	—	17	56
%		23	77

4. *Información sobre riesgos alcohol-tabaco*  
¿Fueron informadas de los riesgos de drogodependencia?

GRUPOS	En cons. de embar.	En cons. de r. nac.	Otras inf. no prof.	Sin preocup. problema
A	3	8	1	1
B	1	4	45	6
C	—	1	2	1
TOTALES	4	13	48	8
%	5	18	66	11

5. *Afectividad y socialización*

¿Recibió información sobre la importancia del contacto físico de la madre con el niño, de comunicarse con él, hablarle, sonreírle y participar en sus juegos?

GRUPOS	En cons. de embar.	En cons. de r. nac.	Otras inf. no prof.	Sin preocup. problema
A	—	2	2	9
B	—	1	4	51
C	—	1	2	1
TOTALES	—	4	8	61
%		5	11	84

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La revisión de los datos analizados nos permite formular algunas consideraciones:

1. Creemos que en el momento actual se mantienen unos niveles desfavorables en lo que se refiere a los aspectos culturales-sanitarios en materia de Puericultura en relación con el desarrollo técnico-asistencial.

2. Tanto el pediatra como el obstetra están más abrumados en su quehacer profesional por los aspectos técnicos que por los específicamente puericultores, en lo que se refiere a los aspectos nutricionales, sociales y afectivos, que en la mayor parte de los casos se dan por sabidos. De todas formas el pediatra en su consulta sigue siendo el que proporciona una mayor comunicación sanitaria en este sentido.

3. Hay un amplio campo para la investigación y muchas interrogantes: la valoración del padre como co-gestante y puericultor, el papel de otros familiares, abuelos, hermanos y amigos en la adquisición de conductas, incluso la estimulación comercial de nuestros días para el uso de leches artificiales y su impacto en la madre gestante.

4. La más perfecta interacción recíproca madre/hijo sabemos que en gran parte depende de las pautas iniciales perinatales. El médico y el personal auxiliar en contacto con la gestante, la madre y el recién nacido deben ser conscientes de la importancia de ese período en la vida de los seres humanos no sólo en los aspectos biológicos. Motivar en una mentalidad y conocimientos puericultores debe ser una tarea a replantear en los planes formativos profesionales.

## BIBLIOGRAFIA

1. CASADO, E.: *Lactancia natural*. Serie Monográf. Ministerio Sanidad, 1983.
2. DÍAZ DEL CASTILLO: *Pediatría perinatal*. Interamericana, 1974.
3. LACERVA, V.: *Lactancia materna*. El Manual Moderno, 1981.
4. LLOYD DE MAUSE, *Historia de la infancia*. Alianza Universidad, 1982.
5. MANDE, R.; MASSE, N.: *Pediatría social*. Labor, 1978.
6. SCHAFFER, R.: *Ser madre*. Morata, 1981.
7. STERN, D.: *La primera relación madre-hijo*. Morata, 1981.
8. S. SÁNCHEZ-VILLARES, E.: *Medio siglo de Pediatría*. U. Valladolid, 1985.