



EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA BASADA EN LA ESCALA DE BRAZELTON SOBRE LAS PERCEPCIONES MATERNAS

Mónica Martínez-Gertner^{*}, Carme Costas-Moragas^{*},
Francesc Botet-Mussons^{**} y Albert Fornieles-Deu^{*}

Resumen

Objetivo: evaluar el efecto de una breve intervención temprana, basada en la administración de la NBAS en presencia de la madre, sobre las percepciones que ésta posee de su bebé y de sí misma como madre. **Metodología:** 23 madres primíparas de bebés sanos (a 37 semanas) completaron la Escala sobre percepciones maternas Mother and Baby Scales (MABS) dos días después del parto. Antes del alta, las madres del grupo experimental (12) participaron activamente en una sesión con la NBAS, que consistió en evaluar la conducta de su hijo recién nacido. Al cabo de un mes, se realizó una segunda administración de la MABS en toda la muestra. **Resultados:** no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las percepciones maternas, aunque sí las hubo intra grupo experimental en las subescalas Alerta-interés e Inestable-irregular de la MABS. **Conclusiones:** la intervención no tuvo el suficiente impacto, aunque posiblemente influyó en que las madres del grupo experimental percibiesen a su bebé como significativamente más alerta después de transcurrido un mes.

Palabras clave

Intervenciones tempranas- evaluación comportamiento neonatal- NBAS- MAB.

Abstract

Aim: to assess the impact of an NBAS based intervention with primiparous women on their perceptions, regarding her baby and herself as a mother. **Method:** during the second day after delivery, 23 primiparous mothers of healthy full-term infants completed the Mother and Baby Scales (MABS) in order to assess their perceptions. Before discharge from hospital, mothers in the experimental group (12) actively participated in a NBAS session in order to assess their newborn's behavior. All the women in the sample completed the MABS again one month later. **Results:** there were no significant differences between the two groups in their perceptions, although the

* Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: polloart@teleline.es

** Hospital Clínic. Universitat de Barcelona



*re were important differences between pre and post measures in the experimental group in the Alertness-interest and Unstable-irregular sub-scales of the MABS. **Conclusions:** the intervention did not have enough impact, although it possibly affected the fact that mothers in the experimental group perceived their babies as more alert after one month from intervention.*

Key words

Early intervention – neonatal behavioural assessment scale- NBAS- MAB.

1. Introducción

Las intervenciones en la relación temprana padres-hijo constituyen una parte fundamental del ámbito de la salud mental infantil. Su aparición como modalidad de intervención es relativamente reciente, y se encuentra estrechamente vinculada al surgimiento de una “nueva población clínica”, formada por niños muy pequeños (entre los 0 y los 3 años) y sus padres, generalmente sus madres¹. En la actualidad, este tipo de enfoques se encuentra en auge y creciente expansión, ya que existe un consenso general en considerar que la eficacia de las intervenciones psicológicas aumenta en función de su precocidad. Ello se aprecia en la gran cantidad de programas de tratamiento y conceptos relacionados con el tema que han surgido, especialmente en esta última década (Stern, 1997).

En este contexto, el período neonatal es considerado un “punto clave” para intervenir con las nuevas familias y apoyarlas en su transición hacia la paternidad. Diversas razones justifican este calificativo. Por una parte, con el nacimiento de un hijo, el sistema familiar atraviesa un período de desorganización y desequilibrio que, si bien genera un estado de mayor vulnerabilidad, provoca también en sus miembros un estado de mayor receptividad y crea así un terreno “fértil” para las intervenciones. Al mismo tiempo, es sabido que mientras más temprano podamos dar apoyo a la relación padres-hijo, mayor fuerza tendrá el efecto en el desarrollo del niño (Brazelton, 1994; Beeghly et.al., 1995).

Relevancia de las intervenciones en la relación padres-hijo

Existen diversas razones que justifican la relevancia de las intervenciones tempranas en la relación padres-hijo. Una de ellas es la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre niños y adolescentes, aproximadamente de un 20%. A su vez, tenemos constancia de que sólo una pequeña proporción de estos sujetos (10-15%) accede a

¹ Por razones prácticas, hemos utilizado el pronombre masculino para referirnos al bebé (niño o niña). Asimismo, cuando hablamos de “la madre” nos referimos a la persona que es el principal cuidador. En la mayoría de los casos se trata de la madre biológica, pero puede ser también la madre sustituta, el padre, o quien desempeñe este papel.

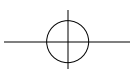


servicios psiquiátricos. Por otra parte, se sabe que los trastornos mentales tempranos tienden a persistir durante la infancia (Fonagy, 1998).

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

El aumento de la tasa de nacimientos de bebés frágiles y de alto riesgo en la década pasada explica en parte la creciente atención que se ha prestado al diseño e implementación de intervenciones perinatales breves (Beeghly et.al., 1995). Los estudios acerca de los efectos de estas intervenciones constituyen otra razón de peso que justifica su utilización. A partir de una exhaustiva revisión, Fonagy (1998) concluye que las intervenciones preventivas tempranas pueden ayudar a mejorar a corto plazo la salud y bienestar del niño, incluyendo: mejor nutrición y salud física, menos problemas de alimentación y de bajo peso al momento de nacer y disminución de accidentes y emergencias. Los padres también parecen beneficiarse en forma significativa y en distintas áreas: obtienen mejores oportunidades educacionales y laborales, logran un mejor uso de los servicios, un mayor apoyo social, se fortalece su sentimiento de eficacia como padres, su sensación de bienestar mental y logran mantener mejores relaciones con sus hijos y su pareja. A largo plazo, los niños se benefician en el nivel comportamental (menos agresividad, distractibilidad y delincuencia), educacional (mejores actitudes en el colegio, mayores logros) y social (incremento de las actitudes prosociales). Cabe destacar que estos resultados son selectivos, es decir, ninguno de los estudios revisados obtuvo todos estos logros de una forma simultánea.

Por otra parte, existen determinadas condiciones culturales, como son la reducción del papel de la familia extensa y la consecuente falta de modelos que orienten con





respecto a la paternidad, que contribuyen a incrementar la importancia de este tipo de ayuda (Stern, 1997).

Finalmente, resulta crucial tener presente que “todas las intervenciones clínicas con lactantes son preventivas por naturaleza.” (Fonagy, 1998, pág. 126). Más específicamente, dichas intervenciones suelen incluir diferentes niveles de prevención, en la medida en que combinan la prevención primaria de trastornos más graves del adulto hoy niño, la prevención secundaria del niño y su familia en el problema o descompensación concreta, y en algunos casos la prevención terciaria mediante la introducción de elementos de rehabilitación y reinserción social y familiar (Tizón, 1991). Por lo tanto, toda inversión que se realice en salud mental infantil implica un “ahorro” en cuanto a posibles trastornos mentales a lo largo de la vida.

El modelo de T. B. Brazelton

El enfoque de T. B. Brazelton y su equipo se basa en “la asunción de que el recién nacido es a la vez competente y organizado de forma compleja.” (Brazelton y Nugent, 1997, pág. 23). En contraste con lo que se pensó durante muchos años, los autores conciben al recién nacido como un ser activo, que muestra una enorme capacidad para responder a los estímulos y, al mismo tiempo, de inhibir sus respuestas ante aquella estimulación que sobrepasa su capacidad de asimilación. Se trata de un organismo social, capaz de interactuar con su entorno y de provocar en sus cuidadores el tipo de atención necesaria para su adaptación (Brazelton y Nugent, 1997).

A partir de estos supuestos, Brazelton y sus colaboradores (Brazelton y Nugent, 1997; Beeghly et.al., 1995; Nugent, 1985) han creado un modelo de intervención a nivel de la relación temprana padres-hijo. Se trata de un enfoque que está centrado en el niño y enfocado en la familia al mismo tiempo. Teniendo en cuenta la distinción que realiza Stern (1997), podemos interpretar que su *objetivo teórico* es la modificación de las representaciones que la madre tiene sobre su hijo o sobre sí misma como madre. Para acceder a ellas, utiliza como *puerta de entrada* la conducta del niño, intentando demostrar las capacidades y limitaciones interactivas del bebé, y enseñando a la madre la mejor forma de ayudar a su hijo durante ese período.

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



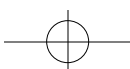
Estudios que utilizan la NBAS como intervención

A pesar de que ciertas investigaciones han fracasado a la hora de encontrar resultados positivos en cuanto a la efectividad de las intervenciones con la NBAS, existe un gran número de datos que permiten afirmar la utilidad de la escala como instrumento de trabajo con las familias. De hecho, las intervenciones tempranas basadas en la NBAS pueden influir positivamente en la calidad de la interacción padres-hijo, en la autoestima y confianza de los padres, en su capacidad para comprender el comportamiento de su bebé, favorecer su desarrollo, etc. De ello dan cuenta los trabajos llevados a cabo con recién nacidos de bajo peso y sus madres, con bebés prematuros, con hijos de madres drogadictas, con madres de bajo nivel socioeconómico, con hijos de madres deprimidas, con padres primerizos, etc. (Britt y Mayers, 1994; Das Eiden y Reifman, 1996; Gomes-Pedro et.al., 1995; Nugent et.al., 2000).

Llama la atención la gran variedad de objetivos, metodologías y poblaciones utilizados por los investigadores que emplean la Escala de Brazelton como forma de intervención. Mientras algunos estudios utilizan únicamente la demostración de la NBAS a la madre, otros incluyen formas de administración como la MABI (*Mother's Assessment of the Behavior of her Infant*, según Field, Dempsey, Hallock y Schuman, 1978, en Hart et.al., 1998) o las FANA (*Family Administrated Neonatal Activities*, de Cardone y Gilkerson, 1997), a veces junto con sesiones informativas, vídeos, etc. A su vez, mientras unas investigaciones evalúan los efectos de las demostraciones de la NBAS en la interacción temprana, otras utilizan como medida del efecto, el rendimiento de los bebés en escalas de desarrollo, la actitud de los padres hacia el bebé, la sensibilidad de éstos frente a las señales de su hijo, la confianza y autoestima materna, etc. (Brazelton y Nugent, 1997; Das Eiden y Reifman, 1995; Hart et.al., 1998).

Considerando la gran variedad de estudios que utilizan la NBAS como forma de intervención, podemos decir que su efectividad depende de numerosos factores, incluyendo la naturaleza y los objetivos de la sesión por sí misma, el nivel de riesgo de la familia, el tipo de relación profesional entre los padres y el clínico y la calidad de la relación padres-clínico, el número de sesiones, el grado de disponibilidad de los padres y la naturaleza del tratamiento de seguimiento. (Brazelton y Nugent, 1997). En este sentido, los autores son claros a la hora de señalar que no se puede esperar que un único examen llevado a cabo en los primeros días de vida del niño tenga efectos a largo plazo en su desarrollo o en la relación padres-hijo.

Teniendo en cuenta los factores mencionados anteriormente, en particular, la relevancia del tipo de población a la hora de explicar la efectividad de la intervención, Beeghly y colaboradores (Beeghly et.al., 1995) señalan que, si bien existe un fuerte apoyo empírico respecto de los efectos beneficiosos de los programas en el caso de padres de bebés de alto riesgo (como prematuros o de muy bajo peso), los efectos de este soporte son menos evidentes en el caso de muestras de padres y bebés normales





o de menor riesgo médico. Según los autores, una de las razones que puede explicar la falta de consistencia observada en tales investigaciones es la poca atención prestada a los factores protectores y de riesgo de los bebés y de las madres, factores que pueden afectar significativamente en el modo en que los sujetos responden a la intervención.

Uno de los estudios más recientes que aborda el tema de la efectividad es el meta-análisis realizado por Das Eiden y Reifman (1995). En él, los autores reúnen y analizan los resultados de 13 investigaciones publicadas que utilizaban la NBAS como forma de intervención con los padres. Su objetivo fue evaluar en qué medida este tipo de intervenciones promueve un mejor paternaje en el futuro, en comparación con las condiciones de un grupo control (por ejemplo, dar a los padres un informe verbal general del desempeño del bebé en la NBAS). Para ello, consideraron sólo una medida del efecto por estudio, seleccionando para la comparación aquella que mejor representase la calidad y sensibilidad del paternaje. El total de familias incluidas en el meta-análisis fue de 668. A pesar de que optaron por una serie de procedimientos metodológicos bastante conservadores a la hora de estimar la medida del efecto, concluyeron que las intervenciones basadas en la NBAS tienen un efecto de pequeño a moderado en la calidad del paternaje.

Por otra parte, los autores reflexionan acerca de una serie de factores moduladores que parecen tener un papel en el impacto de estas intervenciones. Uno de ellos es la duración del seguimiento. En general, los estudios con seguimientos más breves muestran unos efectos positivos que no suelen ser tan evidentes a largo plazo. Un segundo factor parece ser la forma o intensidad de la intervención. A este respecto, una serie de investigadores han discutido la posibilidad de que la administración de la NBAS por parte de los padres sea más efectiva que la observación pasiva y la explicación. Un tercer factor mediador se refiere a las características de los sujetos. Si bien anteriormente señalábamos la posibilidad de que la intervención sea más efectiva en el caso de muestras de alto riesgo, es posible también pensar lo contrario, es decir, que las necesidades psicológicas de las madres de alto riesgo las hagan menos receptivas a la información acerca del bebé durante la aplicación de la NBAS en el contexto de la intervención. En este sentido, prestar atención a sus necesidades y preocupaciones en relación al paternaje puede ser más beneficioso para ellas (Beeghly et.al., 1995; Das Eiden y Reifman, 1995). Las observaciones de Brazelton (1990) siguen esta misma línea, señalando que a las madres de nivel socioeconómico bajo les toma más tiempo confiar en los examinadores en comparación con las de nivel socioeconómico medio.

Finalmente, a modo de síntesis de las investigaciones revisadas y de acuerdo a Beeghly y sus colaboradores (Beeghly et. al., 1995), podemos considerar que las intervenciones en las que se utiliza la NBAS como procedimiento de intervención re-



sultan beneficiosas y presentan una serie de ventajas en términos de la relación costo-efectividad. Ahora bien, la experiencia demuestra que este tipo de intervenciones no puede ser “universal” o estándar. Por el contrario, los hallazgos revisados plantean la necesidad de desarrollar enfoques distintos e intentar aparejar las características del receptor de la intervención con el programa más adecuado a él (ya sea el neonato, la madre o ambos). Esto permitirá incrementar la efectividad de la intervención y acercarla a la diversidad de familias que buscan atención de este tipo.

2. Hipótesis

Basándonos en la literatura revisada y en la observación clínica de que las madres primíparas son especialmente receptivas al tipo de intervención que utiliza la NBAS, es decir, a la información concerniente a la individualidad de su bebé y a las habilidades de maternaje, hipotetizamos que nuestra intervención favorecería las percepciones de las madres acerca del comportamiento de sus hijos y de sí mismas como madres. Las madres sometidas a la intervención breve percibirían a su bebé como más alerta y predecible, y a sí mismas como más seguras en el cuidado de su hijo, que las madres que no se beneficiaran de esta intervención.

3. Objetivos

El estudio fue diseñado para evaluar los efectos de una intervención temprana basada en las percepciones maternas, teniendo en cuenta que las características de los padres moldean las percepciones que estos tienen acerca del comportamiento del neonato y que estas últimas tienen el potencial de influir en los cuidados del niño (Wolke, 1997). La intervención tuvo como elemento fundamental la demostración de la NBAS a la madre. La intención fue influir tanto en las percepciones que esta tenía de su bebé como en las representaciones que poseía de sí misma como madre, mediante la presentación de información acerca de las competencias del niño, de su individualidad y del manejo de situaciones potencialmente difíciles. Elegimos como población destinataria de la intervención a un grupo de madres primíparas, ya que, a pesar de no constituir un grupo de riesgo en sí, el hecho de ser madres por primera vez las hace especialmente receptivas a este tipo de enfoque.

Para evaluar el impacto de la intervención, nos propusimos dos tipos de comparaciones: a) entre los grupos control y experimental en la variable dependiente (percepciones maternas) y b) comparación intra grupos, es decir, entre las percepciones maternas a los pocos días de vida del bebé y sus percepciones después de transcurrido un mes.

4. Método

4.1 Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 23 madres primíparas, sin antecedentes patológi-



cos, junto a sus bebés sanos, nacidos a término (> 37 y < 42 semanas), sin complicaciones durante el período de gestación ni al momento del parto y de un peso adecuado para la edad gestacional. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental (12) y control (11). Esta muestra fue recogida en el Hospital Clínico de Barcelona (España) durante el primer semestre de 2002 tras obtener el consentimiento informado de las madres y la aprobación del Comité de Investigación y del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

La descripción de ambos grupos en cuanto a características demográficas se muestra en la Tabla 1. La comparación en los parámetros que ahí se exponen muestra que los grupos son similares, excepto en las siguientes variables del bebé: "Peso (g)", "Longitud (cm)" y "Edad cronológica (h)" en el momento de la evaluación con la NBAS. Como vemos en la Tabla 1, todas estas variables muestran valores levemente superiores para el grupo control.

4.2 Técnicas

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Historia clínica: en ella se recogieron los datos descriptivos y demográficos de todos los sujetos del estudio.
- b) Escala de Brazelton, Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS (Brazelton y Nugent, 1997), como instrumento de intervención.

En términos generales, podemos decir que la NBAS es una técnica que permite dar un perfil completo de la organización del neonato al describir una amplia variedad de conductas, incluyendo competencias y potencialidades, así como también descubrir áreas de dificultad o desviación. Su objetivo central es identificar o reconocer la individualidad del comportamiento del bebé, describiendo el estado actual de los diferentes sistemas (autónomo, motor, organización del estado de conciencia e interacción social) y la forma en que ellos interactúan y se integran. Para ello, cuenta con 28 ítems conductuales que se valoran en una escala de 9 puntos, y con 18 ítems de reflejos que evalúan el estado neurológico, cada uno con una graduación de 4 puntos. A lo anterior se añade una serie de 7 ítems suplementarios, para captar el grado de fragilidad y la calidad de la conducta de bebés de riesgo.

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

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



Orientación: se refiere a la capacidad del bebé para atender a estímulos visuales y auditivos y a la calidad global de sus estados de alerta.

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

Variabilidad de estados: valora la activación del neonato y la labilidad de estados.

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

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

Reflejos: valora el número de reflejos anormales.

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

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

La sesión de intervención con la NBAS

En la utilización clínica de la NBAS no se espera que el profesional lleve a cabo un examen completo frente a los padres. La idea es, en cambio, desplegar frente a ellos los aspectos más sobresalientes del comportamiento del bebé, y en ese sentido, adaptar la aplicación en función del caso particular, todo ello con miras a reconocer la individualidad del bebé, en la medida en que sus características particulares moldearán el tipo de cuidados que requerirá (Nugent, 1985).

A pesar de tratarse de una aplicación “informal” de la NBAS, hay determinados pa-



sos por seguir que describiremos a continuación, de acuerdo al procedimiento propuesto por Nugent (1985).

I. Introducción, establecimiento del “rapport” y descripción del propósito de la evaluación

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

Para comenzar, se recomienda introducir la evaluación con una descripción general de sus objetivos. Por ejemplo, se puede explicar a los padres que se trata de un examen que fue desarrollado por el Dr. Brazelton y sus colaboradores con la finalidad de apreciar la asombrosa variedad y riqueza de competencias de un recién nacido. Se puede agregar que el objetivo de la sesión es descubrir la individualidad del bebé, identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles y ver cómo responde a su nuevo mundo mientras duerme, está despierto y durante los períodos en que está estresado. A continuación, el profesional puede describir brevemente cómo se desarrollará el examen o dar una descripción general de las diferentes áreas de funcionamiento que evalúa la escala.

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

II. Aplicación de la NBAS e interpretación

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

El principal objetivo del examinador en este contexto es la de *describir e interpretar* para los padres el comportamiento del bebé en términos de su significado adaptativo y en relación al momento del desarrollo en que se encuentra. También puede incluir una descripción del *curso* que seguirá determinado comportamiento en los primeros meses de vida y sus posibles *implicaciones para la crianza*. Si bien una sesión debería abordar todos estos aspectos, la cantidad de información que se presentará a los padres dependerá de factores como el momento en que se lleva a cabo el examen, la



salud de la madre, el comportamiento del bebé o el interés de los padres por el niño y por el conocimiento acerca de su desarrollo. En ese sentido, mientras cada sesión contará siempre con el aspecto descriptivo, es el evaluador quien deberá juzgar la cantidad y profundidad de las explicaciones en relación a las otras tres áreas (*interpretación* del comportamiento, descripción del *curso* del desarrollo e *implicaciones para la crianza*).

Existe una serie de conceptos relacionados con el comportamiento neonatal que resulta útil compartir con los padres. Uno de ellos es el de *umbral* de estimulación: el profesional puede descifrar y señalar a los padres cuáles son los umbrales más allá de los cuales el niño tenderá a retraerse y, de esta forma, ayudarlos a entender cómo establecer contacto con su hijo (Brazelton y Cramer, 1993). Otro concepto valioso y que se encuentra estrechamente vinculado con el anterior es el del *costo* de las reacciones. Si bien es cierto que incluso los bebés inmaduros pueden reaccionar a los estímulos con respuestas complejas, ello tiene un costo que se expresa con signos de sobrecarga (acrocianosis, aversión de la mirada, respiración superficial y rápida, o respiración profunda e irregular, etc.), que es fundamental explicar, o más bien demostrar a los padres de niños frágiles.

Por otra parte, el concepto de *estados de conciencia* es de gran ayuda para los progenitores, ya que les permite comprender el comportamiento de su hijo desde una nueva perspectiva. En la medida en que aprenden a observar y distinguir los diferentes estados, logran entender y predecir los cambios en su organización, y pueden así ajustarse con éxito a las necesidades de alimento, sueño, cobijo, etc., del bebé.

Si bien el foco de atención durante la intervención lo constituye el comportamiento del bebé, Nugent (1985) destaca la importancia de que el profesional actúe como guía y reconozca las reacciones de los padres a lo largo de toda la sesión. Una forma de hacerlos partícipes es realizar breves pausas durante la evaluación a fin de elaborar lo que han visto, acogiendo sus preocupaciones y contrastando sus observaciones.

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

III. Síntesis, implicaciones para la crianza y planificación del seguimiento

Al final de la sesión, el profesional debe llevar a cabo una pequeña síntesis de lo observado, poniendo énfasis en las respuestas del bebé a los diferentes niveles de esti-



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

Con respecto a la planificación del seguimiento, cabe señalar que dos o tres visitas domiciliarias a lo largo del primer mes de vida del niño resultan mucho más efectivas que una única sesión llevada a cabo en los primeros días en el hospital. Por una parte, las evaluaciones repetidas proporcionan una mejor visión con respecto al desarrollo futuro del bebé y permiten al profesional dar apoyo a los padres en momentos en los que suelen tener muchas preguntas acerca del comportamiento de su hijo. Por otra parte, permite a los padres sacar mayor provecho de cada uno de los encuentros, en la medida en que van adquiriendo confianza en el profesional y compartiendo los cambios que van observando en el desarrollo de su hijo. Por último, hacia la tercera o cuarta sesión, los padres y el profesional habrán llegado a conocer al bebé como individuo, y la estabilización e integración de los sistemas autónomo, motor, organización del estado y social-interactivo. Todo ello marca el término de la intervención con la NBAS. Idealmente, han quedado establecidas las bases para una relación duradera entre el profesional y la familia .

IV. Puntuación (opcional)

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

c) Mother and Baby Scales² (MABS, Wolke y St. James-Roberts, 1987).

Se trata de un instrumento que permite una rápida valoración de las percepciones de los padres acerca del comportamiento neonatal (por ejemplo, muy irritable, normal, muy alegre) y de la seguridad que tienen en sí mismos para cuidar a su hijo. Según Wolke (1997), estas escalas se utilizan antes de administrar la NBAS en presencia de los padres (o uno de ellos), con la finalidad de identificar aquellas percepciones clínicamente importantes.

² En el presente trabajo, hemos utilizado únicamente la MABS que valora las percepciones maternas en torno del comportamiento del bebé y de la seguridad en los cuidados (parte A), excluyendo la segunda sección que evalúa los problemas en la lactancia (parte B). Ello se debe a que, para poder aplicar la parte relativa a la alimentación, el bebé debía tener ya varios días de vida. Además, la parte A contiene algunos ítems relativos a la lactancia y a los problemas con la ingesta, con lo cual esa información no se perdía.



La escala que utilizamos en este estudio (parte A) incluye 43 ítems que se agrupan en cinco subescalas relativas al bebé y a sus padres. Estas subescalas son las siguientes:

Inestable-irregular: valora las conductas de irritabilidad del bebé.

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

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

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

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

Todas estas subescalas se puntúan mediante una escala de 6 puntos. En el caso de las subescalas Inestable-irregular, Alerta-capacidad de respuesta y Falta de seguridad en los cuidados del bebé, la puntuación va del "0" (nada/en absoluto) hasta el "5" (mucho/con mucha frecuencia). En las otras dos (Temperamento fácil y Nivel general de seguridad), la puntuación va del "-3" al "+3". Por ejemplo, en el ítem 37, en que la pregunta es "¿En general, cuán irritable es su bebé?", las respuestas pueden situarse entre el -3 (muy irritable) y el +3 (muy calmado).

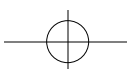
Para identificar las impresiones clínicamente relevantes, es preciso comparar las puntuaciones obtenidas por el sujeto con las puntuaciones estándar (expuestas en la Tabla 2) y ver en qué medida se ajustan o apartan de las franjas establecidas para cada subescala.

4.3 Procedimiento

La Figura 1 esquematiza el procedimiento adoptado en nuestro estudio. A continuación detallaremos los pasos seguidos, ordenándolos de acuerdo al período en el cual se llevaron a cabo.

Primera evaluación: período postnatal inmediato

Durante el segundo o tercer día posterior al parto, y antes de que las madres y sus bebés fuesen dados de alta, se les invitó a participar en la investigación, haciéndoles entrega de una carta en la cual se explicaban las condiciones y objetivos del estudio. Una vez obtenido el consentimiento, se asignaron los sujetos aleatoriamente a los dos grupos: uno experimental, con el cual se llevó a cabo la demostración con la NBAS en presencia de la madre y otro control, al cual sólo se le explicaron, en términos generales, los resultados del bebé en la aplicación de la escala.





En un primer momento, las madres respondieron a la MABS. De una forma simultánea, se llevó a cabo la administración de la NBAS a todos los bebés y sólo en presencia de los investigadores. El acuerdo entre evaluadoras superó el 90% en los ítems estándar de comportamiento y en los ítems suplementarios. En cuanto a las respuestas provocadas (reflejos), hubo discordancia en muy pocas ocasiones, las cuales fueron discutidas y resueltas aunando criterios.

Una vez obtenido un perfil del desempeño del bebé en la NBAS y las respuestas de la madre a la MABS, se dio paso a la administración de la intervención temprana al grupo experimental. La intervención que se utilizó constaba de 5 fases y siguió las pautas señaladas por D. Wolke (1997) y Nugent (1985), aunque con algunas modificaciones que detallaremos a continuación.

Fase 1. En el modelo diseñado por Wolke, esta fase coincide con la conversación introductoria. Sin embargo, optamos por administrar la MABS en la primera fase y llevar a cabo la conversación introductoria en la segunda. Todo ello con la finalidad de poder contar con las puntuaciones en la MABS como guía de la sesión clínica con la NBAS. La idea era poder comparar la puntuación obtenida por la madre con las puntuaciones estándar, ver en qué medida se apartaban de éstas y emplear esta información más adelante durante la administración de la NBAS. En otras palabras, la MABS nos permitió advertir las posibles discrepancias entre las percepciones maternas y el comportamiento del neonato y así guiar la posterior conversación.

Fase 2. En esta fase el investigador mantenía una conversación introductoria, no estructurada, con la madre acerca del embarazo, el parto, el comportamiento de su hijo durante las primeras horas, la atención recibida en el hospital, etc. La idea de esta conversación era lograr establecer una relación de colaboración y confianza con la madre.

A su vez, se le explicaba a la madre cuáles eran los objetivos de la sesión y en qué consistía la NBAS; asimismo, se le proporcionaba información útil para comprender lo que vería a continuación. Por ejemplo, se le ofrecía una breve descripción de los estados de conciencia de su hijo, ya que muchas de sus conductas sólo pueden entenderse mediante la perspectiva del estado. También se le anticipaba la posibilidad de que su bebé llorase durante el examen, pero que ello proporcionaría una gran oportunidad para aprender acerca de su capacidad para autoconsolarse, de cuáles eran los estímulos que le perturbaban, de cuáles eran las maniobras necesarias para consolarlo, etc.

Fase 3. La NBAS se administraba siguiendo las normas planteadas en el manual (Brazelton y Nugent, 1997) y los pasos descritos por Nugent (1985). Sin embargo, aquí realizamos otra modificación al procedimiento de Wolke: se intentó que la madre



adoptase un papel más activo en el proceso, permitiéndole administrar algunos de los ítems. La razón de esta modificación reside en el hecho de que, como señalamos al revisar las investigaciones en este área, la participación activa de los padres en la aplicación de la NBAS parece ser más efectiva que la mera observación pasiva.

Como hemos dicho anteriormente, las respuestas de la madre a la MABS nos permitieron dirigir el diálogo durante la administración de la NBAS. Por ejemplo, si una madre percibía a su hijo como muy irritable, se focalizaba su atención en las medidas de contención y en las maniobras de consolación de la NBAS.

Fase 4. En esta fase se comentaba la información recogida a través de la MABS, de la NBAS y de la conversación con la madre, pero ahora con miras a lo que podía suceder en la vida cotidiana. La idea era contribuir, a partir de la información obtenida, a reducir el estrés de los padres y del niño considerando la utilización de medidas concretas que podían favorecer la organización de la conducta del bebé (por ejemplo, en el caso de un bebé irritable, limitar las fuentes de estimulación, establecer hábitos diarios, etc.).

Fase 5. Dado el contexto de investigación, la fase 5 tenía como objetivo acordar la fecha y lugar del próximo encuentro, que se llevaría a cabo dentro de un mes.

La duración de estas 5 fases (sin considerar la administración y puntuación de la MABS y de la NBAS en ausencia de la madre) era de media hora a 45 minutos, aproximadamente. La Figura 2 sintetiza la sesión de intervención.

En el caso del grupo control, los resultados de la administración de la NBAS eran explicados a la madre en términos generales, pero sin realizar la sesión de demostración. Se acordaba con ellas también la fecha y lugar de la próxima evaluación con la MABS.

Segunda evaluación: visita domiciliaria después de 1 mes

Una vez transcurrido un mes desde la primera evaluación, se hizo una visita domiciliaria a las madres con la finalidad de llevar a cabo una segunda valoración de sus percepciones con la MABS en ambos grupos.

5. Resultados

Para realizar el tratamiento estadístico de los datos, utilizamos el sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences), instalado en un PC. Para hacer las comparaciones entre los grupos se utilizaron pruebas no paramétricas, dado el tamaño reducido de la muestra.



Las comparaciones realizadas se pueden agrupar de la siguiente forma: a) Comparaciones entre los grupos experimental y control en las variables medidas a través de la NBAS y la MABS, en el contexto hospitalario (valoración de la similitud de los grupos); b) Comparación entre las puntuaciones MABS de cada grupo y las puntuaciones estándar; c) Comparación entre grupos experimental y control en las puntuaciones MABS obtenidas en la segunda administración (medición de la variable dependiente); y d) Comparación intra grupos entre las puntuaciones MABS recogidas en la Maternidad y las obtenidas en el seguimiento (valoración del cambio en las percepciones maternas a lo largo de un mes).

Resultados de la primera evaluación: Período postnatal inmediato

Las comparaciones realizadas entre los grupos experimental y control en las variables recogidas a través de la historia clínica (Tabla 1), la NBAS (Tabla 3) y la MABS en el contexto hospitalario (valoración de la similitud de los grupos) (Tabla 4) dan cuenta de que los grupos son similares, pero difieren levemente en algunas variables relativas al bebé, como son la regulación del estado, el peso, la longitud y la edad cronológica al momento de ser evaluado. En todas las medidas mencionadas, el grupo control muestra valores ligeramente superiores a los del grupo experimental. Si bien en el caso de la “regulación del estado” la diferencia no alcanza a ser significativa ($p = .084$), la tendremos en cuenta en el momento de discutir los resultados.

Cabe destacar que las puntuaciones MABS de cada grupo se sitúan dentro de lo esperado de acuerdo con los datos psicométricos y puntos de corte de las escalas madre-bebé (MABS-Neonatal, Wolke, 1997). En otras palabras, ninguna madre traspasa las franjas clínicas señaladas por los autores de las escalas (ver Tabla 2).

Resultados de la segunda evaluación: visita domiciliaria después de 1 mes

Los resultados de la segunda evaluación con la MABS se muestran en la Tabla 5. Según ellos, no existen diferencias significativas entre los grupos en las percepciones maternas después de transcurrido un mes desde el nacimiento de los bebés y una vez llevada a cabo la sesión de intervención en el grupo experimental.

Es importante señalar que las puntuaciones de la muestra en la segunda evaluación con la MABS se ajustan nuevamente a lo esperado de acuerdo a los datos psicométricos de las MABS-Neonatal (Wolke, 1997), exceptuando la subescala “Temperamento fácil”, que en el caso del grupo control (13.82) supera levemente a la puntuación estándar (7-13).

Finalmente, la comparación intra grupos, es decir, la valoración del cambio en las percepciones maternas después de un mes, arroja diferencias significativas para el



grupo experimental en las subescalas Alerta-interés e Inestable-irregular. Ello implica que las madres de este grupo perciben a su bebé de un mes como significativamente más alerta e inestable que cuando éste tenía sólo un par de días. El grupo control, en cambio, no muestra diferencias importantes entre las dos evaluaciones. Estos resultados se muestran en la Tabla 6.

6. Discusión

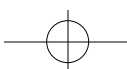
En primer lugar, hay que advertir que teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra, es evidente que los análisis estadísticos así como la validez de los resultados son muy limitados, por lo que hemos procurado ser muy cautos a la hora de interpretar y explicar los resultados.

En relación a las diferencias halladas en el peso y la longitud de los bebés entre los grupos, se puede pensar que son explicables por el problema antes mencionado, es decir, el pequeño tamaño de la muestra, ya que si éste hubiese sido mayor, las disimilitudes habrían quedado compensadas. El caso de la variable edad cronológica de los bebés es distinto, pues las diferencias derivan más bien de un problema práctico al que nos enfrentamos en la Maternidad. Para poder evaluar a los bebés del grupo experimental con la NBAS con anterioridad a la sesión de intervención y previamente a que les diesen el alta, fue necesario administrar la escala de Brazelton durante el segundo día de vida del niño y hacer la sesión con la madre en el tercero. En cambio, los bebés del grupo control podían ser evaluados tanto en el segundo como en el tercer día, lo cual derivó lamentablemente en una diferencia significativa en las horas de vida del niño al momento de la evaluación.

¿Cómo pueden haber afectado en los resultados estas diferencias entre los grupos? Es difícil de estimar. Sin embargo, y teniendo en cuenta los datos de la evaluación del comportamiento neonatal con la NBAS, podemos hipotetizar que el hecho de que los bebés del grupo control tuviesen mayor peso, longitud y horas de vida que los del grupo experimental, pudo influir en que mostrasen una mejor Regulación del estado al momento de ser evaluados con la escala de Brazelton.

A partir de ahí podemos decir que los resultados son coherentes con la literatura revisada en relación al tema. Como ya se ha mencionado, la efectividad de las intervenciones con la NBAS depende de muchos factores, entre ellos, el número de sesiones, la calidad de la relación entre los padres y el clínico, el tipo de familia, el riesgo del bebé, los objetivos que se planteen, etc. La consideración de estos factores nos ayudará a explicar el hecho de que en nuestro estudio las madres de los grupos control y experimental tuviesen percepciones similares cuando fueron evaluadas en el seguimiento.

Con respecto al número de sesiones, pensamos que una única sesión llevada a cabo





en el período postnatal inmediato fue insuficiente desde varias perspectivas, y que lo ideal hubiese sido contar con el tiempo y los recursos suficientes como para realizar varios encuentros durante el primer mes, tal como sugiere J. K. Nugent (1985). Este hecho se nos hizo patente ya desde las evaluaciones realizadas en la Maternidad. Cuando llevábamos a cabo la sesión con la NBAS y preguntábamos al final si había alguna pregunta o duda que quisieran compartir, notamos que, en general, no se les ocurría nada, y la respuesta solía ser “Cuando vayas a casa después de un mes, entonces sí estaremos llenos de dudas”, y de hecho así sucedió. Lo anterior confirma que es útil realizar varias sesiones de seguimiento que permitan al profesional dar apoyo a los padres en momentos en los que suelen tener muchas preguntas, y de esta forma, sacar mayor provecho de cada uno de los encuentros.

Por otra parte, y con respecto a la calidad de la relación entre los padres y el clínico, podemos decir que, si bien la relación con las familias del estudio fue muy buena y gratificante para las evaluadoras, quizás la profundidad no fue la necesaria para lograr un mayor impacto a través de la intervención. Ello se puede explicar, una vez más, por la falta de tiempo compartido.

En cuanto al tipo de familia, también ya se ha apuntado la posibilidad de que las intervenciones con la NBAS sean más efectivas cuando se llevan a cabo con muestras de alto riesgo (Das Eiden y Reifman, 1996), y de que sus efectos sean menos claros cuando la población es “normal” (Beeghly et.al., 1995). A partir de estos datos, podemos suponer que el hecho de haber trabajado con un grupo “sano”, es decir, madres absolutamente sanas y sin antecedentes patológicos, con puntuaciones en la MABS dentro de los valores estándar y bebés a término, pudo reducir los efectos de nuestra intervención. Es posible que con familias o niños de riesgo la intervención sea más eficaz.

Otro de los factores que puede ayudarnos a comprender los resultados encontrados es el considerar la visita domiciliaria y la evaluaciones realizadas como una intervención en sí. El mero hecho de explicar a los padres el resultado de la NBAS constituye una intervención, es decir que, a pesar de que sólo llevamos a cabo la sesión con la NBAS en el caso del grupo experimental, el grupo control recibió también algún tipo de atención: se les explicaron los resultados de los bebés en la NBAS en términos generales y se los visitó en sus casas. Es posible que existiera un efecto Hawthorn por el que la simple observación mejora los resultados en un 10-15%. En este sentido, nos llamó la atención que las madres del grupo control agradecieran explícitamente nuestro trabajo, cuando en realidad lo único que habíamos hecho era evaluar a su hijo y administrar la MABS. Probablemente habría que plantear un grupo control en el que sólo se realizara la entrevista final.

Si tenemos en cuenta lo que Stern (1997) ha denominado *Constelación maternal*, es



de esperar que el solo hecho de prestar atención y mostrar interés por el bebé y la madre tenga algún efecto, aunque éste sea leve, sobre todo si tenemos en cuenta que la madre se encuentra en un momento de particular disposición a escuchar y a hablar de todo lo que tenga que ver con su nueva experiencia. Lo anterior es coherente con los hallazgos de Brazelton y Cramer (1993): “Desde la aplicación de un breve test conductual a un recién nacido en presencia de los padres, hasta el más complejo y prolongado descubrimiento de los ‘fantasmas’ de la infancia, el acto de evaluar la conducta progenitor-hijo y de expresarla con palabras es un poderoso agente de cambio” (Brazelton y Cramer, 1993, pág 326).

En cuanto a los resultados encontrados en las comparaciones intra grupos, es importante destacar las diferencias halladas en el grupo experimental en las distintas evaluaciones con la MABS en las subescalas Alerta-interés e Inestable-irregular. Como veíamos anteriormente, las madres de este grupo perciben a su bebé de un mes como significativamente más alerta e inestable que cuando éste tenía sólo un par de días. En el caso de la subescala Alerta-interés, cabe plantearse dos posibles interpretaciones: en primer lugar, es de esperar que los estados de alerta aumenten en calidad y duración a medida que el bebé se desarrolla y que por lo tanto ello modifique las percepciones que la madre tiene de su hijo. El hecho de que la puntuación media de esta escala haya aumentado también en el grupo control (aunque no de manera significativa) apunta en esta misma dirección. Por otra parte, podemos hipotetizar que la sesión de intervención con la NBAS, especialmente la administración de los ítems de orientación, predispuso a las madres del grupo experimental a estar más atentas a los estados de alerta de su hijo, y que esto influyó en su forma de percibirlo como significativamente más alerta e interesado que en un comienzo.

En el caso de la subescala Inestable-irregular, nuestra interpretación está ligada a los resultados hallados en la NBAS en la Maternidad. Veíamos entonces que los bebés de los dos grupos eran similares en todos los subtests de la Escala de Brazelton, excepto en la Regulación del estado, en la que la puntuación del grupo control supera a la del grupo experimental (Tabla 3). Esta agrupación de ítems evalúa la habilidad del niño para regular su estado de cara al incremento de los niveles de estimulación. Si tenemos en cuenta que la subescala Inestable-irregular de la MABS valora la irritabilidad del bebé y su facilidad para calmarse (ya sea por sí mismo o a partir de las maniobras que realice la madre), podemos pensar que el hecho de que los bebés del grupo experimental mostraran una peor regulación del estado puede haber llevado a las madres a percibirlos como más inestables e irregulares. Al mismo tiempo, podemos aventurar que probablemente la demostración de las maniobras de consolación en el contexto de la intervención no tuvo un impacto suficiente como para compensar esta percepción. Por último, también es factible pensar que, gracias a la intervención con la Escala de Brazelton, las madres del grupo experimental estuvieron más atentas a las señales de irritabilidad de su hijo, desta-



cándolas en el momento de responder a la escala sobre percepciones maternas.

Finalmente, teniendo en cuenta lo señalado en el párrafo anterior, es necesario reflexionar acerca de lo que ocurre con las percepciones maternas y la interacción en el caso de poblaciones de riesgo, por ejemplo, en el caso de bebés temperamentamente “difíciles” o de bebés prematuros. Si en el grupo experimental vemos que con el paso del tiempo las madres perciben a su bebé como más inestable e irregular, a pesar de que se trata de madres y bebés “normales” y a pesar de haber llevado a cabo una sesión con la NBAS, ¿qué sucede cuando el bebé tiene dificultades importantes y los padres no cuentan con la ayuda de profesionales que puedan guiarles? La literatura revisada en un comienzo nos ayuda a responder a esta pregunta, destacando la importancia de las intervenciones tempranas como forma de prevenir a tiempo la cristalización de los problemas a nivel de la interacción y de fortalecer el vínculo padres-bebé.

7. Conclusiones

En el presente trabajo hemos evaluado el impacto de una intervención temprana puntual basada en la NBAS sobre las percepciones maternas, en una población normal. A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que la intervención que utilizamos no tuvo el suficiente impacto sobre dichas percepciones como para arrojar diferencias importantes entre los grupos experimental y control. Probablemente la falta de impacto se puede deber a la brevedad de la intervención, a la falta de profundidad en la relación padres-clínico y al hecho de que se trata de sujetos “normales” y no de una población de riesgo por patología materna o neonatal.

Si bien las comparaciones entre los grupos experimental y control dan cuenta de esta falta de impacto, las comparaciones intra-grupo experimental arrojan resultados más positivos, en el sentido de que posiblemente la intervención con la NBAS ejerció alguna influencia en el hecho de que las madres del grupo experimental percibiesen a su bebé como significativamente más alerta después de transcurrido un mes.

Finalmente, el hecho de que los cambios en el nivel de las representaciones o percepciones de la madre sean más difíciles de obtener que los cambios en el nivel comportamental, hace pensar que éstas están más arraigadas y para modificarlas se necesita una intervención de mayor intensidad.

Bibliografía

Ainsworth, M. D.; Blehar, M. C.; Waters, E. y Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Beeghly, M., Brazelton, T. B., Flannery, K. A., Nugent, J. K., Barret, D. E. y Tronick,



E. Z.(1995), "Specificity of Preventative Pediatric Intervention Effects in Early Infancy". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16 (3), 158-166.

Bowlby, J.(1986), *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid: Morata.

Brazelton, T. B. (1990), "Saving the bathwater". *Child Development*, 61, 1661-1671.
(1994) "Touchpoints: oportunities for preventing problems in the parent-child relationship". *Acta Pediátrica*, suppl 394, 35-39.

Brazelton, T. B. y Cramer, B. (1993), *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona: Paidós.

Brazelton, T. B. y Nugent, K. J. (1997), *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*, Barcelona: Paidós.

Brit, G. C., Myers, B. J. (1994), "The effects of Brazelton intervention: a review". *In -fant_Mental Health Journal*, 15, 278-292.

Cardone, Y. A. y Gilkerson, L. (1997), "Actividades neonatales administradas por la familia (FANA)", en Brazelton, T. B. y Nugent, K. J. *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*, Barcelona: Paidós. (pp 142-148).

Das Eiden, R. y Reifman, A. (1996), "Effects of Brazelton Demonstrations on Later Parenting: A Meta-Analysis". *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (6), 857-868.

Field, T. (1995), "Infants of depressed mothers". *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

Fonagy, P. (1998), "Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy". *In -fant_Mental Health Journal*, 19 (2), 124-150.

Gomes-Pedro, J.; Patrício, M.; Carvalho, A.; Goldschmidt, T.; Torgal-García, F. y Monteiro, M. B. (1995), "Early Intervention with Portuguese Mothers: A 2-Year Follow-up". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16 (1), 21-28.

Hart, S., Field, T. y Nearing, G.(1998) "Depressed Mothers' Neonates Improve Following the MABI and a Brazelton Demonstration". *Journal of Pediatric Psychology*, 23 (6), 351-356.

Hinde, R. (1997), "The interpenetration of biology and culture", Magnusson, D. (Ed.) *The lifespan development of individuals: Behavioral, neurobiological and psy -*



chosocial perspectives: A synthesis,. New York: Cambridge University Press (pp 359-375).

Lester, B. M. (1984) "Data analysis and prediction", Brazelton, T. B., *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, 2ª ed., Londres: Spastics International Medical Publications (pp 85-96).

Nugent, J. K. (1985) *Using the NBAS With Infants and Their Families. Guidelines for Intervention*, White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation.

Nugent, J. K.; Killough, J.; Wides, J.; Gonzales, J.; Olson, K.; Bruschiweiler-Stern, N.; Stern, D. y Brazelton, T. B. (2000), "The effects of the Clinical Newborn Behavioral Assessment Scale (CLNBAS) on maternal representations, on maternal depression and on the quality of the mother-child relationship: preliminary data". Trabajo presentado en la World Association for Infant Mental Health, 7º Congreso Internacional, Montreal, Canadá.

Stern, D.(1997), *La Constelación Maternal: La Psicoterapia en las Relaciones entre Padres e Hijos*, Barcelona: Paidós.

Tizón, J., "La observación terapéutica del niño junto a su madre". *Clínica y Análisis Grupal*, 13 (3), 417-442 (1991).

Wendland-Carro, J.; Piccinini, C. A. y Millar, S. (1999), "The Role of an Early Intervention on Enhancing the Quality of Mother-Infant Interaction". *Child Development*, 70 (3), 713-721.

Wolke, D. (1997), "Las percepciones de los padres utilizadas como guías de las sesiones clínicas con la NBAS", Brazelton, T. B. y Nugent, K. J. *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*, Barcelona: Paidós. (pp 149-158).

Wolke, D. y St. James-Roberts, I. (1986) "Maternal affective-cognitive processes in the perception of newborn difficulty", Kohnstamm, G. A. (comp.) *Temperament discussed: Temperament and development in infancy and childhood*, Lisse, Holanda: Swet & Zeitlinger (pp 27-34).

Recibido: 24 de septiembre de 2003

Versión Final: 4 de agosto de 2004



ANEXO
Figuras (1 y 2)
y
Tablas (1 a 6)

Figura 1
Procedimiento

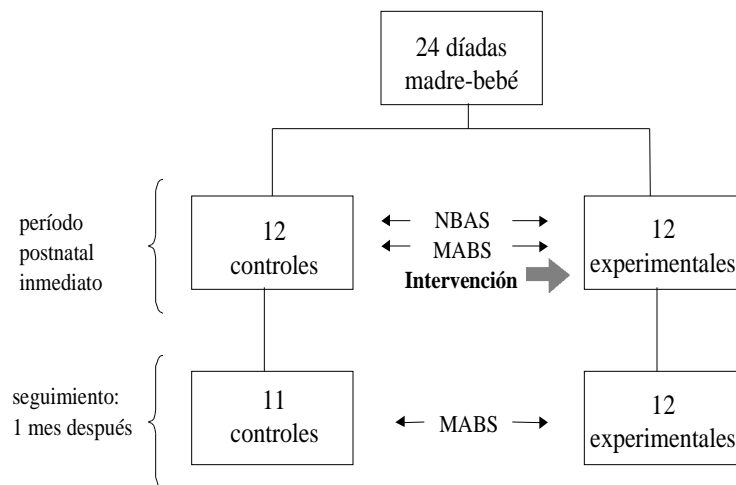
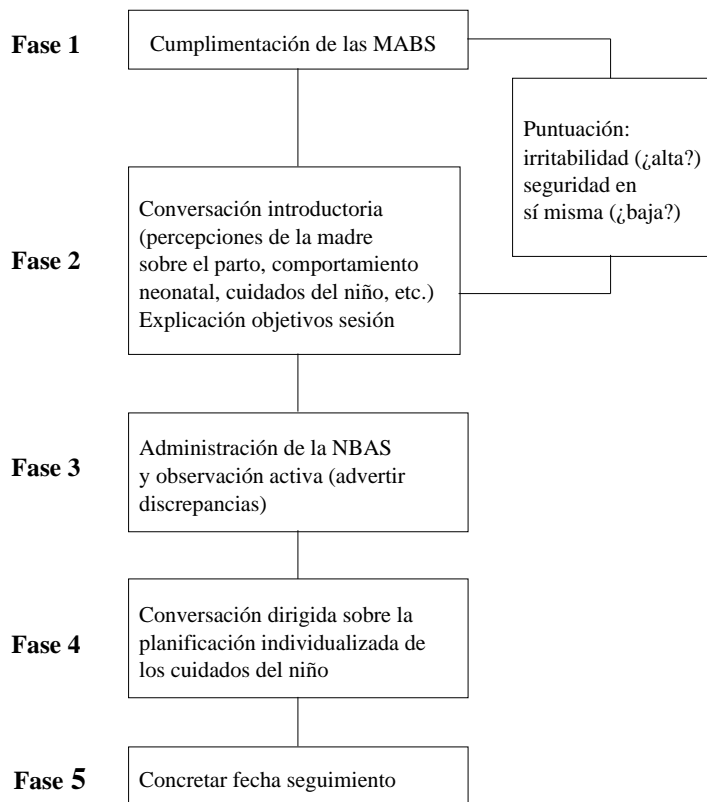




Figura 2

Sesión clínica utilizando la NBAS: estructuración en cinco fases (adaptado de Dieter Wolke, 1997)



**Tabla 1 Características Demográficas de la Muestra (n = 23)**

	Experimental (n = 12)	Control (n = 11)	Estadístico	(sig. bilateral)
Bebés				
Peso (gr.)				
Media	3197.50	3420.91	U = 33,50	0.045
DE	239.31	250.74		
Longitud (cm.)				
Media	49.37	50.9	U = 28,00	0.018
DE	1.44	1.42		
Perímetro craneal (cm.)				
Media	33.95	34.54	U = 45,50	0.198
DE	0.94	0.934		
Edad gestacional (semanas)				
Media	39.66	39.95	U = 57,50	0.600
DE	1.18	1.16		
Edad cronológica (hrs.)				
Media	46:03:00	60:20:00	U = 28,00	0.019
DE	2:15	4:14		
Apgar 1 minuto				
Media	9	8.45	U = 60,00	0.296
DE	0	1.81		
Apgar 5 minutos				
Media	10	9.91	U = 60,00	0.296
DE	0	0.30		
Sexo				
Femenino	5 (41,66%)	8 (72,72%)	X ² = 2,253	0.133
Masculino	7 (58,34%)	3 (27,28%)		
Raza				
Blanca	12 (100%)	10 (90,9%)	X ² = 1,140	0,478b
Negra	0 (0%)	1 (9,1%)		
Madres				
Edad (años)				
Media	27.92	31.64	U = 40,50	0.115
DE	4.01	6.47		
Tipo de parto				
Espontáneo	7 (58,3%)	5 (50,0%)	X ² = 2,674	0.445
Instrumental	3 (25,0%)	5 (50,0%)		
Cesárea electiva	1 (8,3%)	0		
Otras cesáreas	1 (8,3%)	0		
Posición social de la familia (SES) ^a				
1 Alto	3 (25,0%)	3 (27,3%)	X ² = 2,905	0.574
2	3 (25,0%)	4 (36,4%)		
3	2 (16,7%)	2 (18,2%)		
4	4 (33,3%)	1 (9,1%)		
5 Bajo	0	1 (9,1%)		
Situación conyugal				
Pareja estable	12 (100%)	11 (100%)		
Lugar de nacimiento				
España	11 (91,7%)	8 (72,7%)	X ² = 1,433	0,317b
Extranjero	1 (8,3%)	3 (27,3%)		

a = Hollingshead 4-factor index

b = Significación exacta de Fisher

**Tabla 2 Datos psicométricos y puntos de corte de las escalas madre-bebé (MABS-Neonatal)¹**

Subescalas ²	Media	DE	Fiabilidad ³	Franjas clínicas ⁴		
				> ó = - 1DE	Media	< ó =+ 1DE
NEONATO						
Inestable-irregular (15)	31.8	15.6	0.92	16	17 - 47	48
Alerta-capacidad de respuesta (9)	26.5	7.6	0.83	18	19 - 34	35
Temperamento fácil (3)	9.4	2.3	0.82	7	8 - 12	13
PADRES						
Falta de seguridad en los cuidados del bebé (13)	26.5	14.5	0.93	11	12 - 41	42
Nivel general de seguridad (3)	10.3	2.8	0.81	7	8 - 13	14

1 Extractado de Wolke, 1997, p. 153.

2 Entre paréntesis se indica el número de ítems que contiene cada escala.

3 Alfa de Cronbach.

4 Los números en negrita indican los puntos de corte o puntuaciones extremas (< o = / > o =) para la irritabilidad elevada, baja capacidad de respuesta o poca seguridad.

Tabla 3 Puntuaciones NBAS para los Grupos Experimental y Control

Subtest	Experimental (n = 12)		Control (n = 11)		U Test	(sig.bilateral)
	Media	DE	Media	DE		
Habitación	7.58	0.81	7.84	0.89	27.50	0.785
Orientación	4.14	0.92	4.02	1.27	56.50	0.558
Motricidad	5.53	1.01	5.57	0.55	63.50	0.877
Variabilidad de estados	3.68	0.73	3.68	0.56	65.50	0.975
Regulación del estado	5.90	1.15	6.77	0.91	38.00	0.084
Estabilidad del sistema nervioso autónomo	6.30	0.93	6.48	0.75	55.50	0.514
Ítems suplementarios	5.82	1.37	5.98	1.26	61.50	0.781
Reflejos	2.16	1.52	2.27	0.90	62.50	0.824

**Tabla 4 Puntuaciones MABS para los Grupos Experimental y Control: 1ª Evaluación**

Subescalas	Experimental (n = 12)		Control (n = 11)		U Test	(sig. bilateral)
	Media	DE	Media	DE		
Alerta-interés	25.33	6.29	26.45	7.90	62.00	0.805
Inestable-irregular	27.50	13.38	31.09	11.37	50.50	0.339
Falta de seguridad en el cuidado del bebé	16.58	10.41	23.27	9.83	41.00	0.123
Temperamento fácil	13.25	4.58	14.09	4.06	55.00	0.494
Nivel general de seguridad	13.67	4.87	13.55	3.08	56.50	0.555

Tabla 5 Puntuaciones MABS para los Grupos Experimental y Control: 2ª Evaluación

Subescalas	Experimental (n = 12)		Control (n = 11)		U Test	(sig. bilateral)
	Media	DE	Media	DE		
Días transcurridos entre evaluaciones	28.83	1.11	28.55	1.63	64.50	0.922
Alerta-interés	28.83	5.08	29.27	5.48	63.50	0.877
Inestable-irregular	34.83	11.88	31.55	11.94	57.00	0.579
Falta de seguridad en el cuidado del bebé	19.36	8.70	20.09	9.04	60.00	0.711
Temperamento fácil	12.42	3.37	13.82	3.09	49.00	0.292
Nivel general de seguridad	12.75	3.36	13.18	2.89	61.50	0.779


Tabla 6 Comparación Puntuaciones MABS Intra Grupos: 1ª y 2ª Evaluación

Subescalas MABS	Condición experimental			
	Experimental		Control	
	Z	p (sig. bilateral)	Z	p (sig. bilateral)
AI - AI seguimiento	-2.003	0.045	-1.531	0.126
II - II seguimiento	-2.708	0.007	0.000	1.000
FSCB - FSCB seguimiento	-1.098	0.272	-1.423	0.155
TF - TF seguimiento	-0.819	0.413	-0.416	0.677
NGS - NGS seguimiento	-0.848	0.397	-0.769	0.442

^a MABS = Mother and Baby Scales; AI = Alerta-interés; II = Inestable-irregular; FSCB = Falta de seguridad en el cuidado del bebé; TF = Temperamento fácil; NGS = Nivel general de seguridad.