



**EFICACIA DE UNA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA
PARA FOMENTAR EL
MÉTODO MADRE CANGURO
EN EL CÓLICO DEL LACTANTE**

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**AUTORA: CANDELARIA JACQUELINE
NAVARRO CABRERA**

**TUTORA ACADÉMICA: ELENA MARÍA
ORTEGA BARREDA**

**GRADO EN ENFERMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud:
Sección Enfermería y Fisioterapia
SEDE LA PALMA**

MAYO 2017

Resumen

El cólico lactante es un problema frecuente que afecta entre el 15 y 40% de los niños menores de cuatro meses. A pesar de los estudios realizados en busca de su etiología y tratamiento no hay certeza al respecto. El método-madre canguro ha demostrado ser eficaz en el alivio del cólico del lactante. A pesar de la demanda de consultas sobre este problema de salud existe una carencia de información de los padres sobre este método eficaz y de bajo costo. Por ello, este estudio tiene por objeto valorar la eficacia de una intervención educativa dirigidas a fomentar el método madre-canguro como una alternativa en el alivio del dolor cólico. Se trata de un estudio analítico experimental y la población a estudio quedará constituida por las gestantes que acuden a la consulta de la matrona del área de salud de La Palma.

Palabras claves

Cólico, lactante, método, canguro, método madre canguro, madre

Abstract

The infant colic is a prevalent problem that affects between 15 and 40% of children under four months. Despite the studies conducted in search of etiology and treatment there is no certainty about it. The kangaroo mother care method has been shown to be effective in relieving infant colic. Despite the demand for consultations on this health problem there is a lack of information from parents about this effective and low-cost method. Therefore, this study aims to evaluate the effectiveness of an educational intervention aimed at promoting the kangaroo mother care method as an alternative in the relief of colic pain. This is an experimental analytical study and the population of a study will be constituted by the pregnant women who come to the midwife's consultation of the health area of La Palma.

Keywords

Colic, infant, method, kangaroo, kangaroo mother care method, mother

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 El cólico lactante (CL)	2
2.1.1 Los factores asociados al cólico lactante.....	3
2.1.1.1 Reflujo gastroesofágico	3
2.1.1.2 Problemas con la alimentación y durante ella	4
2.1.1.3 Sobrecarga funcional de lactosa.....	4
2.1.1.4 Alergia alimentaria	4
2.1.1.5 Infección	4
2.1.1.6 Intolerancia transitoria a la lactosa	5
2.1.1.7 Migraña.....	5
2.2 El método madre canguro (MMC).....	5
2.2.1 Manejo del CPP.....	8
2.2.2 El cuidado MMC.....	8
2.2.3 Tipos de MMC.....	8
2.2.4 Posición.....	9
2.3 Apego	10
3. ANTECEDENTES	12
4. JUSTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	14
5. HIPÓTESIS	15
6. OBJETIVOS	15
7. METODOLOGÍA	16
8. POBLACIÓN Y MUESTRA	18
8.1 Criterios de inclusión	18
8.2 Criterios de exclusión	18
9. MEDICIÓN DE VARIABLES	18
10. INTERVENCIÓN EDUCATIVA	19
11. RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
13. CRONOGRAMA	20
14. PRESUPUESTO	21
15. BIBLIOGRAFÍA	22

1. INTRODUCCIÓN

El cólico lactante (CL) es un problema frecuente en la consulta pediátrica. Afecta entre el 15 y el 40% de los niños menores de cuatro meses, independientemente del tipo de lactancia que reciban. A pesar de ser de resolución espontánea, antes de los cuatro meses de vida, ocasiona mucha ansiedad en los padres y cuidadores. Afecta a niños de todos los estratos socioeconómicos, sin evidencia de historia familiar ni diferencia de prevalencia entre los sexos. ¹

No se ha logrado establecer una etiología clara que explique el cólico del lactante. Se han encontrado múltiples asociaciones, entre las cuales se incluyen: inmadurez del sistema digestivo o nervioso, tipo de alimentación, alteraciones en la microbiota intestinal, alergia a las proteínas de la leche de vaca, estado mental o psicológico, hábitos y número de embarazos de la madre. De acuerdo con estas posibles causas, a pesar de los múltiples estudios en busca de su etiología y tratamiento, no existe claridad al respecto. Se han planteado múltiples alternativas, encontrándose buenos resultados al ser tenidas en cuenta. Sin embargo, la etiología no es la misma en todos los casos, por lo cual se obtienen diversos resultados con los diferentes tratamientos estudiados hasta el momento. ¹

Una opción de tratamiento, según la literatura consultada, es el método madre-canguro (MMC) o contacto físico directo entre madre e hijo. La madre es la que biológicamente está diseñada para transportar al bebé intraútero y la figura ideal para asegurar un “continuum” con el recién nacido, proporcionándole alimento, movilidad, contacto, seguridad, protección y posibilidad para autorregularse. Se establece por lo tanto una relación simbiótica madre-hijo. Podemos decir que el contacto es una necesidad primaria del ser humano, así como el afecto, las caricias, el reconocimiento y el respeto por la propia individualidad. Estas necesidades no deben ser negadas porque podrían producir sufrimiento y alteraciones del carácter. ²

En ocasiones se confunde la sobreprotección (que impide la autonomía) y la actitud maternal amorosa. Dar y recibir amor no malcría, es el motor de la vida y es necesario para una sólida y sana autoestima. Cuanto más se satisfacen las necesidades de dependencia de nuestros hijos los primeros años, con más consistencia se producirá la seguridad interna que les permita acceder a una verdadera autonomía y autoestima

saludable. “Consideramos esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tenga la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre o sustituto materno, en la que ambos alcancen satisfacción y goce”.³

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El cólico lactante (CL)

El término “**cólico**” puede resultar ambiguo y desactualizado. Usualmente, se describe como un “comportamiento caracterizado por un llanto paroxístico y excesivo”. Deriva de la palabra griega *kolikos* o *kolon*, que sugiere que el origen del problema se encuentra en el tracto digestivo. Es más probable que ocurra por las tardes y sin una causa identificable. Los episodios de “cólicos” acontecen entre las 2 semanas y los 4 meses de vida, y son difíciles de consolar. Se trata de un problema aún no bien definido y difícil de abordar desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Esto se debe, en parte, a que el llanto suele ser el único síntoma de presentación, y este como tal no puede ser menos específico.⁴

La definición más empleada de “**cólico**” es la acuñada por Wessel y cols, y se sustenta en la cuantificación del llanto.⁴ Wessel, clásicamente, lo definió como la “regla del tres”: llanto que dura más de tres horas al día, más de tres días a la semana y que persiste más de tres semanas.⁵

Por ellos se define como aquellos episodios de llanto intenso y vigoroso. Puede acompañarse flatulencia, inquietud, irritabilidad o signos de dolor, y no tiene una causa identificable.¹

Los criterios de Roma III para trastornos gastrointestinales funcionales definen el CL así: lactantes de menos de cuatro meses de edad que presentan paroxismos de irritabilidad, nerviosismo o llanto, que se inician sin causa aparente, que duran tres horas o más al día por lo menos tres días a la semana por un periodo de al menos una semana con desarrollo ponderoestatural normal. El llanto del lactante debe cumplir cuatro criterios:

- Paroxístico: Cada episodio de “cólico” tiene un principio y un final claro y sin relación con lo que el niño estaba haciendo previamente.

- Cualitativamente diferente del llanto normal: Suele ser un llanto más intenso y con tono más alto.
- Hipertonía: Se produce una contracción tónica generalizada en salvas.
- Inconsolable: El lactante es imposible de consolar. ⁵

En los últimos años, científicos y profesionales del área de la salud han intentado descifrar los factores etiológicos. Al parecer esta patología afecta a un porcentaje no despreciable de la población infantil, con una incidencia reportada en diferentes estudios de 5% a 30% y menos del 5% de estos infantes tienen explicación médica para su condición. Esta entidad afecta a todos los estratos socioeconómicos, sin evidencia de historia familiar ni diferencia de prevalencia entre sexos. ⁶

Aunque la tendencia se orienta a buscar causas gastrointestinales, se han encontrado posibles asociaciones que incluyen desde el tipo de alimentación del lactante, hasta el estado mental, psicológico, hábitos y paridad de la madre. Estos factores siguen en duda debido a la falta de estudios conclusivos acerca del tema y a la variación en los patrones de crianza entre las diferentes culturas. ⁶

2.1.1 Los factores asociados al cólico lactante

En la actualidad, los factores asociados al cólico lactante se pueden clasificar en gastrointestinales y no gastrointestinales. ⁷

FACTORES GASTROINTESTINALES(GI)	FACTORES NO GASTROINTESTINALES (GI)
ALTERACIÓN EN HORMONAS GI	DEPRESIÓN/ANSIEDAD MATERNA
INTOLERANCIA A LA LACTOSA	FACTORES PSICOSOCIALES DE LA MADRE
MICROFLORA INTESTINAL	TABAQUISMO MATERNO
HIPERSENSIBILIDAD A LA ALIMENTACIÓN	PESO AL NACER
REFLUJO GASTROESOFÁGICO	INTERACCIÓN PADRE-INFANTES
DISMOTILIDAD	

2.1.1.1 Reflujo gastroesofágico

Muchos padres y profesionales sanitarios siguen considerando que los problemas de llanto e irritabilidad son causados por “reflujo” y a su vez que el “cólico” siempre es causado por un dolor de origen digestivo. Sin embargo, existen dos consensos

internacionales integrados por comités de expertos los cuales ambos coinciden en que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ácido péptica no es causa de llanto e irritabilidad en los primeros meses de vida. ⁸ Por lo tanto, se puede tranquilizar a los padres al explicarles que, debido al efecto “buffer” (del inglés, “neutralizante”) de la leche, el material que refluye tiene una acidez neutra durante dos horas después de cada comida y que, por ello, no es causa de esofagitis ni malestar en el bebé de esta edad. ⁹

2.1.1.2 Problemas con la alimentación y durante ella

Las dificultades que presenta la lactancia materna (como problemas de acople y posicionamiento) entre la madre y el hijo podrían colocar a los bebés susceptibles en riesgo de afianzar conductas de aversión hacia los alimentos además del llanto y la irritabilidad. Por ello existe un vínculo importante entre las dificultades alimentarias y el llanto excesivo. ¹⁰

2.1.1.3 Sobrecarga funcional de lactosa

Cuanto más tiempo se alargue la toma la proporción de lípidos se incrementa. Esta leche es más cremosa, enlenteciendo el tiempo de tránsito intestinal del bebé y a su vez estimulando la hormona colecistoquinina para provocar saciedad. La sobrecarga funcional de lactosa ocurre cuando las mamadas no contienen suficiente grasa, lo que resulta en un tránsito intestinal rápido. Un ensayo clínico aleatorizado de 302 pares de madres e hijos, que comparó diferentes técnicas de amamantamiento, encontró también que la sobrecarga funcional de lactosa estaba significativamente asociada con el llanto de los bebés. ¹¹

2.1.1.4 Alergia alimentaria

La alergia más frecuente en la edad pediátrica y al parecer unos de los principales contribuyentes al llanto e irritabilidad en los primeros meses de vida es la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV). ¹² Afecta, por lo menos, a un 2% de los lactantes. Lothe y Lindberg, y luego Iacono y Hill, fueron los primeros en demostrar una alta prevalencia de “cólicos” en lactantes con APLV. ¹³¹⁴

2.1.1.5 Infección

En un lactante intranquilo e irritable, debe descartarse una infección. La meningitis y la otitis media aguda representan, por sus implicancias, los primeros diagnósticos para descartar. ⁴

2.1.1.6 Intolerancia transitoria a la lactosa (insuficiencia ontogénica de lactasa)

Otra de las posibles causas estudiadas de cólicos en los primeros meses de vida ha sido a intolerancia transitoria a la lactosa. En 1998 y 2001, Kearney y cols. y Kanabar y cols., respectivamente, demostraron que el llanto problemático de los primeros meses de vida podía deberse, en un significativo número de los casos, a una deficiencia de lactasa relativa y transitoria, que podría reflejar la inmadurez del tracto digestivo. ¹⁵

2.1.1.7 Migraña

El cólico se ha relacionado siempre con una una afección proveniente del aparato digestivo, sin embargo, un reciente metaanálisis reveló que el cólico podría tratarse de una forma de cefalea migrañosa. El análisis incluyó 3 estudios con un total de 891 pacientes. Uno de esos estudios indicó que existía mayor probabilidad de cólicos en lactantes cuyas madres padecían cefalea migrañosa. Los otros dos indicaron que los lactantes con cólicos eran más propensos a experimentar migraña en la niñez y la adolescencia. ¹⁶

2.2 El método madre canguro (MMC)

El MMC surge como un sistema de cuidados del niño prematuro o de bajo peso al nacer, está estandarizado, protocolizado y basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre. Este método busca empoderar a la madre, padre y/o cuidadores y transferirles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser cuidadores primarios de su hijo, capaces de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales del niño. ¹⁷

Los primeros en presentar este método fueron los doctores Rey y Martínez en Bogotá, Colombia. En el año 1978, las demandas de medios que requerían los niños prematuros nacidos en el Instituto Materno Infantil de Bogotá (Colombia) eran muy superiores a los recursos disponibles. Este hecho llevaba incluso a hacinar a varios bebés en una misma incubadora, propiciando de esta forma la propagación de enfermedades. El doctor Edgar Rey Sanabria, desbordado ante esta problemática, recurrió al método utilizado por los marsupiales para cuidar de sus crías y lo empleó en

neonatos pretérminos estables y correctamente adaptados a la vida extrauterina, sustituyendo de esta manera el cuidado proporcionado mediante incubadora por el que le proporciona el cuerpo de la propia madre. Además, en caso de indisponibilidad de la madre, el padre u otro familiar podrían participar para suplir su lugar. De esta forma surgió el Método de la Madre Canguro. A partir de este momento el Dr. Rey Sanabria junto al Dr. Héctor Martínez Gómez y el Dr. Luis Navarrete Pérez comenzaron a desarrollar este método.¹⁸

Desde finales de la década de los 80, han surgido diferentes movimientos que piden un regreso a lo natural, al contacto temprano y continuado de la madre y su hijo tras el parto. Así organizaciones como la OMS y Unicef han promovido diferentes intervenciones como la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN) que pretende divulgar las bondades de una asistencia del neonato y del bebé prematuro mucho menos tecnológica y menos aislada de su entorno familiar. Bajo las denominaciones “Madre Canguro”, “Cuidado Canguro”, “Método de la Madre Canguro”, “Programa Madre Canguro”, “Técnica Canguro” o “Contacto Piel con Piel” (CPP), usado de forma muy habitual en la literatura científica anglosajona, se encuentran agrupadas distintas intervenciones muy heterogéneas dirigidas inicialmente al bebé prematuro o de bajo peso al nacer.¹⁹

El uso en la literatura científica y en la jerga de los profesionales de salud, de los términos programa, intervención, y método es impreciso, lo que genera algún grado de confusión. Se han adoptado las siguientes definiciones de términos:

El Programa Madre Canguro es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención madre canguro, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.

La intervención (Intervención Madre Canguro) consiste en una serie de componentes que se aplican de una forma organizada y sistemática, siguiendo un método: el método madre canguro.²⁰

Con el paso de los años y a la vista de los beneficios que el MMC parecía tener, fueron muchos los profesionales que fueron contribuyendo a aplicar, difundir y mejorar el método. Con la creación en el año 1994 de la Fundación Canguro, organización sin ánimo de lucro, se realizan las primeras guías con recomendaciones acerca de la

postura adecuada, el momento óptimo de instauración e información relevante acerca de los beneficios observados tras su aplicación. Desde la creación del método, éste ha ido implantando cada vez con más frecuencia en las maternidades de muchos países, sobre todo en las de aquellos que no cuentan con los recursos materiales (principalmente incubadoras) ni personales necesarios. Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora. ²¹ Se ha puesto de manifiesto que el MMC repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. ²²

El método se basa en tres pilares fundamentales. En primer lugar, está el contacto piel con piel de manera precoz en posición canguro (si es posible desde el momento del nacimiento), que favorece la instauración del segundo pilar, la lactancia materna preferentemente exclusiva. La suma de los dos anteriores termina desembocando en el tercero de los pilares canguro que es el alta domiciliaria temprana. En cuanto a la manera de llevarlo a cabo, la postura canguro es aquella en la que el recién nacido se encuentra en posición vertical, apoyado sobre el pecho de su madre en contacto directo con su piel. En un supuesto ideal, la puesta en práctica del método debe ser “continua, prolongada y duradera”. Si no puede llevarse a cabo de manera continuada, las sesiones deberán ser lo más largas posible, con una duración no inferior a 60 minutos, para evitar estresar al niño con cambios constantes. Es común, no obstante que, en algunas unidades de cuidado neonatal, el MMC sólo se practique durante unas dos horas al día. ²³

La finalidad de la postura del MMC es proporcionar de forma continua una fuente de calor (el de la madre) al niño, manteniendo además la vía aérea permeable. Además, el contacto con su madre estimula al bebé y favorece el comienzo de la lactancia materna. Esto propicia la ganancia de peso, lo que resulta positivo para reducir la morbilidad de estos bebés. Una vez que se consiga la adaptación a la lactancia materna y la capacidad para la auto-termorregulación eficaz del neonato se le podrá dar el alta hospitalaria y continuar con las atenciones médicas del prematuro de manera ambulatoria en el domicilio. Todo esto viene a suponer un importante descenso de los gastos al disminuir el uso de incubadoras y al poder sustituir los cuidados hospitalarios por ambulatorios, mucho menos costosos. En principio cualquier bebé es candidato para ser objeto de los cuidados canguro, a excepción de aquellos cuyo estado de salud sea tan delicado que la realización del método puede empeorarlo o poner en peligro su vida. Para que el MMC

pueda llevarse a cabo de manera exitosa, influyen también diversos factores maternos. Estos factores pasan desde la voluntad y el estado de salud de la propia madre, hasta otros relacionados con su entorno, como la disponibilidad y el apoyo de su familia para realizar el MMC.²⁴

El MMC no se debe confundir con el Contacto Piel con Piel (CPP), que la Organización Mundial De la Salud recomienda inmediatamente después del parto para que cada bebé como parte de la rutina del cuidado para garantizar que todos preserven el calor en las dos primeras horas de vida, y durante la remisión y transporte enfermos.²⁵

2.2.1 Manejo del CPP

Es recomendado para todos los recién nacidos inmediatamente después de nacer para mantener su temperatura. Es un método también recomendado para trasladar a recién nacido enfermo a un establecimiento de salud.

2.2.2 El cuidado MMC

Es el contacto temprano, prolongado y continuo piel a piel con la madre y/o sustituto y el recién nacido, en el hospital o en el hogar después del alta temprana con el apoyo de la posición, alimentación (idealmente lactancia exclusiva) prevención y manejo de infecciones y dificultad respiratoria.

El MMC también se constituye en una alternativa efectiva y factible para brindar al recién nacido las necesidades básicas de: calor, lactancia, protección de infección, seguridad y amor. No necesita de tecnología sofisticada y permite a la madre llevarse a su RN a la casa para continuar el tratamiento. Se ha puesto de manifiesto que el MMC repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. Si bien el Método Canguro se desarrolló pensando en su aplicación por la madre, el mismo también puede ser practicado por el padre o cualquier familiar o persona que esté motivada y dispuesta a participar en el cuidado del recién nacido.

2.2.3 Tipos de MMC

Método Madre-Canguro Intermitente. Fase de entrenamiento: Es cuando se utiliza en determinados momentos del día. La madre está en casa o en el hospital y va

a la Unidad neonatal del hospital en momentos determinados del día. Cuando la madre está ausente de esta Unidad, el recién nacido permanece en incubadora y su cuidado está a cargo del personal de salud del hospital. Este tipo de cuidado se usa en recién nacidos de bajo peso o que estén enfermos, o cuyas madres no pueden practicar el cuidado continuo, por ejemplo, madres en recuperación de operación cesárea.

Método Madre-Canguro Continuo. Es cuando se practica las 24 horas del día, aunque a veces se puede interrumpir por períodos cortos, por ejemplo, cuando la mamá tiene que bañarse o ir al baño. Este tipo de cuidado necesita del apoyo de la familia cercana, cuando la madre necesita descansar puede alternar con algún miembro de la familia. Se inicia en el servicio de salud en una Unidad especial y se continúa de forma ambulatoria en el hogar, bajo el seguimiento del personal de salud de primer nivel de atención más cercano a su domicilio.

Método Canguro Ambulatorio. Es cuando se aplica fuera del establecimiento hospitalario porque el recién nacido se alimenta bien y tiene un aumento de peso sosteniblemente. La madre y la familia demuestran competencias para el cuidado del recién nacido.

2.2.4. Posición

Es importante que el recién nacido esté 24 horas en posición vertical de rana que consiste en:

- ✚ Poner el cuerpo del RN entre los pechos de la madre o la persona que practique el método, en contacto directo de piel a piel.
- ✚ Acomodar la mejilla del RN contra el pecho de la madre.
- ✚ Poner sus piernas y brazos abiertos en posición de rana.
- ✚ Debe estar en posición vertical cuando la madre está sentada o caminando.
- ✚ Hay que verificar la posición de la cabeza para ver que las vías aéreas se encuentren libres y permeables.

Una vez acomodado el recién nacido, se recomienda utilizar una banda o faja elástica para asegurar que la madre sostiene muy bien al recién nacido y pueda descansar tranquila con la seguridad de no dejarlo caer. De esta forma tanto el RN como la madre estarán cómodos y sobre todo seguros. Como una segunda alternativa está el uso de una camiseta que tenga un escote adecuado para que no cubra la cara del recién nacido y se asegura con un cinturón o faja. La camiseta no debe estar muy ajustada ya que debe dejar espacio para que el recién nacido respire normalmente. Tampoco debe estar muy suelta porque el recién nacido puede resbalar y caer.

Cuando la madre quiera dormir debe acomodarse con almohadas en posición semisentada, para permitir que el RN mantenga su posición y ambos estén confortables o permitir que el padre u otro familiar apoye a la madre para el cuidado del recién nacido. Algunas comunidades (sobre todo conservadoras) se preocupan²⁶ porque las madres exponen su pecho. Se han buscado soluciones locales para este problema, por ejemplo, en el norte de Nigeria se desarrolló una faja de tela para que las madres se cubran el pecho.²⁵

2.3 Apego

El apego, fue descrito por el Dr. John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista de niños, y se puede definir como una relación cálida e íntima que se establece entre el bebé y su madre que cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y en última instancia la replicación de la especie. Posteriormente describe el apego como aquella conducta, basada en la necesidad que presenta el niño en la ausencia del cuidador y la satisfacción de la necesidad cuando este aparece.²⁷ La figura de apego de preferencia es la madre, cuando se desarrolla una figura de apego favorable, esta relación le brinda al niño una sensación de satisfacción de las necesidades psíquicas y físicas y se desarrolla un sentimiento de seguridad, a la inversa cuando la relación de apego es desfavorable el niño sentirá una sensación de inseguridad y miedo.²⁸ El estilo de apego desarrollado en especial durante los primeros vínculos perdura durante toda la vida.²⁹ Un estudio afirma que los recién nacidos que están en una cuna durante la primera hora después del parto, lloran diez veces más que los que están en brazos de su madre.³⁰ Según palabras textuales de la OMS: “Cuando un bebé llora entre un amamantamiento y el otro, el motivo no acostumbra ser el hambre, es una llamada de atención para recibir mejores cuidados y más mimos. En definitiva, “pide que lo tengan en brazos más a menudo”. El llanto de nada serviría si la madre no estuviera genéticamente preparada para responder a él.³⁰

El Dr. John Bowlby, recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental del niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continúa entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría. La teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980, describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño, rescatando en la base de sus principios conceptos inherentes a la etología y al psicoanálisis. ³¹

Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense, identificó tres tipos de apego: apego seguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-ambivalente, considerados “patrones de apego” que relacionan la conducta de la madre y las respuestas del niño.³² En la década de los 80, Mary Main, psicóloga estadounidense, añadió un cuarto tipo de apego: desorganizado/desorientado. ³³ Estos cuatro tipos de apego y sus características se señalan a continuación:

Apego seguro describe a sujetos que son capaces de reconocer sus estados de necesidad, pudiendo recurrir en búsqueda de apoyo; su modelo mental internalizado es positivo tanto respecto a sí mismo como de los demás. ²⁸

Apego inseguro-evitativo, describe a sujetos a los cuales se les dificulta reconocimiento de la angustia o incomodidad, por tanto, no busca ser consolado; su modelo mental implica una percepción de las otras negativas, en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, y una percepción también negativa de sí mismo, como alguien que no merece ser cuidado. ³⁴

Apego inseguro-ambivalente: son sujetos con un modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, manifestando una respuesta emocional hipersensible y expresiones intensificadas de angustia. Así, existiría una tendencia a buscar cuidado y afecto de la figura de apego, al mismo tiempo que sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados. ²⁹

Apego desorganizado/desorientado: representa a aquellos individuos que muestran un colapso de las estrategias de apego, tal vez no resulte ser ni siquiera una forma de apego, es el resultado de la incapacidad de regular las emociones vinculadas al apego con las estrategias habituales, es aquí donde aparece la desorganización. ³³

Por otro lado, la teoría de la alostasis de Bruce McEwen describe la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad.³⁵ Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria por lo que, para él, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado. A corto plazo, estos procesos son esenciales para la adaptación, mantenimiento del homeostasis, y supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más largos, exigen un costo (la carga alostática) que puede acelerar los procesos de enfermedad. En un recién nacido cuando nace y se separa de su hábitat sufre este proceso adaptativo con su consiguiente carga alostática.³⁶

3. ANTECEDENTES

Los estudios analizados muestran la relación existente entre el método madre-canguro y el cólico lactante. Treem ha considerado que “muchos lactantes se calman cuando sus padres cambian la forma de responder al llanto”.³⁷ En esta consideración del cólico como consecuencia de la interacción de los padres y el hijo (modelo interactivo) se sitúan los trabajos de Taubman. Este pediatra trató de comparar dos hipótesis atendiendo niños en su consulta:

- El llanto en los lactantes sanos carece de finalidad y es inevitable. En este caso el llanto continuado podría ser el resultado de la sobreestimulación producida por los intentos inútiles de los padres por calmar el llanto. El tratamiento consistiría entonces en dejar que el niño llorase.
- Los lactantes sanos lloran para comunicar su deseo y continúan llorando si éste no es satisfecho. El llanto continuo podría deberse a que los padres, inadvertidamente, no responden a las necesidades del niño. El tratamiento debería por tanto consistir en la ayuda a los padres para que desarrollasen respuestas más apropiadas.³⁸

Ninguno de los lactantes con cólico incluidos en este estudio tenía antecedentes de vómitos o diarrea. Para obtener los datos sobre la conducta de los lactantes se utilizaron registros diarios del tiempo del llanto. En el primer grupo no se observaron cambios significativos en la duración del llanto mientras que en el grupo segundo éste disminuyó

en un 70%. Explica el autor como, aunque hubiese sido preferible disponer de mayor número de lactantes en el primer grupo, los paupérrimos resultados obtenidos en los primeros 6 niños le convencieron de que no podía persistir en este enfoque. Por otra parte, observó en el segundo grupo que cuanto más acusado fue el llanto más impresionante resultó la mejoría. Concluye que la interacción padres-hijo es un factor en el cólico y que modificando ésta el cólico puede ser tratado. Puntualiza que en este estudio no se intentó efectuar valoración psicológica alguna de los padres de los lactantes con cólico.³⁸ Taubman también demostró que responder al llanto con masajes suaves, o evitar la sobreestimulación, el uso de la chupa y tomar al lactante en brazos, reducía la duración del llanto a las dos semanas de adoptadas dichas medidas. La asesoría a los padres puede llegar a ser más eficaz en reducir el llanto, que la sustitución de la fórmula estándar por otras de soja o por leche extensamente hidrolizada.³⁹

A lo largo de varios estudios consecutivos, Cong y cols demostraron que el método canguro es eficaz para disminuir la sensación dolorosa y mejorar las respuestas bioconductuales.⁴⁰ Numerosos estudios apoyan los efectos analgésicos de esta posición, como el de Freire y cols.⁴¹ Christensson y cols. concluyen que el lugar más adecuado para los recién nacidos sanos durante sus primeros 90 minutos de vida es el de íntimo contacto con sus madres. Los autores hacen después algunas consideraciones acerca del parecido de este llanto con la “llamada de angustia de separación” presente en muchos mamíferos recién nacidos que se inhibe al reunirse con su madre a lo que llaman “respuesta de confort”; en definitiva, este llanto provoca una actividad materna de recuperación de la cría y tendría por tanto gran importancia en la supervivencia.⁴²

Hay estudios que afirman que responder al llanto del bebé no solo no lo malcría, sino que se ha observado que si se hace de forma precoz y se le tiene en brazos frecuentemente el bebé acaba llorando menos y aprendiendo a regularse antes.⁴³ Otros estudios recientes indican que el grupo de cuidado canguro tenía 3,5 horas /días llorando y después de la intervención, disminuyó a 1,7 h / días, la diferencia fue significativa ($P < 0,05$). Sin embargo, no hubo diferencias en la duración de la alimentación entre 2 grupos ($P = 0,2$). Los comportamientos despiertos y de contenido (comportamiento normal) aumentaron significativamente en el grupo que utilizaron el método madre-canguro ($P = 0,001$). La duración del sueño aumentó significativamente en el grupo que utilizaron el método madre-canguro ($P = 0,02$). Es decir, este método puede usarse como un método simple y seguro para el tratamiento de niños con cólicos.

Un estudio parecido también afirma que el método madre-canguro podría ser practicado en casa como un método simple y seguro de disminuir el tiempo de agitación y llanto. ⁴⁴

El MMC aporta un amplio abanico de beneficios psicológicos como un aumento de sentimientos de solidaridad y de apego con el bebé. ⁴⁵ Fomentar la participación activa de la familia relaja a los padres, reduce los sentimientos de culpabilidad y preocupación y mejora el vínculo madre-hijo. ⁴⁶

Sólo se ha encontrado un estudio del año 2000, que cuestiona la efectividad del método canguro como método de alivio del cólico lactante. El estudio consistía en examinar la efectividad de una intervención en la que se aumentaba el tiempo que se tenía al lactante en brazos, se aconsejó a las madres que llevaran a sus bebés en brazos durante al menos 3 horas más al día, independientemente, de que el niño llorase o no. Se obtuvo como resultado que esta intervención no mostró efecto sobre la frecuencia o duración del llanto de los bebés. ⁴⁷

4. JUSTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Según la Asociación Española de Pediatría, uno de cada cuatro niños padece cólicos del lactante durante los primeros meses de vida ⁴⁸, lo que genera un número elevado de consultas a los equipos de pediatría y matronas buscando asesoramiento en relación a este tema.

No existe consenso en relación al tratamiento, existiendo variabilidad en las recomendaciones (fórmulas lácteas a base de proteínas extensamente hidrolizadas, lactancia materna, uso de fármacos, lactobacillus reuteri, etc) y una relativa eficacia de los mismos, lo que puede añadir más confusión al tema. El entorno cultural, en ocasiones, también condiciona la forma de respuesta de los padres ante este problema dado que, a pesar de sentir el impulso de coger al niño para calmar su llanto, no se sabe cómo actuar, ya que han escuchado una y otra vez consejos que indican lo contrario: *“Es bueno para fortalecer su carácter”*. *“Que espere, que si no se te subirá a la chepa”*. *“Tienen que aprender a esperar”*. *“Que aprenda a no salirse con la suya”*. *“Llora de vicio”*. El bebé necesita proximidad y atención cuando está llorando, que se respete la necesidad de contacto los primeros meses, la necesidad de ser atendidos y su autonomía. ³

Por todo lo anteriormente expuesto se considera que el MMC puede resultar efectivo en el alivio del cólico del lactante. Las matronas, las enfermeras pediátricas y las enfermeras de maternidad pueden dar educación para la salud a este respecto. En ocasiones se puede pasar por alto facilitar información o recomendaciones relacionadas con la actitud de los padres hacia los recién nacidos y su importancia en la crianza, ya sea por desconocimiento o por dar prioridad a otros aspectos de la salud. Esto puede llevar a los padres a tomar posicionamientos basados en el saber popular, siendo las actitudes más frecuentes, a veces, las menos recomendadas.

Comenzar por conocer el nivel de información que tienen las gestantes en relación al cólico del lactante y método madre canguro puede ayudar a diseñar intervenciones más eficaces dirigidas a fomentar una actitud favorable hacia el empleo del MMC en el alivio del dolor cólico. La introducción a su vez de una intervención educativa en el programa de educación maternal desarrollado en atención primaria podría reducir la incidencia de este problema, sus síntomas y el número de consultas realizadas a profesionales de la salud.

5. HIPÓTESIS

Existe un desconocimiento por parte de los padres en relación al MMC como método de alivio del cólico lactante y la introducción de una intervención educativa podría disminuir la incidencia, sintomatología y consultas realizadas en este sentido.

6. OBJETIVOS

General: Determinar la eficacia de una intervención educativa en un grupo de madres del área de salud de La Palma.

Específicos:

- ✚ Determinar el grado de conocimiento de los padres en relación al cólico del lactante

- ✚ Determinar el grado de conocimiento de los padres en relación al método canguro.

- ✚ Determinar la aparición o no del cólico del lactante y sus características (duración e intensidad)
- ✚ Determinar el número de consultas relacionadas con el cólico del lactante tras el parto.

7. METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos para determinar la relación entre el empleo del método madre-canguro y el alivio del cólico del lactante. Las bases de datos consultadas son: PubMed, Cuiden, Cochrane Library Plus, Lilacs, Scielo y Scopus. La búsqueda fue llevada a cabo en el mes de enero de 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso al texto completo disponible ○ Fecha de publicación no más antigua de 2010

Los términos empleados para la búsqueda fueron definidos del siguiente modo: en primer lugar, se seleccionaron las palabras clave, se realiza una búsqueda utilizando los descriptores MeSH y DeSC consultando el diccionario de la Biblioteca Virtual de Salud.

PALABRAS CLAVES	Términos MeSH	Términos DeSC
Cólico	Colic	Cólico
Lactante	Infant	Lactante
Método	Method	Método
Canguro	Kangaroo	Canguro
Método madre-canguro	Kangaroo mother care method	Método madre-canguro
Madre	Mother	Madre

Se emplean los descriptores y operadores descritos a continuación:

- colic AND infant AND mother
- Cólico lactante AND madre
- cólico lactante
- método canguro
- método canguro AND dolor
- cólico AND lactante AND madre
- cólico AND lactante
- Infant colic AND mother

En la siguiente tabla se detalla el resultado de la búsqueda.

BASE DE DATOS	Nº DE ARTÍCULOS INICIALES	TRAS LA APLICACIÓN DE FILTRO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
CUIDEN	2 resultados	2 resultados	2 resultados
PubMED	206 resultados	25 resultados	5 resultados
Cochrane library Plus	83 resultados	83 resultados	3 resultados
Lilacs	120 resultados	102 resultados	7 resultados
Scielo	5 resultados	5 resultados	5 resultados
Scopus	240 resultados	48 resultados	4 resultados

Diseño: Se trata de un estudio analítico experimental.

VARIABLES

Variables independientes:

- Intervención educativa

Variables dependientes:

- Presencia o no de cólico de lactante, duración e intensidad

- Número de consultas realizadas a matrona y/o equipo de pediatra

8. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población estudio: Todas las mujeres gestantes de la isla de La Palma.

Muestra: Constituida por grupo control y grupo de intervención o experimental

Grupo control: Formado por las gestantes que acuden a la consulta de la matrona en área de salud de La Palma

Grupo experimental o de intervención: Constituida por las gestantes que acuden a la consulta de la matrona del centro de salud de El Paso

8.1 Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan superado el primer trimestre de gestación y firmen el consentimiento informado.

8.2 Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas con algún grado de discapacidad intelectual, que les impida rellenar el cuestionario.

A todas las gestantes que conforman la muestra se les administrará un cuestionario de elaboración propia (ANEXO I) para valorar el nivel de conocimientos que tienen acerca del MMC y el cólico del lactante.

Al grupo experimental o de intervención se les introducirá una sesión adicional en el programa de educación maternal acerca del cólico del lactante, MMC y efectos de este sobre el alivio del llanto.

A todas las mujeres se le entregará consentimiento informado (ANEXO II) previo a la realización del cuestionario con posibilidad de revocar.

9. MEDICIÓN DE VARIABLES

Nivel de conocimientos: Mediante cuestionario que incluye, por un lado, las variables relativas a la edad, el nivel de estudio, semanas de embarazo y el número de hijos y, por otro lado, 9 ítems destinados a valorar el nivel de conocimiento de las mujeres en relación al cólico del lactante y el MMC.

Las posibilidades de respuesta son: 9 preguntas

- ✚ Tres con escala tipo Likert
- ✚ Cuatro con respuesta cerrada Sí/No; dos de ellas con respuesta abierta
- ✚ Dos tipos test

Se considerará que tienen un nivel alto cuando contesten de forma correcta de 7 a 9 preguntas; un nivel medio entre 5 a 6 preguntas correctas; y un nivel bajo cuando contesten de forma correcta menos de 5 preguntas. El cuestionario será de carácter anónimo.

Presencia o no de cólico de lactante en el recién nacido, número de consultas realizadas a matronas y/o equipos pediatras, duración y la intensidad de los síntomas: Se determinará mediante entrevista telefónica estructurada por parte del investigador principal al mes, dos meses y cuatro meses tras el parto a todas las mujeres que conforman la muestra.

10. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud del cólico lactante mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social. Por ello, se realiza una estrategia de intervención educativa con el objetivo de mejorar los conocimientos ante el cólico lactante y sus métodos de alivio.

- Se llevará a cabo en el centro de salud de El paso.
- Integrada en las sesiones de educación maternal y paternal.
- Duración aproximadamente una hora.
- Dirigida a proporcionar información acerca del cólico del lactante, MMC su relación en el alivio del llanto.
- Basada en la evidencia científica.

11. RECOGIDA DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados del cuestionario y de la entrevista estructurada se volcarán en base de datos SPSS para posterior análisis.

Se realizará una comparativa entre los resultados obtenidos en el grupo control y en el grupo experimental para determinar la eficacia de la intervención utilizando tablas de contingencia y coeficiente de correlación mediante chi-cuadrado.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará autorización a la gerencia del área de salud de La Palma y a la comisión de bioética del hospital de referencia (HUC), y se tendrá en cuenta la privacidad de los encuestados.

13. CRONOGRAMA

A continuación, se presenta el cronograma, en el cual se muestra cada fase y cuando se realiza. El proyecto comenzará en Enero de 2017 y finalizará, salvo imprevistos, en Agosto de 2018, durando 20 meses.

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	MES 14	MES 15	MES 16	MES 17	MES 18	MES 19	MES 20	
Búsqueda bibliográfica																					
Elaboración del instrumento																					
Solicitud formalizada a la institución y comisión de bioética																					
Recogida de datos del cuestionario																					
Intervención educativa																					
Recogida de datos (telefónica)																					
Análisis de datos																					
Elaboración de informes																					

14. PRESUPUESTO

Concepto	Unidad de medida	Cantidad/mes	Subtotal en euros	Tiempo en meses	Total, en euros
PERSONAL CONTRATADO					
Estadísticos	PERSONAS	1	800€/mes	1	800 €
MATERIAL INVENTARIABLE					
Ordenador portátil		1			700 €
Impresora		1			100 €
MATERIAL FUNGIBLE					
Folios	PAQUETE	2	5€/unidad		10 €
Bolígrafos		100	1'20€/unidad		120 €
Tinta impresora	CARTUCHO	2	24,50€/unidad		49 €
COSTOS DEL VIAJE					
Gasolina	LITROS	60	0,98€/unidad		58,8 €
TOTAL					1.837,8 €

15. BIBLIOGRAFÍA

¹ Del Carmen González.S, Brochet Bayona C. Opciones de tratamiento del cólico del lactante. ELSEIVER. 2015. [citado el día 12 de febrero 2017]; 48(3):61–67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-opciones-tratamiento-del-colico-del-S0120491215000543>

² Leunda Iruretagoyena.M. El primer año de vida. Destruyendo mitos. I.S.S.N. 2014. [citado el día 12 de febrero 2017]; Vol. 8 - N.º 2: 57-63 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4847923>

³ Moneta C. M, Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Rev Chil Pediatr; 2014. [citado el día 5 de marzo 2017]; 85 (3): 265-268 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001

⁴ Kenny.P, Llanto excesivo en los primeros meses de vida. Revisión.Excessive crying in infants in the first months of life. Review Arch Argent Pediatr 2016. [citado el día 14 de febrero 2017];114(4):368-374 Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n4/v114n4a16.pdf>

⁵ Ortega Páeza. E, Barroso Espadero. D, Cólico del lactante. ISSN. 2013. [citado el día 15 de febrero 2017];(22):81-7: 2174-9183 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300009

⁶ Chinchilla Hermida.P, Gómez Peñaloza.C, Jerez Oliveros.J, Latorre Latorre. J. Factores asociados al cólico del lactante. MedUNAB. 2008. [citado el día 12 de febrero 2017]; Volumen nº 11. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2008/vol11/no1/6.pdf>

⁷ Gupta S. Update on infantile colic and management mothers with a demanding work situation in pregnancy options. Curr Opin Investig Drugs. 2007. [citado el día 17 de febrero 2017];8: 921-6.

⁸ Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). Scherer L, Zikmund-Fisher B, Fagerlin A, Tarini B. Influence of “GERD” label on parents’ decision to medicate infants. Pediatrics. 2013 [citado el día 14 de febrero 2017];131(5):839-45

⁹ Orenstein S, MacGowan JD. Efficacy of conservative therapy as taught in the primary care setting for symptoms suggesting infant gastroesophageal reflux. *J Pediatr*. 2008. [citado el día 17 de febrero 2017];152(3):310-4.

¹⁰ Miranda BH, Millroy CJ. A quick snip-a study of the impact of outpatient tongue tie release on neonatal growth and breastfeeding. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010. [citado el día 17 de febrero 2017];63(9): e683-5.

¹¹ Smillie CM, Campbell SH, Iwinski S. Hyperlactation: how “left brained” rules for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005. [citado el día 18 de febrero 2017];5(1):49-58.

¹² Sicherer SH. Epidemiology of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2011. [citado el día 18 de febrero 2017];127(3):594-602.

¹³ Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: a double-blind study. *Pediatrics* 1982;70(1):7-10. Iacono G, Carroccio A, Montalto G, Cavataio F, et al. Severe infantile colic and food intolerance: a long-term prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991. [citado el día 18 de febrero 2017];12(3):332-5.

¹⁴ Hill D, Hudson IL, Sheffield LJ, Shelton MJ, et al. A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: results of a community-based study. *J Allergy Clin Immunol* 1995. [citado el día 18 de febrero 2017];96(6 Pt 1):886-92.

¹⁵ Kearney P, Malone A, Hayes T, Cole M, Hyland M. A trial of lactase in the management of infant colic. *J Hum Nutr Diet* 1998;11(4):281-5. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *J Hum Nutr Diet* 2001. [citado el día 20 de febrero 2017];14(5):359-63.

¹⁶ Anderson P. Infant Colic May Be Early Migraine. *Medscape Medical News*. 2014. [citado el día 18 de febrero 2017]; Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/827825>

¹⁷ Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Unicef, Programa Mundial de alimentos de las Naciones Unidas. Lineamientos técnicos para la implementación de programas canguro en Colombia. Divegráficas Ltda. 2010. [citado el día 17 de febrero 2017]; 122

¹⁸ Lizarazo-Medina JP, Ospina-Díaz JM, Ariza-Riano NE. The kangaroo mothers' programme: a simple and cost-effective alternative for protecting the premature newborn or low-birth-weight babies. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2012 Jun;14 Suppl 2:32-45.

-
- ¹⁹ Pinto Gutiérrez M. Importancia de la intervención enfermera en la práctica del Método Madre Canguro (MMC), y sus beneficios. Unicef .2013. [citado el día 14 de febrero 2017]; (51):17-22.
- ²⁰ Ruiz J, Charpak N, Granados D, Restrepo M, Torres M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. 2007. [citado el día 14 de febrero 2017]
- ²¹ Ruiz J, Charpak N, Granados D, Restrepo M, Torres M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. 2007. [citado el día 17 de febrero 2017]
- ²² Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro, Guía Práctica. 2004. [citado el día 18 de febrero 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>
- ²³ Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Método Madre Canguro. Guía práctica. Suiza: Comercialización y Difusión Organización Mundial de la Salud; 2004. Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof* 2012 [citado el día 17 de febrero 2017];13(1):3-8.
- ²⁴ Lizarazo-Medina JP, Ospina-Díaz JM, Ariza-Riano NE. The kangaroo mothers' programme: a simple and cost-effective alternative for protecting the premature newborn or low-birth-weight babies. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2012 Jun;14 Suppl 2:32-45. Hall D, Kirsten G. Kangaroo Mother Care--a review. *Transfus Med* 2008 Apr;18(2):77-82.
- ²⁵ Maternal and Child Health Integrated Program. Programa Madre Canguro, Guía de Implementación. 2012. [citado el día 18 de febrero 2017] Disponible en: http://reprolineplus.org/system/files/resources/KMC%20Implementation%20Guide_Spanish.pdf
- ²⁶ Arbo. A, Ayala. F, Irala. A, Nissen. J. Manual Del Participante. Método Mamá Canguro. 2012. [citado el día 18 de febrero 2017] Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JK35.pdf
- ²⁷ Bowlby J. Attachment and loss: volume I: Attachment. I New York, NY. 1969.
- ²⁸ . Bowlby J. Attachment and loss: Volume III: Loss: Sadness and depression. Volume III. New York, NY: Basic Books. 1980.

-
- ²⁹ Grimalt O L, Heresi M E. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev chil pediatr.* 2012. [citado el día 17 de febrero 2017];83:239-46. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n3/art05.pdf>
- ³⁰ González C. *Bésame mucho*. Madrid. Planeta. 2009. Disponible en: <http://potencialgestante.com.br/wp-content/uploads/2014/01/Carlos-Gonz%C3%A1les-Besame-Mucho.pdf>
- ³¹ Bowlby J: *Maternal care and mental health*, Geneva, WHO; London HMSO. New York, Columbia University Press. 1951.
- ³² Oliva Delgado A. Estado Actual de la Teoría del Apego. *Rev Psiquiatr Psicol niño adolesc.* 2004 [citado el día 20 de febrero 2017];4(1):55-69.
- ³³ Rodríguez GA. El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010[citado el día 20 de febrero 2017]; 30:581-95
- ³⁴ Cabezuelo G, Frontera P. *El Desarrollo Psicomotor: desde la infancia hasta la adolescencia*. Madrid. España. Narcea Ediciones. 2010. [citado el día 20 de febrero 2017]
- ³⁵ McEwen, Bruce *Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology*. 2000. [citado el día 20 de febrero 2017];22, 108-124.
- ³⁶ McEwen, B.S., Wingfield, J.C. & Bruce What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *HORMONES & BEHAVIOR* 57, 105-11 (2010).
- ³⁷ Rollán. A. Llanto del Recién Nacido y del Lactante. *BOL PEDIATR.* 2001. [citado el día 20 de febrero 2017]. Disponible en: https://www.sccalp.org/boletin/175/BolPediatr2001_41_003-008.pdf
- ³⁸ Taubman B. Estudio clínico del tratamiento del cólico mediante. Modificación de la interacción entre los padres y el hijo. *Pediatrics (ed esp)* 1984. [citado el día 17 de febrero 2017];18:365-370.
- ³⁹ Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. *Pediatrics.* 1988;81(6):756-61. PubMed PMID: 3285312.16.
- ⁴⁰ Cong X, Ludington-Hoe SM, Walsh S. Randomized crossover trial of kangaroo care to reduce biobehavioral pain responses in preterm infants: a pilot study. *Biol Res Nurs.* 2011; Apr; 13(2): 204-16. doi: 10.1177/1099800410385839. Epub 2010 Dec 30)

⁴¹ Freire NB, Garcia JB, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*. 2008; Sep 30; 139(1): 28-33. doi: 10.1016/j.pain.2008.02.031. Epub 2008 Apr 22.

⁴² DeChateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post partum. *Acta Paediatr Scand* 1977;66:145-151 (Abstract).

⁴³ Álvarez MJ. Veamos qué nos dice nuestro bebé. Cómo construir la primera relación amorosa con nuestro hijo. *Famiped* 2010 Sep; 3(3)

⁴⁴ Saedi R, Loft Abadi M.Z, Saedi A, Gholami Robatsangi M. The Effectiveness of Mother Infant Interaction on infantile colic. *IJN*. 2013 [citado el día 3 de marzo de 2017]; 4(4): 34-38. Disponible en: <http://ijn.mums.ac.ir>

⁴⁵ Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 101(10), 1032–7. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02787.

⁴⁶ Borck. M, dos Santos.E.K.A (2012, Abril/Junio) Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, vol.16 (2) 1414-8145. doi 10.1590/S1414-81452012000200008

⁴⁷ Garrison MM and Christakis DA (2000). Early childhood colic: Colic, child development, and poisoning prevention: A systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics*; 106 (1): S184-190.

⁴⁸ Asociación Española de Pediatría. Cólicos del lactante. 2014. [citado el 12 de abril de 2017] Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/colicos-lactante>

ANEXO I

Cuestionario

EDAD _____

SEMANAS DE EMBARAZO _____

Nº DE HIJOS, SIN CONTAR
CON EL ACTUAL _____

NIVEL DE ESTUDIOS (ESO,
BACHILLER,
UNIVERSITARIO) _____

1. En el caso de tener más hijos, ¿Alguno de sus hijos tuvo cólico del lactante? Sí / No
2. ¿Conoces las causas del cólico del lactante? Sí / No, En caso afirmativo explique brevemente en que consiste.
3. De la siguiente lista de signos y síntomas señale en el cuadrado con una X según las opciones 5 (totalmente de acuerdo); 4 (de acuerdo); 3 (ni en acuerdo, ni en desacuerdo); 2 (en desacuerdo) o 1 (totalmente en desacuerdo)

	1	2	3	4	5
Expresión de dolor en la cara					
Expresión de dolor en la cara					
Llanto por tres horas al día o más					
Dificultad para evacuar					
El llanto se presenta como mínimo tres días a la semana					
El llanto es ocasional (algunos minutos al día, etc) pero inconsolable					
Las molestias pueden ser referidas en una duración hasta de tres veces en semanas					
Las molestias duran semana					
Flexión de las piernas hacia el abdomen durante el llanto					

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

4. ¿Cuánto tiempo puede estar el bebé llorando por el cólico?

- Más de tres horas al día
- Menos de tres horas al día
- Tres horas al día

5. ¿A qué edad es más frecuente que un bebé presente cólico?

- Después del tercer mes
- Hasta el tercer mes
- El primer mes de vida

6. Durante los episodios de cólico, los padres ¿qué pueden hacer para disminuir la molestia? Señale en el cuadrado con una X según las opciones 5 (totalmente de acuerdo); 4 (de acuerdo); 3 (ni en acuerdo, ni en desacuerdo); 2 (en desacuerdo) o 1 (totalmente en desacuerdo)

	1	2	3	4	5
Cambiar la alimentación de recién nacido introduciendo preparados anticólicos					
Cambiar la alimentación de la madre (Evitar bebidas gaseosas, legumbres o lactosa)					
Coger al bebé en brazos y calmarle					
Insistir más para que eche los gases					

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

7. De las siguientes afirmaciones señale en el cuadrado con una X según las opciones 5 (totalmente de acuerdo); 4 (de acuerdo); 3 (ni en acuerdo, ni en desacuerdo); 2 (en desacuerdo) o 1 (totalmente en desacuerdo)

	1	2	3	4	5
No debemos coger al bebé en brazos porque se acostumbra					
No debemos coger al bebé en brazos porque se acostumbra					
Los bebés siempre lloran por alguna razón, necesitan ser atendidos lo antes posible					
Cogerlos en brazos los hace más dependientes e inseguros					
El contacto físico con los padres es una necesidad primaria del recién nacido					
1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo					

8. ¿Conoces en qué consiste el método madre-canguro? Sí / No, En caso afirmativo explique brevemente en que consiste.

9. ¿Crees que este método podría mejorar el llanto del bebé cuando este tenga un episodio de cólico? Sí / No

ANEXO II

Consentimiento informado

D/D^a....., con
D.N.I.....y con domicilio en
.....,calle/Avda./Plaza.....

nº....., C.P....., Provincia:..... acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación.

Después de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y de entender que:

- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Por todo lo anterior, autorizo a:

D/D^a....., con D.N.I....., a utilizar la información necesaria para la realización de su estudio.

En..... a de de

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a....., con
D.N.I.....y con domicilio en
.....,calle/Avda./Plaza.....

nº....., C.P....., Provincia:..... deseo manifestar
mi decisión de retirarme del mismo.

Para el caso someto las siguientes razones: (opcional) _____

En..... a de de

Nombre y firma de quien recibe la revocación del consentimiento: