

TESIS DOCTORAL

PREVENCIÓN

DE LOS

TRANSTORNOS DEL SUEÑO

EN EL

LACTANTE MENOR DE TRES MESES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

1991

PREVENCION
DE LOS
TRANSTORNOS DEL SUEÑO
EN EL
LACTANTE MENOR DE TRES MESES

DIRECTORA: Prof. Edelmira Doménech Llaberia

DEPARTAMENTO: Psicología de la Salud

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

Jordi Closa Gomá

Bellaterra 1991

Si no eres parte de la solución,
entonces eres parte del problema.

Eldridge

DEDICATORIA

A mi madre , que veló mis sueños.
Desde que era un niño deseó que
llegara a ser Doctor en Medicina.

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	1
INTRODUCCION.....	4
Elección del tema.....	5
Atención integral en pediatría.....	7
Estudio de la psicopatología del bebé.....	10
OBJETO DE LA TESIS.....	13
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	15
SEMIOLOGÍA Y FISILOGIA DEL SUEÑO HUMANO.....	16
Aspectos generales.....	17
Estudios poligráficos.....	20
EL SUEÑO EN LA PRIMERA INFANCIA.....	24
Consideraciones generales.....	25
El sueño del recién nacido a término.....	27
El sueño en el prematuro.....	39
El sueño en el lactante.....	41
Los ritmos sueño-vigilia.....	46
EL INSOMNIO DEL LACTANTE.....	51
Introducción.....	52
Enfermedad psicósomática.....	54
Datos relativos al sueño.....	60
Estudio clínico.....	65
Transtorno precoz de la relación madre-hijo.....	73
Estudio psicopatológico.....	83
Conclusiones bibliográficas.....	92

	Pág.
PARTE EXPERIMENTAL.....	95
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	96
MATERIAL Y METODOS.....	99
Diseño.....	100
Muestra.....	106
Instrumentos.....	108
Procedimiento.....	143
RESULTADOS.....	165
Resultados generales.....	166
Descripción Q1.....	174
Descripción Q2.....	181
Descripción madres depresivas.....	227
Descripción comparativa Q1 según mes administración.....	252
Descripción comparativa Q1(2)-Q1(3).....	262
DISCUSION.....	325
CONCLUSIONES.....	356
BIBLIOGRAFIA.....	361

MI GRATITUD:

A la Profesora Edelmira Doménech ,por la ilusión y competencia profesional que han caracterizado su actuación a lo largo de los cursos de Doctorado y en la dirección de esta Tesis. Siempre ha encontrado tiempo para atenderme y sus correcciones han tenido la elegancia y sencillez que caracterizan el trabajo de las personas que poseen una sólida formación intelectual. Durante el periodo de tiempo en que he trabajado con ella le he tomado un gran cariño personal y desde aquí deseo expresarle mi admiración por su enorme calidad humana.

A los Dres. Ismael Font y Alfonso Palmer cuya ayuda en la realización de los cálculos estadísticos fue inestimable.

A Esther Horta , psicóloga , por su colaboración en el diagnóstico de la depresión materna. Sin ella el proceso hubiera sido mucho más complicado.

Al Dr. José Jurado Grau, Director-Gerente del Hospital del Sagrado Corazón-Q.S.A. que me animó a empezar la Tesis y se mantuvo interesado durante toda la realización ,prestando su ayuda cuando fue necesario.

A la Dra. Nuria Miserachs Busqué, Jefe del Servicio de Bacteriología del Hospital del Sagrado Corazón, que me escuchó en los momentos difíciles y me aconsejó acertadamente. Su dedicación al trabajo hospitalario es un ejemplo para mí.

A mis amigos y compañeros del Servicio de Pediatría del Hospital del Sagrado Corazón - Q.S.A. , Dres. Carlos Sierra , Joan Antón Duch , M^a Jesús Pisonero y José Luis Romero por su colaboración en el screening inicial y su ayuda incondicional en todo momento , cubriendo mis inevitables ausencias por asistencia a los cursos de Doctorado.

A la Sras. Irene Bometón y María Alonso por la infinita paciencia y exquisita meticulosidad que demostraron a lo largo de toda la recogida de datos ; no extraviaron ni desordenaron ninguna historia ni cuestionario lo que constituye un hecho insólito en este tipo de trabajos.

A los Dres. Angel Moya Ruiz de Larramendi ,Xavier Ballabriga y Joan Bosch que guiaron mis primeros pasos en clínica pediátrica .

Al Profesor Leon Kreisler , Director de l'Unitè d'Enfants , Hôpital de la Poterne des Peupliers, Institut de Psychosomatique de Paris (IPSO), y primera autoridad mundial en el campo de la psicósomática infantil.Cuando estuve en el IPSO me recibió con afecto y se ocupó personalmente de mi formación . Posteriormente hemos mantenido el contacto de forma continuada . Su interés por esta Tesis ha rebasado los límites de lo estrictamente profesional y científico para situarse en el plano de la colaboración personal desinteresada.

Al Dr. Ferrán Angulo, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de San Juan de Dios. El me introdujo en el mundo "psi" con lo que a partir de entonces cambió mi vida, le debo gran parte de lo que soy profesional y humanísticamente. Su intuición, su completa adaptación a la profesión y su capacidad de enseñar en todo momento no tienen igual. Es para mí un honor contarme entre sus discípulos y es para mí un placer ser amigo suyo.

A la Dra. Joana Moll que estuvo conmigo cuando la necesité.

A mis padres que me apoyaron en todo momento.

A mi hijo Oriol, que siempre ha estado a mi lado. El ha sido y es mi mayor motivo de orgullo y superación.

A mi hija Helena, que cada día crea algo nuevo. Con ello me obliga a revisar muchos conceptos, dando luz a mi vida.

A Eli, por todo y por encima de todos.

INTRODUCCION

- Elección del tema.
- Atención integral en Pediatría.
- Psicopatología del bebé.

ELECCION DEL TEMA

Hallándome en un reunión científica me llamó poderosamente la atención un comentario del conferenciante a propósito de las conclusiones extraídas del trabajo de un grupo Balint, (BALINT 1961), formado por varios pediatras del staff médico de un importante centro hospitalario infantil de Barcelona.

Ante la disyuntiva de decidir cuáles son los transtornos que más complican al pediatra en una consulta ambulatoria todos coincidieron en señalar que se trata esencialmente de dos temas, a saber:

- El niño que no come.
- El niño que no duerme.

Fundamentaban sus conclusiones en el hecho de que en estos casos las madres se muestran muy proclives a iniciar largas y tediosas conversaciones que retrasan la marcha habitual de la consulta. En otros temas la tendencia es menos acusada.

Parece pues evidente que el principal problema de la pediatría ambulatoria hoy en día es la falta de tiempo para escuchar con calma las inquietudes de la madre.

A partir de aquella reunión científica fui concretando la idea de realizar un estudio sobre los transtornos del sueño.

La decisión de intentar elaborar mi Tesis Doctoral sobre este tipo de patología se fundamentó básicamente en tres

motivos:

1) La escasa literatura existente sobre el tema apoyada en estudios clínicos y epidemiológicos.

2) Las grandes posibilidades de prevención en patología mental que implica el conocimiento y detección de los trastornos precoces del sueño en el lactante.

3) La novedad de realizar un estudio sobre una alteración psicósomática que apareciera antes del inicio de las relaciones objetales.

ATENCION INTEGRAL EN PEDIATRIA

En la pediatría actual, la inclinación natural del clínico es estar al día respecto a los más modernos avances tecnológicos en el diagnóstico y terapéutica de sus pacientes; evita en lo posible tratar problemas desagradecidos y tediosos y llega a considerar triviales los casos de insomnio, optando por la solución fácil y gratificante para la madre de administrar un sedante sin plantearse otras soluciones alternativas.

La falta de tiempo para escuchar suele ser el factor clave a la hora de enfocar el tipo de tratamiento a elegir.

Si el primer intento de tratamiento fracasa, o la presión familiar es importante, el pediatra debe trasladar el problema a otro profesional, generalmente un especialista, que se mueve en otros sectores de la actividad asistencial cuya menor masificación permite dedicar más tiempo a cada paciente.

En definitiva, lo que se produce es una dispersión de la responsabilidad asistencial pediátrica, que se difumina en gran cantidad de personas e instituciones.

Tampoco es infrecuente encontrar ciertas lagunas en la formación del pediatra como especialista. Es un hecho conocido el especial tratamiento que reciben los temas relacionados con los aspectos psicológicos en contraste con la mayor atención con que se estudian las demás áreas incluidas en la formación

de postgrado para la especialidad de Pediatría

Mientras que cualquier residente es competente cuando se trata de diagnosticar complicadas enfermedades metabólicas, raros síndromes poco frecuentes etc., nos encontramos a menudo con poca predisposición y/o habilidad para diagnosticar y mucho menos tratar pequeños problemas psicológicos o psicosomáticos muy frecuentes en la práctica diaria.

Ante un caso de insomnio el pediatra suele utilizar una de las siguientes opciones:

- 1) Recetar sedantes o ansiolíticos.
- 2) Remitir el caso a un especialista.
- 3) Quitar importancia al problema dando una serie de "consejos", no carentes de un indudable sustrato humano, pero exentos del tono científico que suele acompañar a las consultas sobre patología orgánica.

En cualquiera de las opciones anteriores, la atención integral del niño, que debería ser el punto de partida de todos los programas de salud infantil, se ve amenazada sistemáticamente.

Este estudio intentará demostrar que sólo con unos conocimientos básicos sobre psicología infantil y un mínimo de tiempo, es posible desarrollar una planificación suficiente para acoger situaciones de patología psicosomática en el bebé y tratarlas correctamente dentro del marco de la visita pediátrica tradicional, evitando así la fuerte dispersión que sufre actualmente la atención integral en pediatría.

ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGIA DEL BEBE

Al tratar el tema de la psicopatología del lactante hay que comprender que las alteraciones mentales pueden producirse desde el nacimiento, que los problemas más graves provienen de las edades más tempranas y que es posible y primordial estudiar directamente al bebé. (KREISLER 1978).

Hasta principios de los años cincuenta, el bebé era considerado dentro de la Medicina en general y de la Psicopatología en particular como un ser pasivo que sólo duerme y se alimenta. Actualmente se le reconoce un funcionamiento psíquico con disfunciones cuyos primeros síntomas aparecen desde el nacimiento y algunas teorías sostienen que aún antes del mismo. (AJURIAGUERRA 1973).

Los estudios especializados fueron iniciados con las descripciones de Piaget en cuanto al desarrollo cognitivo, (PIAGET 1952) y Spitz en lo que concierne a los fundamentos afectivos. (SPITZ 1965). Otros autores como Winnicott y M. Mahler contribuyeron a una minuciosa elaboración del desarrollo del lactante y su organización psíquica alrededor de la relación objetal. (WINNICOTT 1958; MAHLER 1975).

En contraposición a las concepciones enteramente psicoanalíticas, Bowlby (BOWLBY 1969) planteó la hipótesis de los comportamientos sociales del lactante cuya originalidad fundamental fue dirigir las ideas hacia la interacción entre el niño y su madre. La interacción, elevada al nivel de objeto

esencial de observación y de investigación condujo a hallazgos insospechados sobre el psiquismo del bebé.

El interés despertado por este estudio en los últimos años desembocó en el primer Congreso mundial sobre Psiquiatría del Lactante que se celebró en Cascais (Portugal) en 1980. Posteriormente se han ido celebrando periódicamente todo tipo de reuniones y congresos y es innegable reconocer que se trata de un área de estudio notablemente en alza.

En realidad, la falta de atención hacia el estudio de la particular psicopatología del lactante se debía al error de seguir una vía retrospectiva de las investigaciones sobre el adulto. (KREISLER 1981). El gran progreso actual se debe a haber dirigido el estudio al bebé directamente, dejando de lado aquel bebé mítico, ancestro del hombre adulto al que hacía interrogarse sobre su propio pasado a partir de regresiones analizadas en las psicoterapias.

La competencia del recién nacido, término de difícil precisión, designa las extraordinarias aptitudes potenciales que el bebé debe explotar para un correcto desarrollo. (SANDER 1966; STONE et al. 1973; FRAIBERG 1980)

Los estudios sobre la interacción precoz madre-hijo revelan que el ser humano tiene capacidad potencial para sostener relaciones con la madre desde sus esbozos reflexológicos. (CAMPBELL 1977). Se sabe que el embrión reacciona al ruido; que el recién nacido reconoce rápidamente el olor de su madre y también

muy pronto su voz;puede organizar toda una gesticulación en concordancia perfecta con la melodía vocal materna , dando la impresión de bailar al mismo son,y es posible constatar que un bebé de tres meses puede sentirse desamparado y sufrir una pequeña crisis de angustia si se impide a su madre contestar a su sonrisa mediante la mimica o la voz.(KENNEL 1974).

La progresión de la organización mental del bebé es muy compleja,todas las modalidades perceptuales demuestran que desde los primeros días de vida hay un nivel de funcionamiento importante.La capacidad de atención es más grande hacia las formas complejas que por las formas geométricas simples.(FANTZ,MIRANDA 1975).Siguiendo esta línea Wolff (WOLFF 1966) describió el "estado" del bebé,incidiendo sobre el nivel de vigilancia que posteriormente fue ampliado por Brazelton (BRAZELTON 1974) describiendo los seis estados de base yendo desde el sueño profundo hasta la excitación máxima.Un tipo de puntuación parecido fue el diseñado por Prechtl (PRECHTL 1974)que se valió de los estudios poligráficos para cuantificarlo;este estudio fue completado y relacionado con la interacción por Greenspan(GREENSPAN,LIEBERMAN 1980).

La singularidad de la psiquiatría del niño muy pequeño reside en el estudio simultáneo de los comportamientos interactivos tangibles y fantasmáticos(CRAMER 1982),en una dualidad que analiza a todos los integrantes para situarlos en una dinámica transaccional.(PINOL-DOURIEZ 1984).La investigación en este campo es pluridimensional y enormemente interactiva por

la exploración de los fenómenos que circulan en todos los sentidos entre el bebé, su madre y el observador. Este efecto confiere a la consulta terapéutica un poder inductor y asociativo único en psiquiatría y psicoanálisis. (KREISLER 1984).

Las citas anteriores vienen a demostrar la posibilidad real del estudio directo del bebé. Una comprensión de la psicopatología a esta edad, aunque haya sido inspirada de forma muy válida por las reconstrucciones psicoanalíticas, tiene una originalidad semiológica, nosográfica y patogénica propia cuando se logra establecer una práctica clínica sobre el bebé dentro de la relación madre-hijo. (MASSIE 1978). Es también evidente que cualquier intervención terapéutica resulta más operativa si se establece sobre índices clínicos cuya significación diagnóstica y dinámica haya sido esclarecida. (MANZANO, PALACIO 1981).

El objetivo final de toda investigación en psicopatología de las primeras etapas de la vida debe ser la consecución de un hito que puede ser importante en la historia de la medicina y de la humanidad, y que podríamos denominar PREVENCIÓN MENTAL PRECOZ (KREISLER 1978). Con ello se conseguirá que los niños con riesgo de futuras alteraciones mentales puedan ser diagnosticados precozmente y al ser seguidos de forma interdisciplinaria por pediatras, neurólogos, psicólogos, y psiquiatras, las posibilidades de instauración de patología a largo plazo serán definitivamente menores.

OBJETO DE LA TESIS

El motivo de esta tesis es realizar un estudio clínico de la prevención de los trastornos del sueño en el lactante, como contribución a la investigación sobre psicopatología de la primera infancia.

Las cuestiones a las que se quiere dar respuesta tras este estudio son las siguientes:

- 1) ¿Es posible prevenir los trastornos del sueño en el lactante?
- 2) ¿Qué necesidades asistenciales generaría tal posibilidad?
- 3) ¿Qué incidencia se observa en el momento actual y en nuestro medio con respecto a los trastornos del sueño en el lactante?

REVISION BIBLIOGRAFICA

- Semiología y fisiología del sueño humano.
- El sueño en la primera infancia.
- El insomnio del lactante.
- Conclusiones bibliográficas.

SEMIOLOGIA Y FISIOLOGIA DEL SUERO HUMANO

- Aspectos generales
- Estudios poligráficos

ASPECTOS GENERALES

El sueño constituye uno de los grandes comportamientos del ser humano, a pesar de ello aún se siguen manteniendo numerosas incógnitas, particularmente en cuanto a sus orígenes, evolución y posible relación con diversas enfermedades.

La naturaleza automática del sueño viene definida por un ritmo circadiano, cuyas fluctuaciones parecen estar coordinadas evolutivamente con otras funciones orgánicas como la temperatura corporal y las secreciones hormonales. (ASERINSKY, KLEITMAN 1953).

Por otra parte, el sueño no puede ser considerado solamente como una ausencia del estado de vigilia, sino que debe entenderse como un estado de activación del sistema nervioso central con elementos neurofisiológicos y bioquímicos singulares. (DEMENT, KLEITMAN 1957).

En general, en el sueño humano observamos un estado de activación disminuido, así como una capacidad de respuesta drásticamente inferior a la normal. La posición supina, los ojos cerrados y el alto umbral para la respuesta a estímulos externos son sus características más significativas. (OSWALD 1972).

Otro de los rasgos más inherentes al fenómeno del sueño es la pérdida de conciencia. Uno de los primeros investigadores del tema, N. Kleitman, puso especial énfasis en definir que en realidad se trata de un cambio del nivel de

conciencia, lo que se puede justificar considerando que en todos los individuos se producen los ensueños, que son otro nivel de conciencia. (KLEITMAN 1963).

La relajación muscular es otra característica del sueño. La postura yacente, asumida por el ser humano, se halla relacionada con la necesidad de que descansen las masas musculares que mantienen la postura erecta durante la vigilia. Paralelamente es importante la relajación de las estructuras nerviosas que controlan dichos músculos. (JACOBSON et al. 1964).

La postura yacente también está en directa relación con los cambios en la barorrecepción que se producen de inmediato en el seno carotídeo, asociados al control de la presión sanguínea, que parecen ser capaces de inducir el sueño. (OSWALD 1972).

Durante el sueño se producen significativas modificaciones neurovegetativas, con predominio fundamental del sistema parasimpático. Consecuencia de tal actividad es la disminución de los ritmos cardíaco y respiratorio, siguiendo una gran regularidad; la tensión arterial está ligeramente disminuida, manteniéndose muy estable y la resistencia eléctrica de la piel, (respuesta psicogalvánica: RPS), se halla sustancialmente modificada. (ASERINSKY, KLEITMAN 1953).

En otro orden de cosas, la inactividad y el sueño suponen una disminución de la temperatura corporal aunque la diferencia con la vigilia es prácticamente inapreciable; decrecen

las descargas urinarias, gástricas, salivares y biliares; disminuye la secreción lagrimal, dando lugar al restregar de ojos que acontece al despertar; hay un aumento del contenido de hormona antidiurética y agua en sangre, de tal manera que la administración de dicha hormona así como la ingestión exagerada de agua son capaces de inducir el sueño aunque se desconocen los mecanismos a través de los que actúan. (KLEITMAN 1963).

Los umbrales para recibir los estímulos externos son más altos y la respuesta originada es decreciente a medida que se profundiza en el sueño. (STERMAN 1972).

Parece claro que en el ser humano se produce una sistemática y progresiva reorganización mental durante el sueño. (FREUD S. 1900). La privación puede conducir a, alucinaciones desorientación temporo-espacial, depresión y muerte.

RESUMEN

El dormir es un estado de los animales vertebrados homeotérmicos definido básicamente por:

- 1) Cambios característicos de postura.
- 2) Cambios en el nivel de conciencia.
- 3) Cambios neurovegetativos.
- 4) Umbrales sensoriales aumentados.
- 5) Trazado electroencefalográfico determinado.

ESTUDIOS POLIGRAFICOS

Los estudios realizados sobre el sueño antes de la aparición del electroencefalograma (EEG), se habían basado principalmente en impresiones subjetivas, mediciones de las funciones vegetativas, cuantificación de movimientos corporales o determinaciones sobre el umbral a los estímulos. La introducción de la electroencefalografía significó un profundo cambio operativo y su peso específico se notó tanto en la investigación como en las aplicaciones clínicas. (KLEITMAN 1963).

La comprobación de que la actividad eléctrica cerebral es homogénea dió lugar a la primera división del sueño en estadios. (LOOMIS et al. 1937). Casi veinte años después se descubría la existencia de salvas de movimientos rápidos oculares. (ASERINSKY, KLEITMAN 1953). Aparecían periódicamente, asociadas con un EEG desincronizado, lo que desembocó en la necesidad de clasificar el sueño en estadios. (DEMENT, KLEITMAN 1957).

En los años siguientes se descubrió que, al tiempo que aparecen los movimientos oculares y el EEG desincronizado, el tono de la musculatura estriada está abolido. (BERGER 1961).

En la actualidad EEG, electrooculograma (EOG) y electromiograma (EMG), son los parámetros usados para la discriminación de los dos estadios básicos que, alternándose, componen el sueño y le dan una configuración de tipo cíclico. El sueño REM, con movimientos oculares rápidos, EEG

desincronizado y atonía muscular y el sueño NO-REM caracterizado por la sincronización progresiva del EEG. (RECHTSCHAFFEN, KALES 1968).

ESTADIO NO-REM

Caracterizado por la sincronización progresiva del EEG y ondas de alto voltaje y baja frecuencia. Puede ser dividido en cuatro fases:

PRIMERA FASE: El EEG enlentece con abundante ritmo alfa, a 4-7 ciclos por segundo, y adquiere también un voltaje bajo (<59 mV) y arrítmico. El EMG evidencia la conservación del tono muscular submentoniano. El EOG muestra actividad ocular rápida casi ininterrumpida. Es la fase de sueño ligero, de fácil reactivación de la conciencia mediante estímulos externos y en que la musculatura se empieza a relajar.

SEGUNDA FASE: Caracterizada por ondas crecientes y decrecientes con una frecuencia de 12 a 15, con predominio de actividad en la banda de 2 a 7 Hz y voltaje de 100 mV. Estamos ya en verdadera fase de sueño, las estimulaciones externas deben ser mucho más importantes para obtener reactivación del nivel de conciencia.

TERCERA FASE: Aumenta el voltaje (>100 mV) y se enlentece las ondas (1-4). Un mínimo del 20% y un máximo del 50% del trazado está formado por ondas de 2 Hz o más lentas. De hecho es una fase puente hacia la fase cuatro.

CUARTA FASE: Domina el alto voltaje (150-250 mV) y las ondas son todavía más lentas (1-3). La reactivación de la conciencia es dificultosa y requiere grandes estímulos. En caso de despertar, el sujeto no recuerda los sueños que estaba teniendo. Las ondas largas, onduladas y lentas se considera que están asociadas a la inhibición cortical generalizada.

ESTADIO REM

Denominado también SUEÑO PARADOJICO. Hay actividad de bajo voltaje con frecuencias entremezcladas (EEG), salvas de movimientos oculares rápidos (EOG) y ausencia de tono en la musculatura estriada (EMG). Si se despierta al sujeto, los sueños pueden ser recordados.

El enlace entre el sueño REM y los sueños ha alcanzado una nueva dimensión con el estudio de los sueños lúcidos que ha demostrado que ,mientras se sueña, puede coexistir una variante cognoscitiva. Experimentos ciegos , (BRACCONIER et al.1980), han demostrado que un sujeto es capaz de dar a conocer un estado de conciencia mientras se encuentra en sueño REM, lo que vendría a confirmar las tesis de Piaget (PIAGET 1952), en el sentido de que el niño comienza por integrar el sueño como un suceso exterior a él para evolucionar hacia considerarlo como algo en parte interno y en parte externo.

El sueño REM es un estado de conciencia en el que tiene lugar un progresivo desarrollo de la función intelectual, paralelo al observado en el estado de vigilia pero

sin el continuo estímulo producido por el mundo exterior.(GUILLEMINAULT 1976).

EL SUEÑO EN LA PRIMERA INFANCIA

- Consideraciones generales.
- El sueño del recién nacido a término.
- El sueño del prematuro.
- El sueño del lactante.
- Los ritmos sueño/vigilia.

CONSIDERACIONES GENERALES

El hecho de dormir durante la noche es un hábito adquirido, cuyos condicionantes son de carácter social.

Todos los individuos nacen con un ciclo de sueño determinado genéticamente que es para la mayoría de 24.9 horas pero que puede variar entre 23 y 27 horas. (WEBER 1979). Este ciclo recibe la denominación de circadiano.

Investigadores aislados sin mecanismos de control del tiempo, han vuelto al ritmo circadiano. Viviendo en tales circunstancias, su ritmo de temperatura, en principio acoplado al ritmo de 24 horas y ciclo día /noche, va separándose del ciclo vigilia/sueño y se llega a invertir la relación entre el ciclo de temperatura máxima y el mayor periodo de sueño. Es interesante comprobar que muchas culturas, hasta que sucumben a las presiones de la competencia en un mundo industrializado, duermen la siesta hacia las 13-14 horas, lo que coincide con el acmé del ciclo de temperatura; el periodo de sueño principal se sitúa alrededor de las dos de la madrugada, coincidiendo con el punto más bajo del ciclo de temperatura. Esto demuestra el ciclo bicircadiano de 24 horas. (GUILLEMINAULT 1976).

Sin embargo, esta organización sueño/vigilia no existe en el momento del nacimiento. En el niño a término el ciclo de temperatura no se logra hasta los tres meses de edad. El sueño ha de desarrollarse en un sistema bien establecido antes de que lleguen a fijarse los periodos de vigilia. (GUILLEMINAULT 1982). De

ello podemos colegir que es a los tres meses cuando se instaura fisiológicamente un patrón de sueño.

Las pruebas realizadas en prematuros han demostrado que hasta el séptimo mes de edad gestacional el EEG está totalmente desorganizado y la actividad eléctrica que se detecta en el cerebro incipiente no parece evidenciar ninguna ley cíclica. Sin embargo, a partir de las 30-32 semanas aproximadamente, se van elaborando dos tipos de sueño: el "sueño tranquilo" y el "sueño agitado"; ambos se estructuran poco a poco hasta el momento del nacimiento en que podemos advertir la presencia de ciclos de una hora de duración aproximada integrados por fases apacibles (20 minutos) y otras más agitadas (40 minutos). Da la impresión de que nos encontramos ante las primeras formas de organización del sueño que son muy interesantes para apreciar la evolución neurológica y demás rasgos conductuales y madurativos del niño. (TALLADA et al. 1977)

El sueño ofrece unas perspectivas singulares como base para la exploración y diagnóstico de la normalidad psíquica y neurológica en la primera infancia. (PARMELEE 1974).

Por otro lado, el conocimiento de la aparición progresiva y ordenada de los diversos patrones electroencefalográficos desde las 24 semanas de edad gestacional en el niño normal, aporta también una ayuda considerable en el momento de juzgar las características del pequeño y poder detectar posibles anomalías precozmente (TALLADA et al. 1977).

EL SUEÑO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO

Durante el periodo neonatal es importante delimitar tanto el grado de desarrollo neurológico como la integridad del SNC.

Se ha demostrado ya, (SAMSON-DOLFUS 1955), la íntima relación que existe entre los aspectos morfológicos del desarrollo del cerebro, los hallazgos obtenidos mediante la exploración clínica del SNC, y los diferentes patrones electroencefalográficos. Dichos patrones están relacionados con la edad gestacional y no con el peso del nacimiento. (ENGEL 1975).

En el feto humano de cinco a seis meses de edad gestacional es posible apreciar un estado especial de sueño indiferenciado; no tiene aún movimientos oculares, ni miograma del mentón; su actividad motriz es continua y su trazado electroencefalográfico es siempre igual. (GARMA 1972).

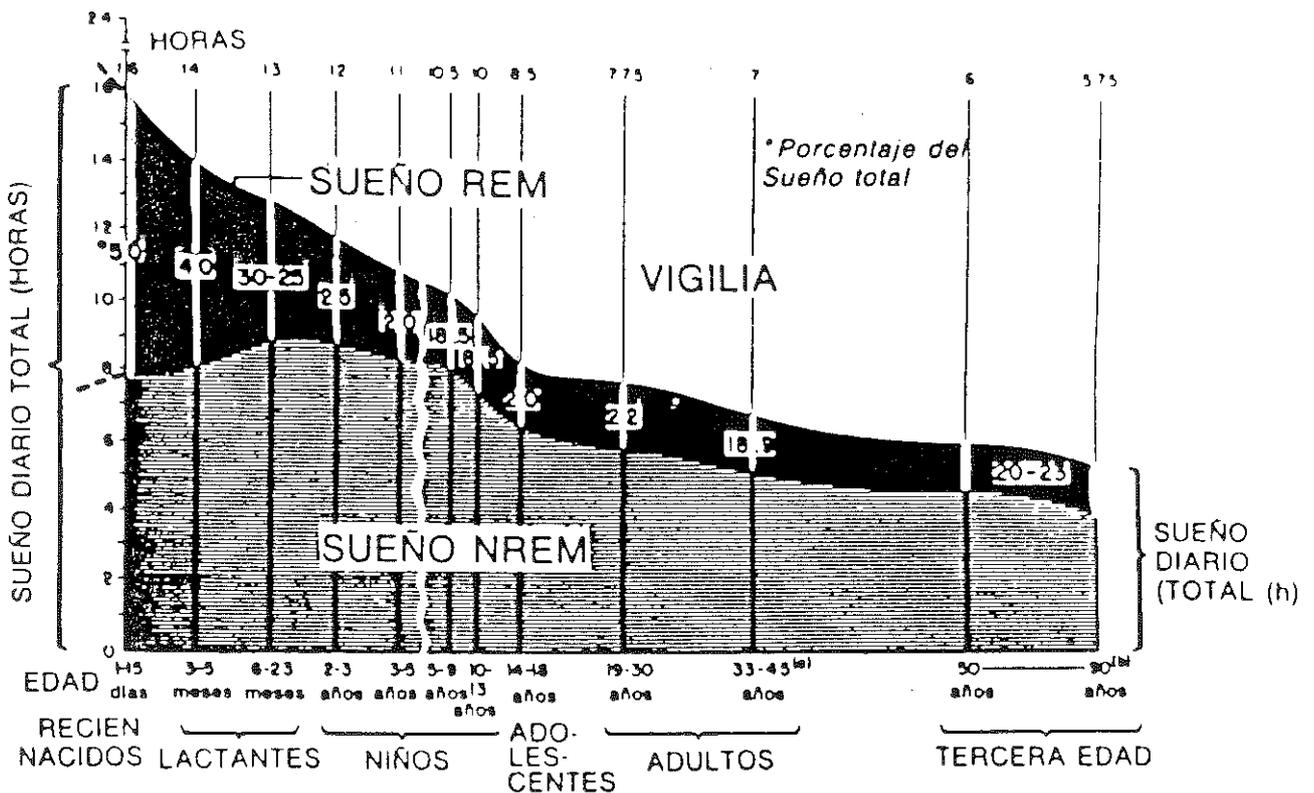
La comparación entre el ser humano y otras especies animales permite contemplar lo siguiente: En el gato recién nacido el primer estadio es el de sueño paradójico, denominado "sueño agitado", y a continuación aparece el "sueño tranquilo", que en cierto modo recuerda al sueño de ondas lentas del adulto; finalmente se puede identificar el estado de vigilia. Esta evolución descrita en el gato recién nacido es aplicable también a la rata, y es prenatal en el hombre, el mono y el cobaya. (JOUVET M. 1967).

El sueño paradójico resulta ser el estadio de sueño más precoz ontogénicamente y ocupa un porcentaje de tiempo mucho más elevado que en el adulto. (GARMA 1972). Así mismo el sueño REM sufre en los primeros años de la vida una drástica disminución, no así el sueño NO-REM que permanece prácticamente idéntico a lo largo de los años, (ROFFWARG et al. 1966), y además el sueño REM neonatal resulta cualitativamente diferente al del adulto debido a que no va precedido del sueño de ondas lentas y predominan los fenómenos básicos en relación a los tónicos; por otro lado resulta imposible la supresión de este tipo de sueño en los animales y en el recién nacido. (PAJOT 1974).

En el neonato humano, los cambios fisiológicos característicos, tanto de la vigilia como del sueño (respiración, EEG, FC, tono muscular, movimientos oculares y corporales etc.) se encuentran en su mayoría en plena evolución y aún no pueden ser definidos como patrones predecibles de conducta determinados por estructuras fisiológicas estables; más bien lo que se encuentra son anomalías, disfunciones y desequilibrios en la dinámica psicofisiológica.

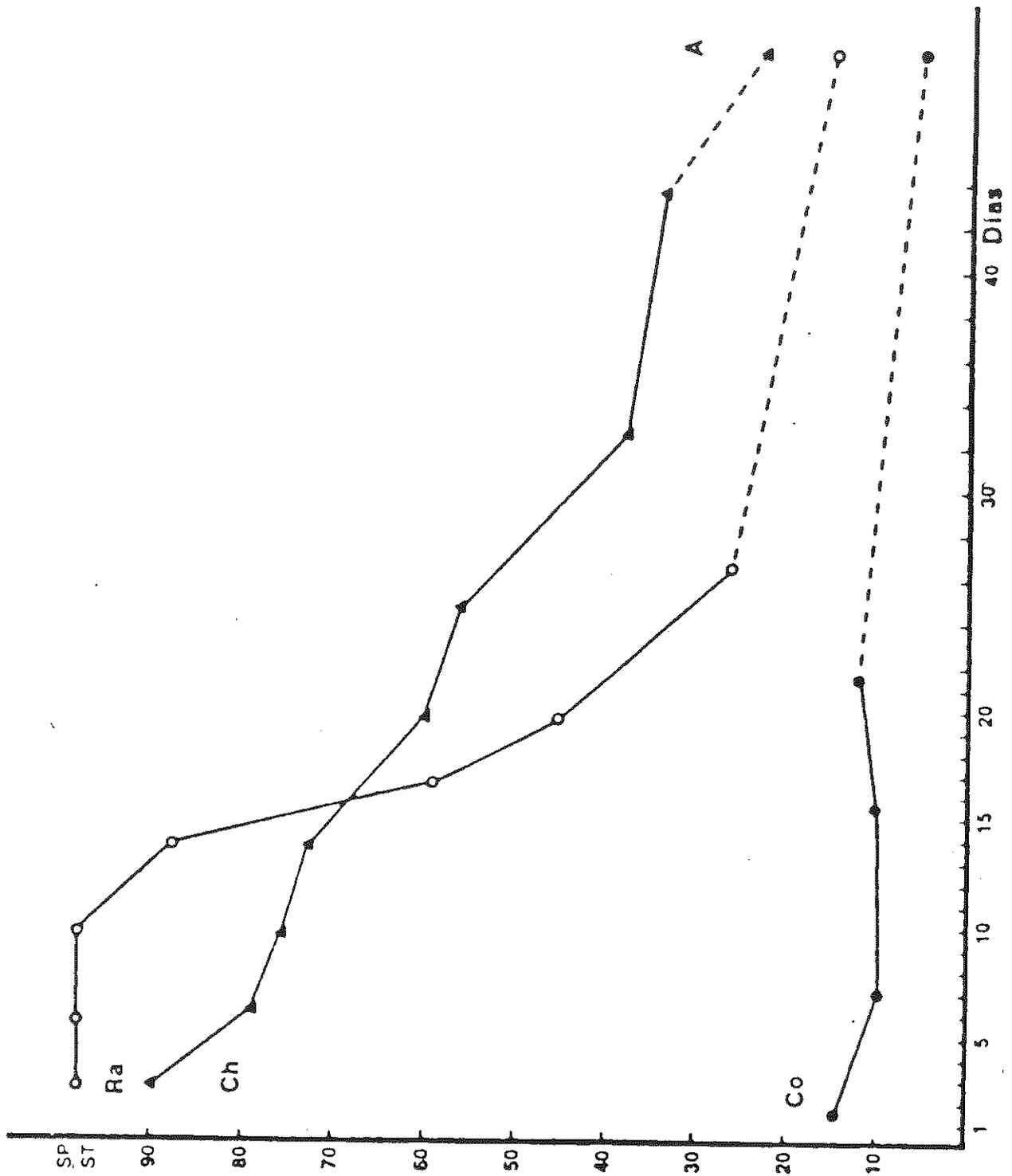
El sueño constituye uno de los aspectos más relevantes del desarrollo del ser humano y traduce la sincronía de los impulsos neurológicos, temperamentales y conductuales. La desorganización exhibida por el neonato se traduce en una inconsistencia de los diversos patrones electrofisiológicos que precisamente en el adulto sirven para diferenciar los diversos estadios de las fases del sueño. En el neonato hay una inmadurez

física y psíquica, por lo que resulta realmente muy difícil diferenciar estadios del sueño. De todos modos está claro que el porcentaje de sueño paradójico es más alto cuanto más inmaduro es el individuo examinado, (JOUVET M.1967), hecho que se ilustra gráficamente en las dos figuras siguientes: (Fig.1, Fig.2)



(Fig.1)

Comparación respecto a la duración del sueño REM entre sujetos humanos según la edad. (ROFFWARG et al. 1966)



(Fig.2)

Porcentaje de sueño paradógico (SP) en relación al tiempo total de sueño. Durante el periodo perinatal el SP es tanto mayor cuanto más inmadura en el nacimiento sea la especie animal considerada. (JOUVET 1967). Abreviaturas: Ra=rata; Ch=gato; Co=Cobaya.

Los estados en que el recién nacido pasa su tiempo podemos diferenciarlos en dos estadios que se corresponden con la vigilia y el sueño del adulto: el sueño regular y el sueño irregular.

SUEÑO REGULAR

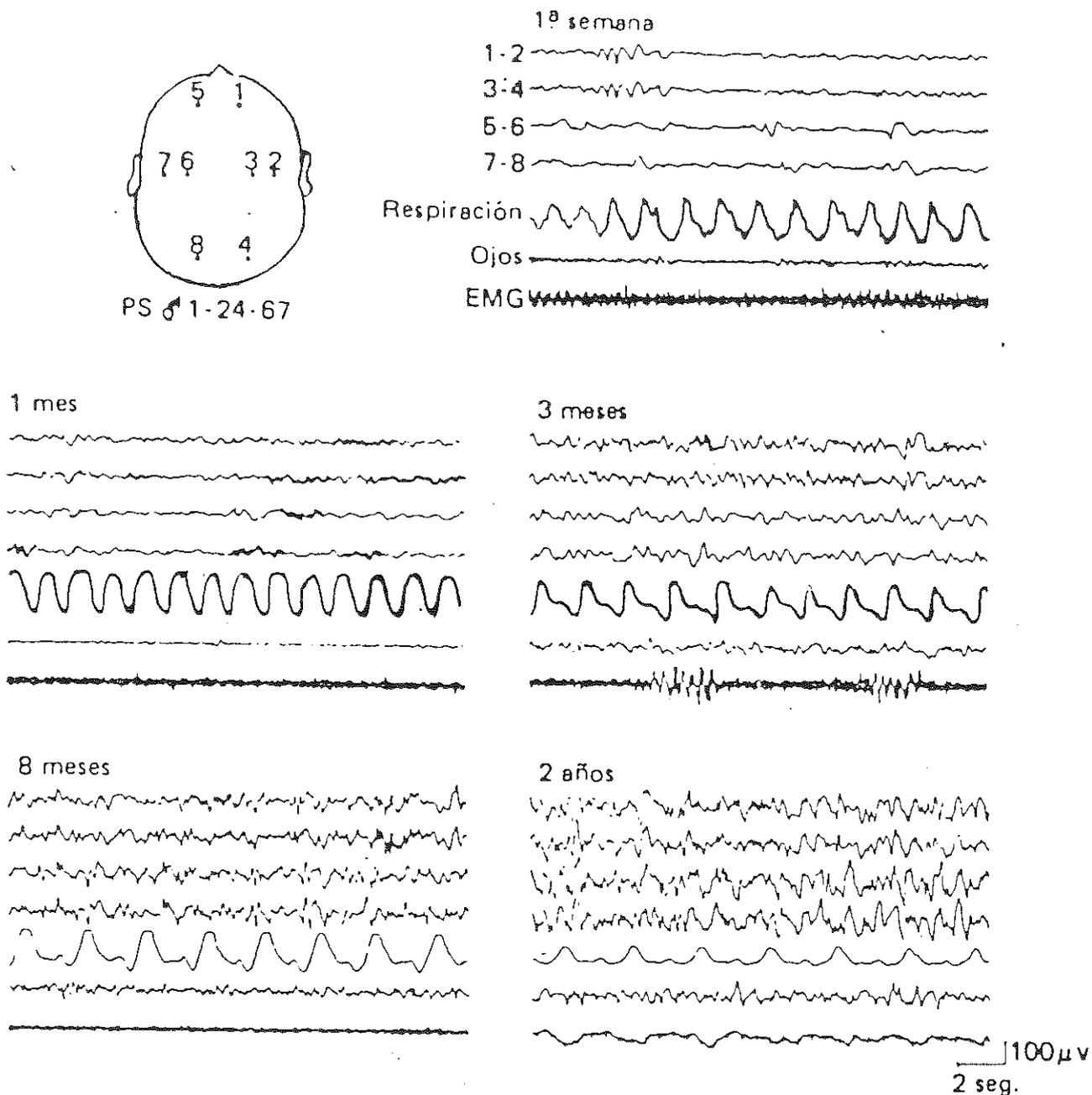
Se puede definir principalmente por inmovilidad, puños cerrados, brazos delante del cuerpo semiflexionados, sobresaltos espontáneos y bruscos que se presentan cada 1 ó 5 minutos aproximadamente.

Estos movimientos súbitos no llegan a despertar al bebé, si bien le dejan en una postura identificable como "congelado"; poco a poco se va relajando paulatinamente hasta que se vuelve a apreciar otra especie de convulsión muscular que afecta a todo el cuerpo.

Los párpados se hallan cerrados y no hay movimientos oculares, la respiración es amplia y regular, al igual que ocurre con la frecuencia cardíaca. (STERTMAN 1972).

Durante este período la actividad eléctrica del cerebro se caracteriza por la alternancia entre períodos de trazo plano y salvas de actividad lenta de 1 a 3 cps, con voltaje alto (100-150 mV), creciente y decreciente. (PAJOT 1974).

En la figura de la página siguiente (Fig.3) se pueden apreciar los detalles de estudios poligráficos tomados durante el sueño regular en los dos primeros años de vida.



(Fig.3)

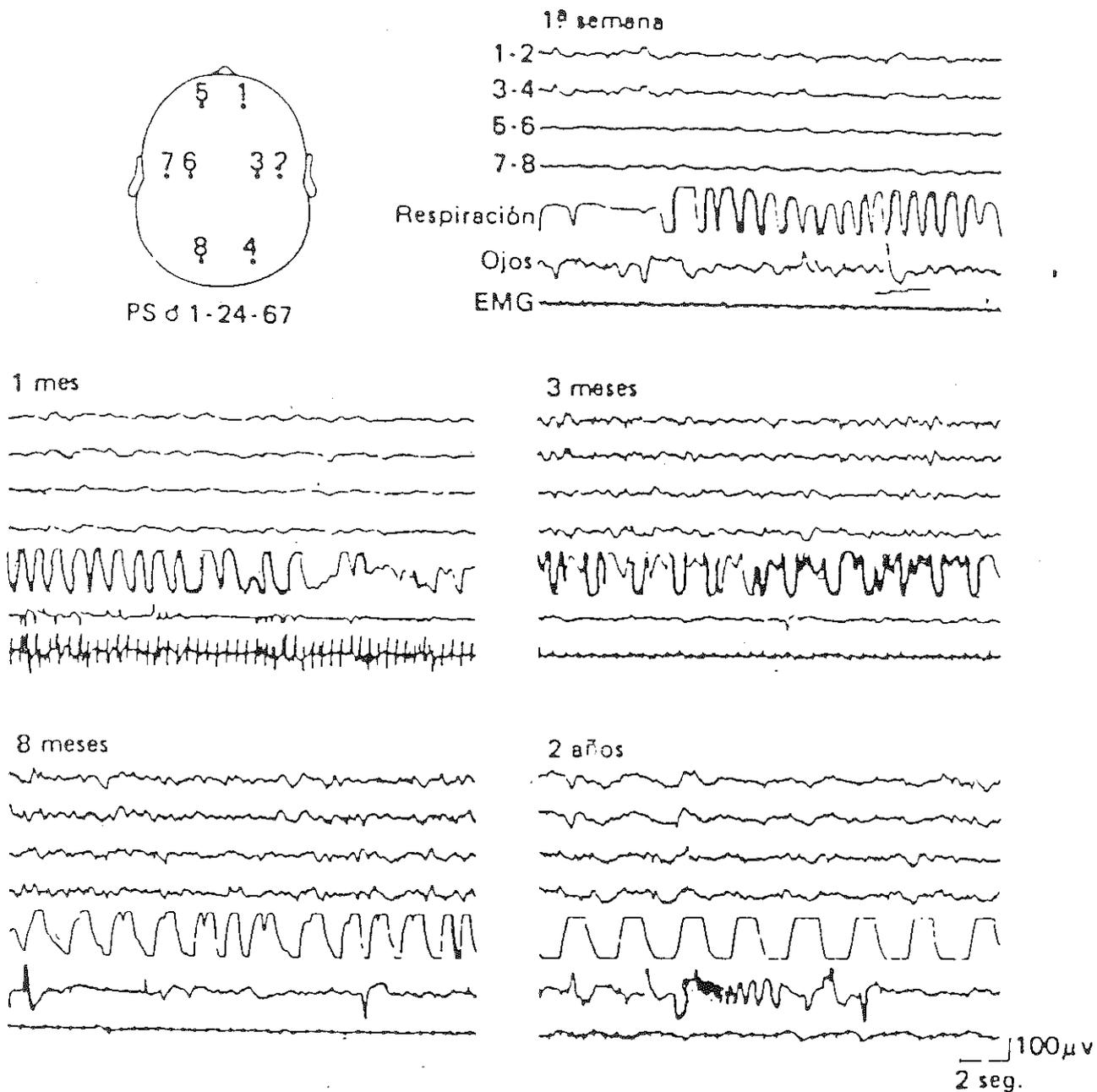
Muestras representativas de EEG y otros registros poligráficos durante el SUEÑO REGULAR de un mismo niño desde la primera semana hasta los dos años. Entre el 1º y 3º mes se produce un cambio, las ondas lentas se desarrollan bien y se aprecian husos de sueño rudimentarios. (STERMAN 1972).

SUEÑO IRREGULAR

Está constituido por un patrón conductual definido por la casi total atonía muscular, los brazos descansando sobre el colchón, los puños abiertos y los dedos notoriamente extendidos. Ocasionalmente dentro de esta atonía y adinamia generalizadas se pueden apreciar movimientos corporales parciales, principalmente de los dedos y los músculos de la cara. En este conjunto de reacciones musculares puede sobresalir una sonrisa fútil, que no traduce ningún contenido afectivo, a pesar de que los padres interpretan este signo como dato inequívoco de una situación placentera, agradable y comunicativa. (STERMAN 1972).

En este tipo de sueño se pueden registrar también movimientos de succión, de extensión de la cabeza y de extremidades, elevación de los brazos e intentos de voltearse de lado. De igual forma se constatan los clásicos movimientos oculares rápidos. (MONOD et al. 1972).

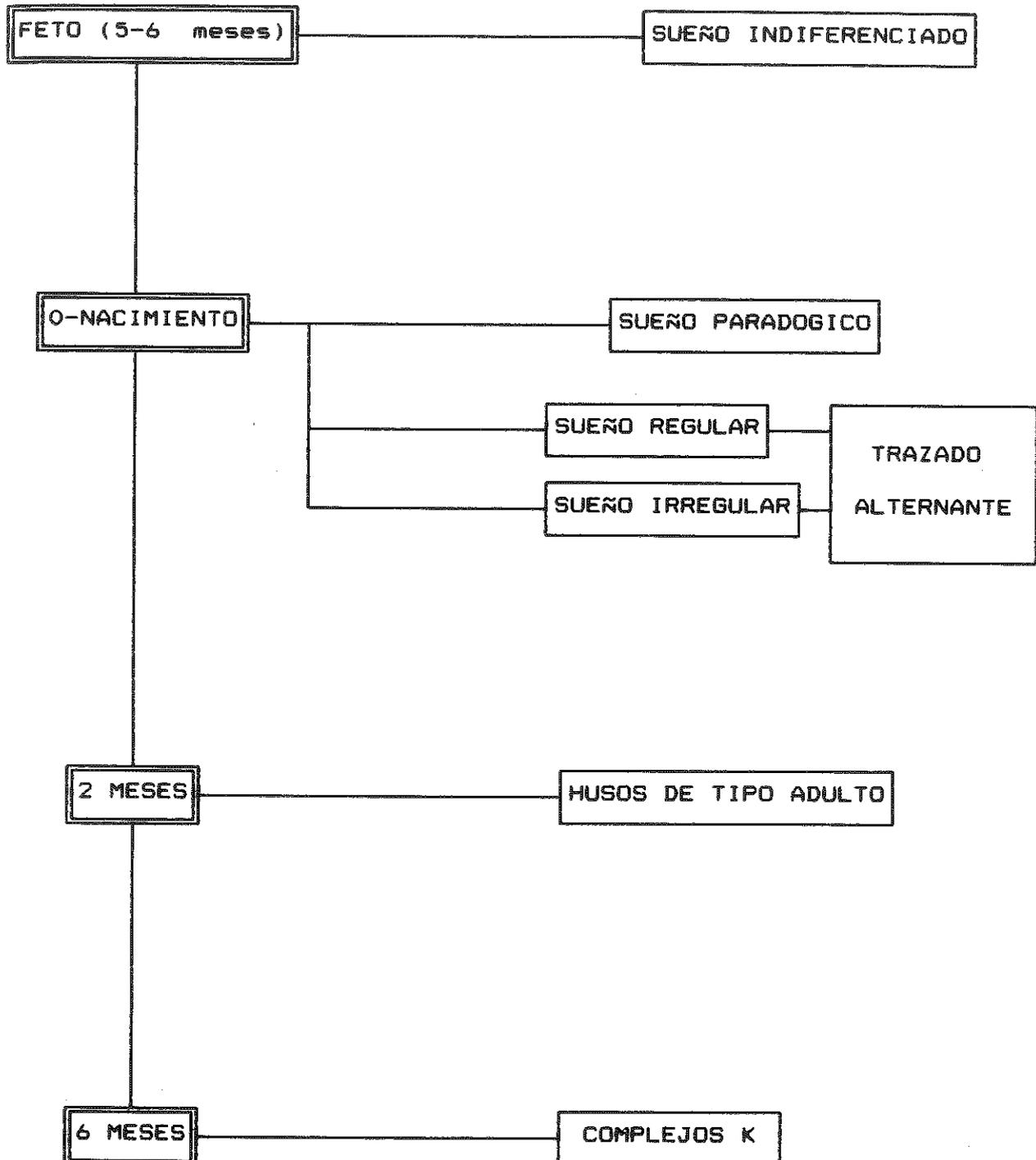
La irregularidad de la respiración y de la frecuencia cardíaca van acompañadas de cambios vasomotores repentinos como sonrojo y sudoración. (Fig. 4) Todo ello traduce de forma clara la inestabilidad e inmadurez del desarrollo del SNC. La reactividad a los estímulos externos es prácticamente nula. Bioeléctricamente presenta un ritmo polimorfo e irregular con frecuencias predominantes en el rango del ritmo theta, entre 4 y 6 cps, con voltajes bajos de 20 a 40 mV y ondas delta de alto voltaje intercaladas. (PAJOT 1974).



(Fig.4)

Trazados y otros registros poligráficos de un mismo niño durante el SUEÑO IRREGULAR. Desde la primera semana hasta los dos años de edad. Se puede apreciar incremento de la actividad EEG. (STERMAN 1972).

A continuación se expone un algoritmo demostrativo de los aspectos esenciales del desarrollo evolutivo del sueño en el niño según la edad.(GARMA 1972).



Las salvas de movimientos oculares rápidos (REM) se pueden hallar a partir de las 24 ó 26 semanas, y en torno a la 30 semanas los intervalos sin REM tienen una duración máxima de unos 12 segundos. Poco a poco los REM se van organizando en trenes; a partir del nacimiento el número total de REM permanece prácticamente inalterable. (DREYFUS-BRISAC 1971).

Aproximadamente a las 32 semanas los intervalos sin REM ocupan un 50% del tiempo; el 56% en los recién nacidos a término y el 70% a los 8 meses, lo que refleja una organización creciente de los REM en trenes. (PARMELEE 1974).

Desde las 28 semanas de gestación hasta los tres meses de edad postnatal se descubre que la actividad característica del feto en el útero es de tipo rápido sobreimpuesto a ondas lentas, que aparecen en el tiempo de modo aleatorio; a medida que avanza el período gestacional las ondas lentas aumentan y en el momento del nacimiento aparecen los brotes típicos de trazado alternante con una mayor proporción que la las 28 semanas de gestación. (GUIDASCI et al. 1977).

Los estados de vigilia, sueño activo y sueño tranquilo se correlacionan con los patrones EEG desritos. De estos datos parece desprenderse que la edad gestacional de 36 semanas sería el período de desarrollo más importante en la maduración EEG ya que es cuando puede identificarse la vigilia y el sueño. (PARMELEE, WENNER et al. 1967).

Conforme aumenta la edad el trazado alternante tiende

a desaparecer,de tal forma que el ritmo lento comienza a estabilizarse,si bien aún va a persistir una notoria irregularidad en los trazados.(DREYFUS-BRISAC 1966).

Los HUSOS DE SUEÑO,una característica del adulto,no están desarrollados en el momento del nacimiento;no obstante se han encontrado pre-husos en el recién nacido a término y en el prematuro.(METCALF 1972).Se detectan a los dos meses en las regiones centrales,donde son sincrónicos, y a los cuatro meses se dispersan hacia la zona frontotemporal donde hay asincronía hasta los 6 meses.(DREYFUS-BRISAC 1966).

Los COMPLEJOS "K" son los que más tardíamente aparecen,pudiendo detectarse más o menos sobre los dos meses y medio en el vértex,donde pueden ser apreciados con claridad alrededor de los seis.En general se va apreciando una progresiva organización de los ritmos corticales en dos aspectos:el temporal y el topográfico (METCALF et al.1971).

En el individuo adulto hay una organización EEG muy especial,con dominancia de una actividad dentro de la banda delta en las fases más profundas y con muestras de morfoelementos del tipo de los husos de sueño y de los complejos "K" en las más superficiales.Sin embargo,el estado de quietud del neonato no manifiesta la organización de dominancia de las ondas lentas;tampoco se detectan husos de sueño ni complejos "K".(GUIDASCI et al. 1977).

Los patrones señalados se reconocen con cierta

facilidad, aunque existen otros estadios intermedios, no diferenciados, como puede ser el estado de vigilia en reposo con ojos cerrados o el adormecimiento del adulto que difícilmente se identifican en el neonato. En este estado limitrofe es imposible distinguir si el recién nacido está despierto o dormido ya que el EEG no es aclaratorio y los demás índices aparecen entremezclados. Hay un tercer estadio en el neonato denominado sueño intermedio o de transición que aparece entre una y otra fase pero con mayor duración después de los periodos de sueño activo. (PARMELEE, WENNER et al. 1967)

Naturalmente la madre detecta y asiste con observación meticulosa al desarrollo de estos periodos del sueño de su bebé reconociendo la placidez y relajación o, por el contrario, el displacer, la incomodidad, el dolor et. Diríamos que este conjunto de pautas fisiológicas y conductuales que expresan el sueño del niño traducen una especie de lenguaje que la madre puede captar con facilidad y que habla del estado psicofísico del niño. Por otra parte asistimos a las primeras manifestaciones de ansiedad y de temperamento infantil que cristalizarán posteriormente en lo que será la personalidad adulta. (GESELL -AMATRUDA 1952).

Como vemos, el sueño es uno de los pilares esenciales en el desarrollo de la personalidad. Sus alteraciones precoces indican posibilidad de trastornos graves ulteriores. (KREISLER 1980).

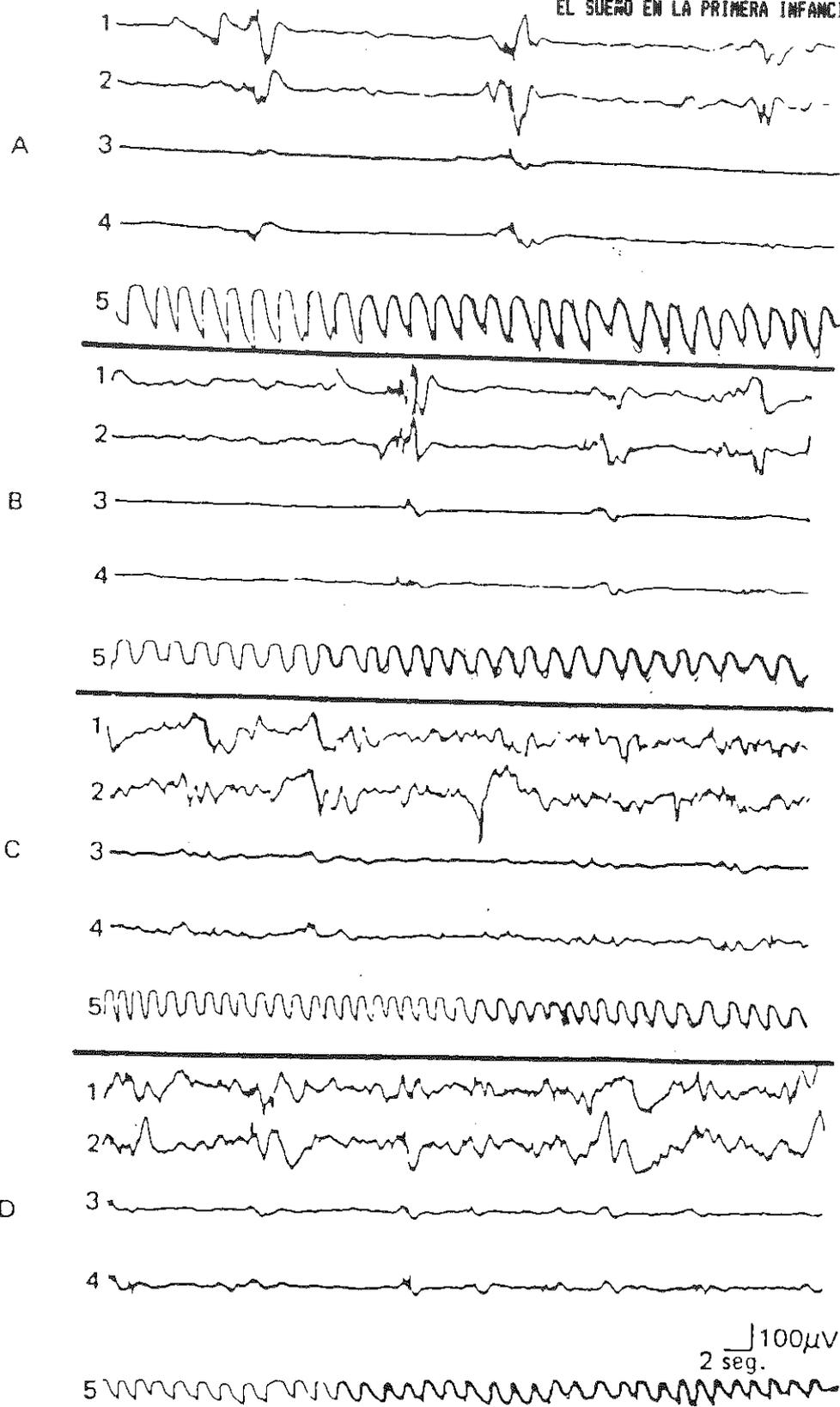
EL SUEÑO EN EL PREMATURO

Los estudios realizados en niños nacidos prematuramente, entre las 24 y 26 semanas de edad gestacional son escasos debido a que por lo general se trata de niños no viables y los registros pertinentes raramente se consiguen.

Entre las 24 y 26 semanas no es posible aún diferenciar ninguna de las dos fases del sueño. No se cumplen los requisitos de ojos cerrados, movimientos corporales, frecuencia respiratoria y movimientos oculares rápidos. (PARMELEE, SCHULTE et al. 1974).

En torno a las 28 semanas se empieza a esbozar un sueño paradójico, (SP), pero aún no se puede hablar de sueño lento, (SL). Sobre las 31 semanas ya es posible discernir entre SP y SL, aunque la diferenciación más precisa ocurre en torno a la 35 semanas. A las 37 semanas la diferencia entre las dos fases del sueño es evidente. (PARMELEE, SCHULTE et al. 1974).

En el prematuro la actividad eléctrica es discontinua, polimorfa e irregular. (Fig. 5) Se distingue un trazado plano con salvas de actividad lenta y ritmos rápidos superpuestos (DEYFUS-BRISAC 1971). El patrón discontinuo tiende a desaparecer con la edad y la consiguiente maduración neurológica. A los 8 meses, el trazado del sueño irregular se torna más homogéneo y continuo mientras que en el sueño regular los intervalos siguen siendo más largos. (TALLADA et al. 1977).



(Fig.5)

Muestras de EEG y otros registros poligráficos de un prematuro de 24 semanas: A) 33 sem. B) 34 sem. C) 35 sem. D) 37 sem. Se puede apreciar la evolución del trazado discontinuo hacia el trazado alternante. (GUIDASCI 1977).

EL SUEÑO DEL LACTANTE

La organización temporal de los patrones de sueño es especial en el lactante. Tanto la cantidad como la distribución circadiana y ultradiana de las fases del ciclo vigilia-sueño sufren un desarrollo gradual antes de conseguir la maduración plena y alcanzar el patrón adulto.

El recién nacido a término tiene un ciclo de sueño extremadamente breve; un sueño agitado parecido al sueño paradójico que dura unos diez minutos y que se caracteriza por muecas en el rostro, gruñidos y llanto frecuente, movimientos oculares rápidos y gran irregularidad en la respiración y pulso. (STERMAN 1972). La actividad EEG es rápida y de muy poco voltaje.

Esta fase va seguida por un período de sueño tranquilo, dos veces más prolongado, con EEG lento.

Un ciclo de sueño dura, por consiguiente, alrededor de treinta minutos y esta organización se extiende tanto al día como a la noche; se trata por lo tanto de un sueño multifásico. (KLEITMAN 1963).

El lactante duerme la mayor parte del tiempo a no ser que se despierte por alguna necesidad física (hambre, sed, dolor etc). Cuando estas molestias actúan como estímulos para despertar se pasa a un estado denominado vigilia por necesidad o forzada. (KLEITMAN 1963).

Poco a poco los ciclos son más largos y el sueño paradójico se tornará menos importante; a partir de la segunda semana el sueño nocturno predomina sobre el diurno de tal forma que el niño "despierta para comer y come para dormir". Al ir creciendo y desarrollándose, los periodos de sueño sin despertar son más prolongados. A partir del mes llega a dormir 5 ó 6 horas seguidas principalmente por la noche.

Llega un momento, alrededor de los tres meses, en que la mayor parte del sueño es nocturno durando de 8 a 10 horas seguidas y permanece despierto la mayor parte del día con alguna siesta intercalada. Durante el día se satisfacen sus necesidades alimentarias. Estamos pues ante un patrón de sueño monofásico ya que básicamente consta de un sólo ciclo de sueño y vigilia en 24 horas. (KLEITMAN 1963).

El período continuo de vigilia alcanzado mediante el ciclo de sueño monofásico se denomina vigilia de elección o vigilia voluntaria, ya que no depende de un estímulo generado por una necesidad inmediata. (KLEITMAN 1963).

Es precisamente el desarrollo cortical, en íntima interacción con estructuras diencefálicas, lo que consigue mantener despierto al bebé e iniciar las primeras formas de conciencia, de respuesta al medio ambiente y de atención a los múltiples estímulos que lo rodean. (FANTZ-MIRANDA 1975).

Parece existir un centro de vigilia en el hipotálamo posterior que constituye una parte del sistema activador

reticular ascendente. Las lesiones producidas experimentalmente en animales en este centro hipotalámico dan lugar a sonambulismo grave. (RANSON 1939).

A medida que la corteza cerebral del niño va desarrollándose hay un aumento en la capacidad de aprendizaje. Se asimilan y crean nuevas estrategias y formas de adaptación a los estímulos. Ontogénicamente la satisfacción de las necesidades se desarrolla con luz diurna, cuando hay estímulos para ver, aprender y mantenerse despierto. (ROFFWARG et al. 1966).

Siguiendo en esta línea, la corteza cerebral va dominando los centros del sueño, por eso el ser humano puede propiciarlo a voluntad. Al reducirse por la noche la estimulación en general, la corteza también actúa sobre los centros del sueño y tiene lugar la aparición de las primeras formas de somnolencia. (GARMA 1972).

La primera sonrisa del niño aparece a los tres meses durante la fase de sueño paradójico, coincidiendo en el tiempo con el inicio de la relación objetal, pudiendo ubicarse el sueño de los tres primeros meses en el campo de las relaciones preobjetales. (KREISLER L. 1978)

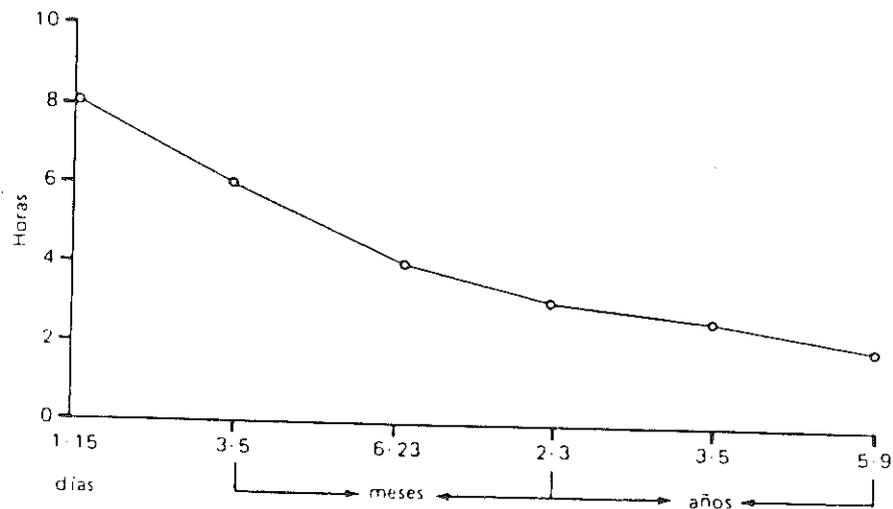
Parte del interés de este trabajo se centra pues en el estudio de los trastornos del sueño durante las relaciones preobjetales.

Numerosos estudios han demostrado que mientras algunos bebés duermen sólo unas 10 horas al día, otros lo hacen durante 22

horas; esta diversidad constituye la prueba de las grandes diferencias en la necesidad de dormir que los niños podrán seguir manifestando en la edad adulta. Por lo tanto es necesario considerar este aspecto de enorme variabilidad en la cantidad y en la calidad del sueño para llegar a una interpretación diagnóstica. (PARMELEE 1974).

El comportamiento del lactante en el sueño se descompone en varios periodos breves de sueño y vigilia (sueño polifásico), para alcanzar alrededor del tercer mes de vida postnatal periodos de sueño más largos, incluso de 7 y 9 horas, principalmente durante la noche, predominando el estado de vigilia durante el día. (ANDERS 1979).

La distribución de cada fase de sueño depende de la edad. Así el sueño REM ocupa durante el periodo de recién nacido un 50% de la duración total del sueño, disminuyendo el porcentaje al aumentar la edad. (METCALF et al. 1972). (Fig.6)



(Fig.6)

Curva representativa de la evolución del tiempo total de sueño paradójico o sueño REM. (METCALF D.1972).

De la descripción anterior se deduce la importancia del sueño REM en los primeros meses de la vida.

Algunos investigadores (LOOMIS et al.1937), apoyaron la teoría de que este tipo de sueño interviene en el desarrollo cerebral, particularmente en el desarrollo del córtex, de manera que la actividad neural del sueño REM sustituye en gran parte a la actividad vigil.

Durante el sueño REM se activa la síntesis proteica cerebral facilitando el proceso de la transmisión neural. (OLSON-FUXE 1971).

Se atribuye a la activación de la fase REM una función de desarrollo en el sentido de que las salvas de excitación hacia determinadas vías del SNC proporcionadas por los generadores continuos de REM, aumentan la maduración, actuando como fuentes de estimulación interna en los primeros periodos del desarrollo, cuando el organismo está relativamente aislado de las fuentes de estimulación o es refractario a ellas. (ROFFWARG et al.1966).

Apoyan las hipótesis anteriores estudios realizados sobre animales. La rata y el conejo son inmaduros al nacer y presentan un alto porcentaje de sueño REM, en cambio el conejo de Indias - no tan inmaduro - presenta un porcentaje significativamente inferior. (JOUVET 1967).

LOS RITMOS SUEÑO / VIGILIA

Ambos estados de sueño, REM y NO-REM, poseen una base neurofisiológica distinta. El estado de vigilia se mantiene por la descarga tónica del sistema activador reticular ubicado en el tegumento mesencefálico y en el hipotálamo posterior. (MORUZZI, MAGOUN 1949). El inicio y el mantenimiento del sueño están sincronizados por estructuras localizadas en la región preóptica del hipotálamo, sección caudal de la formación reticular (FR), pons inferior y médula. (DREYFUS-BRISAC 1966).

En lo que se refiere a la vigilia, la cantidad de tiempo ocupado en el recién nacido es considerablemente menor que en el adulto. Inmediatamente después del parto, el recién nacido permanece despierto durante algún tiempo; la duración de este periodo inicial de vigilia y de la que aparece en las primeras horas de vida está en función de la normalidad así como del tratamiento anestésico y tranquilizante recibido por la madre durante el parto. Cuando la madre no ha recibido tal medicación este periodo inicial tiene una duración de 38 minutos mientras que en el caso contrario es de unos 15 minutos. Durante las siguientes 8 horas el promedio de vigilia es de 38 minutos para los hijos de madres no medicadas y de 5 para las demás. (EMDE R. 1976).

Durante los primeros 35 días la vigilia ocupa el 33% de las 24 horas y este porcentaje va aumentando progresivamente con la edad del niño. (ROFFWARG 1966).

El porcentaje de sueño lento es considerablemente menor que en el adulto y también va aumentando proporcionalmente con la edad.(ROFFWARG H.P. 1966).

Al contrario que el sueño lento, el sueño paradójico (REM) se encuentra mucho más desarrollado ya que como se ha comentado anteriormente se halla muy comprometido en la maduración neurológica y psicológica del niño.(ROFFWARG H.P.1966).

Por otra parte,también se ha señalado que la organización circadiana,típica del adulto,de sueño durante la noche y vigilia durante el día ,no se encuentra desarrollada en el niño.El sueño del recién nacido se ve interrumpido por breves periodos de vigilia distribuidos aparentemente al azar.Poco a poco los periodos de sueño se van prolongando acumulándose durante la noche.Aproximadamente a los tres meses,la duración de un periodo continuo de sueño se ha duplicado,mientras que la vigilia experimenta pocos cambios.(PARMELEE,WENNER et al.1967).

No es aventurada la hipótesis de que en los tres primeros meses de vida el sueño es tanto o más importante que la vigilia para la maduración del individuo.

Además de un ciclo circadiano existe un ritmo ultradiano entre el sueño lento y el paradójico.Este ciclo no se halla confinado al estado de sueño sino que se manifiesta también durante la vigilia ,por medio de oscilaciones de actividad-

inactividad, llamado ciclo básico de actividad y descanso. Al principio de la vida este ritmo suele coincidir con el gastrointestinal, si bien posteriormente se torna independiente (KLEITMAN 1963).

La duración del ciclo ultradiano es objeto de discusión por diversos autores:

- 38,9 minutos. (EMDE, WALKER 1976).
- 49,3 minutos. (STERN et al. 1975).
- 60 minutos. (DITTRICHOVA et al. 1975).

En todo caso la duración va aumentando proporcionalmente a la madurez cronológica.

Inmediatamente después del nacimiento el sueño paradójico aparece con la misma ritmicidad que el ciclo corto de la vida intrauterina, aproximadamente cada 40 minutos. Por otra parte el sueño del recién nacido a término alcanza el mismo nivel de desarrollo que el del prematuro a la misma edad, a pesar de que este último carece de ciertas estimulaciones intra y extra uterinas. Por todo ello es probable que se trate de un ritmo innato dependiente de la maduración de las estructuras cerebrales que intervienen en el control del sueño y la vigilia. (STERMAN 1972).

De todas maneras el el ritmo de sueño del prematuro conserva algunas diferencias respecto del recién nacido a término. La falta de influencia del medio externo sobre los prematuros podría explicarse en función de la inmadurez cerebral

y el bajo desarrollo dendrítico. Así mismo también podría achacarse a la pobre estimulación que reciben por su permanencia en incubadoras. (DREYFUS-BRISAC 1971).

La capacidad para sostener períodos de sueño y vigilia más largos, que alcanza un incremento notable hacia las 12 semanas, coincide con la aparición de un ritmo muy similar al alfa, que se establece de forma regular a los tres meses. Este ritmo alfa se bloquea ante estímulos novedosos y se detecta a la vez un aumento notorio en la capacidad de mantener la atención. (DEYFUS-BRISAC 1966).

En las 12 primeras semanas de vida el sueño del lactante depende todavía de la sensación de saciedad; en esta fase el despertar nocturno se encuentra determinado básicamente por las sensaciones de hambre. El llanto es una señal de hambre y parece poco razonable instaurar un rígido sistema horario de alimentación en lugar de la autorregulación a demanda. (MORE-UCKO 1957).

Si el llanto nocturno y las alteraciones del sueño no son achacables al hambre, hay que pensar en afecciones somáticas tales como infecciones agudas y crónicas, principalmente del tracto respiratorio superior. (MORE-UCKO 1957).

El llanto nocturno puede ser una especie de llanto de contacto, de necesidad imperiosa afectiva, vía de tranquilización que se consigue en el mismo momento que la madre, guiada por su instinto maternal, acaricia al bebé, le mueve y le susurra palabras

dulces .La madre, tras el parto, desarrolla una fina sensibilidad para interpretar el código de señales del niño.(KREISLER L.1981).

Alrededor de los tres meses el niño descubre sus manos, las examina, les debe el primer reconocimiento de su propio cuerpo (esquema corporal), lo que parece ser una especie de tránsito para el conocimiento y captación del entorno.(PIAGET 1952).

CONSIDERACIONES FINALES

El desarrollo normal de un comportamiento sueño-vigilia viene determinado tanto por los procesos de maduración del SNC como por un medio ambiente familiar facilitador.(WINNICOTT 1958).

El ambiente físico, la afectividad, la sensibilidad, la estimulación, los juegos, la forma de alimentar, la tranquilidad y la relajación del medio familiar contribuyen de forma clara a la organización del sueño en el niño.(KREISLER et al.1984).

EL INSOMNIO DEL LACTANTE

- Introducción.
- Enfermedad psicósomática.
- Datos relativos al sueño.
- Estudio clínico.
- Trastorno precoz de la relación madre-hijo.
- Estudio psicopatológico.

INTRODUCCION

Las alteraciones del sueño se hallan en el ojo del huracán de las expresiones somáticas dentro de la psicopatología de la primera infancia. Ello se debe a su frecuencia, a su incidencia de tipo familiar y social, y a su interés en el aspecto de señal premonitoria de trastornos a corto, medio y largo plazo.

La función del sueño, como se ha descrito en capítulos anteriores, está estrechamente ligada al desarrollo psicológico del lactante, y siempre representa un índice fiable del estado de la relación madre-hijo. Sin olvidar las predisposiciones de tipo genético, el desarrollo en el plano psicológico del recién nacido y del lactante se halla totalmente ligado a la consolidación de un tipo de relación con la madre que por su total dependencia podríamos catalogar de simbiótica. (MAHLER et al. 1975).

En ocasiones los padres se apresuran a hablar de los trastornos del sueño en la visita al pediatra, dando al problema un tono melodramático. Otras veces el pediatra lo adivina dentro de un contexto lleno de alteraciones, pudiendo pasar desapercibido si no se profundiza sobre el tema.

Entre estas dos manifestaciones extremas podemos encontrar una amplia gama de posibilidades de presentación. En cualquiera de ellas, por banal que parezca, no se deja de encontrar un sustrato de alteración, tanto de la relación puramente psíquica con la madre, como de la relación en los aspectos físicos u orgánicos en directa conexión con dificultades psicológicas de una u otra parte. (KREISLER L. 1981).

ENFERMEDAD PSICOSOMATICA

La alteración psicossomática se ofrece a la vista del observador como un díptico con dos vertientes : Una médica enclavada en el síndrome físico y otra, psicológica, como etiología del proceso. Cualquiera de las dos vertientes del díptico tiene la virtud de esclarecer a la otra que, por otra parte, estaría vacía de contenido sin la anterior. (MARTY 1984).

El pediatra es el especialista que ve en primera instancia las alteraciones psicossomáticas en el niño. Es su deber el saber separarlas de una alteración primitivamente orgánica y detectar la responsabilidad de los factores psíquicos. Este tipo de acción es lo que define en sí la clínica psicossomática.

Esbozados los límites de la psicogénesis es más fácil enfocar el abordaje psicossomático y poder diferenciar así dos tipos de alteraciones con unos conceptos clínicos y psicopatológicos bien definidos, a saber: Por un lado las alteraciones psicofuncionales marcadas por la perturbación de una función localizada, sin lesión orgánica demostrable. Por otro lado las enfermedades psicossomáticas propiamente dichas, donde hay participación orgánica real o un conjunto de manifestaciones clínicas y biológicas que crean una auténtica enfermedad y no solamente una alteración funcional.

Entre las correspondientes al primer grupo podemos situar como paradigma al insomnio del lactante.

De las correspondientes al segundo grupo podemos remarcar el asma, los eczemas precoces etc.

CUADRO DE ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS PRECOCES EN LA INFANCIA

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

- Transtornos del sueño. Hiperreactividad.

ALTERACIONES ALIMENTARIAS

- Anorexia.
- Inadecuaciones motrices: Ausencia de masticación, persistencia de la deglución primaria.

ALTERACIONES DIGESTIVAS

- Vómitos, mericismo.
- Cólico del primer trimestre .Abdominalgias.
- Diarrea. Colitis, rectocolitis.
- Estreñimiento. Megacolon psicógeno.

ALTERACIONES RESPIRATORIAS

- Asma. Espasmo de sollozo.

ALTERACIONES CUTÁNEAS

- Eczema .Urticaria.Alopecias.Psoriasis.

SÍNDROMES GENERALES

- Infecciones de repetición. Alergias.
- Obesidad.Alteraciones del crecimiento.(Enanismo psicógeno).

La clínica psicósomática ocupa un espacio fundamental en la psicopatología del lactante; hasta tal grado que no es aventurado decir que la psiquiatría del lactante es esencialmente el estudio sus alteraciones funcionales. (CRAMER 1982).

Para incidir en lo anterior debemos tener en cuenta que la relación madre-hijo se concibe como una verdadera función en el sentido fisiológico del término. La alteración psicósomática del lactante es el resultado del encuentro entre un niño especialmente predispuesto por su biología y ciertas condiciones traumatizantes debidas al entorno, representado fundamentalmente por la madre. (KREISLER 1972).

Es innegable que la eclosión de enfermedades psicósomáticas está mediada por una aptitud particular del niño. Se trata de la "complacencia" somática descrita por Freud. (FREUD S. 1967). Esta fragilidad está elaborada por una serie de elementos muy complejos entre los cuales se podrían destacar las aptitudes somáticas constitucionales como el tipo de apetito, sueño, etc. También existe probablemente un umbral personal de resistencia a la agresión psicológica más o menos elevado, así como ciertas necesidades instintuales diferentes. (SPITZ 1965).

En el desarrollo afectivo de la primera edad los tres primeros meses son de gran importancia. En este periodo inicial el niño se halla más cerca de la fisiología que de la psicología. Su equipamiento sensorial es rudimentario. Está dotado de una sensibilidad superficial y cenestésica relativamente evolucionada mediante la cual es capaz de recibir estímulos exteriores y de

comunicarse con la madre. En el curso del ciclo nictemeral oscila entre el estado de quietud y el de tensión, estados que vienen determinados esencialmente por las sensaciones de hambre, frío confort etc.

No es hasta el final del primer trimestre en que el niño empieza a distinguir el rostro humano hacia el cual envía su primera sonrisa, pero sin hacer distinción entre las personas. Este es el estadio precursor de la relación interhumana. (SPITZ 1965).

Posteriormente va reconociendo a la madre, distinguiéndola de los demás. A partir de entonces el niño va invistiendo sus afectos tomando como punto de partida y ejemplo a su madre y se produce el factor inicial del desarrollo afectivo, que marcará para siempre el módulo de comportamiento en este campo.

El desarrollo del niño se concibe como el resultado de la maduración neurobiológica intrincada con la personalidad de la madre, que se comporta (la personalidad) como un verdadero tutor. En esta fase arcaica del desarrollo, la madre y el niño forman un todo inseparable (MAHLER et al. 1975). Parece como si después de los nueve meses de gestación, en el curso de la cual la madre y el niño forman una unidad somática, hicieran falta otros nueve meses más, el tiempo de una nueva gestación, antes de que el niño pueda desarrollar su autonomía psíquica. (FAIN 1971).

La alteración psicósomática precoz tiene el sentido de indicador de una situación conflictual en el momento mismo en que

se organiza (KREISLER 1981).

La elección de los tres primeros meses de vida para la realización de este trabajo se basa en la idea de profundizar un período de tiempo en que el bebé está a merced de su fisiología, sin vestigio todavía de relación objetal. Son los fallos de la unidad funcional madre-hijo lo que se pone de manifiesto durante estos meses mediante la afloración de sintomatología psicossomática.

En un estudio del insomnio del lactante mayor de tres meses deberíamos incidir en toda la problemática objetal. En este estudio lo que se pretende esclarecer son las implicaciones de la relación preobjetal en el futuro psicológico del niño.

DATOS RELATIVOS AL SUEÑO

Las connotaciones técnicas del sueño en la primera infancia han sido descritas en el capítulo anterior. La siguiente descripción se remite a los temas de interés en clínica. Para ello desarrollaré los siguientes apartados:

1º : Duración.

2º : Ritmo.

3º : Calidad.

4º : Fases.

5º : Análisis.

1º DURACION

El recién nacido duerme durante la primera semana de vida alrededor de 19 horas diarias. Hacia el tercer mes duerme 15 horas. Al año el promedio es de 12 horas diarias.

2º RITMO

En las primeras semanas de vida el sueño se reparte en ocho o diez fases que se van sucediendo y poco a poco se van agrupando hasta esbozar un ritmo de predominancia nocturna hacia el tercer mes.

3º CALIDAD

El sueño en las primeras semanas de vida es ligero. Los despertares y adormecimientos dependen casi exclusivamente del ciclo hambre-saciedad. La mayoría de los niños suprimen la

alimentación de media noche entre la 15 y la 16 semana de vida. A partir de los tres meses el sueño va evolucionando hasta adquirir la profundidad típica de la infancia, mientras que la satisfacción del hambre va perdiendo importancia en el condicionamiento del ritmo, el cual se va subordinando más a las actividades maternas, relaciones familiares y circunstancias afectivas.

4º FASES

a) Adormecimiento: En las primeras semanas viene determinado por el ciclo hambre-saciedad. A medida que las horas de sueño se agrupan en la noche, viene precedido de una fase preparatoria que se acompaña de una serie de modificaciones fisiológicas como baja térmica, enlentecimiento respiratorio, baja tensional, disminución de la secreción lagrimal y menor receptividad a los estímulos exteriores. El adormecimiento necesita para ser eficaz de una disminución de las funciones de relación que se concreta en el estado de reposo en cama; necesita también de una relajación en las excitaciones sensoriales, lo que se logra con el silencio y la oscuridad y, por último, la reducción de una serie de funciones vegetativas como la bajada de la temperatura central que suele coincidir con un período de sudoración. (Es conveniente señalar que el niño excesivamente tapado duerme mal).

b) El sueño propiamente dicho: Ampliamente comentado en el capítulo anterior. A modo de resumen cabe destacar que el porcentaje de sueño REM va disminuyendo progresivamente en el

curso del primer semestre y que así mismo la fase REM es la precursora de los ensueños y se supone que tiene un papel preponderante en la maduración de las estructuras nerviosas centrales.

c) Despertar: Es paralelo al adormecimiento en cuanto a duración y lentificación progresiva. El despertar espontáneo es fácil y placentero, no así el forzado que suele ser más lento y menos gratificante.

En el cuadro general del desarrollo es remarcable que durante las primeras semanas el sueño obedece a una serie de condiciones y es regulado por los estados de tensión y relajamiento, consecuencia de las necesidades fisiológicas. Después, poco a poco, el lactante emerge de su universo simbiótico y empieza a diferenciarse del mundo exterior; a conocer a su madre e identificarla como un objeto que puede ser perdido y del que se siente totalmente dependiente. Estas últimas connotaciones inciden notablemente sobre el sueño (FREUD S. 1900) y preceden a la base de la relación objetual y, por ende, de los afectos. (FAIN 1971).

Para el lactante el sueño no es solamente una necesidad, es un comportamiento cuya significación está en función de la manera en que vive la relación con su madre. (KREISLER 1972).

El desarrollo del YO y el patrón vigilia-sueño son conjuntamente determinados por la interrelación entre el modelo

genético de maduración neurofisiológica del niño y el mundo característico de las respuestas de su madre a las necesidades biológicas y afectivas.(GIFFORD 1960).

En el curso de los tres primeros meses el YO de la madre suple al del niño.El bebé no puede actuar sobre el ambiente sino es a través de su madre que es quien asegura sus defensas y le ayuda a organizar los más precoces sistemas mentales.(KREISLER 1984).No es difícil imaginar el futuro psicológico de un bebé privado del aparato mental y afectivo de su madre,privado de la formación del primer esquema psicológico,la "diada" de Spitz.(SPITZ 1965).

ESTUDIO CLINICO

Al enfocar un estudio clínico sobre el insomnio en el lactante hay que tener en cuenta cuatro premisas importantes:

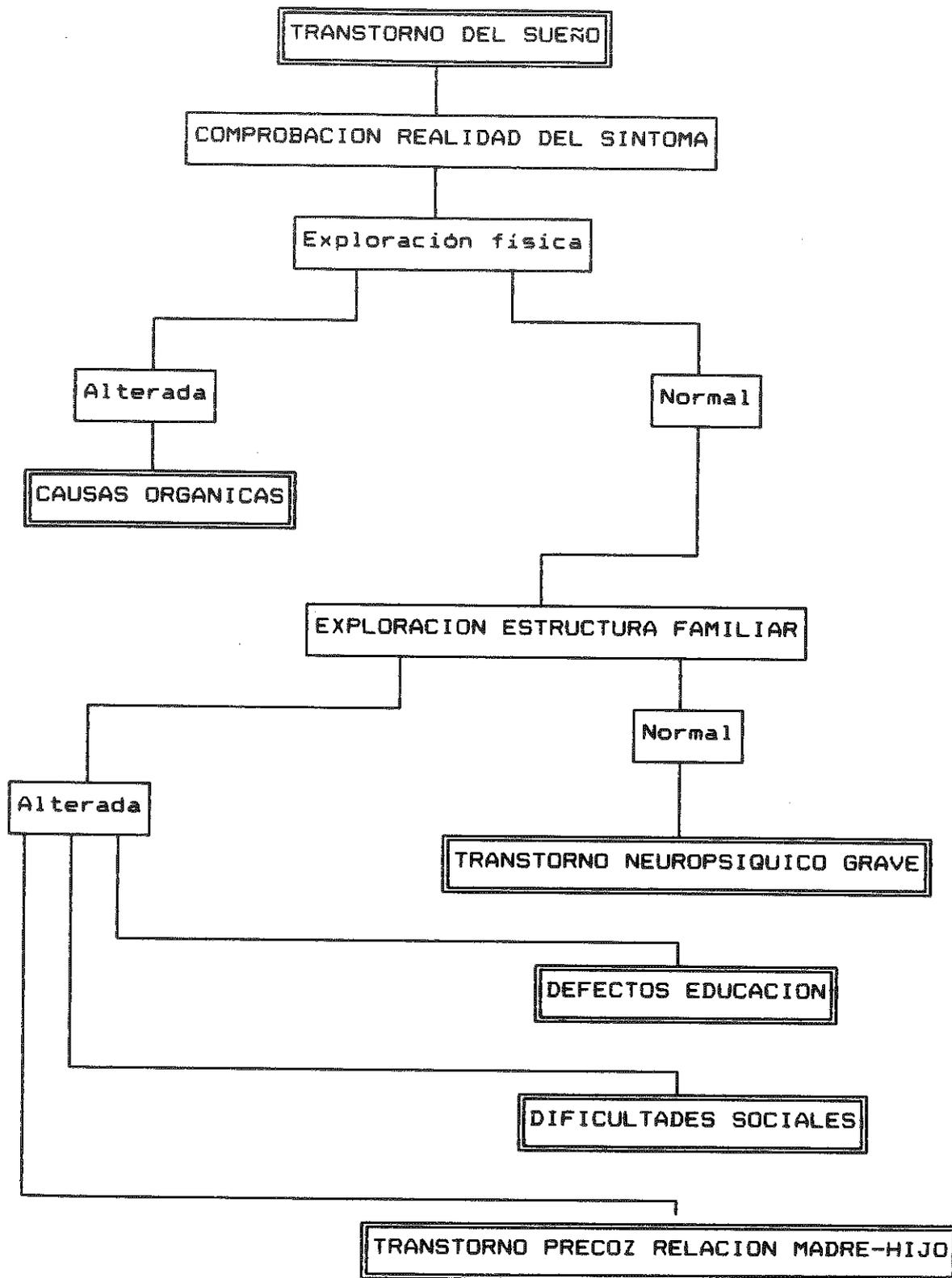
1) No debe iniciarse nunca la búsqueda de una causa de origen psíquico o afectivo sin antes descartar la posible etiología de naturaleza orgánica.

2) El insomnio, al igual que otros desórdenes psicossomáticos del lactante, no es la respuesta específica a una perturbación determinada o puntual. Es inútil buscar detrás de tal o cual síntoma, tal o cual alteración psicológica específica y correspondiente.

3) La duración, ritmo y calidad del sueño tienen un carácter individual; hay niños dormilones y otros que duermen menos, al igual que hay niños glotones y otros que comen poco. Estos tipos caracteriológicos aparecen prácticamente desde el nacimiento. (PRECHTL 1974).

4) Hay un tipo determinado de niño que llama la atención desde muy pequeño por su vivacidad y movilidad, juntamente con una sensación de precocidad en su desarrollo psicomotriz. Suele ser un niño chillón y exigente. A menudo los padres solicitan al pediatra medicamentos para "apacarle los nervios". Los trastornos del sueño aparecen con mayor frecuencia en estos niños. (RUTTER et al. 1964).

Para centrar mejor el tema, en la siguiente página se expone un algoritmo de los pasos a dar en la exploración clínica de los trastornos del sueño en el lactante.



Algoritmo de la exploración clínica de los trastornos del sueño en el niño. (Adaptado de CASTELLS 1979).

Desarrollando el algoritmo de la página anterior nos encontramos con que el primer paso a controlar es la realidad del trastorno. Es muy corriente que la falta de información, la novedad en la crianza de niños etc., conlleve un desconocimiento de lo que es normal que duerma el lactante. (ANDERS et al 1971).

Para no caer en errores de bulto debemos tener en cuenta en primer lugar, y como factor fundamental, la edad del niño. A partir de ello podremos hacer las preguntas encaminadas a reconstruir el sueño del lactante en cuestión.

Se puede dar como buena una cédula de sueño que contemple alrededor de 19 horas en el recién nacido, decreciendo paulatinamente hasta alcanzar una media de 13 horas de sueño por la noche en el lactante de tres meses, junto con una siesta de dos horas por la tarde y otra pequeña siesta de hora a hora y media por la mañana. (LARGO 1984).

Otro punto a tener en cuenta es el tipo de despertar y de adormecer. Es normal que un recién nacido se despierte algunas veces durante la noche, y que al hacerlo lllore. Posteriormente este hábito se va perdiendo, por lo que se considera anormal el despertar más de una o dos veces durante la noche a los tres meses. También se puede considerar fuera de lo normal el despertar con gritos o aullidos o gritar permanentemente durante largos ratos, incluso en el recién nacido. (LARGO 1984).

Es muy importante cerciorarse de la realidad de los datos suministrados por la familia porque en algunos casos la

deficiente información puede llevar a errores que pueden ser causa de la instauración de un insomnio por ellos mismos.

Una vez clasificado el trastorno como real, la investigación debe dirigirse hacia la exploración física y anamnesis para descubrir patología orgánica subyacente.(BAX 1980).

Cualquier enfermedad ,por leve que sea,puede alterar el sueño pero las enfermedades que con más frecuencia son las responsables a la edad que nos ocupa son las alteraciones de vías respiratorias altas y sus complicaciones como otitis,adenoiditis etc.(MAZET 1972).

Un síndrome que acompaña con muchísima frecuencia al insomnio del bebé,llegando a ser confundido con el mismo es el cólico del primer trimestre.Algunos autores lo clasifican como de patología border-line con el insomnio,ya que es muy difícil saber cuando empieza uno y termina el otro.(SCHMITT 1985).

Evidentemente,si se puede demostrar una causa orgánica que condicione una alteración del sueño,las medidas terapéuticas irán encaminadas a corregir la etiología del proceso.

Si la exploración y anamnesis de causas orgánicas resultan negativas el esfuerzo de la investigación recaerá en la búsqueda de patología neuropsíquica grave en el bebé.

En este apartado podemos encontrar varios síndromes;por un lado los que podríamos denominar "secundarios" a

alteraciones de tipo orgánico. Entre ellas, y a modo de ejemplo, las parálisis cerebrales, anoxias neonatales graves, grandes síndromes malformativos con afectación cerebral etc. De este grupo, al observar al niño como un todo, el insomnio es un dato que no resulta relevante en sí, sino que es una muestra más de las consecuencias de un grave deterioro de la totalidad de funciones.

En cuanto a un segundo grupo, que podríamos denominar como de alteraciones "primarias", encontramos las psicosis infantiles muy precoces, descritas por Kanner (KANNER 1935), y que posteriormente han sido objeto de múltiples investigaciones y no menos controversia. En cualquier caso, teniendo en cuenta que la mayoría de las investigaciones se desarrollan a partir del sexto mes, es suficiente mencionar que en pacientes que posteriormente manifestaron rasgos psicóticos se halló frecuentemente en los antecedentes un cúmulo de trastornos precoces del sueño, aunque el diagnóstico de psicosis fuera siempre bastante posterior y el insomnio no fuera considerado en ningún caso el síntoma capital. (DIXON et al 1981), (MASSIE 1978), (MAHLER et al 1975), (KREISLER 1978).

Otro tema con el que se ha relacionado el insomnio es el los trastornos del temperamento.

En un estudio randomizado (CAREY 1974) se constató que un 25% de los niños sufrían alteraciones del sueño en algún momento durante los primeros meses de su vida y aplicándoles una escala temperamental se vió que estos niños poseían un umbral muy bajo para las estimulaciones externas. Podríamos definirlo como un

"grupo de riesgo" para el insomnio.

También se han asociado alteraciones temperamentales con posteriores trastornos de conducta, (GRAHAM et al. 1973), (BATES et al.1979), lo que va enteramente relacionado con la calificación del término de insomnio como inapropiado (FERBER 1987) ya que para el autor el hecho de no dormir según las cédulas establecidas no se trata de un proceso connatal sino que se adquiere después de un período de latencia, por lo cual no sería ningún error de apreciación el denominar a los trastornos del sueño "alteraciones de conducta-sueño", fuertemente influenciadas por el temperamento.

Una vez descartados los trastornos neuropsíquicos hay que investigar la estructura familiar pasando desde las connotaciones personales de los padres, especialmente la madre, hasta las dificultades de tipo social o cultural. (HIRSCHBERG 1957), (BAGEDAHL-STRINDLUND et al. 1988).

Los ruidos ambientales, el exceso de familiares en una vivienda, la falta de espacio vital para dormir, la ubicación del bebé, horarios de trabajo del padre etc.. pueden alterar y condicionar los mecanismos del sueño. (MOORE-UCKO 1957). Los problemas culturales y de educación se suman y agravan los anteriores. (THOMAS 1978).

No es difícil comprender que en los primeros meses la calidad del contacto, la alimentación suficiente, placentera y no excesiva, la relajación a la hora de manipular al bebé, etc, son los

elementos que definen la posibilidad de conseguir un adormecimiento fácil, tranquilo y gratificante. Ello repercute en el bebé directamente y en el resto de la familia de forma indirecta ya que las consecuencias de los malos hábitos influyen sobre el conjunto familiar. (MAZET 1972).

Otra posibilidad, quizás la más importante, que podemos encontrar al explorar la estructura familiar es el trastorno precoz de la relación madre-hijo. Por la importancia y complejidad del proceso, por las consecuencias que se derivan a corto y a largo plazo, en definitiva, por la enorme relevancia que adquiere esta alteración en el desarrollo del niño en cuanto a sus aspectos físico y mental, se le dedica el capítulo siguiente en su totalidad.

TRANSTORNO PRECOZ DE LA RELACION MADRE-HIJO

La madre puede ver impedido su rol de protección, o efectuarlo de manera defectuosa por razones totalmente fortuitas, por alteraciones debidas a su personalidad, o por dificultades a la hora de hacer la investidura afectiva de su bebé. (KREISLER 1972).

El amor maternal es un aspecto importante de los sentimientos generales que el adulto experimenta hacia el niño. Los comportamientos del adulto, ya sea hombre o mujer, ofrecen conjuntamente con componentes afectivos individuales, gran variedad de componentes sociales. Las conductas, las relaciones interpersonales del adulto para con el niño se ponen de manifiesto por la extraordinaria riqueza de medidas de protección a la infancia por parte de las sociedades evolucionadas. (BOWLBY 1951). Parece como si se quisiera que la sociedad paliara en parte el creciente desapego que el estilo de vida contemporáneo ofrece a sus niños.

Los sentimientos maternales, obviamente influidos por los instintos, ponen a la mujer en condiciones de cumplir con su función maternal de dedicación total, vigilancia constante y capacidad para desarrollar una singular habilidad para entrever las necesidades de su bebé. La madre asegura al bebé la supervivencia, el confort, el equilibrio. (MAHLER et al. 1975). En las guarderías, las medidas de seguridad son necesarias para paliar lo que la madre es capaz de realizar por puro instinto. (CAMPBELL 1977).

El instinto maternal es el resultado de una larga

evolución afectiva cuya génesis se sitúa probablemente en la más temprana edad, en la relación inicial de la niña con su madre. Sigue en el curso del segundo año, período en que toma lugar la identidad psicosexual femenina, y después a lo largo del desarrollo en las circunstancias de la evolución edípica, período de latencia y una adolescencia poblada de fantasmas sobre el devenir amoroso y la maternidad, los primeros escarceos, los noviazgos y la formación de pareja estable. (LESOVICI 1983).

Es importante evocar las características psicológicas del embarazo y en particular de la tendencia regresiva con resurgimientos de la vida infantil cuyas manifestaciones de tinte narcisístico son bien conocidas: labilidad de humor, caprichos, necesidad de ser contemplada y mimada. La manera en que el embarazo es recibido, aceptado, deseado o rechazado, pesa enormemente sobre la relación ulterior de la mujer con su hijo. (HIRSCHERG 1957). Algunas mujeres experimentan durante el embarazo una sensación de plenitud intensa, se sienten maravillosamente bien hasta el punto de sentir nostalgia de este estado y desean volver a él lo antes posible. Otras están siempre cansadas, deprimidas o ansiosas, desean terminar cuanto antes y no repetir la experiencia. En el estudio paidopsiquiátrico de la primera edad las preguntas sobre las situaciones psicológicas y físicas del embarazo aclaran muchos puntos del examen. (KREISLER 1980).

Los incidentes psicológicos del parto tienen también importancia relevante en la perspectiva del establecimiento de la

relación inicial. Hay un momento durante el parto en que se produce un transtorno endocrinológico que puede por sí mismo ocasionar modificaciones en la esfera psíquica. Se trata del momento del expulsivo, que es especialmente angustioso. La brusca realidad de la aparición del niño, la fatiga física y psíquica y el hecho de pensar en las responsabilidades que se adquieren pueden alterar conductas establecidas o hacer aflorar a la superficie conflictos internos insospechados. (DESPERT 1946).

Entre los fenómenos psicoafectivos contenidos en el amor maternal hay uno que llama poderosamente la atención. Se trata de la doble identificación ya que el bebé representa inconscientemente para la joven madre la figura de ella misma junto a su propia madre. El resultado es que los sentimientos trasladados al niño están impregnados de cualidades propias de la personalidad de cada mujer, de su pasado lejano en relación con su madre y las circunstancias afectivas de su más tierna infancia. (CRAMER 1982).

Finalmente, es en el curso del discurrir de las semanas y los meses cuando el amor maternal sufre su evolución. Se vuelve menos exclusivo y permite adquirir importancia al desarrollo del niño facilitando su progresiva autonomía. Por otro lado el enriquecimiento mutuo permitirá a la madre ir volviendo a sus intereses personales y profesionales. (KENNELL 1974).

Pero antes de llegar a estas fases más evolucionadas en que el amor maternal ha podido desarrollarse, hay un período

crítico, después del parto en que muchas mujeres atraviesan situaciones difíciles que han venido siendo definidos como la depresión post-partum (SHAW 1977). Esta "depresión" puede llegar a ser causa de dificultades en el establecimiento de las primeras relaciones entre madre e hijo. Genéricamente podemos distinguir tres formas de expresión de esta anomalía:

- 1) Descompensaciones transitorias.
- 2) Ansiedad y sobreprotección.
- 3) Conductas agresivas.

1) DESCOMPENSACIONES TRANSITORIAS:

La mayor parte son de tonalidad depresiva. Los signos más frecuentes son la astenia con sentimiento de decaimiento y tristeza, muy a menudo añadiéndose a ellas una baja forma física. Este estado es muy a menudo causa de la interrupción de la lactancia. (KREISLER 1972). Se suman al cuadro las primeras inquietudes sobre el estado físico del niño. Estos episodios, poco a poco, se van impregnando de una carga de angustia que desemboca siempre en pensamientos y sensaciones de muerte del niño que dejan entrever una proyección del sentimiento respecto a la labilidad del propio cuerpo. (SAMI-ALI 1979)

Como ejemplo de una depresión más importante podemos citar el sentimiento terriblemente penoso de algunas mujeres al no poder considerar al niño de otra manera que un extraño, de no poderlo reconocer internamente. Sufren por no sentir hacia el niño aquellos impulsos amorosos en los que habían soñado. Estos

sentimientos, si se prolongan, pueden ser el origen de conductas incapacitantes para una correcta relación precoz. (KREISLER 1972).

2) ANSIEDAD Y SOBREPROTECCION:

Toda madre normal se muestra algo angustiada; esta cierta angustia es indispensable para un buen desarrollo de la función maternal.

Lo que realmente nos ocupa son los cuadros de ansiedad patológica. Tienen formas de expresión diversas. La más seria de ellas es la fobia de impulsión en que la madre está obsesionada por el temor de herir al niño, de ahogarlo, de perjudicarlo de alguna manera. (FENICHEL 1982).

La ansiedad conduce normalmente a la sobreprotección. Los motivos profundos pueden ser diversos y frecuentemente contienen componentes agresivos importantes, siempre disimulados y profundamente ocultos. Se caracteriza por una atención exagerada hacia las mínimas manifestaciones del bebé, interpretación errónea de sus necesidades reales, gran incoherencia en los cuidados y otras actitudes peligrosas. (BELL, AINSWOTH 1972).

3) CONDUCTAS AGRESIVAS:

Hablar de agresividad suscita generalmente la idea de sentimientos reprimibles, lo que suele inducir a la confusión entre agresión y agresividad. La tendencia agresiva no solamente es normal sino que es una de las bases fundamentales de nuestros

sentimientos.(FENICHEL 1984).

Para Freud las dos pulsiones instintivas inherentes a la naturaleza humana son la pulsión amorosa o libido y la pulsión agresiva.Estas dos pulsiones están siempre presentes y son inseparables.

El equilibrio dinámico supone una fusión conjunta y armoniosa de estas dos pulsiones.Si cada instinto se manifestara por separado supondría un peligro para el equilibrio del individuo.Uno y otro instinto se forman conjuntamente desde los primeros meses de vida y la evolución afectiva del niño podría ser contemplada bajo el prisma de su correcta definición ,así como de modelo para la adaptación posterior a la vida.(FAIN 1971).

Uno de los papeles esenciales de la educación es la canalización de las mencionadas pulsiones, en particular la agresiva.La canalización no supone supresión ya que la agresividad correctamente canalizada es absolutamente necesaria.Su ausencia tanto en el hombre como en el animal sería incompatible con la supervivencia.Esta canalización debe realizarse por la vía de las sublimaciones más diversas como el espíritu de independencia y autonomía, la competición escolar, la competencia profesional etc..

Se puede asegurar que no hay ningún sentimiento, ninguna pasión, ningún comportamiento que no esté impregnado de agresividad.La agresividad, necesaria y siempre

presente es capaz en algunas ocasiones de tomar la forma de agresión; circunstancias colectivas y sociales, familiares, individuales etc., pueden operar este cambio, convirtiendo lo normal en patológico.

Hay dos situaciones perfectamente definidas que pueden favorecer el paso de agresividad a agresión:

a) La mujer cuyo instinto maternal es pobre llega a tolerar mal a su hijo, no soporta los gritos, las servidumbres que comporta la crianza etc. Entonces frecuentemente responde a las necesidades del niño mediante reacciones que cada día pueden ser más desorganizadas y peligrosas.

b) La mujer cuya falta de control viene determinada por una debilidad estructural en la formación del YO, mujer típica que entra en la clínica a dar a luz deprimida y que es puesta bruscamente frente a responsabilidades desconocidas, es poco apta para investir al bebé de sentimientos adecuados. Por poco que se transtorne esta frágil personalidad, la agresión puede hacer acto de presencia. Frecuentemente esta debilidad del YO es consecuencia de malas condiciones educativas familiares que corren el riesgo de perpetuarse generacionalmente. Un bebé víctima de una insuficiencia afectivo-educativa al que se le ha integrado una mala imagen paternal, borrosa, inconsistente o incoherente, tiene muchas posibilidades de permanecer débil y en consecuencia de no controlar su propia agresividad.

Si se considera que la maternidad constituye para

la mujer la última etapa de su maduración psicosexual y permite realizar sus aspiraciones más profundas, debe concebirse que esta situación está impregnada de un pasado afectivo, actualizado y a veces puesto en evidencia si antiguos conflictos estaban mal dilucidados. Una mala identificación de la mujer con su propia madre, una rivalidad mal resuelta, el fantasma del niño del padre en la fase edípica, pueden poner a la mujer en situación de culpabilidad generadora de un rechazo al embarazo junto con hostilidad hacia el bebé y angustia subsiguiente. El niño, inaceptado, puede ser sentido como un extraño peligroso e insoportable. El parto vivido como una mutilación o destrucción corporal puede ser el punto de partida para manifestaciones depresivas.

Todas las situaciones descritas anteriormente pueden ocasionar trastornos en la relación precoz madre-hijo. (KREISLER 1972).

El estudio de las alteraciones que pueden conducir a que la relación madre hijo se convierta en un cúmulo de despropósitos puede extrapolarse al estudio del insomnio en el primer trimestre en su faceta más evidente: el sueño presupone relajación. Un organismo inundado de excitación es incapaz de relajarse. (FREUD S. 1900).

La criatura humana no tiene otra posibilidad para conciliar el sueño que la relajación, lo en principio presupone cierta capacidad mental. El bebé nada sabe del mundo objetivo y carece de capacidad para ligar la tensión por sí mismo. La única

ayuda externa que puede recibir para relajarse es el contacto con una madre competente. Una madre competente debe estar provista de un YO fuerte, un instinto maternal eficaz y un entorno coherente.

A excepción de los casos de patología mental grave o patología orgánica, el bebé puede relajarse para dormir si cuenta con una madre competente, generadora de un clima en el cual se pueda elaborar, en su momento, la relación objetal. (WINNICOTT 1958)

ESTUDIO PSICOPATOLOGICO

Tal como se ha explicado en anteriores capítulos, en el curso de los primeros meses de la vida el ciclo sueño/vigilia está íntimamente relacionado con otras necesidades, en particular la alimentación. El niño despierta cuando tiene hambre y se duerme cuando está saciado. A los dos estados que caracterizan las fases iniciales de tensión y relajación corresponden la vigilia y el sueño respectivamente. (DEBRE, DOUMIC 1959).

Las etapas más tempranas de la vida deben ser comprendidas a través de las expresiones de relajamiento y excitación. Sólomente las etapas posteriores podrán ser definidas en términos más diferenciados ya que las funciones mentales constituyen un aparato cada vez más complicado, destinado a controlar los estímulos. (FENICHEL 1984).

La criatura humana al nacer es más desvalida que los demás mamíferos. No podría subsistir si no se cuidara de ella. Le llueven innumerables estímulos que no puede controlar. No está en condiciones de trasladarse voluntariamente ni de distinguir entre la multitud de sensaciones que recibe. Nada sabe del mundo objetivo y carece de capacidad para ligar la tensión. Puede decirse que el recién nacido carece de YO, el cual va a tornarse diferenciado bajo la influencia del mundo externo. De momento debe usar el YO de su madre de una forma "vicariante" pues las funciones que más tarde formarán su propio YO y la conciencia son las que aún no se han desarrollado, como por ejemplo la capacidad de fijar la tensión mediante contracatexis.

Es fácil comprender el cambio producido al nacer

cuando el organismo emerge de un entorno relativamente tranquilo para entrar en un estado de abrumadora estimulación con un mínimo de protección ante los estímulos, protección brindada por el YO materno. Es este estado de anegamiento por la excitación, sin un adecuado aparato de defensa lo que constituye el modelo de toda angustia ulterior.

En los primeros vestigios de conciencia no hay distinción entre el YO y el NO-YO, sino entre mayor o menor grado de tensión. En estas fases el relajamiento es inseparable de la pérdida de conciencia, o sea, dormir. La vida del niño transcurre en un estado de alternancia entre el hambre y el sueño. El hambre conduce a un estado de tensión (así como otros estímulos externos como frío, calor etc..) y lógicamente hay una tendencia a liberarse de la tensión mediante la saciedad, el confort etc., para dar lugar a un estado relativamente exento de estímulos que es el sueño. De esta manera podemos interpretar que la relajación es indispensable para el sueño, que a su vez es indispensable para la maduración la cual proporcionará elementos suficientes para la construcción de un YO diferenciado que a la larga permitirá otra vez el sueño y así cumplir el ciclo de la vida.

La mayor parte de los insomnios precoces se instalan en el plazo de los primeros días y semanas (KREISLER 1978) en particular durante la fase que precede al "primer organizador" propuesto por Spitz, (SPITZ 1965) y que sucede alrededor del tercer mes.

A partir de ahí el placer y el displacer aunque siguen anclados en las necesidades biológicas empiezan a dirigirse hacia un ser humano, como ocurre con la sonrisa dirigida hacia el rostro de la madre. El abandono del anterior estado inicial coincide con la evolución psicológica de la madre, sobre todo por una modificación cualitativa de las catectizaciones. En este punto podemos colegir que todos los déficits anteriores al tercer mes, identificables en muchas ocasiones por un insomnio, van a ser el punto de partida de otras patologías.

El sueño del niño y sus alteraciones permiten ver en vivo un aspecto esencial de las necesidades afectivas que se deben encontrar en un reparto equitativo entre los dos polos de investidura: por un lado el repliegue sobre sí mismo (investidura narcisística) y por otro lado el apego a la madre (investidura objetal). (KREISLER 1981).

El insomnio del bebé revela un conflicto. La madre o su sustituto no pueden cumplir con su papel protector o lo desempeñan de manera inapropiada. Ello puede conducir a un insomnio de índole y severidad muy diversas y normalmente proporcionales al índice de falta de protección y/oica correspondiente. (KREISLER et al. 1984).

Considerado desde el punto de vista del narcisismo el sueño responde a una regresión masiva para obtener una ruptura total con el mundo exterior que será posible si dicho sueño está infiltrado de carga afectiva adquirida mediante el contacto con

la madre. En términos analíticos un buen funcionamiento del ciclo sueño/vigilia corresponde a un repliegue espontáneo de la libido al estadio de narcisismo primario. (FAIN, DAVID 1963). El sentimiento de fusión, de indiferenciación con el ambiente, alcanza su punto culminante en el sueño. El estudio del insomnio precoz demuestra que en condiciones de normalidad el sueño no se establece sino es como equivalente psicológico de una fusión con la madre, reproduciendo la unidad primitiva. (MHALER et al. 1975). El insomnio precoz y grave demuestra también que si el sueño está desprovisto de apuntalamiento afectivo se instala en un circuito repetitivo de alto riesgo psicológico. (LACOMBE 1980).

El insomnio precoz no puede traducir más que un estado de sufrimiento agudo, durante el curso del cual se permite una actividad motora cuya finalidad es una descarga de excitación que no es posible por otras vías. Se trata de un caso límite que pone en primer plano una serie de manifestaciones de cortocircuito psicológico en el bebé. (GIFFORD 1960).

Hay que diferenciar dos clases de sueño desde el punto de vista analítico: el que sobreviene después de una gratificación y permite un repliegue libidinal narcisista casi completo y el que sigue a una frustración, incluso al sufrimiento y que sólo se produce después del agotamiento de la tensión interna. La existencia de este último antes de los tres meses es perturbadora ya que muestra la posibilidad de que haya un mantenimiento de la vigilia forzado antes de el establecimiento del YO, con consecuencias traumatizantes evidentes. (DESPERT 1946).

Para que a partir de determinada edad no se produzcan estas alteraciones hay una solución de compromiso utilizada por el ser humano: la actividad onírica.(FAIN,DAVID 1963).

Cuando el individuo duerme,una parte de la libido se niega a regresar al estado de narcisismo primario,provocando un proceso alucinatorio que colma el deseo frustrado cuya tensión tendería a impedir el acto de dormir.(FREUD S.1908).Entendemos el sueño,la vida onírica,como la realización alucinatoria del deseo.Pero los sueños no se organizan sin vivencias previas que hayan dejado huellas mnémicas que puedan ser activadas alucinatoriamente.Dicho de otro modo,los sueños requieren de una actividad mental previa.Dado que el bebé no tiene huellas mnémicas, si no encuentra elementos de apaciguamiento en su madre y su inconsciente ,difícilmente obtendrá la posibilidad de realizar una regresión al narcisismo primario.Entonces ,lo que se organiza en lugar de una actividad alucinatoria es una actividad motora de tipo autodestructivo.(FAIN,DAVID 1963),(KREISLER 1978).

El estudio del sonambulismo permite establecer una comparación altamente explicativa.En el caso del sonambulismo el sueño no está preservado por una actividad mental sino por un comportamiento motor caracterizado por una especie de evolución anómala.El sonámbulo,aún estado completamente dormido ve y actúa con rapidez y precisión.El sueño del sonámbulo se asemeja al estado de vigilia del lactante insomne ,con actividad motora pero sin la parte mental cuya entrada caracteriza la vigilia del sonámbulo.(BRACCONIER et al 1980).

Consecuentemente el dormir sería en su significación real para el niño, un alejamiento de un estado displacentero encerrándose y regresando en la fantasía hacia un sentimiento arcaico de relajación propio de la sociedad tras el amamantamiento. En esta fase de la vida el dormir es la defensa psíquica ideal, y a su vez la más precoz. (SPITZ 1965).

En el caso del insomnio precoz se produce un cortocircuito en las posibilidades de evolución mental ofrecidas por el desarrollo. Se desvía la tensión no resuelta hacia una actividad motora que substituye a la profundización hacia la actividad onírica, con lo que el proceso alucinatorio primario, que es la primera elaboración mental que permite superar ciertos estados de frustración no puede estructurarse. Este proceso puede continuar repitiéndose a sí mismo llegando a adquirir las características de un círculo vicioso, incidiendo de forma muy importante en el pronóstico a largo plazo de la salud mental. (GIFFORD 1980).

El dormir del bebé es muy particular. No hay en este periodo catectización sensorial, por lo tanto no puede haber decatectización, salvo la derivada de la realización de las necesidades más elementales. Tampoco hay niveles psicológicos que puedan constituir el punto de partida de una regresión, por lo tanto, sólo gradualmente y a consecuencia de la maduración, a base de experiencia y acumulación de huellas mnémicas, el sueño y la vigilia llegan a individualizarse y se organizan en lapsos coordinados, en alternancia del día con la noche. (KREISLER et

al.1984).Por consiguiente,la evolución del esquema sueño-vigilia permite evaluar en qué medida avanza el desarrollo original del YO.(KREISLER 1981).

El sueño del lactante evoluciona en el curso del primer trimestre desde la quietud fisiológica hacia la distensión libidinal.(SPITZ 1965).Si se admite que la catectización narcisística primaria se organiza en respuesta al instinto materno,es posible deducir que la naturaleza del sueño depende de la catectización del bebé por parte de su madre.(FAIN 1971).Cuando la excitación permanece flotante a raíz de no haberse estructurado como libido es porque falta el complemento maternal necesario.(KREISLER 1981).

En consecuencia,uno de los primeros pasajes de lo somático a lo psíquico estaría representado por la "libidinización del sueño".Ello sólo es posible si se estructura un movimiento libidinal recíproco entre la madre y el hijo,culminándose con la catectización narcisística primaria.Esta libidinización del sueño parece prefigurar lo que será ulteriormente la regulación de la autoestima.En otras palabras,si las condiciones son positivas, el sueño se convierte rápidamente en un sistema autorregulador del narcisismo.(SPITZ 1965).

Más tarde el dormir va adquiriendo significación y contenido psicológicos.La regresión,que es un mecanismo de defensa psicológico, y el dormir evolucionarán al mismo tiempo y se infuirán recíprocamente.Es a partir del tercer mes en que van apareciendo en el EEG las grandes ondas hipersíncronas y cierto

enlentecimiento en el ritmo de base, lo que se explica como un avance en el proceso de maduración tanto psicológico como neurofisiológico. (DEBRE, DOUMIC 1959).

En base a lo anterior podemos colegir que los insomnios aparecidos después del tercer mes siguen el proceso siguiente: el lactante saciado se sustrae a los estímulos y recurre a dos procesos; uno fisiológico (el dormir) y otro psicológico (la regresión). Este último se enfrenta con las huellas mnémicas de las vivencias de las relaciones preobjetales que caracterizaron el primer trimestre. Si tal período no se realizó con normalidad por algún problema en particular que impidió la adquisición de los mecanismos normales de sueño placentero o una madre "incompetente", se produce un "enganche" en la fase anterior y en consecuencia no es posible efectuar la necesaria regresión con lo que el insomnio es inevitable. (KREISLER et al. 1984).

El retraso general de la libidinización que se observa en el insomnio precoz parece influir negativamente en las posibilidades futuras de mentalización, con toda su carga de responsabilidad en psicopatología. (KREISLER 1981).

CONCLUSIONES BIBLIOGRAFICAS

El estudio bibliográfico del insomnio funcional del lactante nos lleva, para finalizar, a extraer dos tipos de conclusiones, unas de carácter teórico y otras de carácter práctico.

CONCLUSIONES TEORICAS

Se dirigen a recordar que la eclosión del cuadro del insomnio está probablemente ligada a la asociación de elementos particulares de niño consecuentes a su potencial neurobiológico con deficiencias formales de su entorno. Ello se comprende si consideramos que en el momento del nacimiento el ritmo de sueño, el umbral de resistencia a la agresión psicológica y la intensidad de las necesidades instintuales son fundamentos muy variables en cada individuo.

Es evidente que las anomalías en la capacidad de respuesta materna a las necesidades fisiológicas y afectivas del niño son responsables de una privación parcial en la relación o de una distorsión de la misma. No se puede achacar a un tipo determinado de personalidad en la madre sino que hay que profundizar en las anomalías de investidura afectiva de su propia infancia, las cuales generan actitudes que suministran señales contradictorias o inconstantes que impedirán un correcto proceso de catectización mutua y desarrollo libidinal, indispensable para acceder a la función onírica del sueño. Todo ello se resume en una ineficaz realización alucinatoria del deseo que desembocará en un deficiente proceso de mentalización. Sin la función onírica

correctamente desarrollada es muy difícil acceder a la salud mental.

CONCLUSIONES PRACTICAS

Todo pediatra debe tomar en consideración y en su justo valor una alteración del sueño en el niño. Visto desde la perspectiva psicosomática esta alteración no debe tratarse de forma puramente sintomática sino que la acción terapéutica a realizar se extiende a una verdadera profilaxis mental dado que se trata de comprender, valorar y remediar una situación conflictual susceptible de tener prolongaciones muy profundas que pueden comprometer el equilibrio mental del individuo. En definitiva, se trata de ayudar a establecer el VINCULO.

PARTE EXPERIMENTAL

- Hipótesis de trabajo.
- Material y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El objeto de esta tesis es realizar un estudio clínico sobre la posibilidad de prevención en los trastornos del sueño en el lactante. Así mismo se intentan estudiar las necesidades asistenciales que generaría tal posibilidad y la incidencia del proceso en nuestro medio.

Una vez analizada la bibliografía al respecto y tras la consiguiente reflexión se formulan las siguientes HIPOTESIS DE TRABAJO:

- 1) Los trastornos del sueño en el lactante, cuyo origen no es de tipo psicopatológico sino debido a causas externas, son frecuentes y su prevalencia se cifra en un 25%, por lo tanto afectan a una parte importante de la población.
- 2) El insomnio, entendiéndolo como tal una alteración de los mecanismos del sueño en sí mismos, cuyo origen es de tipo psicopatológico, es una entidad poco habitual, su prevalencia se cifra en un 2%.
- 3) Los trastornos del sueño sin componente psicopatológico son debidos principalmente a:
 - Malos hábitos alimentarios.
 - Cólico del primer trimestre.
 - Enfermedades orgánicas.
 - Malos hábitos de índole familiar y social.

- 4) Cualquier alteración psíquica en la madre , especialmente la depresión, puede incidir negativamente sobre los procesos de relación que son necesarios para adquirir los mecanismos fisiológicos del sueño.

- 5) UNA COMPLETA INFORMACION A LOS PADRES SOBRE LAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS DEL SUEÑO EN EL LACTANTE ES BASICA PARA PREVENIR LA APARICION, AGRAVAMIENTO Y/O CRONIFICACION DEL INSOMNIO; PUEDE SER LLEVADA A CABO POR EL PEDIATRA EN EL TRANCURSO DE LA PRIMERA VISITA DE CONTROL Y REQUIERE UNICAMENTE TRES MINUTOS DE TIEMPO.

MATERIAL Y METODOS

- Diseño.
- Muestra.
- Instrumentos.
- Procedimiento.

DISEÑO

Para elaborar el diseño del trabajo hubo que tomar una actitud realista respecto a las posibilidades de actuación en nuestro medio.

La primera dificultad consistía en que a pesar de ser un proceso que aparece en la totalidad de los textos habituales de estudio en Pediatría y Psicopatología infantil, (NELSON et al 1979) (CRUZ HERNANDEZ 1989) (AJURIAGUERRA 1982), en ninguno de ellos recibe un tratamiento a fondo, y mucho menos una metodología de estudio diseñada al efecto.

Debido a ello, la búsqueda bibliográfica tuvo que ser dirigida fundamentalmente hacia las publicaciones extranjeras dedicadas a sub-especialidades concretas. Se realizó mediante los siguientes sistemas informáticos de teledocumentación:

- Bases de datos: MEDLINE, EXCERPTA y EMBASE.

Por otra parte, centrándonos en temas de aplicación práctica, no era aventurado intuir las dificultades que surgirían si se intentaba someter a un alto número de bebés sanos a una serie de estudios poligráficos con toda la parafernalia de cables eléctricos y otros elementos indispensables para llevarlos a cabo.

Es decir, se intuyó que las autorizaciones paternas para hacerlo serían mínimas, si es que se conseguía

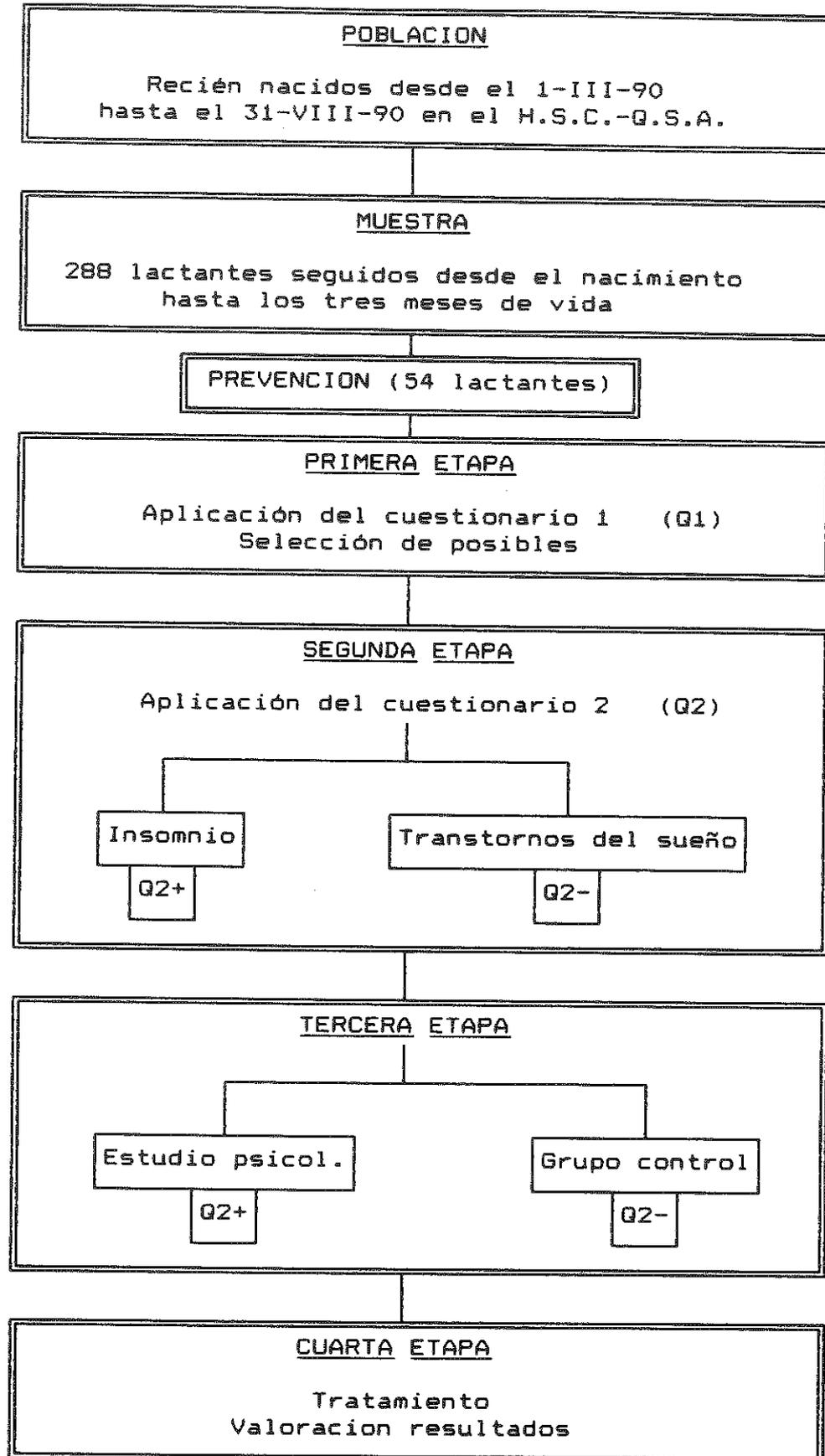
alguna, con lo que el trabajo sería imposible de realizar.

Apoyaban esta idea los elementos de bibliografía encontrados sobre la personalidad de las madres y familias de los bebés con insomnio, cuya especial organización no sería precisamente proclive a permitir la "experimentación" en sus niños.

La dificultad de no disponer de un laboratorio del sueño no fue insalvable pues en diversos trabajos (KAHN et al. 1985), (KAH et al. 1987), se demuestra que los datos suministrados por los padres con referencia a las horas de sueño, despertares etc, son comparables a los datos de laboratorio ya que los márgenes de error se sitúan en ± 37.7 minutos, lo cual nos da un valor en la prueba de rangos de Wilcoxon de 0.01. Basándonos en estos hechos se tomaron los tiempos de sueño anotados por los padres como punto de referencia y elemento de trabajo.

Una vez ideado un modelo de investigación cuyas perspectivas de realización fueran posibles, se pensó la puesta en práctica, para lo cual fue necesario concertar un grupo operativo entre los pediatras que habitualmente llevan a cabo la labor asistencial en el Hospital del Sagrado Corazón para realizar el screenig inicial de la primera etapa. (Ver organigrama).

Una vez diseñado el modelo y garantizados los sistemas de trabajo hubo que concretar su estructuración, para lo cual se elaboró un organigrama cuya representación gráfica podemos observar en la página siguiente.



POBLACION

La Quinta de Salud La Alianza es una entidad de seguro libre de enfermedad fuertemente enraizada en Catalunya; en la actualidad cuenta con una cifra aproximada de 281.000 socios procedentes de todas las comarcas del Principado.

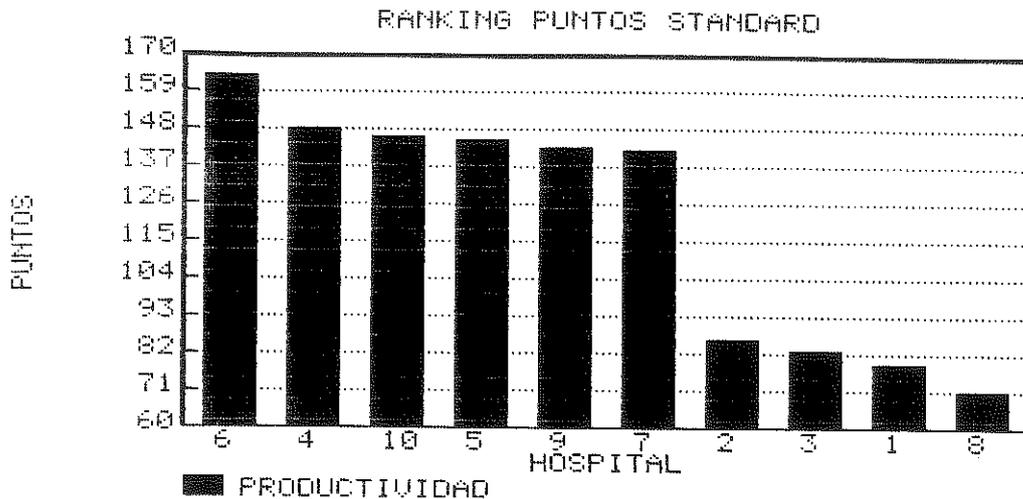
El Hospital del Sagrado Corazón es el centro de referencia obstétrico de la Institución .

Es por ello que recibe una muestra amplia de recién nacidos de toda Catalunya aunque se nutre en su mayor parte de la ciudad de Barcelona y alrededores.

El hecho de disponer de una población perteneciente a una entidad privada condiciona en cierto modo el contenido del estudio que no debe considerarse epidemiológico sino clínico. A pesar de ello, el elevado número de niños controlados y su diversa procedencia concede un matiz importante a la vertiente epidemiológica, a la vez que ofrece datos esclarecedores sobre la situación actual del proceso en nuestro medio.

Por otra parte el Hospital del Sagrado Corazón , al pertenecer a la red de hospitales concertados, se nutre también de pacientes remitidos por el Institut Català de la Salut (ICS).

Este organismo presenta anualmente diversas series de resultados comparativos sobre la utilización de los servicios de los hospitales concertados por sus usuarios. Los resultados se dan en puntos standard. (Fig.7).



(Fig.7)

Para identificar el propio hospital ,éste recibe un número de orden,que en el caso del Hospital del Sagrado Corazón es el número 9.

Como podemos comprobar el Hospital del Sagrado Corazón de halla en la zona media de productividad,por lo tanto podemos considerar que el tipo de pacientes visitados y su patología puede corresponder a la media de la ciudad de Barcelona.

Aunque no sea posible extrapolar estadísticamente los resultados a la totalidad de la población de Barcelona,el hecho de que la muestra habitual de pacientes del Hospital se sitúe en la media indica una afinidad ciertamente importante.

MUESTRA

Se desarrollará en su apartado correspondiente.

PREVENCION

Se detallará su puesta en práctica en el apartado de procedimiento.

PRIMERA ETAPA

Durante la primera etapa se ha aplicado el cuestionario 1, (Q1), en el curso de los controles habituales del primero, segundo y tercer mes. La selección de posibles se ha realizado mediante el sistema de valoración descrito junto con el cuestionario 1 (Q1), en el apartado de instrumentos.

SEGUNDA ETAPA

En la segunda etapa se ha examinado en profundidad la posibilidad de insomnio mediante la aplicación de los cuestionarios 2 (Q2S, Q2N, Q2F), cuya valoración se describirá más adelante. Así mismo se procedió a diagnosticar y tratar los casos de trastornos del sueño origen no psicopatológico.

TERCERA ETAPA

Una vez determinados los casos de insomnio (Q2+), se ha procedido a un estudio psicológico en los casos calificados como tales, practicando el mismo tipo de pruebas a un grupo seleccionado al azar entre los Q2-.

CUARTA ETAPA

Finalmente, en la cuarta etapa, se desarrolla el tratamiento y la valoración de resultados.

MUESTRA

En un principio la población de interés estaba formada por todos los recién nacidos vivos en el espacio de seis meses en la maternidad del Hospital del Sagrado Corazón .De todos modos, la dificultad que comportaba asegurar este tipo de muestreo debido a las distintas opciones sanitarias por parte de las familias aconsejó restringir el estudio sólo a un número determinado de niños cuyas posibilidades de seguimiento fueran óptimas, o sea, los que seguirían visitándose en el Hospital.

Se partió del hecho de que la población iba a ser el conjunto de nacidos vivos durante 6 meses. Esta cifra se estimó en 600 niños en base a las estadísticas del Servicio de Obstetricia.

La frecuencia del trastorno a observar se cifró según bibliografía consultada al respecto en un 25 % .

El nivel de confianza se estimó del 95 % , es decir, se esperó encontrar en la muestra una distribución igual a la de la población en el 95 % de los casos.

El límite de precisión o término de error era del 3 %

El método de extracción fue el aleatorio simple. Esto es, se asignó un número a cada nacimiento diario y se hizo una extracción al azar mediante una tabla de números aleatorios de los niños que iban a ser controlados en el hospital.

No se consideró recomendable el método aleatorio

sistemático, basado en el número de orden según el momento del nacimiento, puesto que podría contener sesgos asociados a los momentos de cambios de guardia en la institución o a distintos equipos. Se estableció una "cuota mensual" de individuos a incluir en el estudio amparándonos en la experiencia de las fluctuaciones de nacimientos que se producen a lo largo del año. La suma de dichas "cuotas mensuales" configuró el tamaño de la muestra escogida.

DETERMINACION DEL TAMAÑO MUESTRAL

Tamaño población	N	600	<=	$n = p \cdot q / ((e/z)^2 + p \cdot q / N)$
Nivel confianza=95%	z	1,96	<=	$n = p \cdot q (z/e)^2$ si $p \cdot q / N \rightarrow 0$
Término de error	e	0,044	<=	$p \cdot q$
Prob.evento	p	0,25	<=	$p \cdot q / N = 0,0002$
Prob.complementaria	q	0,75		cuadrado(e/z) = 0,0002

Tamaño muestral	n	288		
-----------------	---	-----	--	--

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIOS

Para realizar el trabajo se han usado una serie de cuestionarios elaborados en base a la bibliografía presentada y diseñados por el autor.

En la primera fase del diseño se trataba de hacer un screening amplio ,es decir,la intención era no dejar escapar ninguna alteración del sueño por leve que fuera.

Para conseguir tal propósito el cuestionario fue dirigido a captar tanto las alteraciones reales del sueño como las situaciones "border line".También se tuvo en cuenta el estado anímico de la madre,con la intención de identificar todos los problemas y posibilidades etiológicas relacionadas con la angustia materna y sus implicaciones.

A tal efecto,y examinando cuidadosamente el cuestionario uno (Q1),es fácil advertir que sólo se da como negativos a aquellos niños que durante los tres primeros meses de vida no han dado ni la más mínima alteración del sueño y cuya madre no mostró angustia ni inquietud al hablar del tema.

Por banal que fuera,cualquier alteración era detectada y luego se profundizaba en ella mediante los cuestionarios 2, (Q2S,Q2N,Q2F).

En la siguiente página podemos ver un modelo de Q1.

ESTUDIO SOBRE LOS TRANSTORNOS DE SUEÑO EN EL LACTANTE

CUESTIONARIO 1 (Q1)

Núm. caso		— — —	3
Q1. Meses de edad		—	4
Q2. La madre expresa sin ser preguntada que el niño duerme:			
1 No duerme ()	2 Duerme muy poco ()		
3 Duerme mal ()	4 No comenta ()	—	5
Q3. Al final de la visita preguntar a la madre cómo duerme el niño (sólo en el caso de que no lo haya expresado espontáneamente).			
1 No duerme ()	2 Duerme muy poco ()		
3 Duerme mal ()	4 Duerme bien ()		
5 Duerme lo normal ()	6 No responde ()	—	6
Si en la variable Q3 responde opción 1 preguntar:			
Q4. ¿De las horas de un día cuantas duerme?		— —	8
Si en la variable Q3 responde opción 2 preguntar:			
Q5. ¿Cuántas veces se despierta durante la noche?		— —	10
Si en la variable Q3 responde opción 3 preguntar:			
Q6. ¿Grita al despertarse?	1 Si () 2 No ()	—	11
Q7. ¿Responde la madre en tono angustiado?			
	1 Si () 2 No ()	—	12

El cuestionario 1 (Q1) se catalogaba de " positivo " si cumplía los siguientes requisitos:

Q2. En todos los casos en que la madre expresara cualquier problema relacionado con el sueño, sin ser preguntada previamente al respecto.

Al cumplir este requisito se suponía que cualquier problema de sueño que provocara un comentario espontáneo de la madre podía convertirse en un problema más grave si no se le prestaba la debida atención , por lo que se pasaba a investigarlo en profundidad sin más.

- En las opciones de Q3:

Q4.- Menos de 19 horas el primer mes.

Menos de 17 horas a los 2 meses.

Menos de 15 horas a los 3 meses.

Q5.- Más de 4 veces en el primer mes.

Más de 3 veces el segundo mes.

Más de 2 veces el tercer mes.

Q6.- Positivo en la respuesta "Si".

Para fijar los cálculos anteriores se tomó como referencia el trabajo de Moore-Ucko, (Moore-Ucko 1957), adaptado.

Q7.- En todos los casos en que la madre se expresara o respondiera en tono angustiado al hablar del tema del sueño del bebé. (Q7).

Para concretar este punto se tomó como referencia los

diversos trabajos de Kreisler, (KREISLER 1978), en que siempre se define la angustia materna como posible causante de insomnio.

Como hemos podido ver el screening era difícilmente soslayable ya que detectaba todas las alteraciones. Incluso, para hacerlo más seguro, se incluía a las madres que hacían preguntas sobre el tema del sueño, o manifestaban inquietud al respecto espontáneamente, con ello se pretendía que en ningún caso pudiera pasar desapercibido un trastorno del sueño.

A todos los Q1 positivos se les pasaba la serie de cuestionarios 2. (Q2N, Q2S, Q2F).

Como el único trabajo similar al actual era el de Moore-Ucko en 1957 y se extendía a niños mucho mayores, por lo que el tipo de patología explorada era sensiblemente diferente, los cuestionarios Q2 fueron ideados y diseñados expresamente para esta Tesis.

Se crearon tres cuestionarios distintos y a la vez complementarios para explorar las tres situaciones descritas en el algoritmo adaptado de la página 67 .

En el Q2S o cuestionario 2 "Síntoma" las preguntas iban dirigidas a reconocer las circunstancias relacionadas con el síntoma del trastorno del sueño en sí, dejando aparte el propio niño y su entorno familiar. Se suponía que este cuestionario era el más fiable para diagnosticar el real trastorno de sueño y diferenciarlo de los trastornos banales o secundarios a otras patologías.

ESTUDIO SOBRE LOS TRANSTORNOS DE SUEÑO EN EL LACTANTE

CUESTIONARIO 2 SINTOMA (Q2S)

Núm.caso |_|_|_| 3

EDAD DE PRESENTACION _____

QS1.Recién nacido 1 () Sí 2 () No |_|_| 4
 QS2.Mes de presentación |_|_| 6

COINCIDENCIAS _____

QS3.Al llegar a casa 1 () Sí 2 () No |_| 7
 QS4.Con el destete 1 () Sí 2 () No |_| 8
 QS5.Trabajo de la madre 1 () Sí 2 () No |_| 9
 QS6.Problemas familiares 1 () Sí 2 () No |_| 10
 QS7.Enfermedad 1 () Sí 2 () No |_| 11
 QS8.No hay coincidencias 1 () Sí 2 () No |_| 12

ESPECIFICACIONES _____

QS9. Frecuencia del transtorno
 1 () Todos los días 3 () Varias veces por semana
 2 () Ua vez/semana 4 () De vez en cuando
 5 () No responde |_| 13

QS10.Ritmo del transtorno
 1 () Diurno 3 () Mixto
 2 () Nocturno 4 () No responde |_| 14

QS11.Duración del sueño
 1 () 14 h. 3 () 12 h.
 2 () 18 h. 4 () No responde |_| 15

ASPECTOS DEL SUEÑO _____

QS12.Dificultad en adormecerse 1 () Sí 2 () No |_| 16
 QS13.Despertar una vez dormido 1 () Sí 2 () No |_| 17
 QS14.Despertar con gritos 1 () Sí 2 () No |_| 18
 QS15.Síntomas acompañantes
 1 () Dolor 3 () Otros
 2 () Rechazo separación 4 () No responde |_| 19

Bloque de edad de presentación:

Las variables QS1 y QS2 iban dirigidas a saber el momento de presentación del síntoma, pues además de situar exactamente el caso, permitía hacer una estadística cronológica de la frecuentación del proceso.

Bloque de coincidencias:

Para fijar las coincidencias se tomaron como referencia los trabajos de Kreisler, (KREISLER 1978), para las variables QS3, QS4, QS5 y QS6. Con ellas se pretendía fijar la posibilidad de que una alteración en el ritmo normal de vida coincidiera con el trastorno del sueño. En la variable QS7 además se consultó el trabajo de Moore, (MOORE-UCKO 1957) respecto al efecto que cualquier enfermedad produce sobre los ritmos de sueño.

Bloque de especificaciones:

Así mismo se tomó el trabajo de Moore (MOORE-UCKO 1957) para definir las especificaciones. En QS9 y QS10 se fijaban exactamente las características del trastorno, y en QS10 teníamos la clave del cuestionario ya que eliminábamos la posibilidad de malas interpretaciones. La aplicación era la misma que en el screening inicial, pero esta vez se acompañaba de todas las características definitorias del trastorno.

Para elaborar la variable QS11 hubo que recurrir al estudio de Moore (MOORE-UCKO 1957) que nos podía indicar el

método seguido para establecer unos horarios "standard".

Tres elementos debían ser tomados en consideración al estudiar el mencionado estudio, a saber:

1) Se llevó a cabo en el año 1957. Desde entonces los ritmos de trabajo, horarios laborales etc., han sufrido muchos cambios inherentes a las nuevas tecnologías y sistemas de vida.

2) Las costumbres sociales, horarios de comidas etc., son muy distintas en nuestro medio a las de Gran Bretaña.

3) Se estudiaron niños hasta los 14 meses de edad. El presente estudio se circunscribe a los tres primeros meses de vida.

Al no existir publicaciones concretas al respecto se tomó como base la experiencia personal del autor contrastada con la de los demás pediatras que colaboraron en el estudio, adquirida durante más de quince años de contacto diario con los pacientes.

Bloque de aspectos:

En cuanto a los aspectos se volvió a tomar como referencia el trabajo de Kreisler (KREISLER 1978), que a su vez nos permitiría realizar mejor el diagnóstico de cólico del primer trimestre que se describirá con detalle en el apartado de procedimiento.

Este cuestionario servía para definir el síntoma en sí, decidir la posibilidad de insomnio y actuar en consecuencia.

ESTUDIO SOBRE LOS TRANSTORNOS DE SUEÑO EN EL LACTANTE

CUESTIONARIO 2 NIÑO (Q2N)

Núm.caso

|—|—|—| 3

EMBARAZO

QN 1.Embarazo deseado	1 () Sí	2 () No	—	4
QN 2.Embarazo sin complicaciones	1 () Sí	2 () No	—	5
QN 3.Angustia materna en embarazo	1 () Sí	2 () No	—	6
QN 4.Embarazo				
1 Pretérmino ()	2 A término			
3 Postérmino ()	4 No responde		—	7

PARTO

QN 5.Parto eutócico	1 () Sí	2 () No	—	8
QN 6.Reanimación profunda	1 () Sí	2 () No	—	9
QN 7.Ingreso en Neonatología	1 () Sí	2 () No	—	10
QN 8.Angustia materna en el parto	1 () Sí	2 () No	—	11

EXPLORACION FISICA

QN 9.Exploración física normal	1 () Sí	2 () No	—	12
QN10.Defecto de higiene	1 () Sí	2 () No	—	13

HABITO ALIMENTARIO

QN11.Lactancia materna	1 () Sí	2 () No	—	14
QN12.Alimentación bien reglada	1 () Sí	2 () No	—	15

ASOCIACIONES PATOLOGICAS

QN13.Cólico primer trimestre	1 () Sí	2 () No	—	16
QN14.Enfermedad aguda	1 () Sí	2 () No	—	17
QN15.Enfermedad crónica	1 () Sí	2 () No	—	18
QN16.Toxicomanía	1 () Sí	2 () No	—	19
QN17.Hospitalismo	1 () Sí	2 () No	—	20
QN18.No hay asociación patológica	1 () Sí	2 () No	—	21

Para el diseño del cuestionario 2 - Niño (Q2N) se tomaron en cuenta algunas de las variables ya conocidas bibliográficamente. Además se introdujeron variables nuevas, de creación propia, para poder realizar un estudio estadístico y/o clínico de situaciones no estudiadas hasta la actualidad.

Bloque para el estudio del embarazo:

Aunque se cita, (HIRCHSBERG 1957), el embarazo no deseado como fuente de complicaciones de todo tipo, no se había estudiado hasta ahora su posible incidencia en el insomnio del lactante, la variable QN1 estuvo dirigida a conseguir tal información.

Las variables QN2 y QN3 eran reflejo del trabajo de Kreisler (KREISLER 1978). En este caso se pretendió aglutinar todas las posibilidades, o sea, saber si un embarazo complicado coincide con insomnio, si la angustia materna durante el embarazo conlleva insomnio e incluso si un embarazo complicado deriva siempre en angustia materna.

La variable QN4 es evidente, trata de centrar la duración del embarazo a todos los niveles, clínico, estadístico y pronóstico. (HARMON et al. 1981), (MINDE et al. 1984).

Bloque para el estudio del parto:

La variable QN5 nos indicará el tipo de parto para luego poderlo relacionar con la problemática que se presente a cualquier nivel.

Las variables QN6 y QN7 vinieron predispuestas por los trabajos de Kreisler sobre el provenir de los niños ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatales (KREISLER 1978) y de Joly (JOLY et al.1976) en el mismo sentido.

La variable QN8 se estableció por el trabajo de Kreisler (KREISLER 1972) sobre las anomalías de las parteras recientes y el "post-partum blues ".

Bloque de exploración física:

Las variables QN 9 y QN 10 vinieron determinadas por el estudio de Moore (MOORE,UCKO 1957) en que ya se trabajó sobre el tema de las influencias de enfermedades externas en el insomnio.El hecho de presentarlo en el presente trabajo se debió a cumplimentar una evidente necesidad estadística.

Bloque de hábito alimentario:

Establecer las diferencias entre la lactancia artificial y la materna con respecto a cualquier tema del bebé es imprescindible,de ahí la variante QN11.

En el trabajo de Kreisler (KREISLER 1978) sobre el insomnio y en el de Moore (MOORE,UCKO 1957) se citan como elementos muy importantes para desencadenar insomnio los trastornos de la alimentación.La variable QN 12 tenía que desvelar si la alimentación mal reglada podía ser causa de insomnio y además permitiría saber hasta qué punto se regula bien la alimentación en nuestro medio.

Bloque de asociaciones patológicas:

La variable QN13 era de vital importancia. Todos los autores consultados citan al cólico del primer trimestre no ya sólo como causa de insomnio sino que en algunos casos (SCHMITT 1985) como estado limítrofe entre el insomnio y la conducta normal de sueño. En la sección de "procedimiento" se detallará el sistema empleado para diagnosticar el cólico del primer trimestre.

Las variables QN14 y QN 15 vinieron determinadas al igual que las otras relacionadas con el tema de la enfermedad por el trabajo de Moore (MOORE, UCKO 1957).

Es reconocido por todos los tratados de Pediatría (CRUZ HERNANDEZ 1989), (NELSON et al 1979), las consecuencias de las toxicomanías en el estado del recién nacido. Esta variable se introdujo para actualizar el problema en nuestro medio. (QN16).

El trabajo de Joly (JOLY et al 1976) indujo a introducir la variable QN 17 ya que el hospitalismo se ha revelado como causa de problemas en el niño a muy diversas edades y no era descartable que lo hiciera con el bebé.

Como se ha podido comprobar este cuestionario trataba de desarrollar temas ya conocidos bibliográficamente así como de ubicar en nuestro medio la vigencia de una serie de temas que concernían al bebé en sí.

Para estudiar el entorno familiar se diseñó el siguiente cuestionario: Cuestionario 2 Familia. (Q2F)

ESTUDIO SOBRE LOS TRANSTORNOS DE SUEÑO EN EL LACTANTE

CUESTIONARIO 2 FAMILIA (Q2F)

Núm. caso |—|—|—| 3

QF 1. CLASE SOCIAL _____

1 () Alta 3 () Baja
2 () Media 4 () No responde |—| 4

HABITAT _____

QF 2. Vivienda < 60 m2 1 () Sí 2 () No |—| 5
QF 3. Ruidos ambientales 1 () Sí 2 () No |—| 6
QF 4. Abuelos en la vivienda 1 () Sí 2 () No |—| 7
QF 5. Cuna habitación padres 1 () Sí 2 () No |—| 8

HERMANOS _____

QF 6. Antecedentes de insomnio 1 () Sí 2 () No |—| 9
QF 7. Gemelo 1 () Sí 2 () No |—| 10
QF 8. Número de hermanos |—| 11
QF 9. Lugar entre los hermanos |—| 12

MADRE _____

QF10. Normalidad 1 () Sí 2 () No |—| 13
QF11. Ausente 1 () Sí 2 () No |—| 14
QF12. Angustiada 1 () Sí 2 () No |—| 15
QF13. Hiperprotectora 1 () Sí 2 () No |—| 16
QF14. Depresiva 1 () Sí 2 () No |—| 17
QF15. Patología mental grave 1 () Sí 2 () No |—| 18
QF16. Toxicómana 1 () Sí 2 () No |—| 19
QF17. Déficit físico grave 1 () Sí 2 () No |—| 20
QF18. Situación laboral conflictiva 1 () Sí 2 () No |—| 21

RELACION DE PAREJA _____

QF19. Satisfactoria 1 () Sí 2 () No |—| 22
QF20. Actividad sexual < antes 1 () Sí 2 () No |—| 23
QF21. Sin pareja 1 () Sí 2 () No |—| 24
QF22. Padre competente 1 () Sí 2 () No |—| 25
QF23. Padre toxicómano 1 () Sí 2 () No |—| 26
QF24. Padre sit. lab. conflictiva. 1 () Sí 2 () No |—| 27
QF25. No responde 1 () Sí 2 () No |—| 28

La variable QF1 se introdujo con el fin de elaborar cierta visión estadística sobre la clase social. Cuando se diseñó ya se pensó que sería muy difícil que diera algún resultado importante dadas las lógicas reticencias que suscitaría la pregunta, no obstante se siguió adelante con el tema ya que no interfería para nada el resto del cuestionario.

Bloque de exploración del habitat:

Para situar el límite en la definición de la variable QF2, se tomó como referencia el tamaño de 60 m² por ser este el que utilizan los API de Barcelona para diferenciar un piso "pequeño" de un piso "medio". Así de este modo sería posible hacerse una idea de las condiciones económico-sociales en que vivía el niño.

El hecho de tener ruidos ambientales (QF3), respondía a la cita del trabajo de Kreisler (KREISLER 1978) al respecto. En ella se incluían los ruidos como elemento capaz de alterar tanto el sueño del bebé como el de los padres.

La presencia de abuelos u otros familiares de relación directa no se tomó de ninguna base bibliográfica sino que fue introducida como variable (QF4) por el autor. Para tomar tal decisión me basé en la observación mantenida a lo largo de mi experiencia como pediatra. He observado que las madres que acuden a la consulta acompañadas de las abuelas presentan con mucha más frecuencia que las demás una serie de pequeños problemas de adaptación a la situación de la maternidad que interpreto como

falta de "soltura" en el trato con el niño determinada por la influencia que ejercen las citadas abuelas a la hora de decidir cualquier asunto relacionado con el bebé. A la postre lo que se consigue es angustiar a la madre mediante la provocación de sentimientos ambivalentes que no dejan eclosionar con naturalidad sus instintos maternales. Si la presencia de los abuelos es más constante debido a una convivencia habitual, la situación descrita anteriormente debe tomarse más en cuenta si cabe.

La presencia de la cuna en la habitación de los padres (QF5) es poco demostrativa ya que el cuestionario se pasa antes de los tres meses de vida, cuando la mayoría de los bebés aún no ha cambiado de habitación, pero se pensó que serviría para estandarizar los usos habituales en nuestro medio en vista a futuros estudios al respecto.

Bloque de estructura familiar (Hermanos):

En este grupo de variables se pretendió relacionar al bebé con sus hermanos, sabiendo el número de ellos (QF8), su ubicación (QF9), la posibilidad de contrastar el síntoma con un posible gemelo (QF7), y tratar de utilizar el antecedente de insomnio como elemento de riesgo para la aparición del mismo (QF6).

Bloque de exploración de la realidad materna (Madre):

Este es quizá el bloque más importante de variables si se tiene en cuenta que en los sistemas de exploración del

insomnio de lactante extraídos de la totalidad de la bibliografía presentada se toma la relación madre-hijo como punto de mira para desarrollar todo el proyecto de estudio.

QF10.Normalidad:Se rellenaba esta variable una vez investigadas todas las demás del bloque.Se utilizó tanto por el método de descartar las demás como por la impresión personal del investigador extraída de la entrevista.

QF11.Ausente:Esta variable se tomó en el sentido físico de la palabra y con la finalidad evidente de comparar a los bebés que no eran criados por su madre biológica con los demás.

QF12.Angustiada:En todos los trabajos de Kreisler se cita la angustia materna como elemento perturbador de una buena relación madre-hijo.Es evidente que los distintos grados de angustia pueden determinar la intensidad de las respuestas.Esta variable se dejó sólo en "angustia" dejando para la investigación pormenorizada de cada caso los matices de intensidad.

QF13.Hiperprotectora:Se introdujo esta variable para explorar la posibilidad descrita por Kreisler (KREISLER 1972)de pasar de angustia a hiperprotección ,como cascada de reacciones características determinadas por la especial situación psicológica de la madre reciente.

QF14.Depresiva:Esta era la variable más importante de todo el cuestionario.El hecho de que la depresión materna influye

decisivamente en todas las relaciones con el niño es ampliamente descrito en la bibliografía utilizada para el redactado de la parte teórica. La relación directa de la depresión materna con el insomnio precoz es, en el aspecto psicoanalítico, la demostración más evidente la utilización por parte del bebé del YO de su madre en forma vicariante durante los primeros meses de la vida. La respuesta a la variable se daba según el punto de vista del investigador a lo largo de la entrevista y luego se comprobó la veracidad mediante el sistema descrito en el apartado de procedimiento.

El conjunto de variables QF15, QF16, QF17 y QF18 se extrajeron del trabajo de Bagedahl-Strindlund (BAGEDAHL-STRINDLUND et al. 1988) sobre las consecuencias de los problemas personales y laborales de los padres en su tipo de relación con los bebés.

Bloque de relación de pareja:

La respuesta a la variable QF19 se dejó a la libre elección de la madre, sin intervención alguna.

La variable QF20 se introdujo a pesar de tener en cuenta los impedimentos propios de la cuarentena pues había casos que, al explorarse los tres primeros meses, estaban libres de tal impedimento.

También se quiso averiguar los efectos que sobre el niño podía tener el hecho de ser fruto de un embarazo realizado sin pareja, para lo cual se formuló la variable QF21.

La posibilidad de que la falta de ayuda y/o comprensión paterna influya sobre el bebé está contemplada en toda la bibliografía por lo cual se elaboró la variable QF23.

Las variables QF23 y QF24 provinieron del trabajo de Bagedahl-Strindlund (BAGEDAHL-STRINDLUND et al.1988) igual que se hizo con las correspondientes a la madre.

INFECCION DE ORINA

Para diagnosticar las infecciones de orina se utilizó la técnica de visualización de la orina fresca mediante microscopio óptico , denominada SEDIMENTO DE ORINA.

La toma de las muestras la realizaban las familias mediante el sistema de recogida con bolsas pediátricas autoadhesivas de polietileno.

Una vez recogidas las muestras se guardaban en nevera hasta su traslado al laboratorio del hospital donde eran analizadas.

En el caso de que el sedimento urinario presentara positividad se pasaba a cultivar la orina mediante los medios de cultivo siguientes:

CLED (Oxoid):

Medio no inhibidor que favorece el crecimiento de los patógenos de la orina.

Fórmula en g/l de agua destilada

Peptona.....	4
Extracto de carne.....	3
Triptona.....	4
Lactosa.....	10
L-Cistina.....	0.128
Azul de Bromo-timol.....	0.02
Agar.....	15

pH 7.3

MAC CONKEY, agar nº 3 (Oxoid).

Es una modificación muy selectiva del medio de Mac Conkey adecuada para la detección de bacilos Gram negativos, enterobacteriáceas fermentadoras y no fermentadoras, que inhiben el crecimiento de gérmenes Gram positivos.

Fórmula en g/l de agua destilada

Peptona.....	20.0
Lactosa.....	10.0
Sales biliares nº 3.....	1.5
Cloruro de Sodio.....	5.0
Rojo neutro.....	0.03
Cristal violeta.....	0.001
Agar.....	15.0

pH 7.1

INTOLERANCIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA

Para diagnosticar la intolerancia a proteínas de leche de vaca se utilizó la técnica PHADEZYM RAST, enzimo-inmuno-ensayo.

Se trata de una técnica enzimática in vitro basada en el principio del Radio Allergo Sorbent Test, RAST, (WIDE et al 1967), para la dosificación de anticuerpos IgE circulantes específicos en suero humano.

Se utilizó el grupo F-77 correspondiente al estudio de β -lactoglobulina de leche de vaca.

El alérgeno a analizar, previamente ligado mediante un enlace covalente a un disco de papel, reacciona con la IgE específica contenida en la toma de sangre. Después de una etapa de lavado, queda un complejo disco-alérgeno/IgE. El anti-IgE conjugado con el enzima β -galactosidasa reacciona con los IgE ligados. Después de eliminar el exceso de reactivo, queda un complejo alérgeno/IgE/enzima anti-IgE. El enzima es liberado por el agente reductor (glutathion) y reacciona con el sustrato (o-nitrophenyl β -galactósido) para dar una sustancia de color amarillo, o-nitrofenol y galactosa incolora. La hidrólisis enzimática se detiene añadiendo carbonato sódico. La absorción medida a 420 nm es directamente proporcional a la cantidad de IgE específicas del alérgeno presentes en la muestra.

Las tomas de sangre se realizaban en el laboratorio del hospital por el método de punción venosa superficial.

DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION

Se utilizaron dos test:

1) Inventario de Depresión de BECK (BDI), que es una escala autoaplicada para la evaluación de la depresión. Fue desarrollado para medir la intensidad o la gravedad de la misma. Esta escala obtiene un índice de fiabilidad de 0,93 con el método de las dos mitades.

Para su validación existe una correlación de 0.67 entre los datos de esta escala y los procedentes de medidas conductuales objetivas (observación).

El BDI comparado con otros métodos de evaluación de la depresión contiene menos ítems relacionados con la ansiedad, agitación y otros síntomas somáticos. Parece que concede mayor importancia a las manifestaciones cognitivas de la depresión (pesimismo, sensación de fracaso etc.).

Este cuestionario se compone de 21 ítems que reflejan síntomas típicos de la depresión. Cada ítem está constituido por 4 ó 5 frases que se relacionan con la intensidad del síntoma y son puntuadas de 0 a 3. El sujeto debe elegir cuál de las alternativas se aplica preferentemente a su estado actual. El puntaje de la depresión es la suma de las puntuaciones referidas a cada respuesta.

El puntaje elegido a partir del cual se valora la depresión en mujeres embarazadas es ≥ 10 .

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION DE BECK.

(Se adjunta la clave de corrección)

Nombre y apellidos.....
 Estado Civil.....Origen.....
 Residencia.....
 Sexo.....Edad.....
 Profesión.....Nivel cultural.....

1.-

- 2 () Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- 0 () No me encuentro triste.
- 1 () Me siento algo triste y deprimido.
- 3 () Ya no puedo soportar esta pena.
- 2 () Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2.-

- 1 () Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
- 2 () Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
- 0 () No soy especialmente pesimista ,ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
- 2 () No espero nada bueno de la vida.
- 3 () No espero nada.Esto no tiene remedio.

3.-

- 3 () He fracasado totalmente como persona (padre , madre , hijo,profesional etc.).
- 1 () He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
- 2 () Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
- 0 () No me considero fracasado.
- 2 () Veo mi vida llena de fracasos.

4.-

- 2 () Ya nada me llena.
- 1 () Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
- 1 () Ya no me divierte lo que antes me divertía.
- 0 () No estoy especialmente insatisfecho.
- 3 () Estoy harto de todo.

5.-

- 1 () A veces me siento despreciable y mala persona.
- 2 () Me siento bastante culpable.
- 2 () Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
- 3 () Me siento muy infame (perverso,canalla) y despreciable
- 0 () No me siento culpable.

6.-

- 1 () Presiento que algo malo me puede suceder.
- 3 () Siento que merezco ser castigado.
- 0 () No pienso que esté siendo castigado.
- 2 () Siento que me están castigando o me castigarán.
- 3 () Quiero que me castiguen.

7.-

- 1 () Estoy descontento conmigo mismo.
- 1 () No me aprecio.
- 2 () Me odio (me desprecio).
- 2 () Estoy asqueado de mí.
- 0 () Estoy satisfecho de mí mismo.

8.-

- 0 () No creo ser peor que otros.
- 2 () Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
- 3 () Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- 2 () Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
- 1 () Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9.-

- 1 () Tengo pensamientos de hacerme daño pero no llegaría a hacerlo.
- 2 () Siento que estaría mejor muerto.
- 2 () Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
- 3 () Tengo planes de suicidarme.
- 2 () Me mataría si pudiera.
- 0 () No tengo pensamientos de hacerme daño.

10.-

- 0 () No lloro más de lo habitual.
- 3 () Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
- 2 () Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo.
- 1 () Ahora lloro más de lo normal.

11.-

- 0 () No estoy más irritable que normalmente.
- 1 () Me irrito con más facilidad que antes.
- 2 () Me siento irritado todo el tiempo.
- 3 () Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

12.-

- 3 () He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.
- 1 () Me intereso por la gente menos que antes.
- 0 () No he perdido mi interés por los demás.
- 2 () He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

13.-

- 2 () Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- 0 () Tomo mis decisiones como siempre.
- 3 () Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
- 2 () Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

14.-

- 1 () Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- 3 () Me siento feo y repulsivo.
- 0 () No me siento con peor aspecto que antes.
- 2 () Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo).

15.-

- 0 () Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 () Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- 3 () No puedo trabajar en nada.
- 2 () Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
- 1 () No trabajo tan bien como lo hacía antes.

16.-

- 0 () Duermo tan bien como antes.
- 1 () Me despierto más cansado por la mañana.
- 2 () Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
- 2 () Tardo una o dos horas en dormirme por la noche.
- 2 () Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
- 3 () Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
- 3 () Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
- 3 () No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.

17.-

- 1 () Me canso más fácilmente que antes.
- 2 () Cualquier cosa que hago me fatiga.
- 0 () No me canso más de lo normal.
- 3 () Me canso tanto que no puedo hacer nada.

18.-

- 3 () He perdido totalmente el apetito.
- 1 () Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 () Mi apetito es ahora mucho menor.
- 0 () Tengo el mismo apetito de siempre.

19.-

- 0 () No he perdido peso últimamente.
- 1 () He perdido más de dos Kgs y medio.
- 2 () He perdido más de 5 Kgs.
- 3 () He perdido más de 7 Kgs y medio.

20.-

- 2 () Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
- 1 () Estoy preocupado por dolores y trastornos.
- 0 () No me preocupa mi salud más de lo normal.
- 3 () Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

21.-

- 1 () Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 3 () He perdido todo mi interés por el sexo.
- 2 () Apenas me siento atraído sexualmente.
- 0 () No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

El contaje resulta de la suma de la puntuación de los 21 ítems.

2) HAMILTON Depression Scale (HDS), que es un sistema de evaluación mediante la entrevista personal. A través de esta escala el clínico cuantifica los resultados de una entrevista y evalúa el patrón y severidad de la depresión, basándose en la observación de los síntomas del paciente.

Consta de 21 ítems. Los componentes conductuales y somáticos suman entre el 50% y el 80% de la calificación total. Se ha constatado que la fiabilidad entre distintos observadores de una misma entrevista es elevada.

Los ítems se miden con una escala de tres a cinco puntos. Los síntomas que se tienen en cuenta y que corresponden a los ítems de la escala son:

- | | |
|--|----------------------------|
| 1) Talante depresivo. | 2) Sentimientos de culpa. |
| 3) Suicidio. | 4) Insomnio inicial. |
| 5) Insomnio o despertares intermedios. | 6) Insomnio terminal. |
| 7) Trabajo y actividades. | 8) Inhibición. |
| 9) Agitación. | 10) Ansiedad psíquica. |
| 11) Ansiedad somática (angustia). | 12) Síntomas gastrointest. |
| 13) Síntomas somáticos generales. | 14) Síntomas sexuales. |
| 15) Hipocondría. | 16) Pérdida de peso. |
| 17) Conciencia de enfermedad. | 18) Variación diurna. |
| 19) Despersonalización. | 20) Síntomas paranoides. |
| 21) Síntomas obsesivos y compulsivos. | |

El puntaje de la depresión es la suma de las puntuaciones referidas a cada ítem, valoradas según el clínico. Entre 17 y 19 puntos se considera depresión.

ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Enfermo.....
Fecha.....
Valoración nº.....Edad.....
Natural de.....
Sexo.....Estado.....
Profesión.....
Tratamiento.....Dosis.....
(indicar si está o no jubilado)

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente.

1.-Humor deprimido. (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad.)

- 0. Ausente.
- 1. Estas sensaciones se indican sólo al ser preguntado.
- 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
- 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
- 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2.-Sensación de culpabilidad.

0. Ausente.
1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3.-Suicidio.

0. Ausente.
1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).

4.-Insomnio precoz.

0. No tiene dificultad para dormirse.
1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse , por ejemplo más de media hora.
2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5.-Insomnio medio.

0. No hay dificultad.
1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2. Está despierto durante la noche-cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6.-Insomnio tardío.

0. No hay dificultad.
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7.-Trabajo y actividades.

0. No hay dificultad.
1. Ideas y sentimientos de incapacidad.Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad,trabajo o aficiones.
2. Pérdida de interés en su actividad ,aficiones o trabajo manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención,indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad.En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas o si no puede realizar estas sin ayuda.

8.-Inhibición. (Lentitud de pensamiento y de palabra ; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).

0. Palabra y pensamiento normales.
1. Ligero retaso en el diálogo.
2. Evidente retraso en el diálogo.
3. Diálogo difícil.
4. Torpeza absoluta.

9.-Agitación.

0. Ninguna.
1. Juega con sus manos, cabellos etc.
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios etc.

10.-Ansiedad psíquica.

0. No hay dificultad.
1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Preocupación por pequeñas cosas.
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
4. Temores expresados sin preguntarle.

11.-Ansiedad somática.

0. Ausente.
1. Ligera.
2. Moderada.
3. Severa.
4. Temores expresados sin preguntarle.

Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad tales como:Gastrointestinales-boca seca,flatulencia,indigestión, diarrea,retortijones,eructos.Cardiovasculares-palpitaciones,cefalalgias.Respiratorios-hiperventilación ,suspiros. Frecuencia urinaria.Sudación.

12.-Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ninguno.
1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.Sensación de pesadez en el abdomen.
2. Dificultad en comer si no se le insiste.Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13.-Síntomas somáticos generales.

0. Ninguno.
1. Pesadez en extremidades,espalda o cabeza.Dorsalgias,cefalalgias o algias musculares.Pérdida de energía y fatigabilidad.
2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14.-Síntomas genitales.

- 0. Ausente.
- 1. Débil.
- 2. Grave.
- 3. Incapacitante.

Síntomas como pérdida de libido. Transtornos menstruales.

15.-Hipocondría.

- 0. No la hay.
- 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2. Preocupado por su salud.
- 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas etc.
- 4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16.-Pérdida de peso (Completar A o B).

- A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración).
- 0. No hay pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).
- B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes).
- 0. Pérdida de peso inferior a 500 grs en una semana.
- 1. Pérdida de más de 500 grs. en una semana.
- 2. Pérdida de más de un Kg. en una semana.

Por término medio.

17.-Insight (Conciencia de sí mismo).

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. Niega que esté enfermo.

18.-Variación diurna.

- 0. Ausente.
- 1. Ligera. M T
- 2. Grave. M T
- 3. Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde. (Rodear M o T).

19.-Despersonalización y falta de realidad.

- 0. Ausente.
- 1. Ligera. Como "sensación de irrealidad".
- 2. Moderada. Ideas nihilistas.
- 3. Grave.
- 4. Incapacitante.

20.-Síntomas paranoides.

- 0. Ninguno.
- 1. Sospechosos.
- 2. Sospechosos.
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y de persecución.

21.-Síntomas obsesivos y compulsivos.

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros.
- 2. Graves.

22.-Otros síntomas.

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros.
- 2. Graves.

Suma total puntuaciones:

SISTEMAS INFORMATICOS

Para la composición de textos: - WORDSTAR.

Para la composición de gráficos:- HARVARD GRAPHICS.
- GRAPHING ASSISTANT.

Para el tratamiento de los cuestionarios:SPSS/PC + .

Este programa (Statistical Package for Social Sciencies,versión Personal Computer),es uno de los más utilizados en el mundo ya que cubre un amplio espectro de las técnicas estadísticas necesarias para llevar a cabo el análisis de una investigación.

PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionados los recién nacidos que debían ser incluidos en el estudio según el método de cuotas mensuales especificado en el apartado de muestra, se procedía a reconocerlos cuando se presentaban en el dispensario de Pediatría para la primera visita. Allí se les asignaba un pediatra determinado siguiendo el sistema habitual del Servicio que consiste en ir cogiendo un niño cada pediatra y no volver a coger otro hasta estar concluida una "vuelta" completa al grupo, de esta manera las cargas de trabajo se reparten equitativamente.

Obviamente se puede colegir que la distribución de bebés en esta fase era prácticamente aleatoria en cuanto al pediatra que les correspondía.

Los bebés que correspondían al autor del trabajo eran sometidos al sistema de prevención que se realizaba durante la primera visita de control. Posteriormente la actuación era igual que en las visitas normales, aplicándose el cuestionario 1 (Q1) cuando llegaba el momento.

Todos los demás pediatras, excepto el autor del trabajo, se limitaban a realizar las visitas normales de control en los tres primeros meses, y aplicaban el cuestionario 1 (Q1) en el tiempo señalado al efecto por el organigrama.

El número de bebés sometidos a prevención fue finalmente de 54, cifra exacta de lactantes que fueron controlados

por el autor durante toda la recogida de datos.

TECNICA DE PREVENCION

El eje sobre el que debía girar todo el trabajo era la posibilidad de influir en el curso de los trastornos del sueño mediante medidas preventivas.

Para ello ,desarrollando la hipótesis de trabajo número siete,se estableció un sistema de prevención basado en una intervención en la primera visita de puericultura.

El sistema operativo era el siguiente:

1)Al tomar los datos en la apertura de la historia clínica se preguntaba a la madre su nombre de pila,que se anotaba en el algoritmo del árbol genealógico familiar.

2)Se realizaba la visita normalmente,atendiendo a todas las preguntas y haciendo la revisión habitual del bebé.

3)Al terminar,se introducía la siguiente conversación:

" Vamos a ver,.....(nombre de pila de la madre),como muchas veces las madres jóvenes no tenéis experiencia en algunos de los temas que son normales en el bebé,voy a explicarte (tratándola siempre de tú y utilizando de vez en cuando el nombre de pila) cuánto y cómo duermen los bebés habitualmente ,así sabrás lo que es normal y en caso de que haya alguna alteración podrás detectarla enseguida para que podamos solucionarla completa y rápidamente."

"Mira,.....,los bebés menores de tres meses no tienen ninguna obligación de dormir toda la noche seguida,es más,lo corriente es que se despierten varias veces,generalmente porque tienen hambre,o están sucios,o hay algo que les molesta."

"Tienes que saber también que un bebé no tiene otra forma de expresarse o de llamar tu atención que el llanto,lo cual no quiere decir que esté enfermo,sino simplemente que quiere decirte algo ,o protestar ,o cualquier otra cosa. Con el tiempo aprenderás a diferenciar el tono del llanto que se debe a una enfermedad del tono que usa para comunicarse contigo".

"Los bebés raramente tienen insomnio,lo que pasa es que no tienen el ritmo de sueño como lo podemos tener tú o yo,es decir,no reparten el sueño entre la noche y el día sino que para ellos se suceden diversos ciclos ,todos más o menos iguales ,que no van especializándose en noche y día hasta que más o menos ha cumplido los tres meses.A partir de entonces,como seguramente ya no comerá de noche y su actividad de relación contigo durante el día será más importante ,irá adquiriendo paulatinamente la costumbre de dormir de noche y estar despierto de día."

" Te cuento todo esto porque hay muchas señoras que a la que el niño llora más de dos veces por la noche ya piensan que padece insomnio y empiezan a hacerse una montaña de lo que no es nada , creyendo que no van a poder dormir durante muchos meses , que el niño está enfermo , que algo le pasa,en definitiva,poniéndose nerviosas y empezando lo que al principio es una pequeña bola

de nieve y que a la larga puede acabar convirtiéndose en un problema molesto y de difícil resolución."

"Así que ya sabes,.....,si el niño llora de noche no te pongas nerviosa,lo más probable es que tenga hambre.Si a pesar de darle de comer el llanto se va prolongando mucho ,o es muy fuerte,como si el niño sufriera por algo ,o no estás segura de lo que pasa tienes la posibilidad de consultarlo conmigo o con algún otro pediatra para que sepamos enseguida de qué se trata,pero siempre con la idea de que en principio y mientras no se demuestre lo contrario es un asunto sin importancia y que antes de pensar que el niño padece insomnio y no te va a dejar dormir quedan muchos recursos a los que acudir."

"Has tenido un hijo para disfrutar de él.Te ha sucedido un hecho maravilloso para el que te has ido preparando desde hace mucho tiempo.Aprovecha la oportunidad de entenderte con tu hijo,aunque al principio te cueste.No permitas que el niño sea para tí un problema.El niño ha venido para hacerte gozar de su compañía,no para que riñas con él.Toda tu relación con el bebé debe basarse en que el amor que le profesas haga que él disfrute de tí y tú de él,sin trabas ni nerviosismos absurdos."

" Aquí estamos para ayudarte y tratar de solucionar contigo los problemas que vayan surgiendo .Confía en el pediatra,consúltame siempre que lo necesites."

Esta técnica de prevención se basaba en los siguientes principios:

- 1) Se tomaba el nombre de pila de la madre para favorecer su confianza en el pediatra. El hecho de ser tratada de entrada por el nombre confería a la relación un grado de intimidad inmediato que de otra forma hubiera sido difícil de conseguir. La posibilidad de establecer un mecanismo de transfer/contratransfer con cierta rapidez pretendía iniciar una relación en la que el contenido terapéutico fuera posible desde el principio y sentara las bases para afianzarlo en el futuro. (Según las explicaciones a posteriori de algunas madres, el detalle del nombre de pila les hacía pensar que el pediatra estaba especialmente interesado en su caso particular. Se sentían protegidas desde el principio).
- 2) La explicación sobre las conductas habituales de sueño en el bebé servirían para eliminar la angustia de lo desconocido. Una vez sabido lo que es normal, no se forman falsas expectativas y cualquier situación futura puede incluirse en lo real dejando fuera las posibilidades de imaginación destructiva motivada por el miedo a lo desconocido.
- 3) La demostración de que el bebé utiliza el llanto para comunicarse y no significa necesariamente que esté enfermo abre una puerta a la posibilidad de establecer la relación madre-hijo a unos niveles asequibles para ambos.
- 4) La utilización del amor maternal, que están seguras de poseer todas las mujeres, como elemento de insustituible valor para

conseguir una buena relación con el bebé, se introdujo en la técnica de prevención para que ,al darlo por descontado ,la propia mujer se sintiera segura de estar haciéndolo bien,de manera que las posibilidades de ambivalencia fueran mínimas.

5) El ofrecimiento de ayuda siempre que sea necesaria es una de las metas que debe perseguir cualquier acto médico.En este caso se hacía especial énfasis al respecto.

PRIMERA ETAPA

Las hojas del cuestionario eran guardadas dentro de los dossiers clínicos de los pacientes,siendo fácilmente localizables al hacer las visitas.

En el caso de que los tres cuestionarios 1 (Q1) que se les pasaban fueran negativos,se archivaban sin más.

SEGUNDA ETAPA

Cuando se producía algún positivo,fuera en el mes que fuera,se separaba el dossier clínico y se avisaba al autor para proceder a concretar una cita con el fin de aplicar el grupo de cuestionarios 2 (Q2S,Q2N,Q2F).

En este momento hay que puntualizar que el sistema se acompañaba de toda clase de explicaciones a la familia en el sentido de que se trataba de hacer una estadística para así poder ayudar a los niños con problemas del sueño;se les

aseguraba que el contenido de lo que dijeran era totalmente confidencial y que se trataba de descubrir algún método para conseguir que los bebés durmieran mejor.

En ningún caso fue rechazada la posibilidad de practicar los cuestionarios 2 por ninguna familia. El único caso que fue perdido en todo el estudio se trató de una toxicómana que concertó la cita pero después no acudió y nunca más supimos nada de ella.

La duración del sistema de aplicación del grupo de cuestionarios 2 era de más o menos media hora por paciente. Una vez rellenado el cuestionario y según las repuestas que se iban dando, se dirigía la atención hacia los puntos que parecían ser la causa del transtorno del sueño.

Basándonos en los trabajos de Kreisler (KREISLER 1978) y Moore (MOORE, UCKO 1957) fundamentalmente, y de Khan (KHAN et al. 1985) en algunos casos determinados, se elaboró el siguiente

PROTOCOLO DE ACTUACION :

- 1º Explorar al bebé en busca de enfermedades orgánicas detectables en una exploración convencional.
- 2º Buscar malos hábitos alimentarios o el hambre en sí.
- 3º Tratar de relacionar el transtorno del sueño con la posibilidad de un cólico del primer trimestre.

- 4º Practicar un sedimento de orina y urinocultivo .
- 5º Investigar la posible alergia a proteínas de leche de vaca.

1º EXPLORACION FISICA

El niño debía estar desnudo durante la exploración. La impresión general permite evaluar rápidamente si existe alguna anomalía mayor. Posteriormente se realizó la exploración por aparatos:

a) Sistema cardiorrespiratorio:

1.- Color: El "buen color" es sonrosado en general, excepto una posible cianosis de manos, pies y ocasionalmente labios.

2.- Frecuencia respiratoria: Entre 40 y 60 respiraciones por minuto.

3.- Observación del quejido, aleteo y aspecto general del tórax en busca de tiraje, depresiones etc...

4.- Auscultación: Búsqueda de tonos cardíacos y ruidos respiratorios.

5.- Frecuencia cardíaca: Entre 120 y 160 latidos por minuto.

6.- Pulsos: Palpación de pulsos femorales, radiales y

carotídeos.

b) Abdomen:

1.-Configuración: Dado que la fuerte musculatura abdominal no se desarrolla hasta varios meses después del nacimiento, los órganos abdominales anteriores, es decir, el hígado, el bazo o el intestino, suelen poder verse a través de la pared abdominal, especialmente en los recién nacidos delgados o prematuros. La asimetría debida a anomalías congénitas o masas se aprecia mediante observación.

2.-Palpación profunda : Hepatomegalia fisiológica. Búsqueda de polo de bazo u otras masas.

c) Genitales y recto:

1.-Genitales externos:

* Varón: Fimosis , escroto (hidrocele frecuente), palpación testicular etc.

* Hembra: Aspecto externo de labios mayores, búsqueda de quistes de pared, himen imperforado etc. Observación de posible flujo vaginal.

2.- Ano y recto: Permeabilidad y colocación.

d) Piel:

La epidermis del neonato es extraordinariamente delgada. Las anomalías normales incluyen la tenue erupción miliar

de la nariz, nevos pigmentados, y las denominadas manchas mongólicas. Estas manchas son azuladas, con frecuencia forman áreas grandes en espalda, nalgas y muslos. Van empalideciendo a medida que avanzan las semanas. Control de posible eritema de pañal.

e) Extremidades, columna vertebral y articulaciones:

1.- Extremidades: Observación de lesiones congénitas o traumáticas. Atención a las bridas ocasionadas por pelos.

2.- Control de cadera y clavícula: Posibles lesiones obstétricas o congénitas.

3.- Espalda: Especial cuidado en buscar el tracto del seno pilonidal y pequeñas tumefacciones blandas en la línea media sobre la espalda que pudieran indicar un pequeño meningocele u otras anomalías.

f) Cabeza, cuello y boca:

1.- Cabeza:

-Perímetro craneal: Oscila entre 33-38 cms.

-Cráneo: Observación general. Búsqueda de hematomas, cortes. Movilidad de líneas de sutura. Fontanelas. Craneotabes.

2.- Cuello: Grado de movilidad, existencia de bocio, fístulas, asinclitismos etc.

3.- Boca: Fisuras de paladar, perlas de Epstein etc.

4.- Otoscopia:Aspecto del tímpano, lesiones de conducto etc.

g) Exploración neurológica:

Probablemente la información más fidedigna que puede obtenerse rápidamente a partir de una evaluación neurológica es la que se registra durante la exploración física convencional. Con experiencia pueden evaluarse la simetría del movimiento y la postura, el tono corporal y la respuesta al ser manipulado y molestado (es decir, llorar apropiadamente y calmarse adecuadamente) mientras se están explorando otras partes del organismo.

Es importante constatar el grado de alerta y las diversas repuestas conductuales.

h) Exploración ocular:

Durante los primeros días los párpados edematosos impiden realizar la exploración correctamente. Buscar hemorragias esclerales, coloración del iris y tamaño pupilar, su igualdad y su centrado. Obtener el reflejo rojo y cerciorarse de la presencia de cataratas.

29 HABITOS ALIMENTARIOS

Los fallos que con mayor frecuencia se producen en la alimentación del lactante son los siguientes:

1.- Horario de alimentación excesivamente rígido: Generalmente por deficiente información médica o exceso de angustia familiar que conlleva una meticulosidad disparatada.

2.- Exceso de comida: En la falsa creencia de que el niño que más come es el más sano.

3.- Exceso de concentración de la comida: En la misma línea del error anterior. Puede ocasionar deshidratación.

4.- Falta de comida: Generalmente sucede en la lactancia natural y debe controlarse mediante pesadas frecuentes.

5.- Supresión de la toma de la noche sin contar con las variaciones individuales de cada niño.

30CÓLICO DEL PRIMER TRIMESTRE

El cólico puede definirse como el llanto intermitente y sin explicación que se produce durante los tres primeros meses de vida y generalmente motiva consulta de los padres. Se excluye, en consecuencia, el llanto explicable causado por hambre o dolor físico. Los bebés con cólico están bien alimentados, sanos y felices entre los episodios de llanto.

Los cólicos empiezan en el primer mes de vida, generalmente en la primera semana. Los episodios de llanto aparecen intermitentemente una o más veces al día y cada uno dura

de 30 minutos a dos horas. Los cólicos aparecen en un 10 a 15 % de los recién nacidos (SCHMITT 1985). Los cuadros de cólico, en general, desaparecen por sí solos a los tres meses de edad, y con frecuencia antes.

El tratamiento más eficaz del cólico del primer trimestre es la correcta explicación a la madre de la ausencia de patología orgánica; la explicación se debe acompañar de una serie de consejos sobre hábitos de vida en cuanto a tratar de eliminar el exceso de "trato" con el bebé, mediante la ayuda de familiares o cuidadores y fomentar la distracción en otros menesteres que no sean cuidar del niño a todas horas. Hay que intentar que la madre exprese libremente sus miedos y sentimientos, generalmente ambivalentes, y ofrecer el soporte pediátrico en todo momento.

Respecto al niño se pueden intentar las siguientes acciones:

- Moverlo con delicadeza y tenerlo en contacto físico durante las crisis de llanto.
- Eliminar sobrealimentación y ofrecer chupete.
- Cargarlo ,mediante una bolsa especial, hecha de material flexible que le permita acoplarse al cuerpo de la madre durante 3 horas diarias. (Antecedentes en culturas primitivas ,donde el cólico no existe).
- Pasearlo apoyado sobre el hombro, sin hacer movimientos de balanceo, durante 10 minutos, al empezar la crisis de llanto.

50ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA

La digestión de proteínas, aunque se inicie en el estómago, se realiza fundamentalmente a nivel de duodeno y yeyuno proximal. Este proceso de digestión es llevado a cabo por los enzimas proteolíticos pancreáticos, vertidos al duodeno en forma de proenzimas y activados por la enteroquinasa y por el calcio. Estos enzimas, endo y carboxipeptidasas, actúan sobre las moléculas proteicas dando lugar a pequeños péptidos y a aminoácidos neutros y básicos. Estos compuestos se ponen en contacto con las microvellosidades, y los péptidos que quedan son convertidos en aminoácidos por las oligipeptidasas allí localizadas.

Se ha observado que la absorción de macromoléculas proteicas no-inmunoglobulínicas es máxima en el periodo neonatal y disminuye con la edad, debido presumiblemente a la maduración de la barrera mucosa intestinal. Además de la influencia ejercida por la edad, la absorción de antígenos macromoleculares depende de la alimentación del recién nacido, ya que se cree que la ingestión de calostro en los bebés alimentados con leche de pecho realiza la función de la barrera mucosa intestinal e interfiere así la absorción de los antígenos macromoleculares proteicos, dándole al recién nacido una protección frente a esta exposición sistémica precoz a dichos antígenos.

El cuadro clínico característico de la alergia a las proteínas de leche de vaca consiste en meteorismo, epigastralgias,

dolores abdominales, con diarreas intermitentes. (Este último signo sirve para afinar el diagnóstico diferencial).

El diagnóstico final se realizó mediante la técnica de RAST a β -lactoglobulina explicado en el apartado de instrumentos.

El tratamiento consiste en el cambio de la fórmula de alimentación por otra exenta de proteínas de leche de vaca.

El sistema de aplicación de este protocolo de actuación fue seguido escrupulosamente en cada uno de los 45 casos en que el cuestionario 1 (Q1) dio resultado positivo.

Se empezó por la exploración física; si ésta era normal se investigaba sobre los hábitos alimentarios, el cólico del primer trimestre, la infección de orina ect.,.

Cuando en la secuencia de aplicación del protocolo se llegaba a una conclusión diagnóstica fiable, se interrumpía la investigación y se completaba el tratamiento correspondiente a cada entidad particular.

Se aplicaron los siguientes tratamientos:

1) Alteraciones de la exploración física:

Otitis: Tratamiento antiálgico con paracetamol por vía oral y tratamiento de fondo con cefaclor, por vía oral.

Catarro de vías altas: Suero fisiológico por vía nasal y

ac.salicídico por vía oral.

Eritema de pañal: Tratamiento tópico con pasta Lassar.

2) Mal hábito alimentario: Alimentación a demanda en los casos de lactancia a pecho. Regulación exacta de las dosis en los casos de alimentación artificial y aconsejar demanda.

3) Cólico del primer trimestre: Medidas de soporte a la madre y de actuación sobre el niño explicadas anteriormente.

4) Infección urinaria: Tratamiento antibiótico según antibiograma. (En los dos casos se trató de E.Coli sensible a Gentamicina).

5) Alergia a proteína de leche de vaca: Cambio a una fórmula exenta de proteínas de leche de vaca.

Estaba previsto reanudar la investigación en el caso de que alguno de los sujetos tratados recidivara en el trastorno del sueño, pero en el 100 % de los casos respondieron al tratamiento y no fue necesario proseguir la investigación.

TERCERA ETAPA

Una vez determinados los casos de insomnio nos encontramos con los siguientes resultados preliminares:

- 3 Angustias maternas agudas.
- 2 Madres depresivas.

- 1 Problema neurológico grave.

Los casos de angustia materna aguda se debían a los siguiente motivos:

1)Padre de la partera muerto el mismo día del nacimiento del bebé: Bastó con "escuchar" el dolor de la madre y "sugerir" la relación del insomnio del bebé con el hecho puntual de la desgracia familiar para solucionar el problema de insomnio de inmediato.

2)Padre del bebé en la cárcel por problemas legales de tipo mercantil: Al conseguir la libertad provisional (a los dos días del estudio), el trastorno de sueño se resolvió sólo.

3)Embargo del domicilio habitual de los padres del bebé por falta de pago: Al conseguir una nueva vivienda, (al día siguiente el abuelo materno proporcionó un piso), cedió el insomnio.

Estos tres casos, aunque por sus características morfológicas correspondían a insomnios verdaderos, fueron considerados como "accidentes" debidos a problemas puntuales muy llamativos, por lo que no se desarrolló ninguna investigación posterior.

En todo caso, a pesar de tratarse de problemas puntuales vinieron a demostrar que cuando la madre es sometida a una situación altamente enervante, el insomnio del bebé aparece con facilidad, y aunque luego regrese con la misma facilidad, no

deja de ser una prueba fehaciente de que un inconsciente materno sobrepresionado por el estrés agudo no es competente para conseguir la relajación indispensable que permita conciliar el sueño a su bebé.

El caso de problema neurológico grave se trataba de un prematuro con grave hemorragia cerebral y mal pronóstico en general. En este caso el problema del insomnio no tenía ninguna relevancia sino que se diluía en la multitud de patología asociada al síndrome principal.

Los dos casos de depresión materna fueron estudiados con especial atención.

La primera impresión de depresión fue tomada de la entrevista realizada al pasar el Cuestionario 2-Familia (Q2F) y se basaba en la impresión personal extraída por el autor del estado supuestamente depresivo de la madre.

Para elaborar tal diagnóstico de aproximación me regí por mi experiencia personal como autor de diversos trabajos sobre el tema realizados a partir de mi estancia en el IPSO.

El trabajo más directamente implicado en el tema de la depresión materna y el bebé, que está pendiente de publicación, fue presentado durante el curso 1988-89 en la ASSOCIACIO D'ESTUDIS I RECERCA EN PSICOSOMATICA (ADERPS) de Barcelona, y su título es: "Bebés de madres en duelo". En él se realiza un estudio profundo de las consecuencias que se derivan a nivel psicológico para el

bebé cuya madre está atrapada por un duelo no elaborado. En el trabajo se comparan los duelos procedentes de un traumatismo reciente con los que son consecuencia de un traumatismo antiguo. Se demuestra que la no elaboración de un duelo, con la depresión subsiguiente, puede ser motivo de graves trastornos psíquicos y somáticos en el bebé.

Una vez catalogados provisionalmente los dos casos de depresión, se procedió a la revisión del estudio llevado a cabo paralelamente por una psicóloga experta, sobre la depresión ante y post-parto en un grupo de madres que venía realizándose en la Maternidad del Hospital del Sagrado Corazón durante el mismo periodo de tiempo. El grupo de madres controlado por la psicóloga formaba parte de la muestra de niños utilizada para esta Tesis.

Se estableció un sistema de listado de pacientes mediante el cual la psicóloga, al estudiar un caso determinado, no tenía posibilidad alguna de saber a qué madre correspondía cada niño ni viceversa.

Podemos afirmar, pues, que el sistema de selección no podía ser más aleatorio, ni el sistema de estudio más incontaminado.

Juntamente con los dos casos provisionales de depresión se estudiaron otros seis casos, que no hubieran sido catalogados de insomnio para tener así un grupo-control.

CUARTA ETAPA

Para el estudio de los resultados, los datos obtenidos de la pasación de los cuestionarios fueron escritos en un archivo en código ASCII y grabados en soporte magnético.

En primer lugar se ha realizado el análisis descriptivo de las respuestas dadas por los 288 sujetos estudiados. Dicho análisis consiste en obtener una tabla de frecuencias de las respuestas a cada pregunta, la cual proporciona la frecuencia de respuesta en cada categoría de la variable, así como el porcentaje que dicha frecuencia representa. (Procedimiento FREQUENCIES del SPSS).

A continuación el análisis se centró en los 45 sujetos que habían dado Q1 positivo. Estos sujetos pasaron por tres cuestionarios más (QS2, QN2, QF2). Se ha obtenido la tabla de frecuencias para cada uno de los cuatro cuestionarios. Por otra parte se ha obtenido la descripción de la distribución de la variable que determina si una madre es o no depresiva con respecto a todas las variables de los cuatro cuestionarios.

Se ha estudiado también la diferencia entre las madres que expresaban espontáneamente el hecho de que el bebé no durmiera en comparación con las que tuvieron que ser preguntadas al respecto.

Por último se estudiaron algunos temas puntuales como la relación del tono angustiada de la madre con el cólico del primer trimestre y la lactancia materna con la alimentación bien

reglada.

Las descripciones de las distintas distribuciones de variables se ha efectuado por el procedimiento CROSSTABS del SPSS.

En principio y como norma general se ha adoptado un análisis descriptivo ya que debido al número de sujetos (45), se incumplen, en general, las condiciones de aplicación de las pruebas estadísticas inferenciales (Ji-cuadrado) adecuadas para el estudio de estas relaciones. (Para ello basta observar el número de casillas vacías en las diferentes tablas de contingencia.

TRATAMIENTO

Como se ha comentado en el procedimiento de la segunda etapa, los trastornos del sueño de etiología no psicológica (Q2-) fueron tratados según la pauta debida a la entidad causante del proceso.

El caso de patología neurológica grave se desestimó realizar ningún tratamiento específico del insomnio, continuando el niño los múltiples tratamientos enfocados a su patología general.

Los tres casos de angustia materna aguda fueron solventados con suma facilidad al solucionarse los problemas externos que producían el estrés. (Comentado en la tercera etapa

del procedimiento).

Los casos de depresión materna siguieron el siguiente esquema:

a) Una vez confirmado el diagnóstico mediante la aplicación del HDS y BDI, se mantuvo una entrevista informativa con los dos cónyuges comunicándoles el resultado de la investigación. (En ambos casos, tanto la madre como su esposo se mostraron absolutamente de acuerdo con el diagnóstico).

b) Se les ofreció ayuda psicoterapéutica, siendo aceptada en un caso y rechazada en otro.

El bebé de la madre que aceptó la ayuda dejó de tener insomnio a la dos semanas de haberse iniciado un tratamiento de orientación psicoanalítica. Su desarrollo actual es normal.

El bebé de la madre que rechazó la ayuda psicoterapéutica, en el momento de redactar esta Tesis, pasados ocho meses del diagnóstico, sigue presentando importantes trastornos del sueño así como una anorexia pertinaz. (La madre del niño no ha recibido ningún tratamiento psicoterapéutico ni farmacológico para tratar su depresión).

RESULTADOS

- Resultados generales.
- Descripción Q1.
- Descripción Q2.
- Descripción madres depresivas.
- Descripción comparativa Q1
según mes de administración.
- Descripción comparativa
Q1 (2) / Q1 (3)

RESULTADOS GENERALES

TOTAL CASOS ESTUDIADOS:	288	100,00 %	
MORTALIDAD ESTADISTICA:	1	0,03 %	del total
PREVENCION:	54	18,75 %	del total
Q1 POSITIVOS (Q1+):	45	15,62 %	del total
Q2 POSITIVOS (Q2+):	6	2,08 %	del total
		13,33 %	de Q1+

PREVENCION

Q1 POSITIVOS (Q1+): 2 0,69 % del total

Q2 POSITIVOS (Q2+): 2 0,69 % del total

100,00 % de Q1+

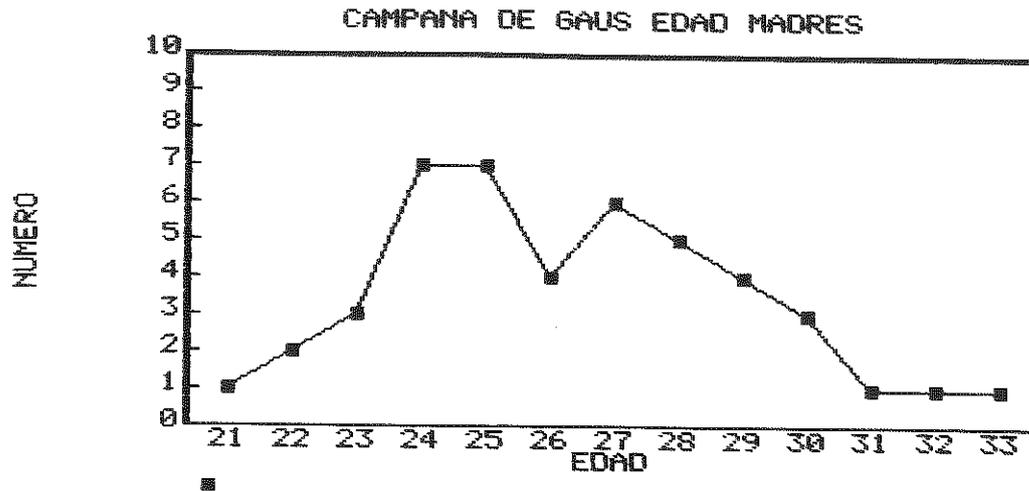
Q1 POSITIVOS /Q2 NEGATIVOS: 0 0,00 %

DIAGNOSTICOS

MAL HABITO ALIMENTARIO:	15	5,20 %	del total
		33,33 %	de Q1 (+)
COLICO PRIMER TRIMESTRE:	14	4,86 %	del total
		31,11 %	de Q1 (+)
INSOMNIO:	6	2,08 %	del total
		13,33 %	de Q1 (+)
OTITIS:	3	1,04 %	del total
		6,66 %	de Q1 (+)
ALERGIA PROTEINAS:	3	1,04 %	del total
		6,66 %	de Q1 (+)
INFECCION URINARIA:	2	0,69 %	del total
		4,44 %	de Q1 (+)
CATARRO VIAS ALTAS:	1	0,03 %	del total
		2,22 %	de Q1 (+)
ERITEMA DE PAÑAL:	1	0,03 %	del total
		2,22 %	de Q1 (+)

INSOMNIO

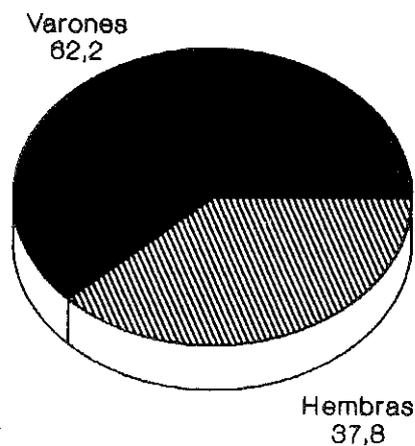
ANGUSTIA MATERNA AGUDA:	3	1,04 %	del total
		6,66 %	de Q1 (+)
		50,00 %	de Q2 (+)
MADRE DEPRESIVA:	2	0,69 %	del total
		4,44 %	de Q1 (+)
		33,33 %	de Q2 (+)
PATOLOGIA NEUROLOGICA GRAVE:	1	0,03 %	del total
		2,22 %	de Q1 (+)
		16,66 %	de Q2 (+)



(Fig.8)

En la figura superior (Fig.8) se puede observar que la media de edad se sitúa en 25 años y no hay fluctuaciones. En la figura inferior (Fig.9) se puede observar que los trastornos del sueño se dan en un porcentaje bastante superior en varones.

Distribución por SEXO Porcentaje



(Fig.9)

Dado que el mayor porcentaje de trastornos del sueño se dio en dos temas concretos, los malos hábitos alimentarios y el cólico del primer trimestre, se han realizado los correspondientes estudios para tratar de determinar la relación existente entre los citados trastornos y las variables más directamente implicadas, con los siguientes resultados:

1) El estudio de la prueba de independencia a partir de los datos de la tabla de contingencia entre la variable Q1-7 (Tono angustiado de la madre al responder) y la variable QN13 (cólico del primer trimestre), proporciona un Ji-cuadrado de valor 0.45 que resulta ser no significativo ($p=0.5023$) por lo que los datos concluyen que no existe relación entre que la madre tenga o no tono angustiado con el hecho de que se presente un cólico del primer trimestre. (Crosstabulation Pág.172).

2) El estudio de la prueba de independencia a partir de los datos de la tabla de contingencia entre las variables QN11 (Lactancia Materna) y QN12 (Alimentación bien reglada) proporciona un Ji-cuadrado de valor 0.04 que resulta ser no significativo ($p=0.8411$) por lo que los datos concluyen que no existe relación entre la lactancia materna con el hecho de que la alimentación esté bien reglada. (Crosstabulation Pág.173)

ESTUDIO DE RELACION ENTRE EL TONO ANGUSTIADO DE LA MADRE Y EL COLICO DEL PRIMER TRIMESTRE

Crosstabulation: Q7 Madre tono angustiado
By QN13 Cólico primer trimestre

QN13-->	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
Q7				
Si	1	10 50.0 50.0	10 50.0 40.0	20 44.4
No	2	10 40.0 50.0	15 60.0 60.0	25 55.6
	Column Total	20 44.4	25 55.6	45 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.13613	1	.7122	8.889	None
.45000	1	.5023	(Before Yates Correction)	

Statistic	Value
Phi	.10000

Number of Missing Observations = 0

ESTUDIO DE RELACION ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACION BIEN REGLADA

Crosstabulation: QN11 Lactancia materna
By QN12 Alimentación bien reglada

QN12->	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QN11				
Si	1	9 45.0 42.9	11 55.0 45.8	20 44.4
No	2	12 48.0 57.1	13 52.0 54.2	25 55.6
	Column Total	21 46.7	24 53.3	45 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.00000	1	1.0000	9.333	None
.04018	1	.8411	(Before Yates Correction)	

Statistic	Value
Phi	.02988

Number of Missing Observations = 0

DESCRIPCION Q1

Q1-2:(Fig.10) El porcentaje de casos en que el comentario fué espontáneo se sitúa en un 51.1% , mientras que las otras opciones se reparte entre el 20 y 22 % excepto la opción "no duerme" que sólo se da en el 6 %.

Q1-3:(Fig.11)El porcentaje de casos en que la respuesta fué " normal" se sitúa en el 52.1 %. Aparece después la opción "duerme mal" con un 30.4 %."Duerme muy poco" obtuvo un 13% y "no duerme " un 4.3 %.

Q1-4:(Fig.12)El número de casos en que los tiempos reales de sueño contabilizados por los padres se adaptaron a los tiempos señalados al principio del estudio como standard fueron el 50 %.

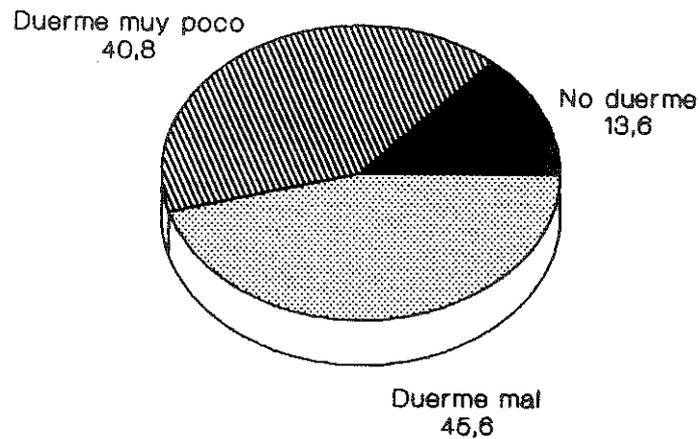
Q1-5:(Fig.13)Los despertares se situaron en la banda de 4 a 6 por noche, con un porcentaje del 33.3 5 cada cantidad.

Q1-6:(Fig.14)El porcentaje de niños que despertaba con gritos era del 57.1 %.

Q1-7:(Fig.15)El 44.4 % de las madres cuyos hijos presentaron transtornos del sueño respondían en tono angustiado.

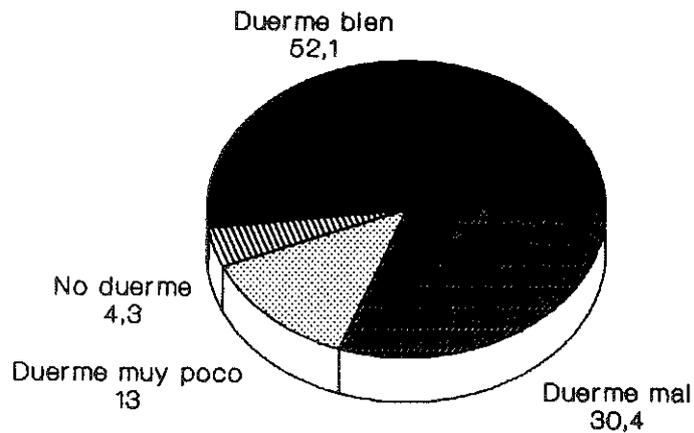
Nota:En las páginas siguientes aparecen los gráficos correspondientes a esta descripción.Las tablas de frecuencia se muestran al final del presente apartado.

COMENTARIO ESPONTANEO Porcentaje positivos



(Fig.10)

CONTESTACION A LA PREGUNTA Porcentajes



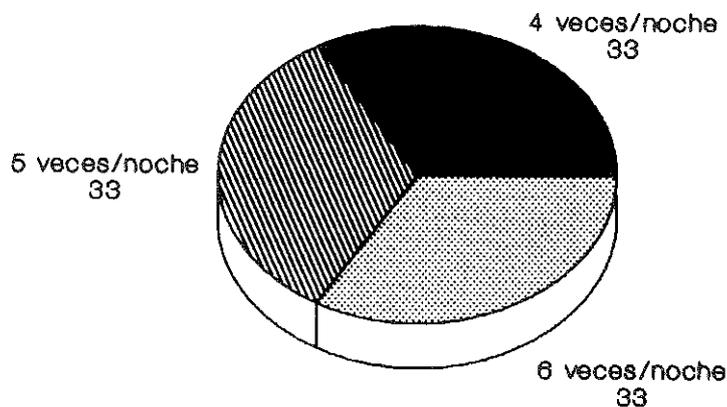
(Fig.11)

CUANTAS HORAS DUERME (Respuesta no duerme)



(Fig.12)

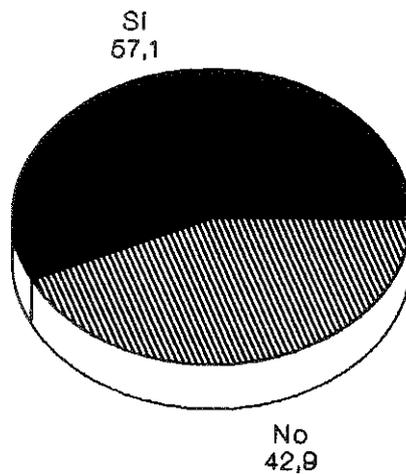
CUANTAS VECES SE DESPIERTA Respuesta duerme muy poco



(Fig.13)

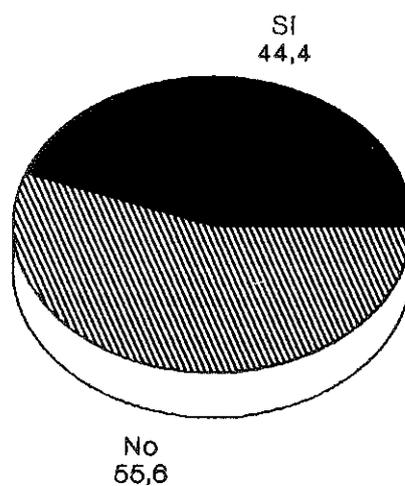
DESPIERTA CON GRITOS

Respuesta duerme mal



(Fig.14)

RESPONDE TONO ANGUSTIADO



(Fig.15)

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	1	2.2	2.2	2.2
	15	1	2.2	2.2	4.4
	26	1	2.2	2.2	6.7
	29	1	2.2	2.2	8.9
	30	1	2.2	2.2	11.1
	42	1	2.2	2.2	13.3
	49	1	2.2	2.2	15.6
	50	1	2.2	2.2	17.8
	62	1	2.2	2.2	20.0
	67	1	2.2	2.2	22.2
	73	1	2.2	2.2	24.4
	89	1	2.2	2.2	26.7
	93	1	2.2	2.2	28.9
	96	1	2.2	2.2	31.1
	99	1	2.2	2.2	33.3
	103	1	2.2	2.2	35.6
	110	1	2.2	2.2	37.8
	112	1	2.2	2.2	40.0
	114	1	2.2	2.2	42.2
	126	1	2.2	2.2	44.4
	132	1	2.2	2.2	46.7
	137	1	2.2	2.2	48.9
	144	1	2.2	2.2	51.1
	152	1	2.2	2.2	53.3
	156	1	2.2	2.2	55.6
	161	1	2.2	2.2	57.8
	168	1	2.2	2.2	60.0
	171	1	2.2	2.2	62.2
	173	1	2.2	2.2	64.4
	183	1	2.2	2.2	66.7
	187	1	2.2	2.2	68.9
	193	1	2.2	2.2	71.1
	194	1	2.2	2.2	73.3
	195	1	2.2	2.2	75.6
	199	1	2.2	2.2	77.8
	203	1	2.2	2.2	80.0
	207	1	2.2	2.2	82.2
	225	1	2.2	2.2	84.4
	235	1	2.2	2.2	86.7
	245	1	2.2	2.2	88.9
	246	1	2.2	2.2	91.1
	249	1	2.2	2.2	93.3
	258	1	2.2	2.2	95.6
	275	1	2.2	2.2	97.8
	282	1	2.2	2.2	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	

Valid Cases 45

Missing Cases 0

CUEST1

RESULTADOS/descripción Q1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	45	100.0	100.0	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

Q1 Meses de edad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	45	100.0	100.0	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

Q2 Madre expresa niño duerme

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	3	6.7	6.7	6.7
Duerme muy poco	2	9	20.0	20.0	26.7
Duerme mal	3	10	22.2	22.2	48.9
No comenta	4	23	51.1	51.1	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

Q3 Madre responde niño duerme

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	1	2.2	4.3	4.3
Duerme muy poco	2	3	6.7	13.0	17.4
Duerme mal	3	7	15.6	30.4	47.8
Duerme bien	4	11	24.4	47.8	95.7
Duerme lo normal	5	1	2.2	4.3	100.0
	.	22	48.9	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	23	Missing Cases	22		

Q4 Horas que duerme al dia

RESULTADOS/descripción 01

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	8	1	2.2	50.0	50.0
	15	1	2.2	50.0	100.0
	.	43	95.6	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	2	Missing Cases	43		

Q5 Veces se despierta' noche

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	4	1	2.2	33.3	33.3
	5	1	2.2	33.3	66.7
	6	1	2.2	33.3	100.0
	.	42	93.3	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	3	Missing Cases	42		

Q6 Grita al despertarse

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	4	8.9	57.1	57.1
No	2	3	6.7	42.9	100.0
	.	38	84.4	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	7	Missing Cases	38		

Q7 Madre tono angustiado

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	20	44.4	44.4	44.4
No	2	25	55.6	55.6	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

DESCRIPCION Q2S

QS1-2:(Fig.16)El recién nacido representa el 44.4 % de los casos seguido en frecuencia decreciente por los meses 1,2 y 3 con el 28.9 , 17.8 y 8.9 % respectivamente.

QS3:(Fig.17)El 64.4 % de los casos se presentan al llegar a casa después de la salida del hospital.

QS4:(Fig.18)Sólo el 15.6 % coincide con el destete.

QS5:(Fig.19)Sólo coincide con la vuelta al trabajo de la madre un 4 %.

QS6:(Fig.20):Coincide con problemas familiares el 13.3 % de los casos.Después se demostró que podían ser importantes.

QS7:(Fig.21) Coincide con alguna enfermedad,sin profundizar en el tipo ni en el diagnóstico ,el 26.7 %.

QS8:(Fig.22)Se aprecian coincidencias claras en el 28.9 % de los casos en total.

QS9:(Fig.23)La posibilidad más frecuente de aparición es de "todos los días" con el 48.9 % seguida de "varias veces por semana" con el 35.6 %,más atrás están "de vez en cuando" y "una vez por semana" con 13.3 y 2.2 % respectivamente.

QS10:(Fig.24)El ritmo exclusivamente diurno es el menos frecuente con el 8.9 % de los casos.Los ritmos nocturno y mixto son muy parecidos con el 42.2 y 48.9 % respectivamente.

QS11:(Fig.25)La duración más frecuente del sueño es de 18 horas diarias con el 62.2 % de los casos.El 33.3 % duerme 14 horas y sólo el 4.4 % duerme 12 horas o menos.

QS12:(Fig.26)El 66.7 % de los casos presentaron dificultades para adormecerse.

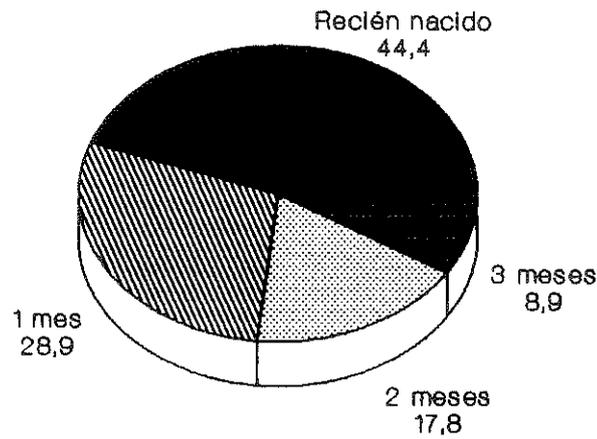
QS13:(Fig.27)El 73.3 % de despertaron una vez habían conciliado el sueño.

QS14:(Fig.28)Sólo el 35 % despertaba con gritos.

QS15:(Fig.29)En opinión de las madres el 51.1 % presentaba dolor como síntoma acompañante.El 8.9 % interpretó que su bebé sufría angustia de separación.Otros problemas fueron atribuidos por el 37.8 % y no respondieron a la pregunta el 2.2 % de las encuestadas.

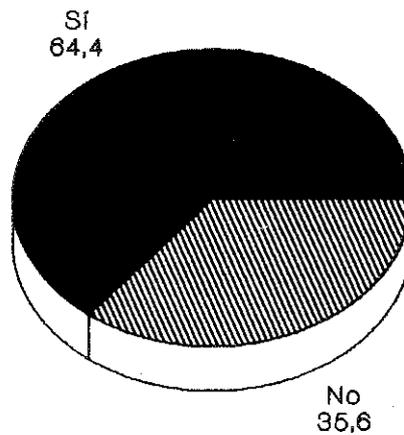
Nota:En las páginas siguientes aparecen los gráficos correspondientes a esta descripción.Las tablas de frecuencia se muestran al final del presente apartado.

EDAD DE PRESENTACION (Porcentajes)



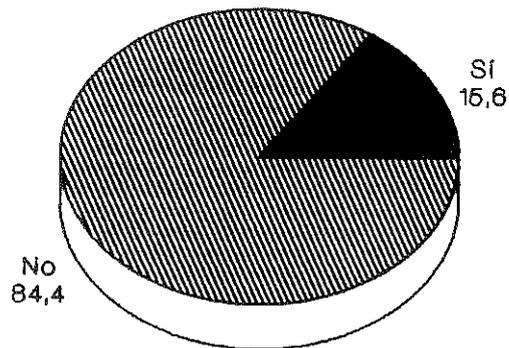
(Fig.16)

APARICION AL LLEGAR A CASA Porcentajes



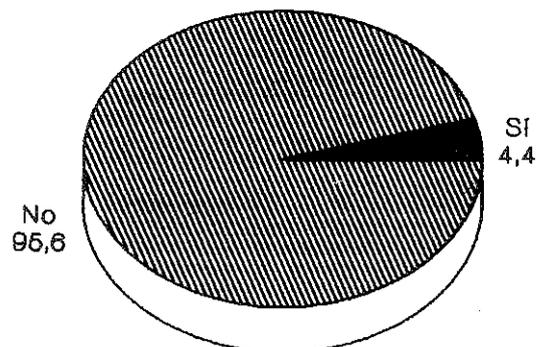
(Fig.17)

COINCIDENCIA CON DESTETE Porcentaje



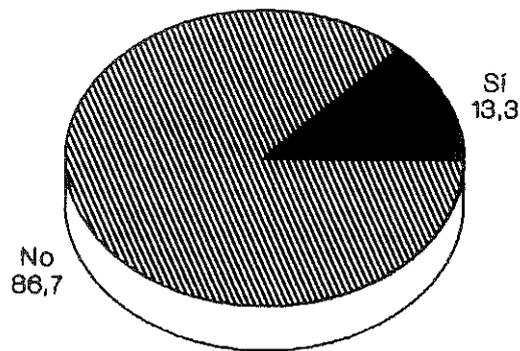
(Fig.18)

REANUDACION TRABAJO MADRE Coincidencia (Porcentaje)



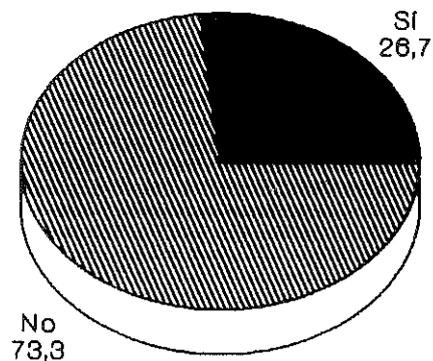
(Fig.19)

PROBLEMAS FAMILIARES Coincidencia (Porcentaje)



(Fig.20)

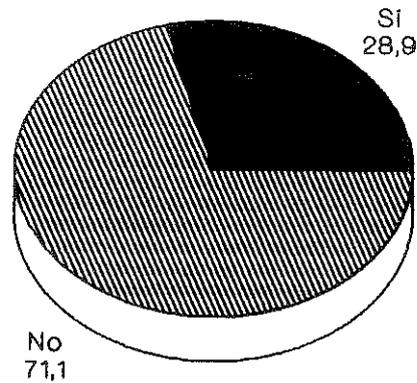
ENFERMEDAD Coincidencia (Porcentaje)



(Fig.21)

COINCIDENCIAS CONCRETAS

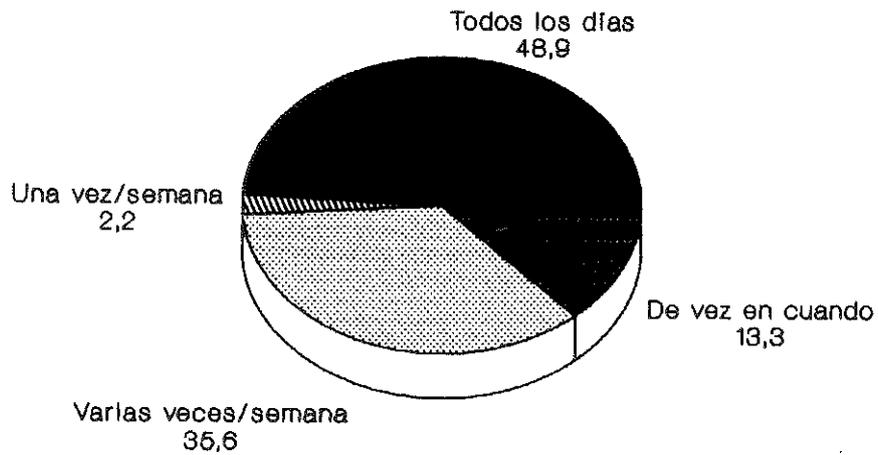
Porcentaje general



(Fig.22)

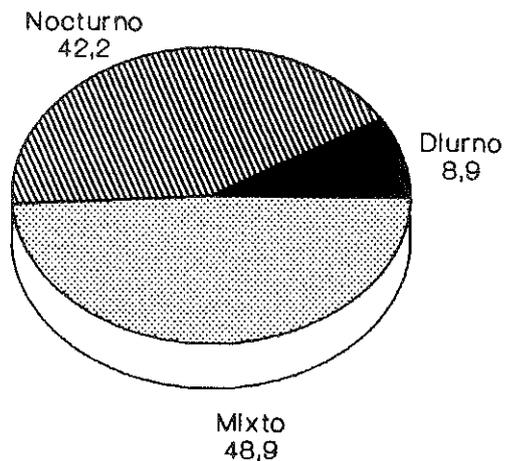
FRECUENCIA DEL TRANSTORNO

Porcentajes



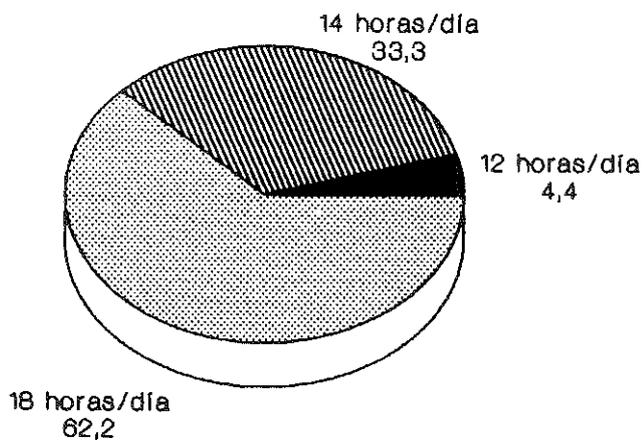
(Fig.23)

RITMO DEL TRANSTORNO Porcentajes



(Fig.24)

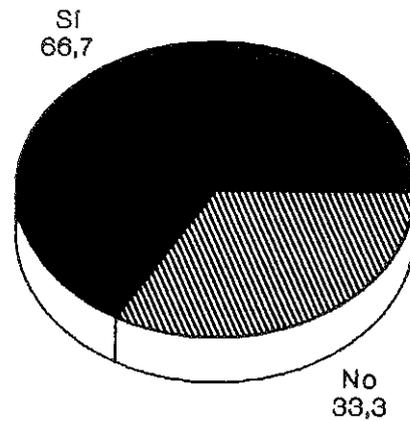
DURACION DEL SUEÑO Porcentajes



(Fig.25)

ASPECTOS DEL TRANSTORNO

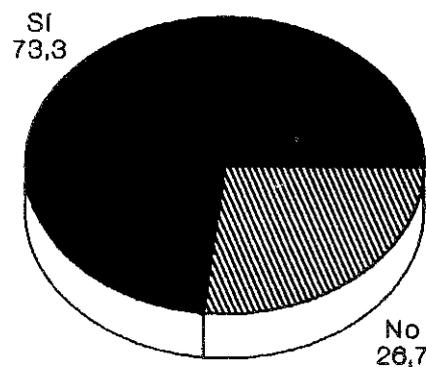
Dificultad conciliar sueño



(Fig.26)

ASPECTOS DEL TRANSTORNO

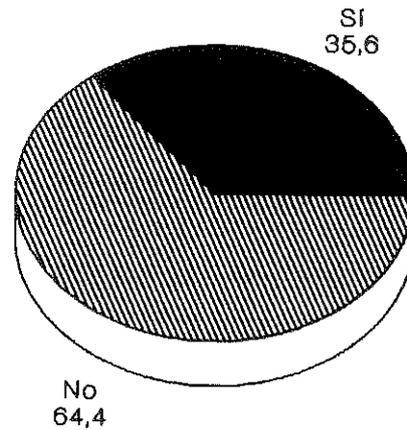
Despertar una vez dormido



(Fig.27)

ASPECTOS DEL TRANSTORNO

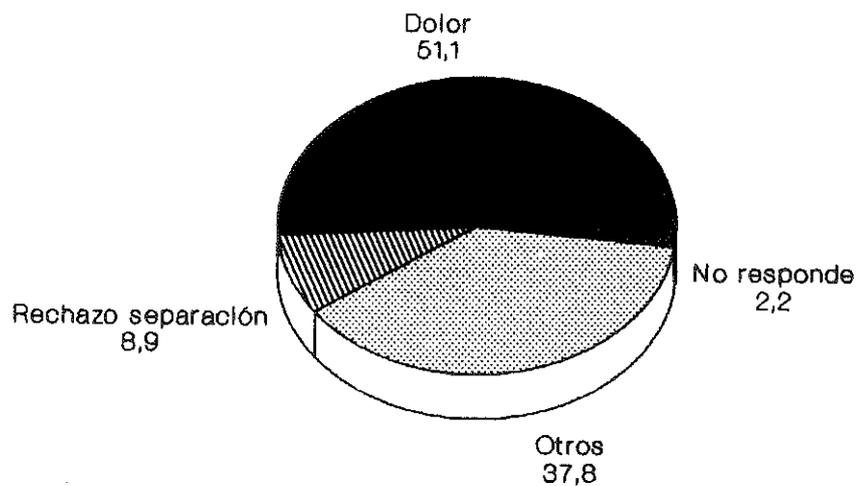
Despertar con gritos



(Fig.28)

SINTOMA ACOMPAÑANTE

Impresión madre



(Fig.29)

CUEST4

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	4	45	100.0	100.0	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS1 Recién nacido

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	25	55.6	55.6	55.6
No	2	20	44.4	44.4	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS2 Mes de presentación

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	20	44.4	44.4	44.4
	1	13	28.9	28.9	73.3
	2	8	17.8	17.8	91.1
	3	4	8.9	8.9	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS3 Al llegar a casa

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	29	64.4	64.4	64.4
No	2	16	35.6	35.6	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS4 Con el destete

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	7	15.6	15.6	15.6
No	2	38	84.4	84.4	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS5 Trabajo de la madre

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	2	4.4	4.4	4.4
No	2	43	95.6	95.6	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS6 Problemas familiares

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	6	13.3	13.3	13.3
No	2	39	86.7	86.7	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS7 Enfermedad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	12	26.7	26.7	26.7
No	2	33	73.3	73.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS8 No hay coincidencias

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	32	71.1	71.1	71.1
No	2	13	28.9	28.9	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QS9 Frecuencia del transtorno

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Todos los días	1	22	48.9	48.9	48.9
Una vez por semana	2	1	2.2	2.2	51.1
Varias veces semana	3	16	35.6	35.6	86.7
De vez en cuando	4	6	13.3	13.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QS10 Ritmo del transtorno

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Diurno	1	4	8.9	8.9	8.9
Nocturno	2	19	42.2	42.2	51.1
Mixto	3	22	48.9	48.9	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QS11 Duración del sueño

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
14 horas	1	15	33.3	33.3	33.3
18 horas	2	28	62.2	62.2	95.6
12 horas	3	2	4.4	4.4	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QS12 Dificultad en adormecerse

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	30	66.7	66.7	66.7
No	2	15	33.3	33.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS13 Despertar una vez dormido

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	33	73.3	73.3	73.3
No	2	12	26.7	26.7	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS14 Despertar con gritos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	16	35.6	35.6	35.6
No	2	29	64.4	64.4	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QS15 Síntomas acompañantes

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Dolor	1	23	51.1	51.1	51.1
Rechazo separación	2	4	8.9	8.9	60.0
Otros	3	17	37.8	37.8	97.8
No responde	4	1	2.2	2.2	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

DESCRIPCION Q2N

QN1:(Fig.30)Sólo el 6.7 % de los embarazos eran no deseados.

QN2:(Fg.31)La madre consideró que habian existido complicaciones durante el embarazo en el 37.8 de los casos .

QN3:(Fig.32)El 44 % de las madres respondió haber padecido angustia durante el ambarazo.

QN4:(Fig.33)El 84.% de los partos fueron a término mientras que el 13.3 fuernon pretérmino y el 2.2 % postérmino.

QN5:(Fig.34)Fueron eutócicos el 62.2 % de los partos.

QN6:(Fig.35) El 26.7 % de los recién nacidos precisaron reanimación profunda al nacer.

QN7:(Fig.36)EL 73.3 % de los recién nacidos pasaron por Nursery mientras que el 26.7 % tuvieron que ser ingresados en la Unidad de Neonatología.

QN8:(Fig.37)El 57.7 % de las madres refirieron angustia durante el parto.

QN9:(Fig.38)La exploración física fue normal en el 68.9 % de los casos.

QN10:(Fig.39)Se encontró algún defecto de higiene en el 6.7 5 de los bebés explorados.

QN11:(Fig.40)El 44.4 5 de los recién nacidos recibió lactancia materna.

QN12:(Fig.41)La alimentación estaba mal reglada en el 46.7 % de los casos estudiados,aunque en el estudio más a fondo quedó demostrada la mala alimentación en el 33.3 %.

QN13:(Fig.42)En el primer estudio fueron catalogados como cólico del primer trimestre un 44.5 % de los casos,aunque en el estudio más profundo sólo quedaron demostrados un 31.1 % del total.

QN14:(Fig.43)En el 24.4 % de los estudiados se halló enfermedad aguda.

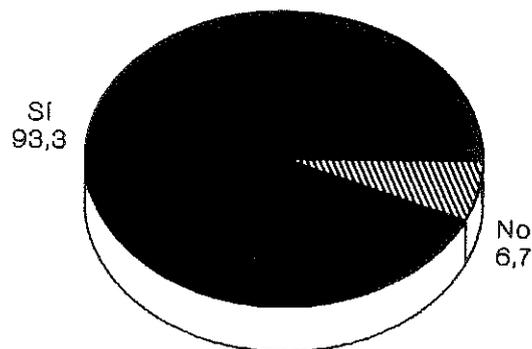
QN15:(Fig.44)En el 13.3 % se determinó que había enfermedad crónica o se estaba cronificando una enfermedad aguda,probablemente por falta de diagnóstico.

QN16:La toxicomanía no pudo ser seguida por no acudir a la cita concertada tal como se explicó en el apartado de resultados generales.

QN17:(Fig.45)Aunque un 6.7 % de los casos fueron dados como hospitalismo en la primera fase,sólo uno reunió las condiciones necesarias para ser considerado como tal al finalizar el estudio.

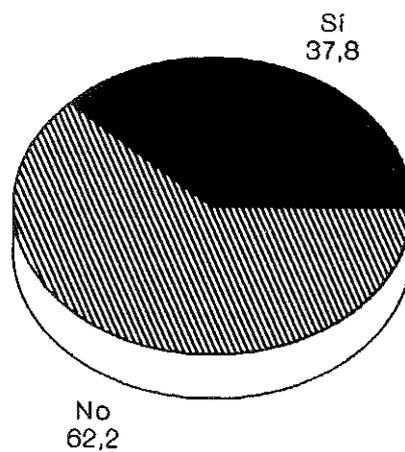
Nota:Gráficos y tablas en las páginas siguientes.

EMBARAZO DESEADO Porcentajes



(Fig.30)

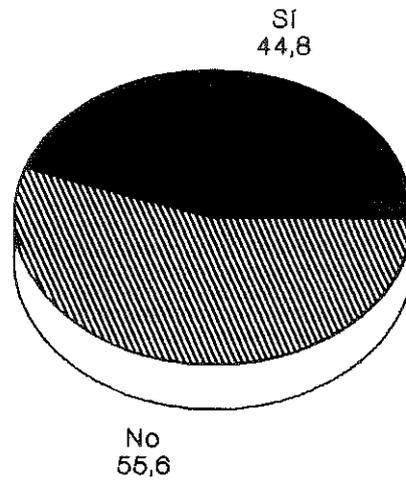
EMBARAZO COMPLICADO Porcentajes



(Fig.31)

ANGUSTIA DURANTE EMBARAZO

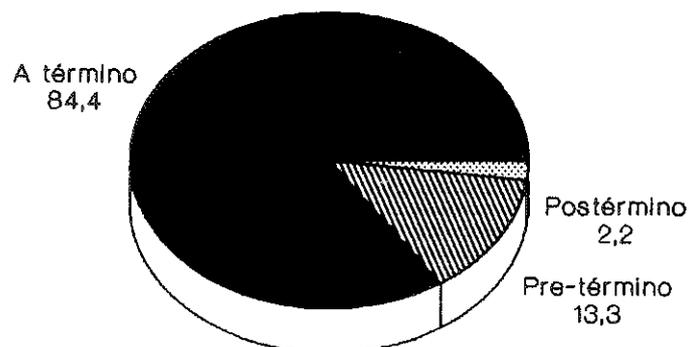
Porcentajes



(Fig.32)

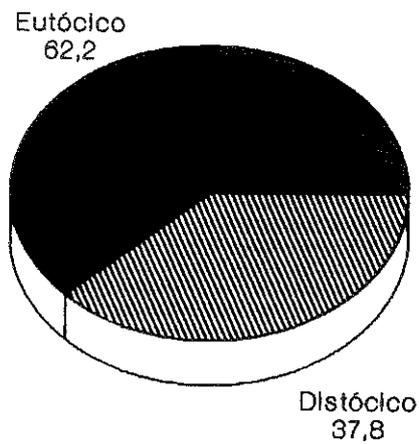
DURACION EMBARAZO

Porcentajes



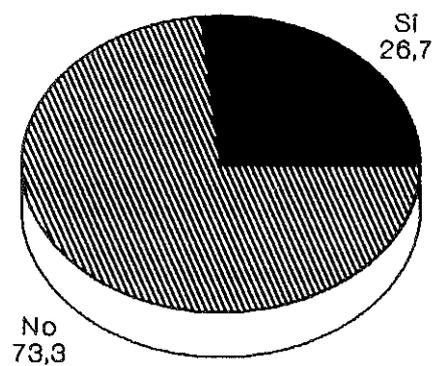
(Fig.33)

TIPO DE PARTO Porcentajes



(Fig.34)

REANIMACION PROFUNDA Porcentajes



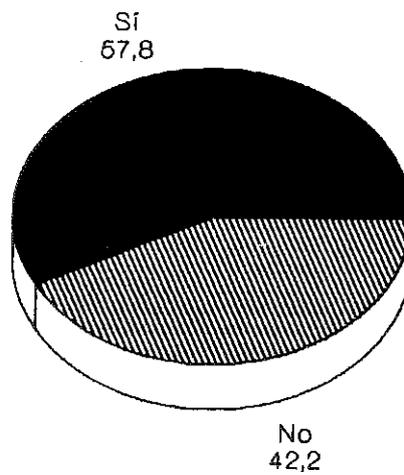
(Fig.35)

INGRESO NEONATOLOGIA Porcentajes



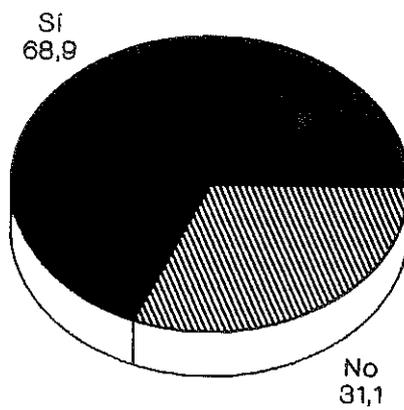
(Fig.36)

ANGUSTIA DURANTE EL PARTO Porcentajes



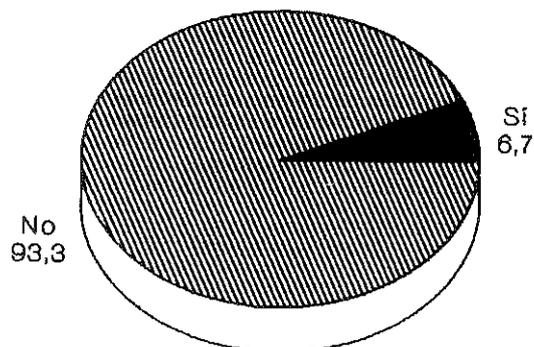
(Fig.37)

EXPLORACION FISICA NORMAL Porcentajes



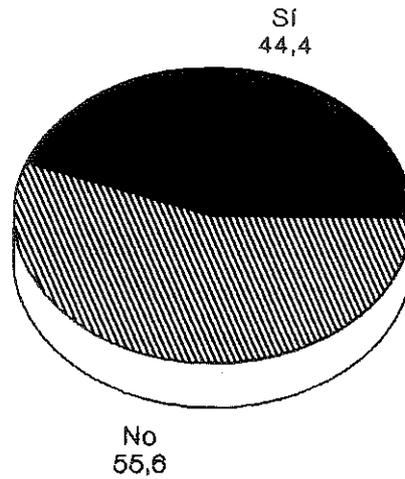
(Fig.38)

DEFECTO DE HIGIENE Porcentajes



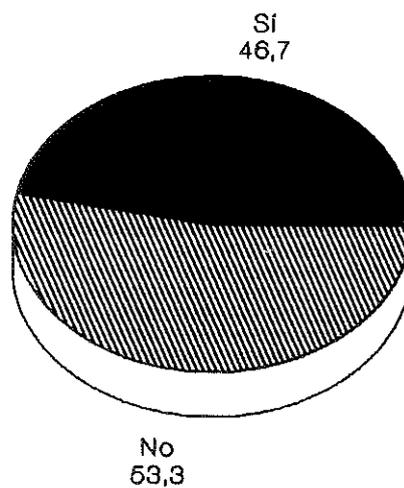
(Fig.39)

LACTANCIA MATERNA Porcentajes



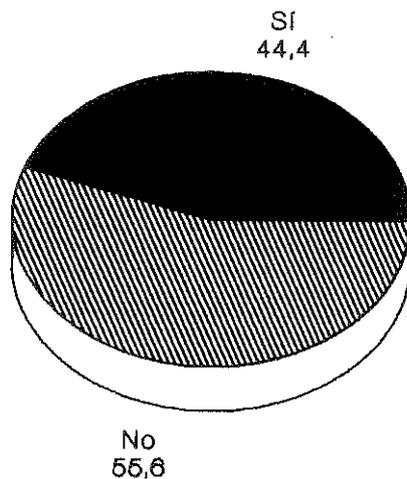
(Fig. 40)

ALIMENTACION BIEN REGLADA Porcentajes



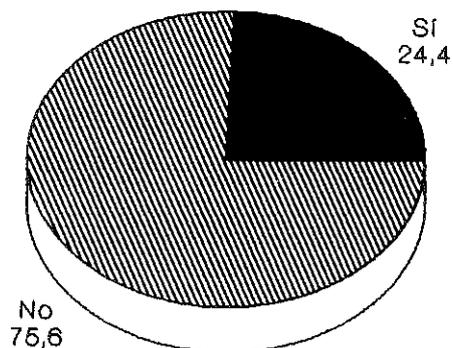
(Fig. 41)

COLICO PRIMER TRIMESTRE Porcentajes



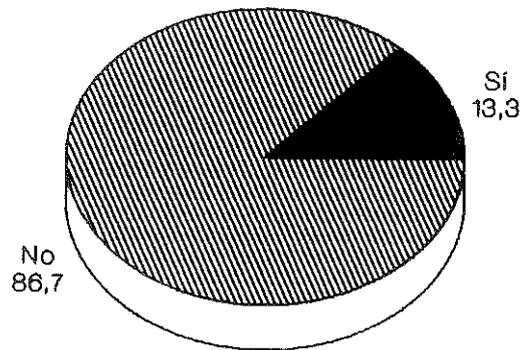
(Fig.42)

ENFERMEDAD AGUDA Porcentajes



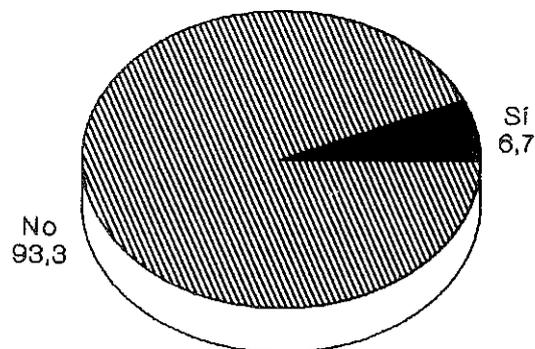
(Fig.43)

ENFERMEDAD CRONICA Porcentajes



(Fig.44)

HOSPITALISMO Porcentajes



(Fig.45)

QN5 Parto eutócico

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	28	62.2	62.2	62.2
No	2	17	37.8	37.8	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN6 Reanimación profunda

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	12	26.7	26.7	26.7
No	2	33	73.3	73.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN7 Ingreso en Neonatología

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	12	26.7	26.7	26.7
No	2	33	73.3	73.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN8 Angustia materna en el parto

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	26	57.8	57.8	57.8
No	2	19	42.2	42.2	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN9 Exploración física normal

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	31	68.9	68.9	68.9
No	2	14	31.1	31.1	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN10 Defecto de higiene

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	3	6.7	6.7	6.7
No	2	42	93.3	93.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN11 Lactancia materna

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	20	44.4	44.4	44.4
No	2	25	55.6	55.6	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QN12 Alimentación bien reglada

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	21	46.7	46.7	46.7
No	2	24	53.3	53.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

DESCRIPCION Q2F

QF1:(Fig.46)LA mayor parte de las familias estudiadas pertenecían a la clase media,el 71.2 % ;un 22.2 % a la clase baja y un 6.7 % a la clase alta.

QF2:(Fig.47)El 26.7 % vivían en viviendas cuya superficie era inferior a 60 m².

QF3:(Fig.48)Había ruidos ambientales en el 37.8 % de las viviendas.

QF4:(Fig.49)En el 62.2 % los abuelos no residían en la misma vivienda.

QF5:(Fig.50)El 95.5 % de los niños estudiados dormía en la misma habitación de los padres.

QF6:(Fig.51)Se encontraron antecedentes de insomnio en el 40 % de los casos.

QF7:No hubo ningún caso de gemelos.

QF8:(Fig.52)El 50 % de los niños eran hijos únicos y la proporción iba descendiendo al 22.7,18.2,6.8,2.3,según correspondiera a dos,tres o cuatro o más hermanos.

QF9:(Fig.53)En el 95.6 % de los casos se trataba del primer o segundo hermano.

QF10:(Fig.54)El 73.3 % de las madres estudiadas fue catalogado de "normal".

QF11:(Fig.55)Sólo el 8.9 % de las madres resultó estar ausente,lo que debe interpretarse como que no cuidaban habitualmente al niño,por las razones que fuera.

QF12:(Fig.56)La mitad de las madres se mostró o declaró angustiada.

QF13:(Fig.57)El 22.7 % de las madres fue considerada hiperprotectora.

QF14:(Fig.58)El 4.4 % de las madres fué catalogado de depresiva.(Posteriormente se constató el hecho mediante el estudio psicopatológico correspondiente).

QF15:No se encontró patología mental grave.

QF16:La toxicomana no acudió a los controles.

QF17:No se encontró ningún déficit físico grave.

QF18:(Fig.59)El 88.6 % de las madres no se encontraba en situación laboral conflictiva.

QF19:(Fig.60)La relación de pareja fué considerada satisfactoria en el 84.1 % de los casos.

QF20:(Fig.61)Sólo en el 15.9 % de los casos la actividad sexual de la pareja era igual que antes del parto.

QF21:(Fig.62)El 11.4 % de las madres no vivían en pareja.

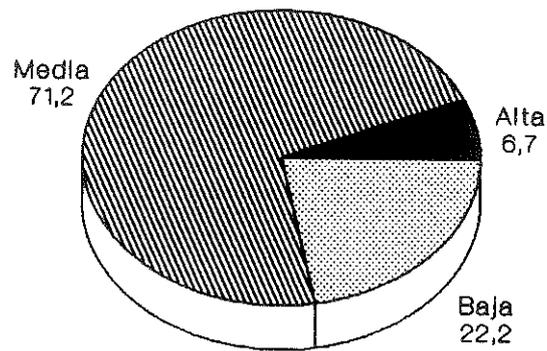
QF22:(Fig.63)El padre fue considerado competente por la madre en el 79.5 % de los casos.(Información muy sesgada).

QF23:No se halló ningún padre toxicómano.

QF24:(Fig.64)El 13.6 % de los padres se hallaban en situación laboral conflictiva.

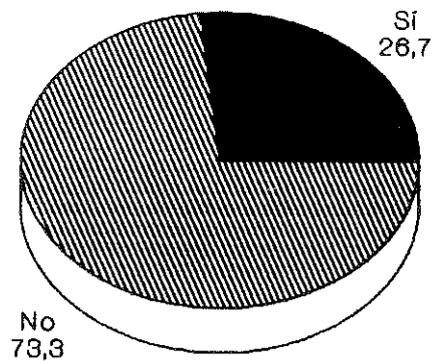
Nota:Gráficos y tablas en las páginas siguientes.

CLASE SOCIAL Porcentajes



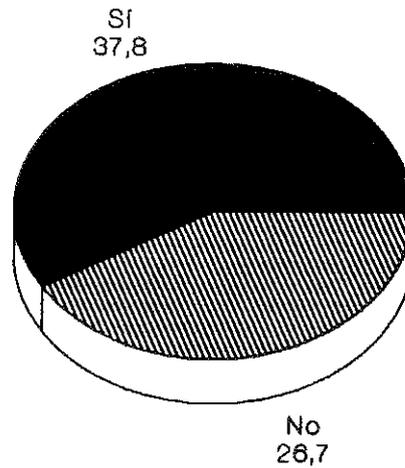
(Fig.46)

VIVIENDA INFERIOR 60 m2 Porcentaje



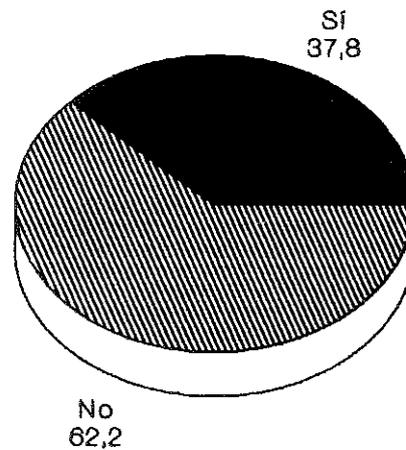
(Fig.47)

RUIDOS AMBIENTALES Porcentaje



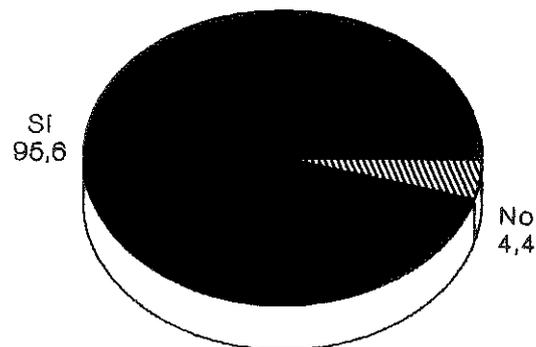
(Fig.48)

ABUELOS EN VIVIENDA Porcentaje



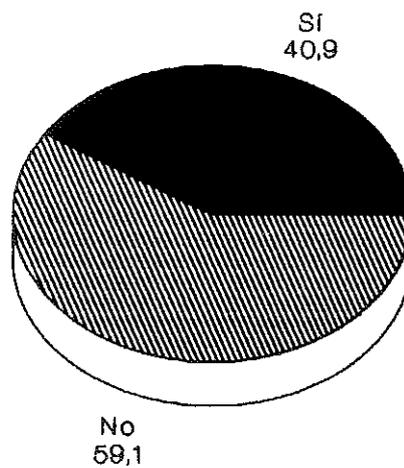
(Fig.49)

CUNA HABITACION PADRES Porcentaje



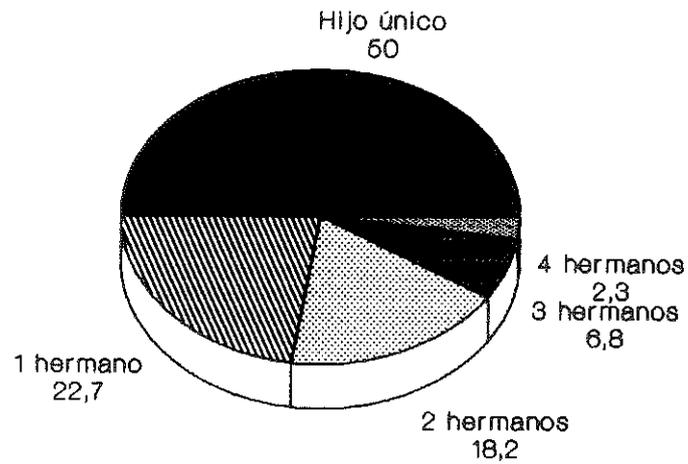
(Fig. 50)

ANTECEDENTES INSOMNIO Porcentaje



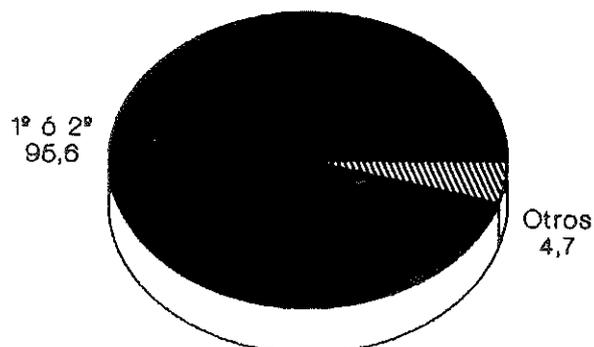
(Fig. 51)

NUMERO HERMANOS Porcentajes



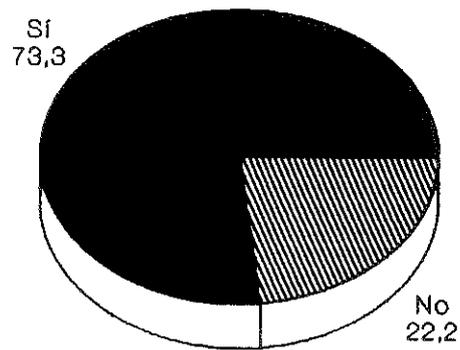
(Fig.52)

UBICACION ENTRE HERMANOS Porcentajes



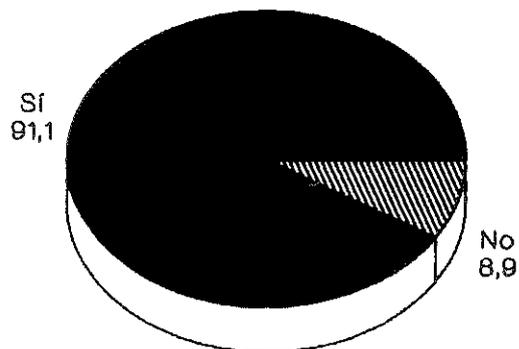
(Fig.53)

MADRE NORMAL Porcentaje



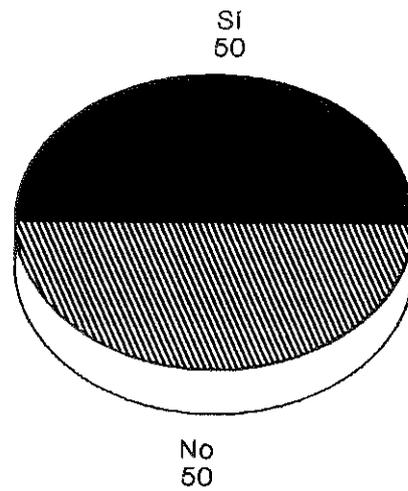
(Fig.54)

MADRE AUSENTE Porcentaje



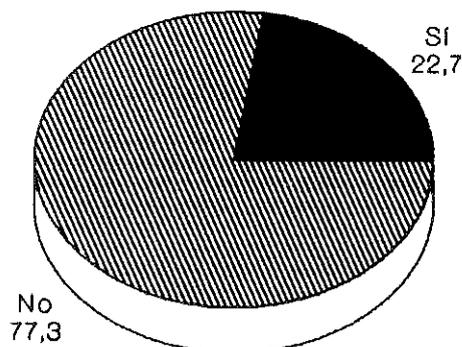
(Fig.55)

MADRE ANGUSTIADA Porcentaje



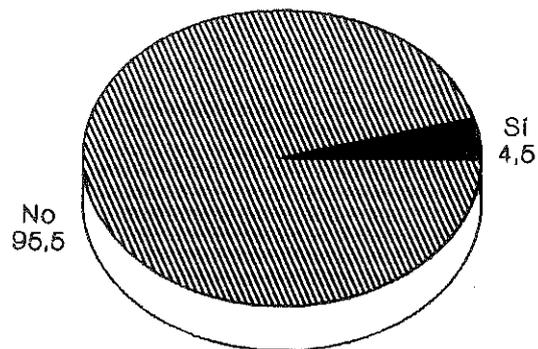
(Fig. 56)

MADRE HIPERPROTECTORA Porcentaje



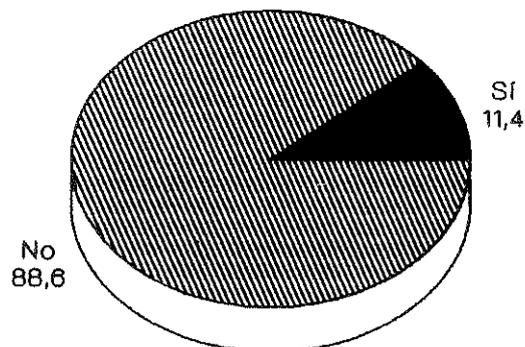
(Fig. 57)

MADRE DEPRESIVA Porcentaje



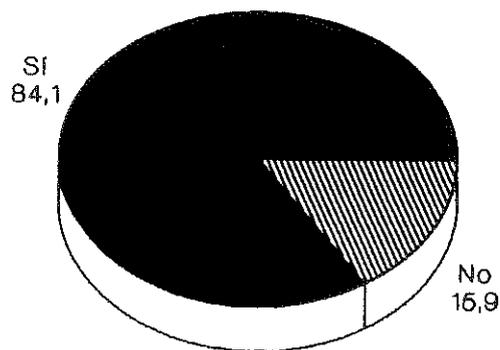
(Fig. 58)

MADRE LABORAL CONFLICTIVA Porcentaje



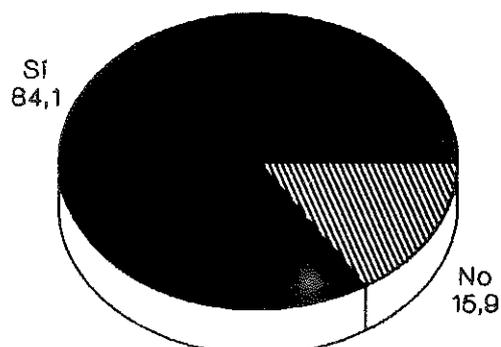
(Fig. 59)

BUENA RELACION PAREJA Porcentaje



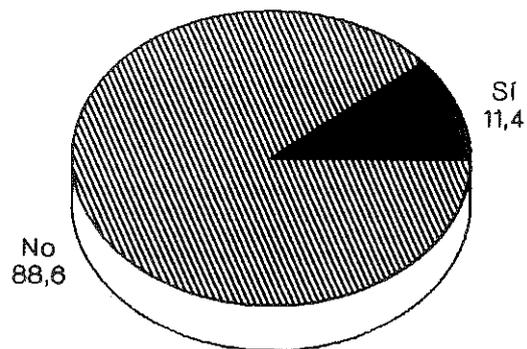
(Fig.60)

MENOR ACTIVIDAD SEXUAL Porcentaje



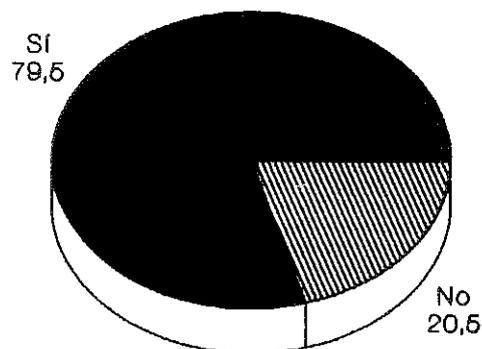
(Fig.61)

SIN PAREJA Porcentaje



(Fig.62)

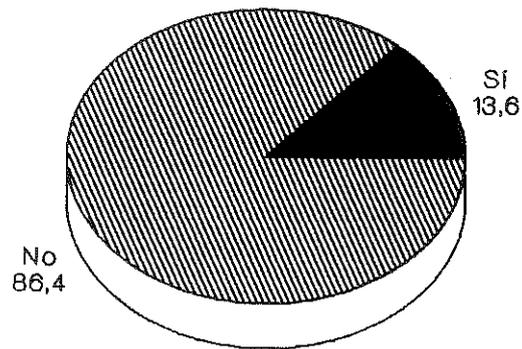
PADRE COMPETENTE Porcentaje



(Fig.63)

PADRE LABORAL CONFLICTIVA

Porcentaje



(Fig.64)

CUEST2

RESULTADOS/descripción Q2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	45	100.0	100.0	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF1 Clase social

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Alta	1	3	6.7	6.7	6.7
Media	2	32	71.1	71.1	77.8
Baja	3	10	22.2	22.2	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF2 Vivienda < 60 m2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	12	26.7	26.7	26.7
No	2	33	73.3	73.3	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF3 Ruidos ambientales

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	17	37.8	37.8	37.8
No	2	28	62.2	62.2	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF4 Abuelos en la vivienda

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	17	37.8	37.8	37.8
No	2	28	62.2	62.2	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF5

Cuna habitación padres

RESULTADOS/descripción Q2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	43	95.6	95.6	95.6
No	2	2	4.4	4.4	100.0
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	45	Missing Cases	0		

QF6 Antecedentes de insomnio

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	18	40.0	40.9	40.9
No	2	26	57.8	59.1	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF7 Gemelo

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	44	97.8	100.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF8 Número de hermanos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	22	48.9	50.0	50.0
	1	10	22.2	22.7	72.7
	2	8	17.8	18.2	90.9
	3	3	6.7	6.8	97.7
	4	1	2.2	2.3	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF9 Lugar entre los hermanos

RESULTADOS/descripción Q2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	20	44.4	44.4	44.4
	2	21	46.7	46.7	91.1
	3	2	4.4	4.4	95.6
	4	2	4.4	4.4	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF10 Normalidad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	33	73.3	76.7	76.7
No	2	10	22.2	23.3	100.0
	.	2	4.4	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	

Valid Cases 43 Missing Cases 2

QF11 Ausente

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	4	8.9	8.9	8.9
No	2	41	91.1	91.1	100.0
	TOTAL	45	100.0	100.0	

Valid Cases 45 Missing Cases 0

QF12 Angustiada

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	22	48.9	50.0	50.0
No	2	22	48.9	50.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
	TOTAL	45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF13 Hiperprotectora

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	10	22.2	22.7	22.7
No	2	34	75.6	77.3	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF14 Depresiva

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	2	4.4	4.5	4.5
No	2	42	93.3	95.5	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF15 Patología mental grave

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	44	97.8	100.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF16 Toxicómana

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	44	97.8	100.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	
Valid Cases	44	Missing Cases	1		

QF17 Déficit físico grave

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	44	97.8	100.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF18 Situación laboral conflictiva

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	5	11.1	11.4	11.4
No	2	39	86.7	88.6	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF19 Satisfactoria

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	37	82.2	84.1	84.1
No	2	7	15.6	15.9	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF20 Actividad sexual < antes

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	37	82.2	84.1	84.1
No	2	7	15.6	15.9	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF21 Sin pareja

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	5	11.1	11.4	11.4
No	2	39	86.7	88.6	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF22 Padre competente

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	35	77.8	79.5	79.5
No	2	9	20.0	20.5	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF23 Padre toxicómano

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	44	97.8	100.0	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

QF24 Padre sit.lab.conflictiva

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	6	13.3	13.6	13.6
No	2	38	84.4	86.4	100.0
	.	1	2.2	MISSING	
TOTAL		45	100.0	100.0	

Valid Cases 44 Missing Cases 1

DESCRIPCION MADRES DEPRESIVAS

Estudio psicológico madres depresivas:

- 1) Madre que posteriormente aceptó tratamiento psicoterápico.
- Edad: 27 años.
 - Estado civil: Casada /convivencia habitual
 - NO embarazo: 1º.
 - Trabaja en relación de dependencia.
 - Antecedentes psicopatológicos familiares.Ha sufrido personalmente depresión mayor.
 - Evolución del embarazo:Deseado y aceptado pero no planificado.En los primeros meses tuvo transtornos físicos (vómitos) intensos;en el resto del embarazo no sufrió transtornos.No tenía temores en cuanto al embarazo pero sí en cuanto al parto (tipo y dificultades del parto y posibles malformaciones en el niño). Las expectativas se centraban especialmente en que naciera bien y fuera sano.Pensaba dar de mamar porque era lo mejor para el bebé.
 - Puntuación BDI pre-parto: 19
 - Puntuación BDI postparto: 30
 - Puntuación HDS postparto: 26
 - Comentario:En el momento anterior al parto hace esfuerzos por disimular y compensar su depresión.Tras el parto reconoce su estado de ánimo triste y su temor a no poder dominarlo.Manifiesta una fuerte crisis depresiva en los 8 días que siguen al nacimiento y después va controlando poco a poco su

estado.

2) Madre que rechazó la ayuda psicoterapéutica:

-Edad: 31 años.

-Estado civil: Casada/convivencia habitual.

-No embarazo: 30. (1 aborto espontáneo.)

-Trabaja atendiendo un negocio familiar.

-Antecedentes familiares de distimia. Antecedentes personales de depresión mayor y depresión postparto que por sus características corresponde a "maternity blues" que remitió en 8 días.

-Evolución del embarazo: Embarazo deseado, aceptado y planificado. No sufrió trastornos físicos en los tres primeros meses pero sí en el resto, (estreñimiento, pirosis, varices y reposo por peligro de aborto desde el 50 mes de gestación).

Sintió temores tales como el miedo a que no tuviera un buen final, malformaciones etc. Consideraba muy grande la intensidad de estos temores. Deseaba que el bebé no tuviera que estar en una incubadora. Pensaba dar de mamar.

-Puntuación BDI pre-parto: 20

-Puntuación BDI postparto: 24

-Puntuación HDS postparto: 23

-Comentario: Al realizar la entrevista tras el parto se encuentra deprimida, con gran tristeza y pocas ganas de amamantar y abrazar al recién nacido.

3) Grupo control:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Promedio
-Puntuación BDI pre-parto:	7	2	0	1	6	3	3.1
-Puntuación BDI postparto:	4	4	0	2	7	8	4.1
-Puntuación HDS postparto:	2	8	1	1	10	14	6.0

Comparación entre el grupo control y madres depresivas:

	Control	Depresivas
-Puntuación BDI pre-parto:	3.1	19.5
-Puntuación BDI postparto:	4.1	27.0
-Puntuación HDS postparto:	6.0	24.5

DESCRIPCION COMPARATIVA MADRES DEPRESIVAS /Q1,Q2S,Q2N,Q2F

Q1:No se aprecian diferencias significativas.

	Depresivas	Q1+
<u>Q2S</u>		
-QS6:(Problemas familiares):	100 %	13.3 %
-QS14:(Despertar con gritos):	0 %	35.6 %
<u>Q2N</u>		
-QN3:(Angustia embarazo):	100 %	44.8 %
-QNB:(Angustia parto):	100 %	57.8 %
-QN13:(Cólico primer trimestre):	0 %	55.6 %
<u>Q2F</u>		
-QF6:(Antecedentes insomnio):	100 %	40.9 %
-QF20:(Actividad sexual< antes):	0 %	84.1 %

Las variables no especificadas en la comparación no presentaban diferencias significativas.

Nota:Las crosstabulations aparecen en las páginas siguientes.

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF14						
Si	1				2 100.0 9.1	2 4.5
No	2	3 7.1 100.0	9 21.4 100.0	10 23.8 100.0	20 47.6 90.9	42 95.5
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF14						
Si	1	1 50.0 33.3	1 50.0 14.3			2 9.1
No	2	2 10.0 66.7	6 30.0 85.7	11 55.0 100.0	1 5.0 100.0	20 90.9
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q4 Horas que duerme al dia

Q4→	Count Row Pct Col Pct	Row Total
QF14		
No	2 100.0 100.0	1 100.0
Column Total	1 100.0	1 100.0

Number of Missing Observations = 44
231

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q5 Veces se despierta noche

Q5→	Count Row Pct Col Pct	4	5	6	Row Total
QF14					
Si	1			1 100.0 100.0	1 33.3
No	2	1 50.0 100.0	1 50.0 100.0		2 66.7
	Column Total	1 33.3	1 33.3	1 33.3	3 100.0

Number of Missing Observations = 42

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q6 Grita al despertarse

Q6→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
QF14		1	2	
Si	1		1 100.0 33.3	1 14.3
No	2	4 66.7 100.0	2 33.3 66.7	6 85.7
	Column Total	4 57.1	3 42.9	7 100.0

Number of Missing Observations = 38

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q7 Madre tono angustiado

Q7→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
QF14		1	2	
Si	1	2 100.0 10.0		2 4.5
No	2	18 42.9 90.0	24 57.1 100.0	42 95.5
	Column Total	20 45.5	24 54.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS1 Recién nacido

QS1→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 4.2	1 50.0 5.0	2 4.5
No	2	23 54.8 95.8	19 45.2 95.0	42 95.5
	Column Total	24 54.5	20 45.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS2 Mes de presentación

QS2→	Count Row Pct Col Pct	0	1	2	3	Row Total
		QF14				
Si	1	1 50.0 5.3	1 50.0 7.7			2 4.5
No	2	18 42.9 94.7	12 28.6 92.3	8 19.0 100.0	4 9.5 100.0	42 95.5
	Column Total	19 43.2	13 29.5	8 18.2	4 9.1	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS3 Al llegar a casa

QS3→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 3.4	1 50.0 6.7	2 4.5
No	2	28 66.7 96.6	14 33.3 93.3	42 95.5
	Column Total	29 65.9	15 34.1	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS4 Con el destete

QS4→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 14.3	1 50.0 2.7	2 4.5
No	2	6 14.3 85.7	36 85.7 97.3	42 95.5
	Column Total	7 15.9	37 84.1	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS5 Trabajo de la madre

QS5→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 50.0	1 50.0 2.4	2 4.5
No	2	1 2.4 50.0	41 97.6 97.6	42 95.5
	Column Total	2 4.5	42 95.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS6 Problemas familiares

QS6→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 33.3		2 4.5
No	2	4 9.5 66.7	38 90.5 100.0	42 95.5
	Column Total	6 13.6	38 86.4	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS7 Enfermedad

QS7→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 6.3	2 4.5
No	2	12 28.6 100.0	30 71.4 93.8	42 95.5
	Column Total	12 27.3	32 72.7	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS8 No hay coincidencias

QS8→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 3.1	1 50.0 8.3	2 4.5
No	2	31 73.8 96.9	11 26.2 91.7	42 95.5
	Column Total	32 72.7	12 27.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS9 Frecuencia del transtorno

QS9→	Count Row Pct Col Pct	Todos lo	Una vez	Varias v	De vez e	Row Total
		s días	por sema	eces sem	n cuando	
QF14		1	2	3	4	
Si	1	1 50.0 4.8		1 50.0 6.3		2 4.5
No	2	20 47.6 95.2	1 2.4 100.0	15 35.7 93.8	6 14.3 100.0	42 95.5
	Column Total	21 47.7	1 2.3	16 36.4	6 13.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS10 Ritmo del transtorno

QS10→	Count Row Pct Col Pct	Diurno 1	Nocturno 2	Mixto 3	Row Total
QF14					
Si	1		1 50.0 5.3	1 50.0 4.8	2 4.5
No	2	4 9.5 100.0	18 42.9 94.7	20 47.6 95.2	42 95.5
Column Total		4 9.1	19 43.2	21 47.7	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS11 Duración del sueño

QS11→	Count Row Pct Col Pct	14 horas 1	18 horas 2	12 horas 3	Row Total
QF14					
Si	1	2 100.0 14.3			2 4.5
No	2	12 28.6 85.7	28 66.7 100.0	2 4.8 100.0	42 95.5
Column Total		14 31.8	28 63.6	2 4.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS12 Dificultad en adormecerse

QS12→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	2 100.0 6.9		2 4.5
No	2	27 64.3 93.1	15 35.7 100.0	42 95.5
Column Total		29 65.9	15 34.1	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS13 Despertar una vez dormido

QS13→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	1 50.0 3.0	1 50.0 9.1	2 4.5
No	2	32 76.2 97.0	10 23.8 90.9	42 95.5
	Column Total	33 75.0	11 25.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS14 Despertar con gritos

QS14→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 7.1	2 4.5
No	2	16 38.1 100.0	26 61.9 92.9	42 95.5
	Column Total	16 36.4	28 63.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QS15 Síntomas acompañantes

QS15→	Count Row Pct Col Pct	Dolor 1	Rechazo separaci 2	Otros 3	No respo nde 4	Row Total
QF14						
Si	1		1 50.0 25.0	1 50.0 6.3		2 4.5
No	2	23 54.8 100.0	3 7.1 75.0	15 35.7 93.8	1 2.4 100.0	42 95.5
	Column Total	23 52.3	4 9.1	16 36.4	1 2.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN1 Embarazo deseado

QN1→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 4.9		2 4.5
No	2	39 92.9 95.1	3 7.1 100.0	42 95.5
	Column Total	41 93.2	3 6.8	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN2 Embarazo sin complicaciones

QN2→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 7.1		2 4.5
No	2	26 61.9 92.9	16 38.1 100.0	42 95.5
	Column Total	28 63.6	16 36.4	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN3 Angustia materna en embarazo

QN3→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 10.5		2 4.5
No	2	17 40.5 89.5	25 59.5 100.0	42 95.5
	Column Total	19 43.2	25 56.8	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN4 Embarazo

QN4→	Count Row Pct Col Pct	Pretérmi no 1	A términ o 2	Postérmi no 3	Row Total
QF14					
Si	1		2 100.0 5.3		2 4.5
No	2	5 11.9 100.0	36 85.7 94.7	1 2.4 100.0	42 95.5
	Column Total	5 11.4	38 86.4	1 2.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN5 Parto eutócico

QN5→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	1 50.0 3.7	1 50.0 5.9	2 4.5
No	2	26 61.9 96.3	16 38.1 94.1	42 95.5
	Column Total	27 61.4	17 38.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN6 Reanimación profunda

QN6→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 6.1	2 4.5
No	2	11 26.2 100.0	31 73.8 93.9	42 95.5
	Column Total	11 25.0	33 75.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN7 Ingreso en Neonatología

QN7→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 6.1	2 4.5
No	2	11 26.2 100.0	31 73.8 93.9	42 95.5
	Column Total	11 25.0	33 75.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN8 Angustia materna en el parto

QN8→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	2 100.0 8.0		2 4.5
No	2	23 54.8 92.0	19 45.2 100.0	42 95.5
	Column Total	25 56.8	19 43.2	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN9 Exploración física normal

QN9→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	2 100.0 6.5		2 4.5
No	2	29 69.0 93.5	13 31.0 100.0	42 95.5
	Column Total	31 70.5	13 29.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN10 Defecto de higiene

QN10→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 4.9	2 4.5
No	2	3 7.1 100.0	39 92.9 95.1	42 95.5
	Column Total	3 6.8	41 93.2	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN11 Lactancia materna

QN11→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 5.0	1 50.0 4.2	2 4.5
No	2	19 45.2 95.0	23 54.8 95.8	42 95.5
	Column Total	20 45.5	24 54.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN12 Alimentación bien reglada

QN12→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 10.0		2 4.5
No	2	18 42.9 90.0	24 57.1 100.0	42 95.5
	Column Total	20 45.5	24 54.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN13 Cólico primer trimestre

QN13-->	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 8.3	2 4.5
No	2	20 47.6 100.0	22 52.4 91.7	42 95.5
	Column Total	20 45.5	24 54.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN14 Enfermedad aguda

QN14-->	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 5.9	2 4.5
No	2	10 23.8 100.0	32 76.2 94.1	42 95.5
	Column Total	10 22.7	34 77.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN15 Enfermedad crónica

QN15-->	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 5.1	2 4.5
No	2	5 11.9 100.0	37 88.1 94.9	42 95.5
	Column Total	5 11.4	39 88.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN16 Toxicomanía

QN16→	Count Row Pct Col Pct	No		Row Total
			2	
QF14				
Si	1	2 100.0 4.5		2 4.5
No	2	42 100.0 95.5		42 95.5
	Column Total	44 100.0		44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN17 Hospitalismo

QN17→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 4.8	2 4.5
No	2	2 4.8 100.0	40 95.2 95.2	42 95.5
	Column Total	2 4.5	42 95.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QN18 No hay asociación patológica

QN18→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 3.8	1 50.0 5.6	2 4.5
No	2	25 59.5 96.2	17 40.5 94.4	42 95.5
	Column Total	26 59.1	18 40.9	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF1 Clase social

QF1->	Count Row Pct Col Pct	Alta 1	Media 2	Baja 3	Row Total
QF14					
Si	1		2 100.0 6.5		2 4.5
No	2	3 7.1 100.0	29 69.0 93.5	10 23.8 100.0	42 95.5
Column Total		3 6.8	31 70.5	10 22.7	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF2 Vivienda < 60 m2

QF2->	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 6.3	2 4.5
No	2	12 28.6 100.0	30 71.4 93.8	42 95.5
Column Total		12 27.3	32 72.7	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF3 Ruidos ambientales

QF3->	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 7.1	2 4.5
No	2	16 38.1 100.0	26 61.9 92.9	42 95.5
Column Total		16 36.4	28 63.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF4 Abuelos en la vivienda

QF4→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 5.9	1 50.0 3.7	2 4.5
No	2	16 38.1 94.1	26 61.9 96.3	42 95.5
	Column Total	17 38.6	27 61.4	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF5 Cuna habitación padres

QF5→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 4.8		2 4.5
No	2	40 95.2 95.2	2 4.8 100.0	42 95.5
	Column Total	42 95.5	2 4.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF6 Antecedentes de insomnio

QF6→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 11.1		2 4.7
No	2	16 39.0 88.9	25 61.0 100.0	41 95.3
	Column Total	18 41.9	25 58.1	43 100.0

Number of Missing Observations = 2

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF7 Gemelo

QF7->	Count Row Pct Col Pct	No		Row Total
			2	
QF14				
Si	1	2 100.0 4.7		2 4.7
No	2	41 100.0 95.3		41 95.3
	Column Total	43 100.0		43 100.0

Number of Missing Observations = 2

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF8 Número de hermanos

QF8->	Count Row Pct Col Pct						Row Total
		0	1	2	3	4	
QF14							
Si	1	1 50.0 4.8	1 50.0 10.0				2 4.7
No	2	20 48.8 95.2	9 22.0 90.0	8 19.5 100.0	3 7.3 100.0	1 2.4 100.0	41 95.3
	Column Total	21 48.8	10 23.3	8 18.6	3 7.0	1 2.3	43 100.0

Number of Missing Observations = 2

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF9 Lugar entre los hermanos

QF9->	Count Row Pct Col Pct					Row Total
		1	2	3	4	
QF14						
Si	1	1 50.0 5.3	1 50.0 4.8			2 4.5
No	2	18 42.9 94.7	20 47.6 95.2	2 4.8 100.0	2 4.8 100.0	42 95.5
	Column Total	19 43.2	21 47.7	2 4.5	2 4.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF10 Normalidad

QF10→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	1 50.0 3.0	1 50.0 11.1	2 4.8
No	2	32 80.0 97.0	8 20.0 88.9	40 95.2
	Column Total	33 78.6	9 21.4	42 100.0

Number of Missing Observations = 3

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF11 Ausente

QF11→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1		2 100.0 4.9	2 4.5
No	2	3 7.1 100.0	39 92.9 95.1	42 95.5
	Column Total	3 6.8	41 93.2	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF12 Angustiada

QF12→	Count Row Pct Col Pct	Si 1	No 2	Row Total
QF14				
Si	1	2 100.0 9.1		2 4.5
No	2	20 47.6 90.9	22 52.4 100.0	42 95.5
	Column Total	22 50.0	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF13 Hiperprotectora

QF13→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
QF14		1	2	
Si	1	1 50.0 10.0	1 50.0 2.9	2 4.5
No	2	9 21.4 90.0	33 78.6 97.1	42 95.5
	Column Total	10 22.7	34 77.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF15 Patología mental grave

QF15→	Count Row Pct Col Pct	No	Row Total
QF14		2	
Si	1	2 100.0 4.5	2 4.5
No	2	42 100.0 95.5	42 95.5
	Column Total	44 100.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF16 Toxicómana

QF16→	Count Row Pct Col Pct	No	Row Total
QF14		2	
Si	1	2 100.0 4.5	2 4.5
No	2	42 100.0 95.5	42 95.5
	Column Total	44 100.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF17 Déficit físico grave

QF17→	Count Row Pct Col Pct	No		Row Total
			2	
QF14				
Si	1	2 100.0 4.5		2 4.5
No	2	42 100.0 95.5		42 95.5
	Column Total	44 100.0		44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF18 Situación laboral conflictiva

QF18→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 5.1	2 4.5
No	2	5 11.9 100.0	37 88.1 94.9	42 95.5
	Column Total	5 11.4	39 88.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF19 Satisfactoria

QF19→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	2 100.0 5.4		2 4.5
No	2	35 83.3 94.6	7 16.7 100.0	42 95.5
	Column Total	37 84.1	7 15.9	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF20 Actividad sexual < antes

QF20-->	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 28.6	2 4.5
No	2	37 88.1 100.0	5 11.9 71.4	42 95.5
	Column Total	37 84.1	7 15.9	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF21 Sin pareja

QF21-->	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1		2 100.0 5.1	2 4.5
No	2	5 11.9 100.0	37 88.1 94.9	42 95.5
	Column Total	5 11.4	39 88.6	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF22 Padre competente

QF22-->	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
		1	2	
QF14				
Si	1	1 50.0 2.9	1 50.0 11.1	2 4.5
No	2	34 81.0 97.1	8 19.0 88.9	42 95.5
	Column Total	35 79.5	9 20.5	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF23 Padre toxicómano

QF23→	Count Row Pct Col Pct	No	Row Total
QF14		2	
Si	1	2 100.0 4.5	2 4.5
No	2	42 100.0 95.5	42 95.5
	Column Total	44 100.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF24 Padre sit.lab.conflictiva

QF24→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
QF14		1	2	
Si	1		2 100.0 5.3	2 4.5
No	2	6 14.3 100.0	36 85.7 94.7	42 95.5
	Column Total	6 13.6	38 86.4	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By QF25 No responde

QF25→	Count Row Pct Col Pct	Si	No	Row Total
QF14		1	2	
Si	1		2 100.0 4.7	2 4.5
No	2	1 2.4 100.0	41 97.6 95.3	42 95.5
	Column Total	1 2.3	43 97.7	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

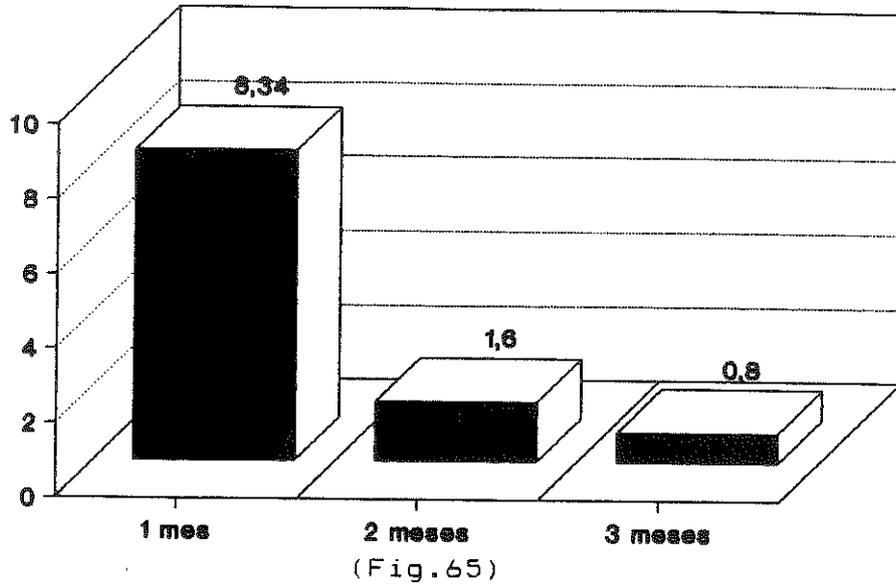
DESCRIPCION COMPARATIVA Q1 SEGUN MES ADMINISTRACION

	1º	2º	3º
Q2:(Positivos) (Fig.65)	8.3 %	1.6 %	0.8 %
Q3:(Positivos) (Fig.66)	4.2 %	1.6 %	0.8 %
Q4:(Positividad real) (Fig.67)	50.0 %	100.0 %	100.0 %
Q5:(Despertares) (Fig.68)	66.6 %	100.0 %	0.0 %
Q6:(Gritos) (Fig.69)	57.1 %	0.0 %	0.0 %
Q7:(Tono angustiado) (Fig.70)	7.3 %	2.4 %	0.4 %

Nota: Los gráficos y tablas aparecen en las páginas siguientes.

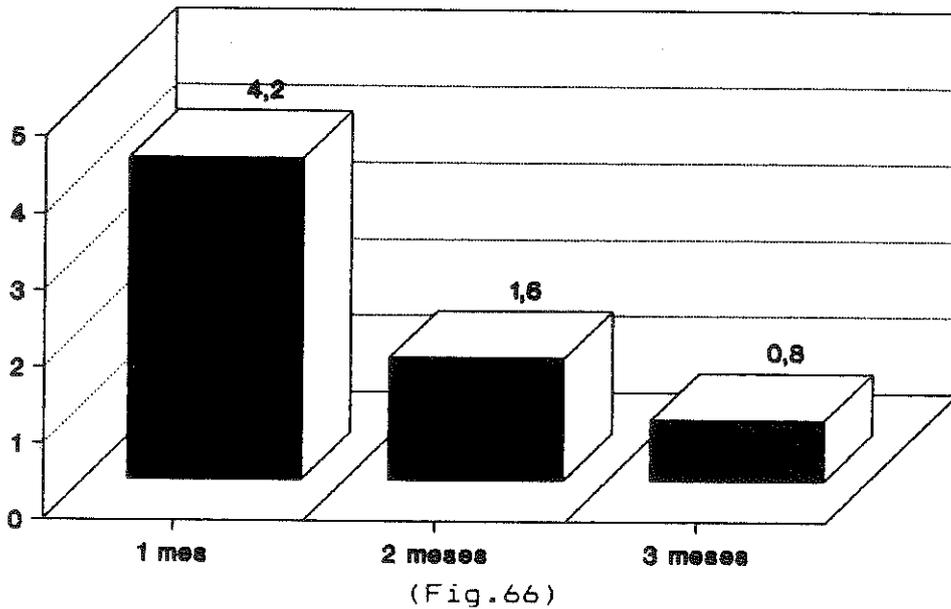
COMENTARIO ESPONTANEO

Porcentaje positivos/mes



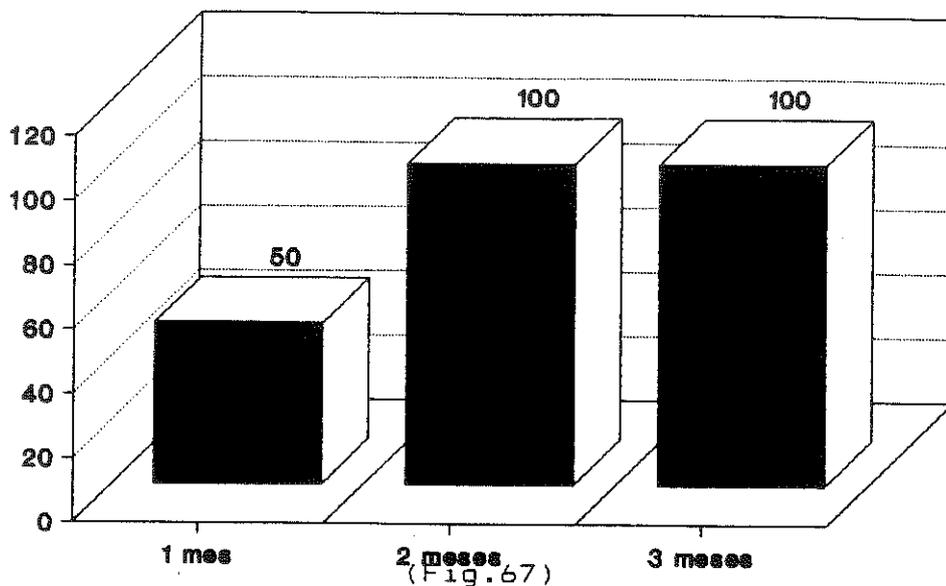
RESPUESTA PREGUNTA

Porcentaje positivos/mes



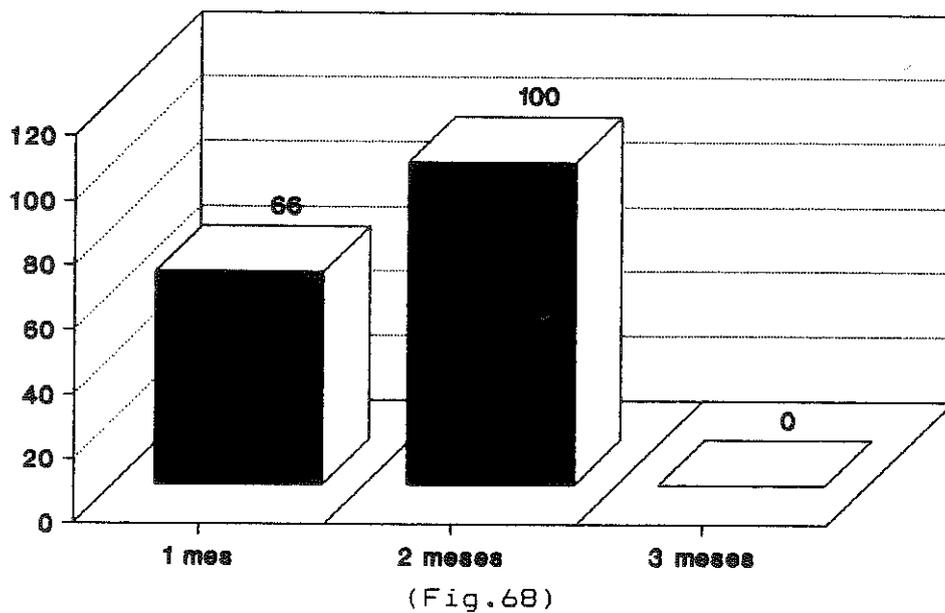
HORAS-SUEÑO/INSOMNIO

Porcentaje positivos/mes



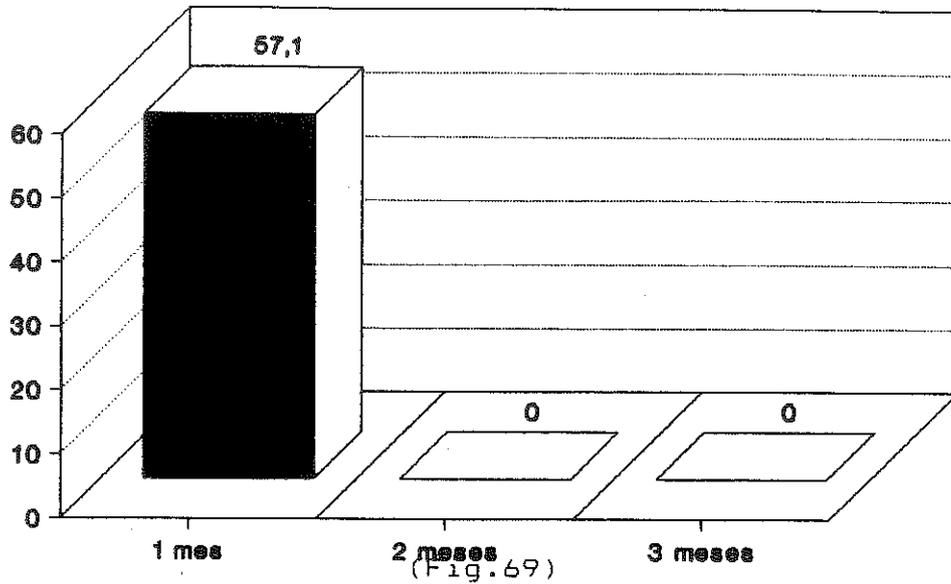
DESPERTARES/INSOMNIO

Porcentajes/positivos/mes



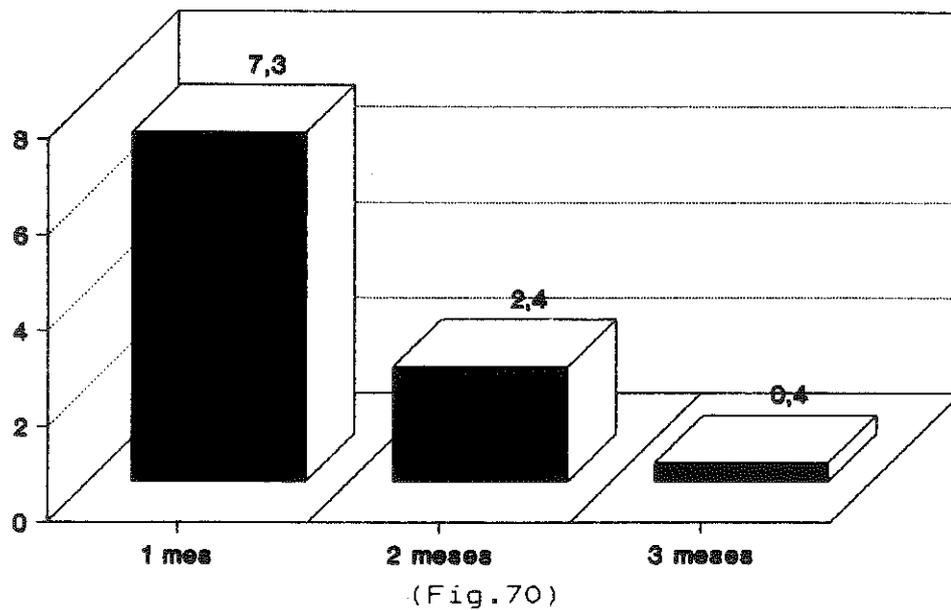
GRITOS/INSOMNIO

Porcentajes/positivos/mes



RESPUESTA TONO ANGUSTIADO

Porcentajes/positivos/mes



Q11 Primer mes de edad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	288	100.0	100.0	100.0
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	288	Missing Cases	0		

Q21 Madre expresa dormir mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	4	1.4	1.4	1.4
Duerme muy poco	2	9	3.1	3.1	4.5
Duerme mal	3	11	3.8	3.8	8.3
No comenta	4	264	91.7	91.7	100.0
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	288	Missing Cases	0		

Q31 Madre responde dormir mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	1	.3	.4	.4
Duerme muy poco	2	3	1.0	1.1	1.5
Duerme mal	3	7	2.4	2.7	4.2
Duerme bien	4	228	79.2	86.7	90.9
Duerme lo normal	5	24	8.3	9.1	100.0
	.	25	8.7	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	263	Missing Cases	25		

Q41 Horas que duerme al día, mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	8	1	.3	50.0	50.0
	15	1	.3	50.0	100.0
	.	286	99.3	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	2	Missing Cases	286		

Q51 Veces que se despierta, mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	4	1	.3	33.3	33.3
	5	1	.3	33.3	66.7
	6	1	.3	33.3	100.0
	.	285	99.0	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	

Valid Cases 3 Missing Cases 285

Q61 Grita al despertarse, mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	4	1.4	57.1	57.1
No	2	3	1.0	42.9	100.0
	.	281	97.6	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	

Valid Cases 7 Missing Cases 281

Q71 Tono madre angustiado, mes 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	21	7.3	7.3	7.3
No	2	266	92.4	92.7	100.0
	.	1	.3	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	

Valid Cases 287 Missing Cases 1

Q12 Segundo mes de edad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	253	87.8	100.0	100.0
	.	35	12.2	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	253	Missing Cases	35		

Q22 Madre expresa dormir mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	1	.3	.4	.4
Duerme muy poco	2	2	.7	.8	1.2
Duerme mal	3	1	.3	.4	1.6
No comenta	4	249	86.5	98.4	100.0
	.	35	12.2	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	253	Missing Cases	35		

Q32 Madre responde dormir mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	1	.3	.4	.4
Duerme muy poco	2	1	.3	.4	.8
Duerme mal	3	2	.7	.8	1.6
Duerme bien	4	236	81.9	95.2	96.8
Duerme lo normal	5	8	2.8	3.2	100.0
	.	40	13.9	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	248	Missing Cases	40		

Q42 Horas que duerme al dia, mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	6	1	.3	100.0	100.0
	.	287	99.7	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	1	Missing Cases	287		

Q52 Veces que se despierta, mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	5	1	.3	100.0	100.0
	.	287	99.7	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	1	Missing Cases	287		

Q62 Grita al despertarse, mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	2	.7	100.0	100.0
	.	286	99.3	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	2	Missing Cases	286		

Q72 Tono madre angustiado, mes 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	6	2.1	2.4	2.4
No	2	247	85.8	97.6	100.0
	.	35	12.2	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	253	Missing Cases	35		

Q13 Tercer mes de edad

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	3	245	85.1	100.0	100.0
	.	43	14.9	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	245	Missing Cases	43		

Q23 Madre expresa dormir mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Duerme mal	3	2	.7	.8	.8
No comenta	4	242	84.0	99.2	100.0
	.	44	15.3	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	244	Missing Cases	44		

Q33 Madre responde dormir mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No duerme	1	1	.3	.4	.4
Duerme mal	3	1	.3	.4	.8
Duerme bien	4	231	80.2	95.5	96.3
Duerme lo normal	5	9	3.1	3.7	100.0
	.	46	16.0	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	242	Missing Cases	46		

Q43 Horas que duerme al dia, mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	5	1	.3	100.0	100.0
	.	287	99.7	MISSING	
TOTAL		288	100.0	100.0	
Valid Cases	1	Missing Cases	287		

Q53 Veces que se despierta, mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
.		288	100.0	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	0	Missing Cases	288		

Q63 Grita al despertarse, mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
No	2	1	.3	100.0	100.0
.		287	99.7	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	1	Missing Cases	287		

Q73 Tono madre angustiado, mes 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Si	1	1	.3	.4	.4
No	2	242	84.0	99.6	100.0
.		45	15.6	MISSING	
	TOTAL	288	100.0	100.0	
Valid Cases	243	Missing Cases	45		

DESCRIPCION COMPARATIVA Q1(2)/Q1(3)

Al realizar un estudio comparativo de todas las variables en confrontación con la posibilidad del comentario espontáneo ,Q1(2),o de la respuesta al ser preguntada,Q1(3),sólo se encontraron diferencias significativas en las siguientes variables:

Q1(2)= Madre responde espontáneamente.

Q1(3)= Madre responde al ser preguntada.

	Q1(2)	Q1(3)
Q1-7:(Tono angustiado):	44.4 %	21.7 %
GS3:(Al llegar a casa):	64.4 %	39.1 %
QF14:(Madre depresiva):	0.0 %	100.0 %
QF21:(Sin pareja):	11.4 %	4.5 %

Nota:Las tablas aparecen en las páginas siguientes.

Crosstabulation: Q4 Horas que duerme al dia
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No comen ta 4	Row Total
Q4	8	1 100.0 50.0	1 50.0
	15	1 100.0 50.0	1 50.0
	Column Total	2 100.0	2 100.0

Number of Missing Observations = 43

Crosstabulation: Q4 Horas que duerme al dia
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Row Total
Q4	8	1 100.0 100.0		1 50.0
	15		1 100.0 100.0	1 50.0
	Column Total	1 50.0	1 50.0	2 100.0

Number of Missing Observations = 43

Crosstabulation: Q5 Veces se despierta noche
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	No comen ta 4	Row Total
Q5	4		1 100.0 50.0	1 33.3
	5	1 100.0 100.0		1 33.3
	6		1 100.0 50.0	1 33.3
	Column Total	1 33.3	2 66.7	3 100.0

Number of Missing Observations = 42

Crosstabulation: Q5 Veces se despierta noche
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Row Total
Q5	4	1 100.0 50.0	1 50.0
	6	1 100.0 50.0	1 50.0
	Column Total	2 100.0	2 100.0

Number of Missing Observations = 43

Crosstabulation: Q6 Grita al despertarse
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No comen ta 4	Row Total
Q6			
Si	1	4 100.0 57.1	4 57.1
No	2	3 100.0 42.9	3 42.9
	Column Total	7 100.0	7 100.0

Number of Missing Observations = 38

Crosstabulation: Q6 Grita al despertarse
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m al 3	Row Total
Q6			
Si	1	4 100.0 57.1	4 57.1
No	2	3 100.0 42.9	3 42.9
	Column Total	7 100.0	7 100.0

Number of Missing Observations = 38

Crosstabulation: Q7 Madre tono angustiado
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
Q7						
Si	1 10.0 66.7	2 30.0 66.7	6 35.0 70.0	7 25.0 21.7	5 25.0 78.3	20 44.4
No	2 4.0 33.3	1 12.0 33.3	3 12.0 30.0	3 72.0 78.3	18 72.0 78.3	25 55.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: Q7 Madre tono angustiado
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
Q7							
Si	1 20.0 33.3		1 80.0 57.1	4 57.1			5 21.7
No	2 5.6 100.0	1 11.1 66.7	2 16.7 42.9	3 61.1 100.0	11 61.1 100.0	1 5.6 100.0	18 78.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS1 Recién nacido
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS1						
Si	1	3 12.0 100.0	7 28.0 77.8	7 28.0 70.0	8 32.0 34.8	25 55.6
No	2		2 10.0 22.2	3 15.0 30.0	15 75.0 65.2	20 44.4
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS1 Recién nacido
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS1							
Si	1	1 12.5 100.0	2 25.0 66.7	5 62.5 71.4			8 34.8
No	2		1 6.7 33.3	2 13.3 28.6	11 73.3 100.0	1 6.7 100.0	15 65.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS2 Mes de presentación
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
0	2 10.0 66.7	7 35.0 77.8	4 20.0 40.0	7 35.0 30.4	20 44.4	
1	1 7.7 33.3	2 15.4 22.2	6 46.2 60.0	4 30.8 17.4	13 28.9	
2				8 100.0 34.8	8 17.8	
3				4 100.0 17.4	4 8.9	
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS2 Mes de presentación
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
0	1 14.3 100.0	2 28.6 66.7	4 57.1 57.1				7 30.4
1		1 25.0 33.3	3 75.0 42.9				4 17.4
2				7 87.5 63.6	1 12.5 100.0		8 34.8
3					4 100.0 36.4		4 17.4
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22
268

Crosstabulation: QS3 Al llegar a casa
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS3						
Si	1	3 10.3 100.0	7 24.1 77.8	10 34.5 100.0	9 31.0 39.1	29 64.4
No	2		2 12.5 22.2		14 87.5 60.9	16 35.6
	Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS3 Al llegar a casa
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS3							
Si	1		1 11.1 33.3	6 66.7 85.7	2 22.2 18.2		9 39.1
No	2	1 7.1 100.0	2 14.3 66.7	1 7.1 14.3	9 64.3 81.8	1 7.1 100.0	14 60.9
	Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS4 Con el destete
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS4						
Si	1				7 100.0 30.4	7 15.6
No	2	3 7.9 100.0	9 23.7 100.0	10 26.3 100.0	16 42.1 69.6	38 84.4
	Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS4 Con el destete
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS4							
Si	1		1 14.3 33.3	1 14.3 14.3	5 71.4 45.5		7 30.4
No	2	1 6.3 100.0	2 12.5 66.7	6 37.5 85.7	6 37.5 54.5	1 6.3 100.0	16 69.6
	Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS5 Trabajo de la madre
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS5						
Si	1				2 100.0 8.7	2 4.4
No	2	3 7.0 100.0	9 20.9 100.0	10 23.3 100.0	21 48.8 91.3	43 95.6
	Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS5 Trabajo de la madre
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS5							
Si	1			1 50.0 14.3	1 50.0 9.1		2 8.7
No	2	1 4.8 100.0	3 14.3 100.0	6 28.6 85.7	10 47.6 90.9	1 4.8 100.0	21 91.3
	Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS6 Problemas familiares
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS6						
Si	1			1 16.7 10.0	5 83.3 21.7	6 13.3
No	2	3 7.7 100.0	9 23.1 100.0	9 23.1 90.0	18 46.2 78.3	39 86.7
	Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS6 Problemas familiares
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS6							
Si	1		1 20.0 33.3	1 20.0 14.3	2 40.0 18.2	1 20.0 100.0	5 21.7
No	2	1 5.6 100.0	2 11.1 66.7	6 33.3 85.7	9 50.0 81.8		18 78.3
	Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS7 Enfermedad
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS7						
Si	1	1 8.3 33.3	1 8.3 11.1	3 25.0 30.0	7 58.3 30.4	12 26.7
No	2	2 6.1 66.7	8 24.2 88.9	7 21.2 70.0	16 48.5 69.6	33 73.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS7 Enfermedad
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS7							
Si	1		2 28.6 66.7		5 71.4 45.5		7 30.4
No	2	1 6.3 100.0	1 6.3 33.3	7 43.8 100.0	6 37.5 54.5	1 6.3 100.0	16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS8 No hay coincidencias
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS8						
Si	1	2 6.3 66.7	8 25.0 88.9	7 21.9 70.0	15 46.9 65.2	32 71.1
No	2	1 7.7 33.3	1 7.7 11.1	3 23.1 30.0	8 61.5 34.8	13 28.9
	Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS8 No hay coincidencias
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS8							
Si	1		2 13.3 66.7	6 40.0 85.7	6 40.0 54.5	1 6.7 100.0	15 65.2
No	2	1 12.5 100.0	1 12.5 33.3	1 12.5 14.3	5 62.5 45.5		8 34.8
	Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS9 Frecuencia del transtorno
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS9						
1 Todos los días	2 9.1 66.7	6 27.3 66.7	3 13.6 30.0	11 50.0 47.8	22 48.9	
2 Una vez por sema				1 100.0 4.3	1 2.2	
3 Varias veces sem	1 6.3 33.3	1 6.3 11.1	6 37.5 60.0	8 50.0 34.8	16 35.6	
4 De vez en cuando		2 33.3 22.2	1 16.7 10.0	3 50.0 13.0	6 13.3	
Column Total	3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0	

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS9 Frecuencia del transtorno
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS9							
1 Todos los días	1 9.1 100.0	3 27.3 100.0	3 27.3 42.9	3 27.3 45.5	3 27.3 100.0	1 9.1 100.0	11 47.8
2 Una vez por sema					1 100.0 9.1		1 4.3
3 Varias veces sem				3 37.5 42.9	5 62.5 45.5		8 34.8
4 De vez en cuando				1 33.3 14.3	2 66.7 18.2		3 13.0
Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0	

Number of Missing Observations = 22
 275

Crosstabulation: QS10 Ritmo del transtorno
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS10						
Diurno	1		1 25.0 11.1	2 50.0 20.0	1 25.0 4.3	4 8.9
Nocturno	2	3 15.8 100.0	4 21.1 44.4	3 15.8 30.0	9 47.4 39.1	19 42.2
Mixto	3		4 18.2 44.4	5 22.7 50.0	13 59.1 56.5	22 48.9
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS10 Ritmo del transtorno
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS10							
Diurno	1					1 100.0 100.0	1 4.3
Nocturno	2		2 22.2 66.7	3 33.3 42.9	4 44.4 36.4		9 39.1
Mixto	3	1 7.7 100.0	1 7.7 33.3	4 30.8 57.1	7 53.8 63.6		13 56.5
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS11 Duración del sueño
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS11						
14 horas	1		4 26.7 44.4	2 13.3 20.0	9 60.0 39.1	15 33.3
18 horas	2	3 10.7 100.0	3 10.7 33.3	8 28.6 80.0	14 50.0 60.9	28 62.2
12 horas	3		2 100.0 22.2			2 4.4
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS11 Duración del sueño
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS11							
14 horas	1	1 11.1 100.0	3 33.3 100.0	2 22.2 28.6	3 33.3 27.3		9 39.1
18 horas	2			5 35.7 71.4	8 57.1 72.7	1 7.1 100.0	14 60.9
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS12 Dificultad en adormecerse
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS12						
Si	1 66.7	2 6.7 66.7	9 30.0 100.0	5 16.7 50.0	14 46.7 60.9	30 66.7
No	2 33.3	1 6.7 33.3		5 33.3 50.0	9 60.0 39.1	15 33.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS12 Dificultad en adormecerse
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS12							
Si	1 60.9	1 7.1 100.0	2 14.3 66.7	4 28.6 57.1	6 42.9 54.5	1 7.1 100.0	14 60.9
No	2 39.1		1 11.1 33.3	3 33.3 42.9	5 55.6 45.5		9 39.1
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS13 Despertar una vez dormido
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS13						
Si	1	1 3.0 33.3	6 18.2 66.7	8 24.2 80.0	18 54.5 78.3	33 73.3
No	2	2 16.7 66.7	3 25.0 33.3	2 16.7 20.0	5 41.7 21.7	12 26.7
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS13 Despertar una vez dormido
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS13							
Si	1		2 11.1 66.7	6 33.3 85.7	9 50.0 81.8	1 5.6 100.0	18 78.3
No	2	1 20.0 100.0	1 20.0 33.3	1 20.0 14.3	2 40.0 18.2		5 21.7
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS14 Despertar con gritos
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS14						
Si	1	1 6.3 33.3	2 12.5 22.2	5 31.3 50.0	8 50.0 34.8	16 35.6
No	2	2 6.9 66.7	7 24.1 77.8	5 17.2 50.0	15 51.7 65.2	29 64.4
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS14 Despertar con gritos
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS14							
Si	1		1 12.5 33.3	4 50.0 57.1	3 37.5 27.3		8 34.8
No	2	1 6.7 100.0	2 13.3 66.7	3 20.0 42.9	8 53.3 72.7	1 6.7 100.0	15 65.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QS15 Síntomas acompañantes
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QS15						
Dolor	1	3 13.0 100.0	3 13.0 33.3	6 26.1 60.0	11 47.8 47.8	23 51.1
Rechazo separaci	2				4 100.0 17.4	4 8.9
Otros	3		6 35.3 66.7	4 23.5 40.0	7 41.2 30.4	17 37.8
No responde	4				1 100.0 4.3	1 2.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QS15 Síntomas acompañantes
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QS15							
Dolor	1		1 9.1 33.3	3 27.3 42.9	6 54.5 54.5	1 9.1 100.0	11 47.8
Rechazo separaci	2		1 25.0 33.3	1 25.0 14.3	2 50.0 18.2		4 17.4
Otros	3	1 14.3 100.0	1 14.3 33.3	2 28.6 28.6	3 42.9 27.3		7 30.4
No responde	4			1 100.0 14.3			1 4.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = ²⁸¹ 22

Crosstabulation: QN1 Embarazo deseado
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN1						
Si	1	3 7.1 100.0	8 19.0 88.9	9 21.4 90.0	22 52.4 95.7	42 93.3
No	2		1 33.3 11.1	1 33.3 10.0	1 33.3 4.3	3 6.7
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN1 Embarazo deseado
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN1							
Si	1	1 4.5 100.0	3 13.6 100.0	6 27.3 85.7	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 95.7
No	2			1 100.0 14.3			1 4.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN2 Embarazo sin complicaciones
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN2						
Si	1		5 17.9 55.6	7 25.0 70.0	16 57.1 69.6	28 62.2
No	2	3 17.6 100.0	4 23.5 44.4	3 17.6 30.0	7 41.2 30.4	17 37.8
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN2 Embarazo sin complicaciones
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN2							
Si	1		3 18.8 100.0	5 31.3 71.4	8 50.0 72.7		16 69.6
No	2	1 14.3 100.0		2 28.6 28.6	3 42.9 27.3	1 14.3 100.0	7 30.4
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN3 Angustia materna en embarazo
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN3						
Si	1	2 10.0 66.7	3 15.0 33.3	7 35.0 70.0	8 40.0 34.8	20 44.4
No	2	1 4.0 33.3	6 24.0 66.7	3 12.0 30.0	15 60.0 65.2	25 55.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN3 Angustia materna en embarazo
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN3							
Si	1	1 12.5 100.0	1 12.5 33.3	3 37.5 42.9	2 25.0 18.2	1 12.5 100.0	8 34.8
No	2		2 13.3 66.7	4 26.7 57.1	9 60.0 81.8		15 65.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN4 Embarazo
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN4						
Pretérmino	1		1 16.7 11.1	1 16.7 10.0	4 66.7 17.4	6 13.3
A término	2	3 7.9 100.0	8 21.1 88.9	8 21.1 80.0	19 50.0 82.6	38 84.4
Postérmino	3			1 100.0 10.0		1 2.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN4 Embarazo
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN4							
Pretérmino	1	1 25.0 100.0	1 25.0 33.3	1 25.0 14.3	1 25.0 9.1		4 17.4
A término	2		2 10.5 66.7	6 31.6 85.7	10 52.6 90.9	1 5.3 100.0	19 82.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN5 Parto eutócico
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN5						
Si	1	1 3.6 33.3	5 17.9 55.6	5 17.9 50.0	17 60.7 73.9	28 62.2
No	2	2 11.8 66.7	4 23.5 44.4	5 29.4 50.0	6 35.3 26.1	17 37.8
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN5 Parto eutócico
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN5							
Si	1	1 5.9 100.0	3 17.6 100.0	4 23.5 57.1	8 47.1 72.7	1 5.9 100.0	17 73.9
No	2			3 50.0 42.9	3 50.0 27.3		6 26.1
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN6 Reanimación profunda
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN6						
Si	1		3 25.0 33.3	2 16.7 20.0	7 58.3 30.4	12 26.7
No	2	3 9.1 100.0	6 18.2 66.7	8 24.2 80.0	16 48.5 69.6	33 73.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN6 Reanimación profunda
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN6							
Si	1	1 14.3 100.0		4 57.1 57.1	2 28.6 18.2		7 30.4
No	2		3 18.8 100.0	3 18.8 42.9	9 56.3 81.8	1 6.3 100.0	16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN7 Ingreso en Neonatología
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN7						
Si	1		4 33.3 44.4	2 16.7 20.0	6 50.0 26.1	12 26.7
No	2	3 9.1 100.0	5 15.2 55.6	8 24.2 80.0	17 51.5 73.9	33 73.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN7 Ingreso en Neonatología
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN7							
Si	1	1 16.7 100.0		3 50.0 42.9	2 33.3 18.2		6 26.1
No	2		3 17.6 100.0	4 23.5 57.1	9 52.9 81.8	1 5.9 100.0	17 73.9
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN8 Angustia materna en el parto
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN8						
Si	1 7.7 66.7	2 7.7 66.7	5 19.2 55.6	8 30.8 80.0	11 42.3 47.8	26 57.8
No	2 5.3 33.3	1 5.3 33.3	4 21.1 44.4	2 10.5 20.0	12 63.2 52.2	19 42.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN8 Angustia materna en el parto
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN8							
Si	1 9.1 100.0	1 9.1 100.0	1 9.1 33.3	4 36.4 57.1	4 36.4 36.4	1 9.1 100.0	11 47.8
No	2 16.7 66.7		2 16.7 66.7	3 25.0 42.9	7 58.3 63.6		12 52.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN9 Exploración física normal
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN9						
Si	1	2 6.5 66.7	7 22.6 77.8	7 22.6 70.0	15 48.4 65.2	31 68.9
No	2	1 7.1 33.3	2 14.3 22.2	3 21.4 30.0	8 57.1 34.8	14 31.1
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN9 Exploración física normal
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN9							
Si	1		1 6.7 33.3	7 46.7 100.0	6 40.0 54.5	1 6.7 100.0	15 65.2
No	2	1 12.5 100.0	2 25.0 66.7		5 62.5 45.5		8 34.8
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN10 Defecto de higiene
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN10						
Si	1		1 33.3 11.1	1 33.3 10.0	1 33.3 4.3	3 6.7
No	2	3 7.1 100.0	8 19.0 88.9	9 21.4 90.0	22 52.4 95.7	42 93.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN10 Defecto de higiene
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN10							
Si	1		1 100.0 33.3				1 4.3
No	2	1 4.5 100.0	2 9.1 66.7	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 95.7
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN11 Lactancia materna
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN11						
Si	1	1 5.0 33.3	7 35.0 77.8	5 25.0 50.0	7 35.0 30.4	20 44.4
No	2	2 8.0 66.7	2 8.0 22.2	5 20.0 50.0	16 64.0 69.6	25 55.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN11 Lactancia materna
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN11							
Si	1		1 14.3 33.3	2 28.6 28.6	3 42.9 27.3	1 14.3 100.0	7 30.4
No	2	1 6.3 100.0	2 12.5 66.7	5 31.3 71.4	8 50.0 72.7		16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN12 Alimentación bien reglada
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN12						
Si	1 4.8 33.3	1 8.3 66.7	4 19.0 44.4	4 19.0 40.0	12 57.1 52.2	21 46.7
No	2	2 8.3 66.7	5 20.8 55.6	6 25.0 60.0	11 45.8 47.8	24 53.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN12 Alimentación bien reglada
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN12							
Si	1 8.3 100.0	1 8.3 100.0	1 8.3 33.3	3 25.0 42.9	6 50.0 54.5	1 8.3 100.0	12 52.2
No	2		2 18.2 66.7	4 36.4 57.1	5 45.5 45.5		11 47.8
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN13 Cólico primer trimestre
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN13						
Si	1	3 15.0 100.0	3 15.0 33.3	6 30.0 60.0	8 40.0 34.8	20 44.4
No	2		6 24.0 66.7	4 16.0 40.0	15 60.0 65.2	25 55.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN13 Cólico primer trimestre
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN13							
Si	1			4 50.0 57.1	3 37.5 27.3	1 12.5 100.0	8 34.8
No	2	1 6.7 100.0	3 20.0 100.0	3 20.0 42.9	8 53.3 72.7		15 65.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN14 Enfermedad aguda
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN14						
Si	1		2 18.2 22.2	2 18.2 20.0	7 63.6 30.4	11 24.4
No	2	3 8.8 100.0	7 20.6 77.8	8 23.5 80.0	16 47.1 69.6	34 75.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN14 Enfermedad aguda
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN14							
Si	1	1 14.3 100.0	1 14.3 33.3		5 71.4 45.5		7 30.4
No	2		2 12.5 66.7	7 43.8 100.0	6 37.5 54.5	1 6.3 100.0	16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN15 Enfermedad crónica
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN15						
Si	1		1 16.7 11.1	1 16.7 10.0	4 66.7 17.4	6 13.3
No	2	3 7.7 100.0	8 20.5 88.9	9 23.1 90.0	19 48.7 82.6	39 86.7
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN15 Enfermedad crónica
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN15							
Si	1	1 25.0 100.0	1 25.0 33.3		2 50.0 18.2		4 17.4
No	2		2 10.5 66.7	7 36.8 100.0	9 47.4 81.8	1 5.3 100.0	19 82.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN16 Toxicomanía
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN16						
No	2	3 6.7 100.0	9 20.0 100.0	10 22.2 100.0	23 51.1 100.0	45 100.0
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN16 Toxicomanía
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN16							
No	2	1 4.3 100.0	3 13.0 100.0	7 30.4 100.0	11 47.8 100.0	1 4.3 100.0	23 100.0
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN17 Hospitalismo
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN17						
Si	1			1 33.3 10.0	2 66.7 8.7	3 6.7
No	2	3 7.1 100.0	9 21.4 100.0	9 21.4 90.0	21 50.0 91.3	42 93.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN17 Hospitalismo
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN17							
Si	1	1 50.0 100.0			1 50.0 9.1		2 8.7
No	2		3 14.3 100.0	7 33.3 100.0	10 47.6 90.9	1 4.8 100.0	21 91.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QN18 No hay asociación patológica
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QN18						
Si	1	2 7.4 66.7	6 22.2 66.7	6 22.2 60.0	13 48.1 56.5	27 60.0
No	2	1 5.6 33.3	3 16.7 33.3	4 22.2 40.0	10 55.6 43.5	18 40.0
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QN18 No hay asociación patológica
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QN18							
Si	1	1 7.7 100.0	1 7.7 33.3	4 30.8 57.1	6 46.2 54.5	1 7.7 100.0	13 56.5
No	2		2 20.0 66.7	3 30.0 42.9	5 50.0 45.5		10 43.5
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF1 Clase social
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF1						
Alta	1		2 66.7 22.2		1 33.3 4.3	3 6.7
Media	2	3 9.4 100.0	6 18.8 66.7	6 18.8 60.0	17 53.1 73.9	32 71.1
Baja	3		1 10.0 11.1	4 40.0 40.0	5 50.0 21.7	10 22.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF1 Clase social
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme 1 o normal 5	Row Total
QF1							
Alta	1			1 100.0 14.3			1 4.3
Media	2	1 5.9 100.0	2 11.8 66.7	3 17.6 42.9	10 58.8 90.9	1 5.9 100.0	17 73.9
Baja	3		1 20.0 33.3	3 60.0 42.9	1 20.0 9.1		5 21.7
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF2 Vivienda < 60 m2
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF2						
Si	1		1 8.3 11.1	5 41.7 50.0	6 50.0 26.1	12 26.7
No	2	3 9.1 100.0	8 24.2 88.9	5 15.2 50.0	17 51.5 73.9	33 73.3
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF2 Vivienda < 60 m2
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF2							
Si	1		1 16.7 33.3	2 33.3 28.6	2 33.3 18.2	1 16.7 100.0	6 26.1
No	2	1 5.9 100.0	2 11.8 66.7	5 29.4 71.4	9 52.9 81.8		17 73.9
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF3 Ruidos ambientales
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF3						
Si	1		3 17.6 33.3	7 41.2 70.0	7 41.2 30.4	17 37.8
No	2	3 10.7 100.0	6 21.4 66.7	3 10.7 30.0	16 57.1 69.6	28 62.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF3 Ruidos ambientales
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF3							
Si	1	1 14.3 100.0	1 14.3 33.3	2 28.6 28.6	2 28.6 18.2	1 14.3 100.0	7 30.4
No	2		2 12.5 66.7	5 31.3 71.4	9 56.3 81.8		16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF4 Abuelos en la vivienda
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF4						
Si	1	2 11.8 66.7	2 11.8 22.2	5 29.4 50.0	8 47.1 34.8	17 37.8
No	2	1 3.6 33.3	7 25.0 77.8	5 17.9 50.0	15 53.6 65.2	28 62.2
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF4 Abuelos en la vivienda
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF4							
Si	1		2 25.0 66.7	1 12.5 14.3	4 50.0 36.4	1 12.5 100.0	8 34.8
No	2	1 6.7 100.0	1 6.7 33.3	6 40.0 85.7	7 46.7 63.6		15 65.2
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF5 Cuna habitación padres
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF5						
Si	1	3 7.0 100.0	7 16.3 77.8	10 23.3 100.0	23 53.5 100.0	43 95.6
No	2		2 100.0 22.2			2 4.4
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF5 Cuna habitación padres
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF5							
Si	1	1 4.3 100.0	3 13.0 100.0	7 30.4 100.0	11 47.8 100.0	1 4.3 100.0	23 100.0
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF6 Antecedentes de insomnio
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF6						
Si	1	2 11.1 66.7	5 27.8 62.5	4 22.2 40.0	7 38.9 30.4	18 40.9
No	2	1 3.8 33.3	3 11.5 37.5	6 23.1 60.0	16 61.5 69.6	26 59.1
Column Total		3 6.8	8 18.2	10 22.7	23 52.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF6 Antecedentes de insomnio
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF6							
Si	1		3 42.9 100.0	2 28.6 28.6	2 28.6 18.2		7 30.4
No	2	1 6.3 100.0		5 31.3 71.4	9 56.3 81.8	1 6.3 100.0	16 69.6
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF7 Gemelo
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF7						
No	2	3 6.8 100.0	8 18.2 100.0	10 22.7 100.0	23 52.3 100.0	44 100.0
Column Total		3 6.8	8 18.2	10 22.7	23 52.3	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF7 Gemelo
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF7							
No	2	1 4.3 100.0	3 13.0 100.0	7 30.4 100.0	11 47.8 100.0	1 4.3 100.0	23 100.0
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF8 Número de hermanos
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
0	1 4.5 50.0	3 13.6 33.3	7 31.8 70.0	11 50.0 47.8	22 50.0	
1	1 10.0 50.0	3 30.0 33.3	2 20.0 20.0	4 40.0 17.4	10 22.7	
2		1 12.5 11.1	1 12.5 10.0	6 75.0 26.1	8 18.2	
3		1 33.3 11.1		2 66.7 8.7	3 6.8	
4		1 100.0 11.1			1 2.3	
Column Total	2 4.5	9 20.5	10 22.7	23 52.3	44 100.0	
Number of Missing Observations = 1						

Crosstabulation: QF8 Número de hermanos
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
0	1 9.1 100.0	2 18.2 66.7	4 36.4 57.1	4 36.4 36.4	11 47.8		
1		1 25.0 33.3	1 25.0 14.3	1 25.0 9.1	1 25.0 100.0	4 17.4	
2			2 33.3 28.6	4 66.7 36.4	6 26.1		
3				2 100.0 18.2	2 8.7		
Column Total	1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0	
Number of Missing Observations = 307 22							

Crosstabulation: QF9 Lugar entre los hermanos
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF9						
1	1 5.0 33.3	4 20.0 44.4	6 30.0 60.0	9 45.0 39.1	20 44.4	
2	2 9.5 66.7	3 14.3 33.3	4 19.0 40.0	12 57.1 52.2	21 46.7	
3		1 50.0 11.1		1 50.0 4.3	2 4.4	
4		1 50.0 11.1		1 50.0 4.3	2 4.4	
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF9 Lugar entre los hermanos
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF9							
1	1 11.1 100.0	2 22.2 66.7	3 33.3 42.9	3 33.3 27.3			9 39.1
2		1 8.3 33.3	4 33.3 57.1	6 50.0 54.5	1 8.3 100.0		12 52.2
3					1 100.0 9.1		1 4.3
4					1 100.0 9.1		1 4.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF10 Normalidad
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF10						
Si	1	2 6.1 100.0	7 21.2 87.5	6 18.2 60.0	18 54.5 78.3	33 76.7
No	2		1 10.0 12.5	4 40.0 40.0	5 50.0 21.7	10 23.3
Column Total		2 4.7	8 18.6	10 23.3	23 53.5	43 100.0

Number of Missing Observations = 2

Crosstabulation: QF10 Normalidad
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF10							
Si	1		3 16.7 100.0	4 22.2 57.1	11 61.1 100.0		18 78.3
No	2	1 20.0 100.0		3 60.0 42.9		1 20.0 100.0	5 21.7
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF11 Ausente
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF11						
Si	1 25.0 33.3	1 25.0 33.3	1 25.0 11.1		2 50.0 8.7	4 8.9
No	2 4.9 66.7	2 4.9 66.7	8 19.5 88.9	10 24.4 100.0	21 51.2 91.3	41 91.1
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF11 Ausente
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF11							
Si	1 50.0 100.0	1 50.0 100.0			1 50.0 9.1		2 8.7
No	2 14.3 100.0		3 14.3 100.0	7 33.3 100.0	10 47.6 90.9	1 4.8 100.0	21 91.3
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

Crosstabulation: QF12 Angustiada
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF12						
Si	1	2 9.1 66.7	4 18.2 44.4	6 27.3 60.0	10 45.5 45.5	22 50.0
No	2	1 4.5 33.3	5 22.7 55.6	4 18.2 40.0	12 54.5 54.5	22 50.0
	Column Total	3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF12 Angustiada
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF12						
Si	1	1 10.0 33.3	4 40.0 57.1	4 40.0 36.4	1 10.0 100.0	10 45.5
No	2	2 16.7 66.7	3 25.0 42.9	7 58.3 63.6		12 54.5
	Column Total	3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF13 Hiperprotectora
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF13						
Si	1	1 10.0 33.3	2 20.0 22.2	3 30.0 30.0	4 40.0 18.2	10 22.7
No	2	2 5.9 66.7	7 20.6 77.8	7 20.6 70.0	18 52.9 81.8	34 77.3
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF13 Hiperprotectora
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF13						
Si	1	1 25.0 33.3	3 75.0 42.9			4 18.2
No	2	2 11.1 66.7	4 22.2 57.1	11 61.1 100.0	1 5.6 100.0	18 81.8
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF14						
Si	1				4 100.0 18.2	4 9.1
No	2	3 7.5 100.0	9 22.5 100.0	10 25.0 100.0	18 45.0 81.8	40 90.9
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF14 Depresiva
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF14						
Si	1	1 25.0 33.3	2 50.0 28.6		1 25.0 100.0	4 18.2
No	2	2 11.1 66.7	5 27.8 71.4	11 61.1 100.0		18 81.8
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF15 Patología mental grave
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF15						
No	2	3 6.8 100.0	9 20.5 100.0	10 22.7 100.0	22 50.0 100.0	44 100.0
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF15 Patología mental grave
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF15						
No	2	3 13.6 100.0	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 100.0
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF16 Toxicómana
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF16						
No	2	3 6.8 100.0	9 20.5 100.0	10 22.7 100.0	22 50.0 100.0	44 100.0
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF16 Toxicómana
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF16						
No	2	3 13.6 100.0	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 100.0
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF17 Déficit físico grave
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF17						
No	2	3 6.8 100.0	9 20.5 100.0	10 22.7 100.0	22 50.0 100.0	44 100.0
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF17 Déficit físico grave
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF17						
No	2	3 13.6 100.0	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 100.0
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF18 Situación laboral conflictiva
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF18						
Si	1		1 20.0 11.1	2 40.0 20.0	2 40.0 9.1	5 11.4
No	2	3 7.7 100.0	8 20.5 88.9	8 20.5 80.0	20 51.3 90.9	39 88.6
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF18 Situación laboral conflictiva
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF18						
Si	1	1 50.0 33.3			1 50.0 100.0	2 9.1
No	2	2 10.0 66.7	7 35.0 100.0	11 55.0 100.0		20 90.9
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF19 Satisfactoria
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF19						
Si	1	3 8.1 100.0	7 18.9 77.8	7 18.9 70.0	20 54.1 90.9	37 84.1
No	2		2 28.6 22.2	3 42.9 30.0	2 28.6 9.1	7 15.9
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF19 Satisfactoria
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF19						
Si	1	2 10.0 66.7	7 35.0 100.0	11 55.0 100.0		20 90.9
No	2	1 50.0 33.3			1 50.0 100.0	2 9.1
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF20 Actividad sexual < antes
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF20						
Si	1	2 5.4 66.7	7 18.9 77.8	10 27.0 100.0	18 48.6 81.8	37 84.1
No	2	1 14.3 33.3	2 28.6 22.2		4 57.1 18.2	7 15.9
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF20 Actividad sexual < antes
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF20						
Si	1	2 11.1 66.7	5 27.8 71.4	10 55.6 90.9	1 5.6 100.0	18 81.8
No	2	1 25.0 33.3	2 50.0 28.6	1 25.0 9.1		4 18.2
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF21 Sin pareja
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2-->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF21						
Si	1	1 20.0 33.3	2 40.0 22.2	1 20.0 10.0	1 20.0 4.5	5 11.4
No	2	2 5.1 66.7	7 17.9 77.8	9 23.1 90.0	21 53.8 95.5	39 88.6
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF21 Sin pareja
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3-->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF21						
Si	1				1 100.0 100.0	1 4.5
No	2	3 14.3 100.0	7 33.3 100.0	11 52.4 100.0		21 95.5
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF22 Padre competente
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF22						
Si	1	3 8.6 100.0	6 17.1 66.7	8 22.9 80.0	18 51.4 81.8	35 79.5
No	2		3 33.3 33.3	2 22.2 20.0	4 44.4 18.2	9 20.5
	Column Total	3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF22 Padre competente
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF22						
Si	1	1 5.6 33.3	6 33.3 85.7	11 61.1 100.0		18 81.8
No	2	2 50.0 66.7	1 25.0 14.3		1 25.0 100.0	4 18.2
	Column Total	3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF23 Padre toxicómano
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF23						
No	2	3 6.8 100.0	9 20.5 100.0	10 22.7 100.0	22 50.0 100.0	44 100.0
	Column Total	3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF23 Padre toxicómano
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF23						
No	2	3 13.6 100.0	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 100.0
	Column Total	3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF24 Padre sit.lab.conflictiva
By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2->	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF24						
Si	1			3 50.0 30.0	3 50.0 13.6	6 13.6
No	2	3 7.9 100.0	9 23.7 100.0	7 18.4 70.0	19 50.0 86.4	38 86.4
Column Total		3 6.8	9 20.5	10 22.7	22 50.0	44 100.0

Number of Missing Observations = 1

Crosstabulation: QF24 Padre sit.lab.conflictiva
By Q3 Madre responde niño duerme

Q3->	Count Row Pct Col Pct	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF24						
Si	1	1 33.3 33.3	1 33.3 14.3		1 33.3 100.0	3 13.6
No	2	2 10.5 66.7	6 31.6 85.7	11 57.9 100.0		19 86.4
Column Total		3 13.6	7 31.8	11 50.0	1 4.5	22 100.0

Number of Missing Observations = 23

Crosstabulation: QF25 No responde
 By Q2 Madre expresa niño duerme

Q2→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	No comen ta 4	Row Total
QF25						
Si	1		1 50.0 11.1		1 50.0 4.3	2 4.4
No	2	3 7.0 100.0	8 18.6 88.9	10 23.3 100.0	22 51.2 95.7	43 95.6
Column Total		3 6.7	9 20.0	10 22.2	23 51.1	45 100.0

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: QF25 No responde
 By Q3 Madre responde niño duerme

Q3→	Count Row Pct Col Pct	No duerm e 1	Duerme m uy poco 2	Duerme m al 3	Duerme b ien 4	Duerme l o normal 5	Row Total
QF25							
Si	1	1 100.0 100.0					1 4.3
No	2		3 13.6 100.0	7 31.8 100.0	11 50.0 100.0	1 4.5 100.0	22 95.7
Column Total		1 4.3	3 13.0	7 30.4	11 47.8	1 4.3	23 100.0

Number of Missing Observations = 22

DISCUSSION

HIPOTESIS DE TRABAJO Nº 1: Los transtornos del sueño en el lactante, cuyo origen no es de tipo psicopatológico sino debido a causas externas, son frecuentes y su prevalencia se cifra en un 25 % ,por lo tanto afectan a una parte importante de la población.

Esta hipótesis se formuló a partir de la revisión de los trabajos de Kreisler (KREISLER 1978), Moore (MOORE, UCKO 1957), Bax (BAX MCO 1980) , Bernal (BERNAL 1973) y Guilleminault (GUILLEMINAULT, ANDERS 1976), que fijaban la prevalencia del insomnio en un punto alrededor del 25 %.

Los resultados del presente estudio cifran el porcentaje de niños afectados de transtornos del sueño de causa no psicopatológica , sumados a los de origen psíquico en un 15.62 % del total de niños estudiados.

Por lo tanto la discordancia entre los trabajos anteriormente mencionados que sirvieron para formular la hipótesis de trabajo y los obtenidos en esta Tesis puede estimarse en un 10 % aproximadamente .

La explicación debemos buscarla en las diferencias de edad de los sujetos examinados.

En todos los trabajos consultados en la revisión bibliográfica el estudio se realizó a lactantes cuya edad máxima oscilaba entre los 14 ó 18 meses ; para la presente investigación se incluyeron lactantes de un máximo de tres meses.

El motivo de estudiar sólo hasta los tres meses que ya se explicó en su apartado correspondiente y se debía a la originalidad de observar el insomnio en las relaciones pre-objetales.

Para explicarnos las diferencias hay que tomar en consideración los libros de estudio habituales en Pediatría, (CRUZ 1989), (NELSON et al. 1979). En ellos podemos constatar sin ninguna dificultad que en los tres primeros meses de vida, el tipo de patología que afecta al niño (a excepción de los problemas neonatales) es de tipo muy banal, y, sobre todo, mucho menos frecuente que en el lactante mayorcito.

Ello se debe fundamentalmente a que, desde hace unos años, se ha vuelto a la costumbre de amamantar a los bebés, con el consiguiente paso de proteínas inmunocompetentes de la madre que van a proteger al niño durante los cuatro primeros meses de vida.

Por otra parte, es muy poco frecuente que los niños vayan a la guardería antes de los tres meses debido al permiso de trabajo del que disfrutaban las madres tras el parto. La falta de contacto con la infinidad de gérmenes que colonizan los jardines de infancia debe ser considerado también responsable de la poca patología.

Si observamos los diagnósticos obtenidos en este trabajo, sólo encontramos dos de ellos que se deban a enfermedades relacionadas con agentes externos de tipo infeccioso

de aparición realmente muy común en los lactantes de mayor edad como son las otitis y el catarro de vías altas .Las demás se deben a patología propia de la edad (cólico del primer trimestre , alergia a proteínas, mal hábito alimentario, eritema de pañal) o a procesos infecciosos de etiología constitucional como la infección urinaria ,proviniente de malformaciones congénitas en las vías excretoras.

Parece pues evidente que el lactante de edad inferior a los tres meses está mucho menos expuesto que los de mayor edad a las enfermedades de tipo infecto-contagioso, principalmente procesos respiratorios de vías altas que pueden ocasionar secundariamente insomnio.

También parece demostrado que el lactante pequeño tiene una patología concreta y determinada que secundariamente le produce insomnio, pero que en cualquier caso es distinta y menos frecuente que la patología inherente al lactante de mayor edad, al que se refieren los estudios que cifran la prevalencia del insomnio en un 25 % .

En definitiva, podemos asegurar sin temor a equivocarnos que el insomnio en el lactante menor de tres meses tiene una prevalencia inferior al del lactante de mayor edad y un abanico de causas concretas ,características de la edad, que no es extrapolable a otras edades.

HIPOTESIS DE TRABAJO Nº 2: El insomnio, entendiendo como tal una alteración de los mecanismos del sueño en sí mismos, cuyo origen es de tipo psicopatológico, es una entidad poco habitual, su prevalencia se cifra en un 2 % .

Los únicos trabajos reseñados en la bibliografía presentada que traten el tema del insomnio desde los dos aspectos, es decir, el de causa externa y el de etiología psicopatológica, son los de Kreisler (KREISLER 1978), (KREISLER et al. 1984), (KREISLER 1981) y Castells (CASTELLS 1979), aunque este último hace referencia a los trabajos de Kreisler en el suyo.

En todos los demás trabajos, las estadísticas y observaciones se hacen incluyendo ambos tipos de insomnio y sin hacer patente las diferencias etiológicas concretas.

Kreisler señala que el insomnio de etiología psicopatológica es poco frecuente (2 %) pero añade que estos casos deben ser estudiados en profundidad pues el síntoma insomnio revela una serie de fallos precoces en el establecimiento del vínculo madre-hijo que en etapas posteriores serán muy difíciles de solventar y, desde luego, demuestran una alteración importante en el estado psíquico de la madre.

En el presente trabajo se ha obtenido una prevalencia del 2.08 % de insomnio de etiología psicopatológica. La concordancia es prácticamente total. Hay, sin embargo, alguna cuestión determinada que merece ser objeto de discusión.

De los seis casos hallados en esta Tesis, uno era

debido a patología neurológica grave por lo cual podemos ovbiarlo sin más.

Dos casos se debían a depresión materna, cuyo estudio se realizó en profundidad y ambos entran dentro de los supuestos recogidos en la bibliografía.

Los tres casos restantes se debieron a una problemática determinada de estrés agudo que podría considerarse como "accidental".

De hecho es poco habitual que en una muestra de 288 niños pueda obtenerse el resultado de que tres de ellos, el 1.04 % , tengan a su madre en una situación conflictiva tan urgente e importante como las que nos ocupan.

Con ello quiero argumentar que, a pesar de demostrarse que un estado de angustia agudizado en el momento del parto puede desencadenar insomnio, también es cierto que al resolver el problema de base no hay continuidad en el síntoma; por lo tanto no podemos considerar que la madre se halle afecta de una alteración psíquica grave sino de un estrés pasajero que no tiene porque seguir afectando a medio o largo plazo.

La discusión procede entonces de que si elimináramos los problemas de estrés agudo por considerarlos "accidentales" en esta muestra, la prevalencia del insomnio de causa psicopatológica se reduciría a la mitad, con lo que la concordancia con los trabajos de Kreisler desaparecería.

Esta situación podría explicarse si tenemos en cuenta la misma variable que explica la hipótesis número 1, pues la edad de los sujetos estudiados determina también una mayor posibilidad de problemas de índole psicológica.

De hecho el período del desarrollo que comprende el inicio y mantenimiento de las primeras relaciones objetales es especialmente vulnerable, y la aparición de síntomas psicósomáticos como el insomnio, aunque no es el más frecuente ya que en este período predomina la anorexia, es relativamente habitual.

También podemos encontrar la posibilidad de que algunos de los denominados insomnios del segundo trimestre tengan su origen en los malos hábitos adquiridos durante fases más tempranas, a los que en los primeros meses no se da importancia, pero que al irse alargando son motivo de preocupación para los padres y es entonces cuando consultan al médico, a pesar de que el problema venía apareciendo desde unos meses atrás.

HIPOTESIS DE TRABAJO Nº 3: Los trastornos del sueño sin componente psicopatológico son debidos principalmente a:

- Malos hábitos alimentarios.
- Cólico del primer trimestre.
- Enfermedades orgánicas.
- Malos hábitos de indole familiar y social.

Malos hábitos alimentarios, los trabajos hallados en la búsqueda bibliográfica generalmente no se manifiestan en cuanto a los matices concretos. Sencillamente nombran la posibilidad de que un mal hábito puede ocasionar trastornos del sueño. Kreisler (KREISLER 1978), matiza algo más al decir que el problema suele deberse a la supresión temprana de la toma nocturna de alimentación por no respetarse el ciclo evolutivo natural de cada individuo que no necesariamente es siempre el mismo.

El hecho de encontrar en los resultados generales un 33.3 % de los casos estudiados catalogados como malos hábitos alimentarios me sorprendió desagradablemente pues cualquier Servicio de Pediatría debe tener muy en cuenta los sistemas de lactancia, ya sea natural o artificial, que recomienda a sus pacientes.

Al investigar los motivos que ocasionaban tal incidencia, la búsqueda fue retrocediendo hasta las instrucciones que se daban a la madre al abandonar el hospital después del parto que consistían en seguir las normas habituales de nursery.

Hasta cierto punto es lógico que, por razones de

organización, mientras el bebé permanece en la nursery la alimentación siga unos horarios predeterminados y bastante rígidos. Lo que ya no parece tan lógico es que el sistema se siga en casa, ya sea por falta de información o por información errónea. Nos encontramos, pues, con que un número alto de madres, generalmente mal informadas, sometían al bebé a un horario estricto de alimentación; más estricto aún que en el hospital pues a la falta de información se añadía la lógica angustia de los primeros días en casa, con la falta de experiencia, presiones familiares etc.

Bastó con cambiar el sistema de horario rígido por la alimentación "a demanda" para solucionar la totalidad de los casos, ya se tratara de alimentación natural o artificial.

En la lactancia "a demanda", no existen reglas que restrinjan la alimentación. El niño es alimentado cuando llora o realiza movimientos de búsqueda; por el contrario, en la lactancia controlada existen normas para regir el número de tomas, su duración y el intervalo entre las mismas. Al limitar el tiempo de succión se facilita una excesiva ingurgitación del pecho, con la consecuente dificultad para lactar, lo que suele ser motivo del abandono de la lactancia natural. (NEWTON 1971).

La iniciación de la lactancia "a demanda" puede ser una feliz experiencia cuando existen expectativas culturales de que se trata de la mejor forma de alimentar al recién nacido. Este tipo de lactancia conlleva además la administración del pecho inmediatamente después del nacimiento, y el permanente y

estrecho contacto de la madre con su hijo desde ese momento; y ello es importante. En efecto, la íntima relación de la madre con el neonato se inicia tras el importantísimo primer encuentro y el establecimiento de un contacto visual en esta fase primordial. A partir de este momento la madre siente al niño como suyo propio, naciendo entonces una relación singular y extraordinariamente duradera. Las madres que se han relacionado con su hijo inmediatamente después del parto muestran un comportamiento más intenso, más pleno, que aquellas cuya relación ha sido más tardía y que sólo permanecen en íntimo contacto con su hijo en los momentos precisos para la alimentación. (KLAUS 1970).

En la lactancia "a demanda", por otra parte, los pechos son estimulados con gran iteratividad (unas 4.000 veces o más durante todo el ciclo de la lactancia), desencadenándose sensaciones locales placenteras, además de respuestas corporales generalizadas, con elevación de la temperatura de las mamas y contracturas rítmicas del útero, con un sentimiento de plenitud y bienestar que predispone positivamente la formación del vínculo.

La madre que sigue este tipo de lactancia se encuentra sometida prolongadamente a elevados niveles de oxitocina y prolactina (BONNAR 1975), que provocan respuestas fisiológicas, y seguramente psicológicas a largo plazo.

En la lactancia "a demanda", la alimentación se utiliza no sólo para saciar el hambre, sino también todo tipo de incomodidad o malestar. El confort, la succión y la alimentación aparecen permanentemente unidos y forman con la madre una

experiencia Única y total.(NEWTON,NEWTON 1967).

En la lactancia controlada alimentación y confort están frecuentemente independizados y se experimentan fuera de la madre,uno o ambos hechos.En cuanto estos niños van creciendo aprenden a manejar su propio biberón,realizando a veces la alimentación en solitario que podría ser la causa de ulteriores alteraciones del comportamiento,indicadoras de una necesidad seria de estrecho contacto con la madre.Aunque ello es difícil de demostrar,parece lógico que toda alteración de las normales pautas de comportamiento,sobre todo cuando ocurre en periodos precoces del desarrollo,vaya a influir en forma negativa a largo plazo.(KLAUS 1970)

Aunque evidentemente son necesarios más estudios para concretar la influencia de la lactancia sobre el desarrollo psicológico del individuo,su comportamiento y equilibrio emocional,es lógico pensar que esta influencia debe de existir,y seguramente en gran medida.Por una parte porque la alimentación y todo el aparato que conlleva,se encuentran anclados en lo más profundo de la personalidad humana;por otra porque precisamente durante los primeros periodos de la vida la alimentación adquiere un relieve especial,debiendo subvenir las necesidades de rápido crecimiento del niño,a la vez que su maduración.Para esta maduración se requiere no sólo los nutrientes físicos sino también los estímulos psicológicos proporcionados por un adecuado ambiente afectivo.

En este trabajo queda demostrado que ,en lo que a

los trastornos del sueño se refiere, la alimentación "a demanda" proporciona unas posibilidades de prevención ciertamente a tener en cuenta; incluso podríamos decir que se puede aconsejar como "tratamiento" en un insomnio ya instalado.

El cólico del primer trimestre aparece en el estudio en segundo lugar en cuanto a frecuencia en la etiología de los trastornos del sueño.

La discusión en este punto es mucho más prolija y complicada que en el apartado anterior. Efectivamente, hay autores norteamericanos, (SCHMITT 1985), (CAREY 1984) que establecen la duda razonable de donde empieza el cólico y en qué punto empieza el insomnio, dando a entender que un cuadro clínico se superpone al otro, si no es que, en realidad, son el mismo cuadro clínico con distintas formas de presentación pero sujeto a una misma etiología.

La disposición a tomar el cólico como un elemento muy imbrincado con el insomnio también está presente en los trabajos de la escuela europea de psicósomática, (Kreisler et al. 1984), donde el estudio del cólico se hace en los mismos capítulos que el insomnio y el mericismo y, aunque diferenciándolos, los ubica en un mismo contexto. Se condiciona al cólico como etiología que secundariamente puede producir insomnio, pero no como insomnio en sí mismo.

Hay que recurrir a la psicopatología para poder razonar la discusión.

La escuela americana, al superponer el cuadro clínico del cólico al insomnio preconiza que los mecanismos desencadenantes son los mismos, o muy parecidos, aunque en ningún momento los explica; se limita a describir los antecedentes familiares, el entorno, las conductas a seguir de forma empírica o las frecuencias con que aparecen los distintos síntomas acompañantes sin entrar a estudiar los mecanismos psicopatológicos profundos. Es decir, basa su teoría en la experiencia clínica a posteriori, que puede ser muy eficaz en el tratamiento conductual del síntoma pero, de hecho, no interviene en la solución a medio o largo plazo del problema psicológico que ha ocasionado el cuadro clínico.

La escuela europea va directamente a la base del conflicto. Describe la etiología del cólico como el paradigma de los sentimientos ambivalentes que asaltan a la madre cuando, después del parto, no se colman todas sus expectativas en cuanto al bebé. Sitúa la ambivalencia como etiología primaria y esencial del cólico, que luego se verá agravado o continuado por el efecto de círculo vicioso que produce el llanto del bebé en el desarrollo de sentimientos ambivalentes por parte de la madre. La angustia, el nerviosismo etc., vendrán después, pero al principio lo que prima es la ambivalencia, probablemente instalada en un instinto maternal débil o mal desarrollado.

En cambio el insomnio se sitúa en un área psicopatológica mucho más amplia, en la que la ambivalencia es sólo un elemento más. En este caso falla la investidura libidinal

del bebé al completo. Falla la posibilidad de ofrecer el YO materno como objeto vicariante del YO inexistente en el bebé para que éste último pueda obtener la relajación necesaria para dormir y así ,poco a poco, ir formando su propio YO.

En resumen, sin descalificar las aportaciones de la escuela americana que tienen su aplicación en cuanto al tratamiento empírico , a mi modo de ver , parece más razonable entender que el cólico y el insomnio son dos alteraciones psicósomáticas distintas , con raíces comunes , pero sin llegar a constituir una misma entidad clínica ni psicopatológica.

La frecuencia del proceso y su habitual confusión con el insomnio, así como la posibilidad de que el cólico desemboque en insomnio propiamente dicho hace necesario mantener la alerta para diagnosticar correctamente este cuadro clínico ,dándole la importancia que se merece para empezar el tratamiento en el momento más oportuno.

Las enfermedades orgánicas han sido ampliamente discutidas al tratar la primera hipótesis, baste recordar aquí las diferencias de patología según la edad.

Malos hábitos de índole familiar o social:

La discusión en estos aspectos choca con los problemas reseñados en temas anteriores respecto a la poca información , y sobre todo matización , que se pudo obtener de los trabajos estudiados en la bibliografía.

Kreisler (KREISLER 1978) comenta que la excesiva presencia de familiares en la casa puede perturbar el sueño del niño, así como los ruidos y la presencia de la cuna en la habitación de los padres (no olvidemos que su estudio abarca a los lactantes hasta los 18 meses). El trabajo de Kreisler es importantísimo desde el momento en que da las claves para entender el insomnio acudiendo a la psicopatología, pero no ayuda a desvelar los pequeños matices conductuales de la familia o del tipo de condicionante social en que está inmerso el bebé.

El trabajo de Moore (MOORE, UCKO 1957) incide más en las circunstancias acompañantes, pero, tal como se explicó en el apartado de instrumentos al utilizar su experiencia para la confección de los cuestionarios, carece de valor definitorio por tratarse de una sociedad distinta, hace más de treinta años y haberse realizado el estudio en lactantes de todas las edades.

De los resultados obtenidos con las tablas de frecuentación empleadas para el tratamiento estadístico de los cuestionarios, podemos entresacar una serie de hechos que pueden dar luz a esta parte de la hipótesis de trabajo:

-CLASE SOCIAL: La muestra era sesgada pues, como se comentó en el apartado correspondiente, una entidad de seguro libre como la Q.S.A. se nutre básicamente de familias de la clase media. Lo que sí puede deducirse de los resultados es que ninguna clase social está libre de trastornos del sueño, pues aparecen en todas ellas aunque predominantemente en la clase media por ser la más estudiada.

-Bloque HABITAT:El 73 % de los casos estudiados tenía su residencia en un local cuya superficie era superior a los 60 m², lo que parece indicar que un piso pequeño no predispone por sí mismo al trastorno del sueño.

Tampoco los ruidos ambientales parecen tener incidencia alguna. Pudiera ser que en el trabajo no se haya detectado ningún caso en que los ruidos fueran extraordinarios ,pero en el supuesto de que así fuera nos encontraríamos ante una situación muy determinada y en ningún modo extrapolable a la población en general.

Los abuelos en la vivienda sí parecen tener cierta responsabilidad en el conflicto pues se daba su presencia en casi un 40 % de los encuestados,cifra a tener en cuenta.No es lo mismo despertar a los padres que tener en vilo incluso a los abuelos,con las consiguientes presiones,opiniones de posibles enfermedades etc.

El hecho de tener la cuna en la habitación de los padres es mayoritario en el estudio . Probablemente se debe a la temprana edad de los niños estudiados ,pero no deja de ser demostrativo que en el trabajo de Kreisler(KREISLER 1978) se aconseje cambiar de habitación al niño como primera providencia para empezar a tratar el trastorno.

-Bloque HERMANOS:Los antecedentes de insomnio son bastante frecuentes (40.9 %),y muy frecuentes en los casos de patología psíquica demostrada (100 % en los hijos de depresivas) por lo que es un dato a tener en cuenta al hacer un interrogatorio.Quizá los condicionantes que predisponen al

transtorno se vayan repitiendo generacionalmente.

La posición entre hermanos, el número de ellos etc., no tiene relevancia alguna.

-Bloque MADRE: Dejando aparte las variables referidas a personalidad y psicopatología que serán discutidas más adelante, puede tomarse como significativo el hecho de que el destete, la vuelta al trabajo de la madre, las situaciones de conflictividad laboral, los problemas familiares etc., si no producen un estrés especialmente importante por alguna razón muy determinada de oportunidad o intensidad, no son predisponentes de un trastorno del sueño.

-Bloque RELACION DE PAREJA: Para la mayoría de las madres encuestadas (84.1 %) la relación de pareja era satisfactoria. No se excluye el hecho de que las relaciones insatisfactorias puedan producir ansiedad y ésta insomnio, pero lo que parece quedar claro es que una buena relación de pareja no garantiza "inmunidad" para los trastornos del sueño.

El hecho de mantener menor cantidad de relaciones sexuales se puede considerar normal habida cuenta de los impedimentos propios del puerperio.

La falta de pareja estable no condiciona una mayor frecuencia del trastorno, pero sí que condiciona una mayor proclividad a hacer la pregunta sobre el sueño de forma espontánea, antes de ser interrogada al respecto. (Pág. 262). Ello puede interpretarse quizás como una necesidad de comunicación más fuerte con el pediatra al no tener pareja habitual con la cual comentar los problemas

cotidianos.

En cuanto a la competencia del padre, la información se puede considerar sesgada debido a la presencia del mismo en el momento de administrar el cuestionario.

La conflictividad laboral paterna tampoco parece influir.

-Bloque EMBARAZO: La mayoría de los embarazos de niños con trastorno del sueño (93.3 %) eran deseados, no se contempla el estudio concreto de los no deseados pero parece claro que el hecho no interviene de manera decisiva en la etiología del proceso.

Las complicaciones del embarazo y la angustia materna se mueven en las bandas del 50-60 % y parecen acompañar pero no precipitar el cuadro.

Así mismo la duración de los embarazos era mayoritariamente a término. Pudiera ser que los embarazos con duración acortada o alargada precipitaran la aparición del síntoma, pero por sí solos no parecen ser etiología relevante.

HIPOTESIS DE TRABAJO Nº 4: Cualquier alteración psíquica en la madre, especialmente la depresión, puede incidir negativamente sobre los procesos de relación que son necesarios para adquirir los mecanismos fisiológicos del sueño.

La discusión de esta hipótesis puede realizarse desde dos vertientes complementarias; la primera, de psicopatología general, podría incidir en la posibilidad extensamente aceptada de que cualquier alteración psíquica en la madre puede impedir el normal desarrollo de los procesos de relación necesarios para dar forma y fortalecer el vínculo. La segunda, complementaria de la primera, explicaría que la incorrecta formación del vínculo o la ausencia del mismo incide negativamente en la adquisición de los mecanismos fisiológicos del sueño.

Para conducir la discusión será mejor empezar por el estudio de la segunda vertiente, para que, una vez demostrada, sea más sólida la discusión de la primera, entendiendo que el tema que nos ocupa es el del insomnio del bebé.

Respecto a la segunda vertiente nos podemos referir a los trabajos de Hirscherg (HIRSCHERG 1957) y de Kreisler (KREISLER 1978), (KREISLER et al. 1984), (KREISLER, CRAMER 1980), y (KREISLER 1972).

Hirscherg habla directamente de la relación de la ansiedad, en ambos padres y en el ambiente familiar, como etiología primaria del insomnio en el niño. No especifica la edad pero se manifiesta rotundamente a favor de la hipótesis formulada.

Kreisler ,en sus diversos trabajos,incide en los mecanismos psicopatológicos que conducen al insomnio del bebé desde la alteración psíquica en la madre,tal como se ha explicado en el capítulo de revisión bibliográfica,sección de estudio psicopatologico del insomnio en el lactante.(Pág.83 a 91)

Si tomamos como referencia los resultados generales, es fácil advertir que el 50 % de los casos catalogados de insomnio de origen psicopatológico estaban íntimamente relacionados con un estado de estrés agudo de la madre.Es más,al suprimir las causas del estrés,cedieron todos los insomnios. Parece pues evidente la relación causa/efecto en estos pacientes.De todos modos podemos considerar el problema como "transitorio" siempre y cuando se produzca una detección precoz del transtorno y se instaure una terapia eficaz que consiga desligar al insomnio de la causa externa.

Siguiendo con los resultados generales,el 33.3 % de los casos de insomnio correspondían a los dos bebés cuya madre fue diagnosticada de depresión , mediante los controles descritos en el capítulo correspondiente.(Págs.227 a 229).

Al formular la hipótesis de trabajo se hizo especial énfasis en la depresión porque,a pesar de producir insomnio un equiparable en su forma al de la angustia, el pronóstico a medio y largo plazo es mucho peor.Es decir,solventar un problema externo que produce un estrés agudo suele ser mucho menos complicado que orientar y conseguir resultados en el tratamiento

de una depresión.

Si tratamos de profundizar más en el tema de la depresión podemos referirnos a los resultados del estudio comparativo entre las respuestas dadas por las madres depresivas y las de todo el grupo de transtornos del sueño en general (Q1+).

Se obtuvieron resultados significativos en las siguientes variables:

-QS6: Las depresivas tenían problemas familiares en un 100 % de los casos , mientras que el grupo sólo los presentaba en un 13.3 % .Esta divergencia se podría interpretar de dos maneras: Como una distorsión de la realidad familiar ocasionada por la propia depresión o como una serie de situaciones familiares tan complejas que podrían ser causa de depresión. Ambas situaciones podrían considerarse factibles por separado. Creo que la solución está en calibrar ambas posibilidades y ver que probablemente pueden darse las dos a la vez y de forma acumulativa, o sea, que una estimula la otra y viceversa. La pregunta sobre posibles problemas familiares debe ser incluida en toda investigación de un insomnio precoz.

-QS14: Los bebés de madres depresivas no despiertan con gritos. Podríamos interpretar esta variable como exponente sintomático de la posibilidad de "depresión vacía", descrita por Kreisler (KREISLER 1978) cuando habla de psicopatología de la primera edad. Creo, sin embargo, que tal posibilidad no resistiría un debate profundo pues harían falta estudios longitudinales para

controlar la evolución de la posible depresión en el niño. Queda apuntada pues esta posibilidad que deberá ser objeto de futuros trabajos relacionados con el tema del insomnio infantil y la depresión del lactante.

-QN3 y QN4: La angustia durante el embarazo y el parto era más pronunciada en las madres depresivas que en el grupo. (100 % contra 44.8 % y 57.8 % respectivamente). Esta variable refleja el estado de tensión, motivado por el sustrato depresivo, que mantienen estas mujeres. Una situación tan estimulante y amenazadora a la vez como es la reproducción, es capaz de alterar los ya de por sí frágiles mecanismos de defensa que presentan ante la incertidumbre las personas depresivas.

Esta connotación tan significativa debería hacernos reflexionar en el sentido de que a los sofisticados sistemas de control orgánico que se realizan durante el embarazo habría que añadir una serie de controles de tipo psicológico que podrían demostrarse efectivos en la prevención de los fracasos en la formación del vínculo.

-QN13: Los hijos de depresivas no presentan cólico del primer trimestre. Aquí se apoya la discusión realizada en la hipótesis número 3 en el sentido de que el cólico y el insomnio son dos entidades distintas, con un contenido psicopatológico concreto y determinado para cada una. El cólico se produce por sentimientos ambivalentes que ocasionan intermitencias en los cuidados afectivos; el insomnio se produce por graves fallos en la formación del YO.

-QF16: Hay siempre antecedentes de insomnio en los hijos de madre depresiva, mientras que en el grupo sólo los encontramos en un 40.9 %. Dato a tener en cuenta a la hora de realizar la historia clínica de un insomnio precoz, tanto por el pronóstico en general como por la posibilidad de diagnóstico de depresión como enfermedad de perpetuación en grupos familiares.

-QF20: Curiosamente así como el grupo daba una respuesta positiva del 84.1 % en cuanto a menor actividad sexual que antes, las depresivas dieron un resultado absolutamente contrario. Podemos interpretar que las madres con un buen desarrollo del instinto maternal presentan una dedicación mayor al bebé que a las relaciones sexuales en las primeras etapas .Ello podría deberse, en sentido figurado, a un modelo transitorio de actuación al estilo de la mantis religiosa, que luego se resolverá al ir accediendo el bebé a su propia identidad mediante el apoyo suministrado por el YO materno dentro del contexto de fortalecimiento del vínculo. Cuando el bebé ya no vaya necesitando total atención, la madre podrá volver a dedicarse a las actividades sexuales propias de la vida en pareja. Podríamos definir el tema como un cortocircuito del instinto libidinal materno desde la relación de pareja hacia la investidura primaria de su hijo.

La madre depresiva cuya propia situación le impide desarrollar el vínculo con su bebé, podría seguir ejerciendo sus actividades sexuales sin ninguna cortapisa de tipo inconsciente.

Es importante señalar además que en el estudio

comparativo realizado en cuanto a las diversas variables, según hubiera sido la madre la que expresara espontáneamente el trastorno del sueño o que tuviera que ser preguntada al respecto, una de los pocos resultados significativos se refiere a que las madres depresivas, a pesar de ser detectadas como portadoras de angustia durante el embarazo y el parto, no se expresaban en ningún caso espontáneamente, como si el tema no les interesara o no lo consideraran relevante. La comunicación entre estas madres y sus hijos es realmente pobre.

Una vez expuesta la discusión sobre la influencia de los fallos de formación del vínculo en la etiología del insomnio podemos pasar a la discusión sobre la influencia de las alteraciones psíquicas de la madre en los fallos o retrasos de la dicha formación.

Hay diversos trabajos que tratan directa o indirectamente del problema.

En los aspectos más generales podemos acudir al trabajo de Bagedahl-Strindlund (BAGEDAHL-STRINDLUND et al. 1988) en el sentido de una mayor utilización de los servicios sanitarios pediátricos así como de un aumento de la incidencia de mortalidad y morbilidad infantil. En el artículo se refiere directamente al tema del insomnio pero sirve para apoyar la hipótesis de que cualquier enfermedad mental en la madre aumenta potencialmente el riesgo de morbilidad en el niño. De ello puede inferirse que el insomnio, tomado como enfermedad, puede formar parte perfectamente de los riesgos padecidos por estos niños.

Campbell (CAMPBELL 1977), Greenspan (GREENSPAN,LIEBERMAN 1980),Brazelton (BRAZELTON et al.1974),Cramer (CRAMER 1972 ,Graham (GRAHAM et al. 1973),Kennell (KENNELL 1974), Prechtl (PRECHTL 1974),Sander (SANDER ,JULIA 1966),Thomas (THOMAS 1978) y Wolff (WOLFF 1966), utilizan la observación del neonato para valorar su grado de competencia , interacción y madurez . En base a estas observaciones describen los estados del neonato,su integración en el medio,la adquisición de conductas etc.Una vez revisados todos estos artículos puede afirmarse que no hay ni tan sólo uno en que no se indique de algún modo que las alteraciones mentales en la madre,de la naturaleza que sean,dificultan todo el proceso de formación del vínculo.

Revisando la literatura francesa,los trabajos de Fain (FAIN 1971) y (FAIN,DAVID 1963) son concluyentes en cuanto a la explicación psicológica de la formación del YO en el recién nacido.Se descarta la posibilidad de una buena formación si el inconsciente de la madre no puede actuar a pleno rendimiento debido a cualquier patología mental medianamente importante.

Fenichel (FENICHEL 1984) en su teoría psicoanalítica de las neurosis confirma lo apuntado por Fain en el sentido de la imposibilidad de formación del YO en el seno de una madre depresiva.

Por último Kreisler cita en diversos trabajos (KREISLER,CRAMER 1980),(KREISLER 1979),(KREISLER 1972),(KREISLER 1978) la pobre capacidad de investidura libidinal en las madres afectas de patología mental.

Parece pues haber coincidencia en todas las teorías y escuelas respecto del importante papel que juega la psicología de la madre y sus anomalías cuando se trata de formar y fortalecer el vínculo temprano madre-hijo.

En el presente trabajo se han podido encontrar claras coincidencias en los resultados generales ya que el 83.4 % de los insomnios de causa psicopatológica, es decir, todos menos uno, estaban íntimamente ligados a patología mental materna, en unos casos por estrés agudo y en otros por depresión.

El caso restante se debía a patología neurológica grave del bebé y aunque debe ser incluido en la estadística, puede considerarse como parte de otro tipo de patología mucho más compleja y abigarrada en la cual el insomnio era una faceta más del problema, y no precisamente la más importante.

Aglutinando la bibliografía presentada para la formulación de esta hipótesis de trabajo y comparándola con los resultados generales de la investigación podemos concluir que la coincidencia es total y absoluta en cuanto a considerar la patología mental de la madre y su entorno como etiología primaria del insomnio en el lactante, debido a los fallos en la formación del vínculo que provoca la situación anteriormente mencionada.

HIPOTESIS DE TRABAJO Nº 5: Una completa información a los padres sobre las condiciones fisiológicas del sueño en el lactante es básica para prevenir la aparición, agravamiento y/o cronificación del insomnio; puede ser llevada a cabo por el pediatra en el transcurso de la primera visita de control y requiere únicamente tres minutos de tiempo.

En el objeto de esta Tesis se quería dar respuesta a las cuestiones siguientes:

- 1) ¿Es posible prevenir los trastornos del sueño en el lactante?
- 2) ¿Qué necesidades asistenciales generaría tal posibilidad?
- 3) ¿Qué incidencia se observa en el momento actual y en nuestro medio con respecto a los trastornos del sueño en el lactante?

La pregunta número 3 ha sido ampliamente contestada en el capítulo de resultados y posteriormente discutida en el comentario a las tres primeras hipótesis de trabajo.

La hipótesis de trabajo número 5 fué formulada a fin y efecto de dar respuesta a las dos primeras preguntas del objeto de la Tesis.

Respecto a la primera pregunta, para constatar la posibilidad de prevenir los trastornos del sueño en el lactante

debemos referirnos en primer lugar a los resultados generales obtenidos de la aplicación de la técnica de prevención explicada en el capítulo de material y métodos, sección de procedimiento.

Observamos que de los 54 niños sometidos a la técnica de prevención, sólo dos de ellos dieron positivo en el screening inicial. Ello supone que la técnica se demostró eficaz en el 96.3 % de los casos.

Por otra parte también podemos observar que ambos casos en que la técnica de prevención no se mostró eficaz, dieron también resultado positivo en la aplicación de los cuestionarios de la segunda fase. (Q2S, Q2N, Q2F). Quiere ello decir que ambos casos tenían como etiología del proceso una alteración mental, transitoria o permanente en la madre. O sea que pertenecían al grupo de los trastornos del sueño de origen psicopatológico.

Si tratamos solamente de los casos en que el trastorno del sueño era de origen no psicopatológico y su etiología se debía a otras causas, obtenemos una eficacia de la técnica del 100 % .

Es decir, la técnica descrita se muestra absolutamente eficaz en la prevención de los trastornos de sueño de origen no psicopatológico que, por otra parte, conforman la mayoría de los casos estudiados, un 68.8 % del total de los trastornos del sueño.

En los casos de insomnio de origen psicopatológico la técnica de prevención se demuestra ineficaz, pero la detección precoz del problema, la asunción por parte del pediatra de la

problemática concreta de cada caso y la orientación terapéutica inmediata se demuestran eficaces como sistema de atención integral en Pediatría, al cual nos referíamos en la introducción de la Tesis.

Respecto a las necesidades asistenciales que generaría la posibilidad de prevenir el insomnio, se estipuló el tiempo de aplicación de la técnica justamente en tres minutos para poderla incluir en los tiempos estandarizados, aceptados por la O.M.S., de 20 a 25 minutos para una primera visita en Pediatría. Por lo tanto no generaría ninguna necesidad asistencial que no se cumpla actualmente, sencillamente se trataría de aplicar la técnica de forma más o menos estandarizada sin aumentar para nada las necesidades asistenciales.

En la segunda parte de la hipótesis se comenta que dicha técnica debe llevarse a cabo en la primera visita de control de puericultura. Esta afirmación se hizo por considerar que la mayoría de los trastornos, tanto del sueño, como otros relacionados con los fallos de establecimiento del vínculo, se producían muy tempranamente.

Se confirma la teoría si analizamos los resultados del estudio comparativo de los resultados del cuestionario 1 (Q1) según el mes de administración.

1) En los gráficos de la página 253 se puede apreciar perfectamente que la incidencia de toda la problemática es mucho más alta durante el primer mes de vida tanto en los comentarios

espontáneos como en las repuestas a la pregunta ¿Qué tal duerme tu hijo?.

2)En la figura 67,(Pág.254) podemos observar que el porcentaje de insomnios reales según las horas de sueño es absoluto en el segundo y tercer mes,no así en el primero donde podemos observar un 50 % de falsas apreciaciones, lo que cabe achacar a la inexperiencia.

3)Son más frecuentes los despertares en el segundo mes,lo que se debe a la supresión demasiado temprana de la toma de la noche. (Fig.68.)(Pág. 254).

4)El insomnio acompañado de gritos se produce absolutamente en el primer mes (100 %).(Pág.255).

5)La respuesta en tono angustiado corresponde también de manera mayoritaria al primer mes.(Pág.255.)(Fig.70).

6)En los comentarios espontáneos comparados a las repuestas a la pregunta (Pág.262), se observa que el 64.% de positivities se produce al llegar a casa . Podemos achacar también este hecho a la inexperiencia que genera inquietud y/o angustia.

De todo lo anterior se deduce que la inexperiencia suele ser la responsable de los hechos,por lo tanto parece evidente que si hay que realizar alguna técnica de prevención,debe ser lo antes posible,o sea ,en la primera visita.

Por tanto podemos concluir que la aplicación de la técnica de prevención,eje central de esta Tesis y que ha servido

para formular la hipótesis número 5 se manifiesta absolutamente efectiva en lo que se refiere a los diversos transtornos del sueño de origen no psicopatológico; debe realizarse en la primera visita para contrarrestar el factor de inexperiencia detectado en los diversos estudios comparativos; no generaría ningún aumento de las necesidades asistenciales que existen actualmente y sirve para crear un estado de atención al problema del insomnio de origen psicopatológico que permite una detección precoz del mismo así como la orientación terapéutica inmediata en cada caso.

CONCLUSIONES

1.-La prevalencia de los transtornos del sueño en el lactante menor de tres meses es en nuestra muestra del 15.2 %.

2.-La prevalencia de los transtornos del sueño debidos a causas externas es del 13.12 %.

3.-Durante el primer trimestre ,los transtornos del sueño son menos frecuentes que en etapas posteriores.

4.-Las causas de los transtornos del sueño en el primer trimestre son concretas,características de la edad y ,por consiguiente , no son extrapolables a todo el periodo en que el niño es considerado lactante.

5.-Los malos hábitos alimentarios y el cólico del primer trimestre son las causas más frecuentes de los transtornos del sueño durante los tres primeros meses de vida.

6.-La alimentación "a demanda" se muestra efectiva para prevenir e incluso tratar los transtornos del sueño debidos a malos hábitos alimentarios.

7.-El cólico del primer trimestre es una entidad distinta al insomnio,aunque si no se trata convenientemente puede desembocar en él.

8.-La mayor o menor superficie de la vivienda no

parece influir en los trastornos del sueño.

9.-Los ruidos ambientales no parecen ser determinantes en la aparición de trastornos del sueño.

10.-La presencia de abuelos en la vivienda parece ser motivo de una mayor incidencia de trastornos del sueño.

11.-La mayoría de los bebés que presentan trastornos del sueño cuentan con antecedentes familiares de la mencionada alteración.

12.-Ni la ubicación entre los hermanos ni el número de ellos es relevante en cuanto a la frecuencia de aparición del trastorno.

13.-El destete no suele ser causa de trastornos del sueño en el primer trimestre.

14.-La reanudación de la actividad laboral de la madre no condiciona la aparición de trastornos del sueño.

15.-La conflictividad laboral ,tanto del padre como de la madre , no genera un aumento en la frecuencia de aparición de trastornos del sueño.

16.-La mayoría de los trastornos del sueño se

producen en bebés fruto de embarazos deseados.

17.-Los bebés nacidos pre-término ,no presentan una mayor incidencia de transtornos del sueño que los demás.

18.-Mediante la técnica propuesta en esta Tesis,es posible prevenir los transtornos del sueño de origen no psicopatológico.

19.-La técnica de prevención debe desarrollarse en la primera visita de control.

20.-La aplicación estandarizada de la técnica descrita no aumenta las actuales necesidades asistenciales.

21.-La prevalencia del insomnio de origen psicopatológico se estima en un 2.8 %.

22.-El estrés materno agudizado en el parto puede ser motivo de insomnio.Si es detectado precozmente ,un tratamiento de apoyo basta para solventar el transtorno.

23.-La depresión materna es causa de insomnio de etiología psicopatológica.

24.-La técnica de prevención no se muestra eficaz ante el insomnio de origen psicopatológico.

25.-La detección y tratamiento de la depresión materna durante el embarazo puede ser la única posibilidad de prevenir en el lactante menor de tres meses la aparición del insomnio de origen psicopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA J.(1982).
Manual de psicopatología infantil.
BARCELONA NOVIEMBRE 1982 .TORAY-MASSON .

- ANDERS T.F.,Emde R.,Parmelee A.(1971).
A manual of standardized terminology ,techniques and criteria for
scoring states of sleep and wakefulness in newborn infant.
UCLA BIS:NEUROLOGICAL INFORMATION NETWORK

- ANDERS T.F.(1979).
Night waking in infants during the first year of life.
PEDIATRICS 63:860-4.

- ASERINSKY E.,KLEITMAN N.(1953).
Regularly occurring periods of eye motility and concomitant
phenomena during sleep.
SCIENCE ,118:273-4.

- BAGEDAHL-STRINDLUND M.,Tunnell R.,Nilsson B.(1988).
Niños de madres mentalmente enfermas:mortalidad
y utilización de servicios sanitarios pediátricos.
ACTA PED.SCANNAVICA.,5(2):281-91.

- BALINT M.(1961).
El médico,el paciente y la enfermedad.
BUENOS AIRES.ED.LIBROS BASICOS

- BATES J.E.,Freeland CAB,Lounsbury ML.(1979).
Measurement of infant difficultness.
CHILD DEV., 50:794-803.

- BAX MCO (1980).
Sleep disturbance in the young child.
BR.MED.JOURN. 5:1177-79.

- BELL S.M.,Ainsworth M.(1972).
 Infant crying and maternal responsiveness.
 CHILD DEV. 43:1171-1190

- BERGER R.J.(1961).
 Tonus of extrinsic laryngeal muscles during sleep and dreaming.
 SCIENCE 134:840-5.

- BONNAR J. (1975)
 Effect of breast feedings on pituitary-ovarian function.
 BRIT.MED.J.,3:82-103.

- BOWLBY J.(1951).
 Maternal care and mental health.
 OMS GINEBRA

- BRACONNIER A.,Pailhous E.,Martin M.,Benoit O.(1980).
 Recherche sur le r eve chez l'enfant:action d'un traceur.
 NEUROPSYCH. DE L'ENFANT 28(4-5):167-73.

- BRAZELTON T.B.,Koslowsky B.,Main M.(1974).
 The origins of reciprocity:the early mother-infant interaction.
 NEW YORK,WILEY:49-76.

- CAMPBELL B.K.(1977).
 An assesment of early mother-infant interaction and the subsequent
 developement of the infant in the first two years of life.
 DISSERT.ABSTR.INT.,38.

- CAREY W.B.(1974).
 Night waking and temperament in infancy.
 JOURNAL PEDIATRICS 84:756-62.

- CAREY W.B. (1984)
 "Colic".Primary excessive crying as an infant environment

interaction.

PEDIATR.CLIN.NOTRH AM.,31:993-1005.

- CASTELLS P.(1979).

Transtornos del sueño en el niño.

ARCH.PEDIATRIA.,30-467.

- CRAMER B.(1982).

Interaction réelle,interaction fantasmatique.Réflexions au sujet
des thérapies et des observations de nourrissons.

PSYCHOTHERAPIES 1:39-47.

- CRUZ HERNANDEZ M.(1989)

Tratado de Pediatría

SALVAT.BARCELONA

- DEBRE R.,Doumic A.(1959).

Le sommeil de l'enfant.

PUF.PARIS I VOL. COLLECTION PAIDEIA.

- DEMENT W.C.,Kleitman N.(1957).

Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye
movements,body motility and dreaming.

ELECTROENCEPH.CLIN.NEUROPHYSIOL.,9:673-90.

- DESPERT J.L. (1946).

Axiety,phobias,and fears in young children with special reference
to prenatal,natal and neonatal factors.

NERVOUS CHILD,5:8-22.

- DITTRICHOVA J.,Paul K.,Wondrece K.J.(1975).

Individual differences in infants sleep.

DEV.MED.CHILD NEUROL. 18:182-188.

- DIXON K.N.,Monroe L.J.,Jakim S.(1981).

Insomnia children

SLEEP , 4:313-45.

- DREYFUS-BRISAC C.(1966).
The bioelectrical developement of the central nervous system during early life.
HUMAN DEVELOPEMENT (F.FALKNER EDITOR)286-305 SAUNDERS N.Y.
- DREYFUS-BRISAC C.(1971).
Ontogenesis of sleep in humanes prematures after 32 week of conceptional age.
DEV.PSYCHOBIOLOG.,3:91-111.
- EMDE R.,Walker J.(1976).
Longitudinal Study of infant Sleep.
PSYCHOBIOLOGY, 13:456-72.
- ENGEL R.C.(1975).
Abnormal EEG in the neonatal period.
CHARLES C.THOMAS, SPRINGFIELD.
- FAIN M.,David C.H.(1963).
Aspects fonctionels de la vie onirique.
REV.FRAN.PSYCHANAL.,35:291-340.
- FAIN M.(1971).
Prélude à la vie fantasmatique.
REV.FRAN.PSYCHANAL., 35:291-364.
- FANTZ M.,Miranda S.(1975).
Newborn infant attention to form of contour.
CHILD DEV., 46:224-228.
- FENICHEL O.(1982)
Teoría psicoanalilica de las neurosis.

BARCELONA.PAIDOS.

- FERBER R.A.(1987).
Behavioral insomnia in the child.
PSYCHIATR.CLIN.NORTAM., 10 (4): 641-53 Dec.
- FRAIBERG S.(1980).
Clinical studies in infant mental health:the first year of life.
NEW YORK.BASIC BOOKS.
- FREUD A.(1974).
Normal and pathology in childhood.
BARCELONA.PAIDOS.
- FREUD A.(1952).
Assessment of childhood disturbances.The psychosomatic
study of the child.
NEW-YORK I.U.P.,17:149-58.
- FREUD S.(1900).
L'interpretation des rêves.
PUF
- GARMA L.(1972).
Ontogénesis del sueño.
La vie medicale. 25:21-37.
- GAUTIER E.(1976)
Mécanismes integrés de protection du nouveau-né.
HELVET.PAED.ACTA.,31:195-212.
- GESELL A.,Amatruda C.(1952).
L'embriologie du comportement.
PARIS.PUF.

- GIFFORD S.(1960).
Sleep time and early ego.
J.AM.JOURN ASSOC., 8:5-42.

- GRAHAM P.,Rutter M.,George S.(1973).
Temperamental characteristics as predictor of behavior disorders in children.
AM.J.ORTHOPSYCHIATRY,43:328-39.

- GREENSPAN S.I.,Lieberman A.F.(1980)
Infants,mothers and their interactions:a quantitative clinical approach to developmental assessment.
THE COURSE OF LIFE.,1:271-310.INST.MEN.HEALTH U.S. ADELPHY.

- GUIDASCI S.,Pajot N.,Leautier N.(1977).
Artefacts recueillis sur des enregistrements de nouveau-nés et de prématurés.
J.ELECTROPHYSIOL.TECHNOL.,3:45-55.

- GUILLEMINAULT C.(1982).
Sleeping and waking disorders:indications and techniques.
ADDISON-WESLEY.

- GUILLEMINAULT C.(1976).
Sleep disorders in children.
ADV.PEDIATRICS, 22:151-73.

- HARMON R. J.,Culp A.M.(1981)
The effects of premature birth on family functioning and infant development.
CHILDREN AND OUR FUTURE.UNIV.NEW.MEX.PRESS ALBURQUERQUE.

- HIRSCHERG J.C.(1957).
Parental anxieties accompanying sleep disturbances in young children.

BULL MENNINGER CLIN.,21:129-39.

- HOUZEL D.(1980).
Rêve et psychopathologie de l'enfant.
NEUROPSYCH.DE L'ENFANCE , 28 (4-5):155-164.
- JACOBSON A.,Kales A.,Lehman D.,Hoedemaker F.S.(1964)
Muscle tonus in human subjects during sleep and dreaming.
EXPERIMENTAL NEUROLOGY, 10:418-424.
- JOLY J.B.,Richard P.,Baudet M.T.(1976)
Les relations entre parents-enfants et personnel soignant dans un
centre de néonatalogie.
PEDIATRIE.,31:603-7.
- JOUVET M.(1967).
Neurophysiology of states of sleep.
PHYSIOL.REVIEWS 47:117-163.
- KAHN A.,Mozin M.J.,Casimir G.,Montauk L.,Blum D.(1985)
Insomnia and cow's milk allergy in infants.
PEDIATRICS 76(6):880-4 Dec.1985
- KAHN A.,Blum D.,Casimir G.,Duchateau J.,Mozin M.J.,Jost R.(1987)
Difficulty in initiating and maintaining sleep associated with
cow's allergy in infants.
SLEEP.,10(2):116-21.
- KANNER L.(1935).
Child psychiatry.
CHARLES THOMAS.SPRINGFIELD.
- KENNEL J.H.(1974).
Early mother-infant contact:effects in the mother and the infant.
BULLETIN MENNINGER CL., 43:69-78

- KLAUS M.H. (1970)
Human maternal behavior at the first contact with her young.
PAEDIATRIC 46:187-201.
- KLEITMAN N.(1963).
Sleep and wakefulness.
UNIV.CHICAGO PRESS
- KREISLER L.(1978).
Les troubles de sommeil du jeune enfant.
ACTUALITES PEDIATRIQUES 3^e serie.G.DOIN & CIE.
- KREISLER L.(1984).
De la pédiatrie a l'économie psychosomatique de l'enfant.
REV.FRAN.PSYCHANAL.,5.
- KREISLER L.,Fain M.,Soulé M.(1984).
El niño y su cuerpo.
BUENOS AIRES .AMORRORTU
- KREISLER L.(1981).
L'enfant du désordre psychosomatique.
PRIVAT
- KREISLER L.(1984).
Problèmes spécifiques de classification dans la psychiatrie
du première âge.
CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES.,24:221-50.
- KREISLER L.(1981).
Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson.
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT XXIV-I
- KREISLER L.(1978).

- Psychopatologie du première âge.
REV.NEUROPSY.INFANTILE.,26(5-6):237-275.
- KREISLER L.(1980).
L'examen pédopsychiatrique dans le premier âge.
REV.INT.PEDIATRIE 106 Dec
- KREISLER L.(1972).
Les troubles psychosomatiques précoces.
FRANCE.GAZETTE MEDICALE . 79(14)
- KREISLER L.(1972).
La psychologie de la jeune mère et ses anomalies.
FRANCE.GAZETTE MEDICALE 79(14)
- KREISLER L.(1984).
L'expression corporelle dans la psychopatologie de l'enfant.
L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 60(8) Oct.
- KREISLER L.(1979).
L'investigation psychosomatique d'un enfant.
LA REVUE DU PRACTICIEN 29-31 Jul.
- KREISLER L., Cramer B.(1980).
La psychopatologie du très jeune enfant.
REVUE INT. PEDIATRIE 106
- KREISLER L.,Bouchard F.,Lalande J.,Le Loc'h H.(1972)
Devenir psychologique des nouveau-nés traités en unité de soins
intensifs.
ANN.PEDIAT.,25:509-14.
- LACOMBE J.(1980).
Les rythmes du sommeil de l'enfant.
NEUROPSYCH.DE L'ENFANT 28(4-5): 220-222.

- LARGO R.H.(1984).

A developemental approach to the management of children with sleep disturbances in the first year of life.

EUR.J.PEDIATRICS.,3:142-70.

- LEBOVICI S.(1983).

Le nourrison, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces.

PARIS .LE CENTURION

- LOOMIS A.L.,Harvey E.N.,Hobart G.A.(1937).

Cerebral states during sleep as studied by human brain potentials.

EXP.PSYCHOL.,21:127-144.

- MAHLER M.,Pine F.,Bergman A.(1975).

The psychological birth of the human infant.

NEW-YORK .INT.UNIV.PRESS.

- MANZANO J.,Palació F.(1981).

Psychotérapie de la relation précoce mère-enfant.

PSYCHOTHERAPIES ,1:2-32.

- MARTY P.(1984).

Los movimientos individuales de vida y de muerte.

BARCELONA .TORAY

- MASSIE H.(1978).

Blind ratings of mother-infant interactions in presycotic and normal infants.

AM.JOURN.PSYCHIATRY,135:1371-4.

- MAZET P.(1972).

L'insomnie du nourrison, une trouble psychosomatique fréquent et précoce.

RE.NEUROPSYCH.INFANT.,20(11):839-47.

- METCALF D., Mondale J., Butler F. (1971).
Ontogenesis of spontaneous K-complexes.
PSYCHOPHYSIOLOGY 8:340-53.
- METCALF D. (1972).
EEG Sleep Spindle Ontogenesis in Normal Children.
DRUGS, DEVELOPEMENT AND CEREBRAL FUNCTION 125-144.
- MINDE, K., Perrota, M., Marton P. (1984)
Maternal caretaking and play with full-term and premature infants.
JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSICHYATRY.
- MONOD N., Pajot N., Guidasci S. (1972).
The neonatal EEG: Statatistical studies and pronostic value in full-
term and pre-terms babies.
ELECTROENCEPHALOGR. CLIN. NEUROPHYSIOL., 32:529-71.
- MOORE T., Ucko L.E. (1957).
Night waking in early infancy.
ARCH. DIS. CHILD. 32:333-42.
- MORUZZI G., Magoun H.W. (1949).
Brain system reticular formation and activation of the EEG.
EEG CLIN. NEUROPHYSIOL., 1:455-473.
- NELSON W.E., Vaughan V.C., McKay R.J. (1979)
Tratado de Pediatría
BARCELONA. SALVAT
- NEWTON N. (1971)
Psychologic differences between breast and bottle feeding.
AM. J. CLIN. NUTR., 24:993-1012.
- NEWTON N., Newton M. (1967)
Psychological aspects of lactation.

NEW ENGL.J.MED.,277:1179-233.

- OLSON L.,Fuxe K.(1971).

On the projections from the locus coeruleus noradrenaline neurons:
the cerebellar innervation.

BRAIN RES. ,28:165-71.

- OSWALD I.(1972).

Sleep.En Scientific Foundations of Neurology.

LONDON. B.WILLIAM HEINEMANN MEDICAL BOOKS Ltd.

- PAJOT N.(1974).

EEG recording technique in full term and premature newborn infants.

AM.J.ELECTROENCEPHALOGR.TECHNOL.,14:108-119.

- PARMELEE A.(1974).

The ontogeny of sleep patterns and associated periodicities in
infants.

MOD.PROBL.IN PEDIATR.PRE-NATAL AND POSTNATAL DEVELOPMENT OF THE
HUMAN BRAIN.BASEL:S.KARGER AG.

- PARMELEE A.,Schulte F.,Akiyama Y.,Wenner W.,Schultz M.(1968).

Maturation of EEG activity during sleep in premature infants.

ELECTROENCEPHALOGR.CLIN.NEUROPHYSIOL. 24:319-43.

- PARMELEE A.H.,Wenner V.H.,Akiyama Y.,Schultz M.,Stern E.(1967).

Sleep states in premature infant.

DEVELOP.MED.CHILD.NEUROLOG.,9:70-77.

- PIAGET J.(1952).

The origins of the intelligence in children.

NEW-YORK.INT.UNIV.PRESS.

- PINOL-DOURIEZ H.(1984)

Bébé agi-bébé actif.L'émergence du symbole dans l'économie

interactionnelle.

PARIS.PUF.

- PRECHTL H.F.(1974).

The behavioral states in the new-born infant.

BRAIN RESEARCH ,76:185-212.

- RANSON S.W.(1939).

Somnolence caused by hypothalamic lesions in the monkey.

ARCH.NEUROL.PSYCHIATR.,41:1-23.

- RECHSTCHAFFEN A.,Kales A.(1968).

A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System
for Sleep Stages of Human Subjects.NIH No 204.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH.

- ROFFWARG H.P.,Muzio J.N.,Dement W.C.(1966).

Ontogenetic development of the human sleep dream cycle.

SCIENCE 152:604-619.

- RUTTER M.,Birch H.G.,Chess S.(1964).

Temperamental characteristics in infancy and the later
development of behavioral disorders.

BR.JOURN.PSYCHIATR.,110:651-61.

- SAMI-ALI(1979).

Cuerpo real,cuerpo imaginario.

PAIDOS

- SAMSON-DOLFUS D.(1955)

L'EEG du prématuré jusqu'à l'âge de 3 mois et du nouveau né à terme.

Thèse Med.FOULON,PARIS P.106.

- SANDER L.,Julia H.(1966).

Continuous interactional monitoring in the neonate.

- SCHMITT B.D.(1985).
When baby just won't sleep.
CONTEMP. PEDIATR.,2(5):38-52.
- SCHULLER E.(1977).
Los insomnios y el sueño.
MADRID.CENTRO DE INFORMACION PARA MEDICOS S.A.
- SHAW C.(1977).
A comparison of the patterns of mother-baby interactions for
a group of crying,irritable babies and a group of more amenable.
CHILD CARE HEALTH DEV.,3:1-12.
- SPITZ R.(1965).
The first year of life.
NEW-YORK .INT.UNIV.PRESS.
- STERMAN M.B.(1972).
The basic rest-activity cycle and sleep.
NEW YORK.ACADEMIC PRESS.
- STERN J.,Paul K.,Wondrece K.J.(1975).
Individual differences in infants sleep.
DEV.MED.CHILD.NEUROL.,18:182-188.
- STONE J.L.,Smith H.T.,Murphy L.B.(1973)
The competent infant.Research and comentary.
NEW-YORK BASIC BOOKS INC.PUBLISHERS
- TALLADA M.,Queralt A.,Estivill E.,Pascual I.,Segura O.(1977).
Clinical and EEG study of the evolutive maturity in 300 new borns.
ELECTROENCEPHALOGR.CLIN.NEUROPHYSIOL. 42:288-289.

- THOMAS A.(1978).

Temperamental and behavioral disorders in children.

NEWYORK UNIV.PRESS

- WEBER R.(1979).

The circadian sistem of man.

NEW-YORK.SPRINGER.

- WIDE L.,Bennich H.,Johansson S.G.O.(1967)

Diagnosis of allergy by an in vitro test for allergen antibodies.

LANCET 11:1105-12.

- WINNICOTT D.W.(1958).

Escritos de pediatria y psicoanálisis.

LONDON.TAVISTOCK PUBLICATIONS LTD.

- WOLFF P.(1966).

The causes,controls and organization of behavior in the neonate.

PSYCHOL.ISSUES N.17 NEWYORK INT.UNIV.PRESS