

## CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL

**FACILITADORES Y BARRERAS QUE IDENTIFICA EL PADRE PARA DESARROLLAR  
EL APEGO CON SU HIJO DURANTE LA INTERNACIÓN**

**Asesora Metodológica:**

**Prof. Esp. Valeria, Soria**

**Autores:**

**Enf. Prof Carrizo, Sabrina Micaela**

**Enf. Prof Ochoa, Sebastián**

**Enf. Prof Saavedra, Fabiana Andrea**

**Córdoba, 09 de Febrero de 2018**

## **Datos de los autores**

Carrizo Sabrina Micaela, Enfermera profesional, actualmente cursando el último año curricular de la carrera de licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, de la Universidad Nacional de Córdoba. Desempeña cuidado de enfermería neonatal en Hosp. Materno Provincial Dr. Felipe Luccini de la ciudad de Córdoba, específicamente en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, en turno tarde.

Ochoa José Sebastián, Enfermero profesional. Estudiante de quinto año de la carrera antes mencionada en misma institución académica.

Saavedra Fabiana Andrea, Enfermera profesional. Actualmente cursando el último año de la carrera de licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, en Universidad Nacional de Córdoba. Trabaja en Hosp. Materno Provincial Dr. Felipe Luccini de la ciudad de Córdoba, específicamente en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, en turno tarde.

## **Agradecimientos**

A todo el equipo docente, de la cátedra Taller de Trabajo Final y en especial a la Licenciada Valeria Soria, guía en nuestro trabajo, por su excelencia profesional y calidad humana.

A todos los colegas por sus invalorable aportes, por acercarnos material bibliográfico, datos y palabras de aliento.

A nuestras familias, por contribuir con la actitud y acción a que este trabajo sea realidad.

## ÍNDICE

<b>Prólogo</b>	1
<b>Capítulo I: El problema de investigación</b>	2
Planteo y Definición del Problema	3
Justificación del Problema	8
Marco Teórico	9
Definición Conceptual de la Variable	32
Objetivos	34
<b>Capítulo II: Diseño Metodológico</b>	35
Tipo de Estudio	36
Operacionalización de Variables	36
Universo y Muestra	37
Fuente, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	37
Plan de Recolección de Datos	38
Plan de Procesamiento de Datos	38
Plan de Presentación de Datos	38
Tablas	39
Cronograma	43
Presupuesto	43
<b>Referencias bibliograficas</b>	44
<b>Anexos</b>	46
Anexo 1 - Cartas de autorización	47
Anexo 2 - Consentimiento Informado	49
Anexo 3 - Instrumento de recolección de datos	51
Anexo 4- Tabla Matriz	54

## Prólogo

Históricamente el padre ha sido el encargado de traer el dinero al hogar y la madre debía preocuparse del cuidado de los niños. Con el correr de los años la mujer se ha ido incluyendo al ámbito laboral y a su vez el hombre se ha involucrado más en la atención de los hijos.

Generalmente un niño que por cualquier circunstancia requiere hospitalización inmediata después de su nacimiento es visitado en primera instancia por el padre, quien se acerca a conocerlo y a ponerse a disposición del equipo de salud.

Hoy en día el mismo exige tener mayor participación en los cuidados de su hijo y diversos estudios han comprobado que ésta cercanía disminuye el tiempo de hospitalización y favorece el apego padre- hijo, a pesar de esto, no es un tema suficientemente indagado. Generalmente se ha ido favoreciendo un fuerte lazo entre madre e hijo, logrando así una diada muy cohesionada y fuerte pero la trascendencia para el equipo de salud radica en cambiar el concepto de la atención integral a la triada madre- padre- hijo.

La presente investigación tiene como objetivo realizar un estudio descriptivo transversal, a los fines de describir los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

En primera instancia se expone el Capítulo I que incluye: planteo y definición del problema, su justificación, marco teórico, definición conceptual de la variable y objetivos general y específicos.

En segunda instancia se encuentra el Capítulo II que comprende: Diseño Metodológico, donde se plasma el tipo de estudio, operacionalización de las variables, universo y muestra, fuente, técnica e instrumento, plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades y presupuesto.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

## PLANTEO DEL PROBLEMA

La implementación del modelo neoliberal durante la década del noventa trajo consigo fuertes alteraciones que afectaron a la totalidad de los campos de la vida social. Millones de personas sufrieron modificaciones en materia de consumo, estructura familiar, vivienda, salud, caída vertiginosa de los salarios y un incremento importante del desempleo, situación que se expresó en un proceso de empobrecimiento generalizado (Laurell, 1992).

En este contexto muchos hombres quedaron sin empleo y la mujer comenzó a ocupar puestos de trabajo, los roles empezaron a modificarse.

Al comienzo del siglo XIX y mitad del XX el padre era un soporte económico distante. Luego, entre 1940 a 1965, fue considerado como un modelo de rol sexual. Alrededor de 1966 comienza a surgir un padre afectivo y comprometido. Estas variaciones han generado una mayor diversidad de tipos y formas familiares. Sin embargo, la misma, sigue siendo un espacio fundamental y primario de socialización de las personas (Oberman, 1998). Cabe destacar que con los cambios también surgió el hecho de que el cuidado de los niños no es solo responsabilidad de las madres, sino que, es obligación compartida.

Oberman (1998) sostiene que el padre de un bebé es en sí mismo una presencia apreciada, valorada y muchas veces desvalorizada. La evidencia confirma que una presencia activa del mismo impacta positivamente en la evolución psicosocial de sus hijas e hijos (Allen y Daly, 2007; Sarkadi et al, 2008).

En la actualidad está tomando mucha importancia este vínculo afectivo. El padre suele ser el primero en visitar al bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y su principal preocupación es su supervivencia. Juega un papel clave en ese primer momento, porque la madre está en recuperación clínica y en algunas ocasiones no será capaz de ver a su hijo, siendo él entonces, el precursor de las primeras informaciones a la madre y al resto de la familia. Además proporciona soporte para la madre, cuida a los niños y, en muchos casos, necesita volver a trabajar en unos pocos días después de que nazca el bebé. Sin embargo, la atención no siempre es como debería ser, porque muchos entran y salen de la unidad sin recibir informaciones sobre el estado de salud de su hijo.

Los profesionales de la salud son los principales mediadores en ese primer encuentro. Preparan a los padres para ver a su bebé por primera vez y se preocupan por el grado de comprensión sobre las informaciones recibidas, tales como: aspectos del estado de salud, los equipos que están conectados en él, importancia de promover la participación en los

cuidados, el medio ambiente donde está y rutinas del sector (Mackley et al, 2010)

En el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba, el cual adhiere al programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia que busca transformar positivamente el rol del equipo de salud y de los padres, el horario de permanencia de los mismos es irrestricto y cuenta con días y horarios programados para visitas de los hermanos y abuelos. Sin embargo, se observa que las acciones para favorecer el vínculo, están dirigidas, en mayor medida, a la madre, dejando al padre como un mero espectador y con una escasa o nula participación en la asistencia del recién nacido hospitalizado, no son incluidos en las entrevistas, los profesionales se dirigen más a ella estando ambos presentes, no son considerados en las indicaciones de salud y de cuidado, son vistos como actores secundarios o poco relevantes. Estas miradas y prácticas refuerzan la idea tradicional de que es competencia de las mujeres y se pierde una ventana importante para avanzar hacia la corresponsabilidad de ambos padres.

Debido a que cada vez es mayor la presencia del padre en los servicios de Neonatología los enfermeros tienen un rol estratégico y relevante en la promoción y el fortalecimiento del vínculo afectivo y apego padre- hijo, y cuentan con la posibilidad de promover la intervención en su atención, ya que puede ser el cuidador principal en este período de tiempo tan importante.

Frente a estas observaciones y análisis del contexto, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las experiencias del padre con su hijo hospitalizado?

¿Cuál es el significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido?

¿Cómo debe abordar enfermería las necesidades que presenta el padre de un neonato en estado crítico?

¿Qué beneficios genera en el neonato y en el padre el contacto directo?

¿Qué factores identifica el padre como facilitadores o barreras para desarrollar el apego con su hijo?

Para dar respuesta a los interrogantes planteados se recurrió a antecedentes sobre la temática. En la revisión realizada los estudios referentes al padre incluyen padre y madre o solamente la madre, estudios específicos dirigidos solo a los padres son escasos.

El estudio denominado “El cuidado y el convivir con el hijo prematuro: la experiencia del padre”, de Rizzato (2006), tuvo como objetivo describir y comprender la experiencia del padre de un recién-nacido prematuro de muy bajo peso. Se adoptó el referencial metodológico de la etnografía y los datos fueron recolectados por medio de la observación

participante y entrevistas. La unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital y los domicilios de seis padres constituyeron el escenario cultural.

De las categorías emergieron dos temas culturales: La capacidad para tornarse padre y el cuidar - convivir con el hijo. Las vivencias transformadoras en la vida de los hombres fueron comprendidas en dos situaciones: intra-hospitalaria representadas por el nacimiento precoz, por el sufrimiento impuesto en el internamiento y por la religiosidad; extra-hospitalaria manifestadas por el convivir en el domicilio y por la esperanza en el futuro del niño, ambas influidas por experiencias positivas y negativas.

En relación al significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido se consultó un estudio llamado "La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo", de carácter cualitativo, con la metodología de etnoenfermería, realizado en Bogotá, en el que participaron ocho padres. Plantea que este significado está enmarcado por dos temas centrales que se relacionan con las tareas psicológicas que deben llevar a cabo los padres para superar la crisis de haber procreado un producto prematuro extremo como son: preparación para la posible pérdida del hijo, adaptación al entorno de la Unidad de Cuidado Intensivo y reanudar la interacción con el hijo una vez superado el peligro de la pérdida. La hospitalización del recién nacido significa para el padre un cambio en su vida, donde el eje central son su hijo y su pareja, lo cual genera una serie de modificaciones en la estructura social y cultural en la que se ha desenvuelto hasta ese momento, en busca de un bienestar para su familia afianzando más la relación con su pareja, deseando compartir con ella la situación que están viviendo.

Con respecto a cómo debe abordar enfermería las necesidades de los padres cuando su hijo se encuentra en estado crítico, Chattas (2009), en el artículo sobre "Cuidados del recién nacido con defectos de la pared abdominal", plantea que las enfermeras necesitan encontrar cuáles son las necesidades de la familia, la experiencia es única para cada una. En todo momento los padres necesitan información, soporte y compasión. A veces las internaciones prolongadas complican la vida familiar, sobre todo cuando los centros de atención se encuentran alejados del lugar de donde viven los padres. Es frecuente encontrar un deterioro de la comunicación verbal relacionado con un alto grado de estrés en los padres manifestado por la dificultad para comprender los mensajes y mantener el patrón de comunicación habitual. Las enfermeras deben evaluar el lenguaje verbal y no verbal de éstos, observar la interpretación exacta de los mensajes recibidos por el equipo de salud acerca del estado de su hijo y si tienen posibilidades de intercambio de mensajes con los demás padres. Dar un abrazo, tomar la mano a veces es el primer paso de la

comunicación no verbal que puede establecer la enfermera para disminuir la ansiedad y crear un ambiente que facilite la confianza y la escucha activa.

En cuanto a los beneficios que genera en el neonato y en el padre el contacto directo, dentro del estudio de Perin (2007) “La formación del apego padre/recién nacido pretérmino y/o de bajo peso en el método madre canguro: una contribución de la enfermería”, se contempla dentro de la primera categoría “El curso que se vivía antes de venir a la unidad neonatal”, una subcategoría llamada: “Mirar, tocar, sentir al bebé que nace”, que confirma la interacción del padre como tiempo para sentir una pertenencia, conocerse y transmitir seguridad al recién nacido, aspecto que se identificó en este estudio, así como la necesidad del padre de ver, tocar y sentir a su bebé y, de esta manera, entablar lazos y relaciones paternales con su hijo. La quinta categoría planteada “La oportunidad de aprender en el papel de madre, padre e hijo” en la cual se incluye “colocarse al niño”, es decir, ofrecer la oportunidad de realizar un contacto piel a piel con su bebé percibiendo que el cuerpo y sus movimientos son aliados importantes para el intercambio de sentimientos entre padre e hijo, resultados que se relacionan con el patrón planteado de los lazos y las relaciones con el recién nacido donde el padre manifiesta su alegría y satisfacción al iniciar la técnica canguro, pues siente que está contribuyendo con su bebé con el amor, la protección y el apoyo, lo que le da una mayor satisfacción de ser padre dada su contribución al proceso de hospitalización de su hijo

Al buscar antecedentes sobre facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo no se encontró ninguno que lo describa.

Se procedió entonces a la consulta de informantes claves, quienes refirieron lo siguiente:

“... Me parece importante tener buena comunicación con las personas que atienden a mi hijo”. (Padre de paciente internado en UCIN)

“... A veces es incómodo estar en la sala, hay poco espacio y mucha gente” (Padre de paciente internado en UCIN)

“..... Es más tranquilo estar de noche que de día, hay menos gente....” (Padre de paciente internado en UCIN)

“.... Algunas veces siento que mi hijo pasa más tiempo con las enfermeras y médicos que con nosotros que somos sus papás” (Padre de paciente internado en UCIN)

A partir de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica se observa que no existe evidencia sobre los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación, por lo que se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018?

## Justificación

En la bibliografía consultada, se observa cómo, a lo largo de los años, la paternidad se ha tenido en cuenta de una manera secundaria en el cuidado del recién nacido, sin embargo, en la actualidad este rol ha cambiado y repercute en una mayor presencia de éstos en los servicios de Neonatología, por lo que cobra relevancia conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo hospitalizado ya que, el mismo, disminuye el riesgo de abandono, reduce el maltrato infantil y sienta las bases de la personalidad del niño. (Goodfriend, 1993)

El padre que se enfrenta a esta situación, que en muchas ocasiones lo hace antes que la madre, llega a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal acompañado de una carga de preocupaciones relacionadas con el estado de salud y con una imagen ideal de un recién nacido cuya realidad es diferente; para enfrentarse a una serie de impactos relacionados con el funcionamiento de la unidad, las características de su hijo, las alteraciones patológicas y el abordaje por parte del personal de enfermería.

La importancia de incentivar la paternidad activa se fundamenta en la evidencia acerca de sus efectos positivos en el desarrollo de los niños y niñas, así como también en las mujeres y en los propios hombres, junto con ello, el involucramiento de ambos padres en el cuidado y la crianza es un derecho de hijas e hijos. (Sarkadi et al, 2008)

El valor de esta investigación para la institución radica en el aporte de conocimientos sobre la realidad desde el sujeto involucrado, y la contribución de manera significativa a las políticas de UNICEF referidas a la integración del padre en el proceso de nacimiento y hospitalización de los hijos dentro del marco de la estrategia de MSCF, la cual supone el cumplimiento de la Ley Nacional 25.929 que especifica en el artículo 4 que el padre y madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tiene derecho a tener acceso continuado mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

Con respecto a la profesión de enfermería constituye un aporte para el fortalecimiento de un cuidado integral, consolidando al núcleo familiar, en este caso el padre, en el proceso de internación del recién nacido, y ayudaría a definir el papel de las enfermeras en la unidad, que a pesar del alto grado de complejidad, estrés, falencias de tiempo y múltiples tareas se hace necesaria su función educadora enfocada en las necesidades de los padres.

Además contribuye al abordaje integral del paciente y su familia con el fin de favorecer y

propiciar la adaptación y empoderamiento del padre al ingreso y durante la permanencia del neonato en el servicio, lo cual redundará en una mejora en la calidad de vida y relación padre hijo.

Por último, podría ser utilizado como base para futuras investigaciones sobre el tema.

## MARCO TEORICO

### **Desarrollo emocional: Clave para la primera infancia**

UNICEF (2008) plantea que el niño tiene, desde su nacimiento, la capacidad fundamental de relacionarse socialmente, pero podrá desarrollarla, siempre y cuando haya alguien, el cuidador primario, disponible para establecer esta relación social. Por eso, se puede pensar que para el bebé no es posible desarrollarse en soledad. El bebé nace en un estado de indefensión tal que para sobrevivir, constituirse en ser humano y desarrollar su potencialidad genética necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario, ya que no puede hacerlo por sí mismo. Las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados

- El sostén emocional:

El sostén emocional se da en el marco de un vínculo estable, un vínculo de apego, con los cuidadores primarios. Este vínculo se establece desde el momento del nacimiento y permite construir un lazo emocional íntimo con ellos. Por estable entendemos un vínculo cotidiano y previsible, y en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989)

- Constitución de la confianza básica

Los vínculos afectivos estables y contenedores reducen el malestar emocional y potencian los sentimientos positivos en el niño. La expectativa que tiene el niño sobre lo que se puede esperar de los demás se crea a partir de experiencias tempranas concretas de interacciones positivas y repetidas en el tiempo. Se construyen así esquemas mentales acerca de cómo es estar con el otro (Stern, 1985)

- Lo interpersonal configura el mundo interno

Las experiencias emocionales del niño con su familia permiten que él construya la capacidad de pensar el mundo que lo rodea y pensarse a sí mismo, es decir, construir su propio aparato psíquico, que se va a ir desarrollando hasta que logre ser alguien diferenciado como individuo e integrado a la sociedad (Fonagy, Gergely, Jurist y Target,

2001)

- Comunicación preverbal y verbal

Durante los primeros meses de vida, tocar y mirar son los modos de comunicación privilegiados entre el bebé y sus cuidadores primarios. La mirada mutua, la progresiva capacidad de prestar atención conjunta a eventos del mundo externo y el juego de expresiones afectivas transmitidas a través del rostro son modos de relacionarse y actúan como precursores de dos aspectos fundamentales del desarrollo infantil: la capacidad para la formación de símbolos (uso del lenguaje) y la capacidad de empatía (capacidad para comprender los estados emocionales del otro). (Winnicott, 1958)

- La familia: función materna y función paterna

La familia es el espacio en que los niños realizan sus primeras experiencias de interacción. Los cuidadores facilitan y guían su desarrollo, mientras éste crece y logra su autonomía. El niño también, en gran medida, modela la acción de los adultos. La familia cumple la función de asegurar su supervivencia, y el crecimiento y desarrollo adecuados para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos. “Madre” y “padre” son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen, y el buen desarrollo de un niño dependerá de la complementariedad de estas funciones (Alizade, 2010)

- Signos positivos del desarrollo.

Muestran que los procesos psíquicos subyacentes están en funcionamiento y se desarrollan de modo esperable. Los signos positivos del desarrollo planteados por UNICEF (2008) en el primer año de vida son:

Oralidad

- La oralidad no incluye solo el alimento, sino también la presencia de la persona que cumple la función materna y que le ofrece al bebé, además de la leche, caricias, palabras, miradas.
- El bebé muestra placer al alimentarse.
- El bebé se tranquiliza al sentir la presencia del adulto que lo alimenta.
- Si el bebé hablara, diría: “Yo existo para el otro”.

Mirada

- El bebé muestra un marcado interés por el rostro de las personas.
- El bebé “habla” con los ojos. El diálogo que establece con el otro es “ojo a ojo”.
- El bebé se comunica con la mirada (diferente de la vista, que es una función orgánica, la mirada es una función psíquica).

## Voz

- El bebé empieza poco a poco a emitir una diversidad de sonidos a los cuales la mamá (o la persona que se ocupa de él) les da sentido.
- Aprende la lengua materna. Un bebé nace con la capacidad de aprender cualquier idioma, pero en un principio, solo hablará el idioma con el que crece.
- Van apareciendo las primeras palabras, que pueden ser comprendidas por los padres y luego por todo el entorno. Es el inicio de la adquisición del lenguaje. Sueño
- El bebé tranquilo y confiado en su entorno, poco a poco puede aceptar separarse del adulto que lo cuida para dormir.
- Va logrando diferenciar el día de la noche.

## Cuerpo

- El bebé se acopla armoniosamente al cuerpo de la mamá o de la persona que lo cría.
- Se siente con placer y sostenido en el contacto piel a piel.

## Derechos

Éste es un resumen del marco legal vigente sobre el tema

- Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, 1989\_

- Art. 2: Derecho a la no discriminación.
- Art. 3: Consideración del interés superior. Los Estados Partes asegurarán las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección de los niños cumplan las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.
- Art. 5: Reconoce los derechos y obligaciones de los padres para proveer orientación y guía a sus hijos e hijas. Las facultades otorgadas a los padres son conferidas con el objetivo de impartirlas en consonancia con la evolución de las facultades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes para ejercer los derechos reconocidos en la Convención.
- Art. 6: Derecho al desarrollo y a la supervivencia.
- Art. 9: Destaca el derecho de los niños y niñas a no ser separados de sus padres a no ser que sea necesario en función de su interés superior.
- Art. 12: Derecho a ser escuchado y a que sus opiniones sean tomadas en cuenta.
- Art. 16: Plantea que ningún niño o niña será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.
- Art. 18: Hace referencia al reconocimiento de las obligaciones comunes que tienen ambos padres en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño/a

- Art. 21: Expresa claramente que el interés superior del niño o niña será una consideración primordial.
- Art. 24: Se refiere al derecho del disfrute de más alto nivel posible de salud.
- Art. 27: Expone que los padres u otras personas encargadas del niño o niña les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño o niña.
- Art. 28: Derecho del niño o niña a la educación.
- Art. 31: Derecho al descanso, el esparcimiento, al juego y otras actividades recreativas.
- Derechos del Niño Hospitalizado, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 1994
- Art. 5: Derecho a permanecer junto a su madre desde el momento del nacimiento.
- Art. 6: Derecho a estar en compañía de alguno de sus padres durante la internación.
- Art. 7: Derecho a ser amamantado por su madre sin restricciones.
- Art. 9: Derecho a que sus padres participen activa e informadamente en sus cuidados.
- Art. 10: Derecho a ser considerado sujeto de derechos y ser humano íntegro en todos sus aspectos.
- Art. 20: Derecho a disfrutar de todos los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución de la Nación desde 1994.

### **La Paternidad**

Durante siglos la figura paterna ha sido caracterizada como autoridad determinando modelos familiares patriarcales, de tal modo que, Tocqueville (citado en Valdés, 2009) definió al padre como “soberano” y/o “magistrado”. El padre patriarca y proveedor del hogar como se consideraba en las sociedades durante el siglo XIX, sufre una redefinición, situándose en el proceso de desinstitucionalización de la familia, donde influye la mayor presencia femenina en el mundo laboral, las nuevas leyes civiles y la adquisición de derechos políticos, sociales y culturales. Todos estos factores moldean un nuevo concepto, degenerando el poder paterno y llevando a una diversificación de las maneras de asumir la paternidad haciéndose presente las ideas acarreadas de la mundialización (Castelain y Meunier, 2005). Lamb (1997), fue uno de los primeros autores en estudiar al padre como figura del apego, concluyendo que pueden serlo adecuadamente, y que las interacciones adquieren ciertas características específicas que lo diferencian de la madre, siendo éstas más estimulantes físicamente e impredecibles (Clarke y Steward, 1978; Lamb, 1997). Es necesario conceptualizar o referirse a la paternidad dentro de un contexto cultural, las características de la paternidad están sumergidas en pautas socioculturales que orientan los lineamientos generales para su ejercicio y su valoración,

lo que implica la adquisición de ciertas habilidades, cambios en la identidad y la construcción de nuevos significados (Casullo 2005). Tubert (1996) manifiesta que: La paternidad y la maternidad lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión de la femineidad y masculinidad y por ello, son al mismo tiempo productoras de sentido. Stoleru (1995), afirma que los procesos psicológicos acontecidos tanto en el hombre como en la mujer durante el embarazo y los primeros meses de vida de su hijo han sido descriptos dentro del proceso de transición a la parentalidad: “es el reconocimiento del niño como tal lo que induce el desarrollo del sentimiento de ser padre: reconocimiento de la dependencia e imposibilidad del niño de satisfacer sus propias necesidades”. Herzog y Lebovici (1995) enfatizan que además de crear un lazo con el bebé, el padre también debe lograr la convicción interna de que puede cuidar de él y así como el padre ayuda a la madre en el proceso de transición a la parentalidad, él también necesitará de un sostén para paternalizarse, este proceso estaría facilitado por la participación del padre en el deseo de tener un hijo, por la preparación para el parto y por su presencia en la sala de parto. Un elemento mencionado como importante en la construcción de la paternidad y en la manera en que los padres se vinculan con sus hijos, es la propia experiencia como hijo (Ruiz y Charpak, 2004); es decir, la forma en que los sujetos asumen la paternidad hace referencia a su experiencia como hijo. El hecho de ser padre comienza con la decisión de tener y hacerse cargo de un hijo. Por lo tanto, estamos partiendo del supuesto que ser padre excede la misión de engendrar. La paternidad no es solamente un logro biológico sino que supera la función de procreación, modificándose de acuerdo a las condiciones históricas y culturales (Oberman, 1998). La autora mencionada anteriormente hace una distinción entre ser padre y paternidad, lo primero está en relación al impulso biológico de la reproducción, al servicio de poder preservar la especie, al sostenimiento filogenético, en cambio paternidad es el proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar, a cada uno de los hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre. (Oberman, 1998). Dienhart (1998) y Oberman (1998) enfatizan la labor del padre como diferente de la madre, mostrando que la presencia del padre le brinda la posibilidad al niño de desarrollar habilidades distintas, tales como la independencia, el deseo y el placer por explorar el mundo externo. El padre ha comenzado a entrar en el ámbito doméstico, asumiendo un papel más activo y de más importancia en la crianza de sus hijos. Esto se debe, en parte, a la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que es la primera vez que tanto padre como madre

comparten habitualmente las tareas del hogar y la crianza de los hijos. Ello trae consigo una nueva generación de padres, que se atrevió a cuidar a su bebé, alimentarlo y jugar con él. Todo ello sin el riesgo de perder su virilidad ni su hombría. (Oberman, 1998). Oberman (1998) opina que este nuevo modelo de paternidad tiene más relación con la identidad masculina. Existen autores como Badinter (1992) que llaman a este cambio en la concepción de la identidad masculina como: revolución masculina. Esta revolución tiene como objetivo recuperar al hombre natural, dejado de lado con la etapa industrialista del ser humano, en la cual el hombre se concentró en sus capacidades productivas, y por lo tanto, descuidó sus propios sentimientos y en muchos casos los de sus hijos. Guiddens (1995) refiere que estos cambios transforman también la intimidad de las personas, lo que afecta las relaciones entre los géneros, la vida familiar, y por lo tanto, la paternidad. Para la teoría psicoanalítica, la madre es el personaje más importante en las primeras etapas de la vida del niño, ya que es su primer objeto de amor y de identificación, sea este varón o mujer. Conforme se va avanzando en las etapas de desarrollo, el niño va adquiriendo la capacidad de preocuparse por un tercero. Es en ese momento que la etapa edípica aparece y el padre comienza a tener importancia en el psiquismo del niño o niña. El padre, según esta concepción, representa el mundo externo, la autoridad, las normas, la ley, el orden (Oberman, 1998). Doltó (1998) también menciona a la figura paterna como elemento central, pero en este caso, menciona la posibilidad de triangulación desde el inicio de la vida. No niega la existencia de la díada madre-bebé, pero ello no quita la posibilidad de triangulación madre-padre-bebé en el niño, desde el momento de la concepción. Para la autora desde el momento en que el niño nace, la figura del padre es fundamental en su relación directa con el bebé y no sólo como sostenimiento de la madre. El padre es importante en sí mismo y en la propia y particular relación con su bebé desde que éste se encuentra en el vientre de su madre. El hombre entonces ya tiene un lugar durante la vida fetal, porque el niño tiene desde ya la capacidad de escuchar y diferenciar las voces del padre y de la madre (Doltó 1998; Oberman, 1998,).

#### - Implicancias biológicas de la paternidad

Las conductas paternas no solo están determinadas por la cultura o por las vivencias infantiles sino, que también lo están por factores biológicos o más precisamente bioquímicos. Lecannelier (2008), hace hincapié en que ciertas conductas paternas tendrían origen hormonal, tales como alzar el bebé cuando llora o ayudar en su cuidado. Este autor también señala los cambios hormonales que los hombres en la etapa del embarazo, al igual que las mujeres, también los presentan en su organismo, experimentando una disminución de testosterona y un aumento en la producción de

cortisol y prolactina. Esto se traduce en cuidados más sensibles, mayor interés y ternura en el período del embarazo y producirle mayor importancia en establecer una relación con el bebé.

- Rol del padre en el embarazo (Serrano y Pinuaga, 1997)

Cuando la mujer queda embarazada, es el momento en que la pareja puede empezar a asumir el hecho de ser, además de pareja, también madre y padre.

La felicidad que vive la pareja al ver que el deseo de tener un hijo o hija, ya está en pleno desarrollo, es importante. Y el papel del padre, compartiendo la felicidad con la madre en eso es fundamental. El feto queda bajo las influencias del estado de salud física y emocional de la madre y el padre, como pareja afectivo-sexual, tiene una influencia importante en eso.

El padre, empáticamente cercano a su mujer y deseoso de tener un hijo, comparten la sensación de que el embarazo y la crianza es una experiencia cuyo sentido y fuerza se extrae del deseo y la implicación de los dos. Hay confianza y seguridad en su capacidad natural de llevar a término felizmente su embarazo. No se siente decepcionado por el nuevo aspecto físico de su mujer, sino al contrario, la ve atractiva y llena de vitalidad envolvente.

- Rol del padre en el nacimiento (Pinuaga, 1988)

El nacimiento es un momento vital en la vida de la criatura, de la madre y del padre. Favorecer que esté presente el padre, aumenta la capacidad de empatía del padre, porque es un momento emocional en el cual están involucrados muchos sentimientos y en el cual también están presentes los cambios hormonales en el hombre

No hacer parte al padre de este proceso es ignorar su capacidad de empatía, su capacidad sentir, de ser un apoyo vital en este momento. Es impedirle ser cómplice, sentirse conectado con esta nueva vida, con esta experiencia tan importante y por lo tanto dificultarle el entender lo profundo de la experiencia, es privarle de lo que puede que sea la experiencia más conmovedora de la vida, que puede marcarle, también al padre un inicio de cambio.

- Rol del padre en la lactancia (Parke, 1981)

Para que exista la lactancia materna en la especie humana, en principio hacen falta por lo menos dos cosas, una madre dispuesta a ofrecer su "oro" blanco y un bebé. Lo anterior es el mínimo indispensable, pero aún teniéndolo, puede que surjan dificultades que podrían impedir que la lactancia materna salga adelante con éxito.

Estas dificultades las pueden vencer madre e hijo con empeño, información y un deseo firme de seguir adelante, pero todo es mucho más fácil y las probabilidades de éxito

aumentan cuando existe la figura del “soporte”. Esta figura puede ser desempeñada por un familiar, una amistad o cualquier persona, e incluso no existir. Pero quien puede ejercer ese papel de una manera decisiva es el padre. El padre que ejerce como soporte es una figura principal junto con la madre y el hijo/a. Para que un padre sea el soporte ha de implicarse tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que esta situación precisa. Si contamos con una madre, un hijo y un padre-soporte tenemos lo que se conoce como triángulo de la lactancia, que hará que las probabilidades de éxito de la lactancia aumenten considerablemente

### **El rol paterno y la hospitalización**

Ningún padre desea tener que ver a su hijo en situaciones que ponen en riesgo su vida, pero lamentablemente esto sí ocurre. Es allí cuando entra en juego los equipos de salud y la hospitalización provocando gran estrés en la familia, puesto que causa un desequilibrio en el entorno familiar (Silveira, Angelo y Martins, 2008; Gomes y Erdmann 2005). El equipo de salud debería satisfacer todas las necesidades del niño hospitalizado, sin embargo, no suplen la totalidad de éstas, puesto que ellos no son sus padres. El equipo de salud puede llegar a satisfacer todas las necesidades biológicas del niño, pero ¿Qué pasa con las psicológicas y sociales? Éstas sólo las puede satisfacer alguien que realmente conozca al niño, ya sea su madre, su padre o alguien significativo. La atención en salud debería pretender entregar una atención integral para lo cual se debe permitir la participación de un miembro de la familia en el cuidado, ya que los primeros años de vida del niño dependen del contacto con sus familiares (Goncalves y Collet, 1999). Además, para que puedan participar en el cuidado del niño, los padres requieren ser acogidos y sentirse seguros en el ambiente hospitalario. (Silveira y Angelo, 2006). En diversos grados, de acuerdo a realidades locales y capacidad de liderazgo, los padres se están integrando a la atención del niño hospitalizado; más aún, han asumido tratamientos de mediana e incluso alta complejidad en sus hogares, lo que ha permitido mantener la integridad de la familia y una mejor calidad de vida. Sin duda, ha contribuido a ello la participación e integración de los padres durante la hospitalización del niño (Barrera, Moraga, Escobar y Antilef, 2007). Ese alguien significativo no puede pertenecer al equipo de salud, puesto que provocaría daños emocionales tanto al niño como al personal al irse de alta. Es sabido que el hecho de sufrir una hospitalización de un niño provoca estrés en la familia, eso significa, madre, padre e hijos (Parra, Moncada, Oviedo y Volcanes, 2009). UNICEF (2008) sostiene que al garantizar que el padre esté todo el tiempo con su hijo se está contribuyendo a habilitar funciones de la familia que son fuertemente protectoras

para la calidad de vida y contribuyen a la humanización de los cuidados, como ser:

- Sostén y apego. La creación de vínculos y un apego temprano ayuda en el desarrollo, crecimiento y salud de los bebés. La presencia constante de al menos un familiar facilita el apego, base del desarrollo psico-emocional del niño. Provee experiencias sensoriales apropiadas (a través del contacto piel a piel, olfato, gusto, tacto, oído y visión), reduce las interrupciones del sueño, el dolor físico y el estrés.
- Desarrollo y crecimiento. La permanencia del padre permite que esa familia se prepare desde el comienzo, al igual que cualquier familia, para cuidar el crecimiento y desarrollo de ese recién nacido, protegiendo su calidad de vida.
- Humanización del cuidado médico. El padre forma parte del equipo de salud porque es vital para su mejoría y crecimiento. En tanto las familias sean sostenidas con un trato humano comprensivo, inclusivo y comunicativo, la calidad del cuidado que recibirán esos bebés se verá exponencialmente mejorada desde una visión de salud integral.

### **Apego Paterno.**

En la actualidad los hombres están cada día más interesados en participar de la paternidad, involucrándose en funciones afectivas, de cuidado, de soporte emocional y psicológico. Lamb (1977), expuso que el niño durante su primer año de vida no busca necesariamente tener mayor proximidad a la figura materna, por lo que el padre presenta una predisposición equivalente a la de la madre para responder a las necesidades del bebé. Los primeros estudios realizados en relación al vínculo de apego padre-hijo, mostró una débil asociación entre la sensibilidad paterna y apego seguro padre-hijo, las razones a las que se puede atribuir esta asociación es por un lado al tiempo que los padres pasan con sus hijos, ya que no suelen ser el cuidador principal y por otro lado, a la manera de vincularse con sus hijos, interactuando de una forma diferente en comparación con las madres. En la última década se revelaron nuevos resultados en relación al apego padre-hijo. Ya que el padre está más involucrado en las actividades de participación positiva con sus hijos, lo que afecta de manera significativa su relación, formando lazos estables y un apego seguro (Tenorio, Santelices y Pérez 2009). Además, se describen correlaciones positivas que están relacionadas con el apego paterno seguro, como lo es tener menos problemas de comportamiento y que muestran un mayor nivel de sociabilidad (Lucassen, 2011).

### **Maternidad Segura y Centrada en la Familia**

Una MSCF tiene: “una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la

madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad” (Larguia,2011)

Este modelo supone la garantía del cumplimiento de la Ley nacional 25.929 derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, el cual especifica en el artículo 4º que el padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

### **Facilitadores y barreras para desarrollar el apego padre-hijo**

En diversos grados, de acuerdo a realidades locales, el padre se está integrando a la atención del niño hospitalizado, sin embargo se podrían reconocer algunos facilitadores y barreras para esta inclusión.

Shaw (2005) define a las barreras y facilitadores como “aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional”

En el presente estudio, se adopta la guía propuesta por UNICEF (2011) sobre los “Derechos de los Recién Nacidos”, material producido en el marco de la Semana del Prematuro 2011. Dentro de esta guía se detalla el artículo 9, el cual propone “que las

familias acompañen todo el tiempo”.

Esta publicación busca contribuir con el cumplimiento de este derecho para todos los recién nacidos prematuros y sus familias en Argentina. Está dirigido a quienes se sientan involucrados en el cuidado de los recién nacidos, incluyendo a todas aquellas personas que participan en la atención de la salud, familiares, funcionarios de gobierno, quienes administran políticas de salud, quienes pertenecen a sociedades científicas y organizaciones y, también, a cualquier persona que actúe como promotora del derecho 9 del decálogo del prematuro. Garantizar el cumplimiento de este derecho es el resultado de una variedad de acciones que sirven para abrir puertas y sobrellevar dificultades.

- Facilitadores identificados:

Los facilitadores no son entendidos únicamente como la contracara de las barreras, sino como todas aquellas cuestiones que ayudan a garantizar el cumplimiento del derecho. Los facilitadores identificados se clasifican en cinco grandes categorías generales, que no son excluyentes:

1. Facilitadores relacionados con el apoyo y sostén psicológico y emocional
2. Facilitadores relacionados con la infraestructura
3. Facilitadores comunicacionales
4. Facilitadores institucionales
5. Facilitadores relacionados con las políticas de gobierno

1. Facilitadores relacionados con el apoyo y sostén psicológico y emocional: La existencia en el equipo de profesionales de salud mental para acompañar al niño y a su familia es señalada como uno de los factores principales para garantizar el derecho del paciente a ser acompañado por su familia todo el tiempo. Las familias necesitan de un espacio para poder compartir lo que están atravesando y trabajar sobre la diversidad de emociones que genera el tener un niño internado. Prácticamente todos los padres que tienen a su hijo internado, atraviesan momentos de gran ansiedad y dolor y esto impacta directamente en el acompañamiento del mismo. El apoyo psicológico y de asistencia social no solo es importante para los padres y las vicisitudes por las que atraviesan, sino también para el equipo de salud. El verdadero trabajo interdisciplinario existe cuando se incorpora un profesional de salud mental, que ofrece apoyo a las familias y al equipo, pensando a la salud integral del bebé prematuro como necesaria para su progreso. Contar con espacios de reflexión y comunicación sirve como sostén de una familia que atraviesa una situación de “irrupción” como lo es la internación de un niño. Los padres quieren (y necesitan) saber

por lo que están pasando sus hijos, desde un lugar de apoyo y entendimiento. La existencia de espacios en los que se contemplen estas cosas sirve como facilitador del cumplimiento del derecho.

2. Facilitadores relacionados con la infraestructura: Ya se ha mencionado que la infraestructura puede ser una barrera, pero también puede ser un facilitador cuando contribuye a dar cumplimiento al derecho. UNICEF está apoyando la creación de espacios de distensión y descanso para los padres. Los padres necesitan sentirse cómodos durante la internación de sus hijos. Las salas deberían contar con espacios preparados para recibir a familias enteras: madres, padres, hermanos y hasta abuelos. Cuando un niño está internado, de algún modo también lo están sus familiares. Su presencia ayuda al proceso de recuperación del paciente. Estos espacios deben tener lugar para que las familias no sólo puedan ver a los niños sino, también, estar con ellos.

3. Facilitadores comunicacionales: Las familias son parte del equipo a cargo de la salud de los niños. Por eso, necesitan estar al tanto y bien informados sobre la atención que reciben, así como del diagnóstico y pronóstico de cualquier enfermedad o condición que pudieran tener. La comunicación fluida con los padres facilita todo el proceso y reduce la probabilidad de que ocurran problemas tanto durante la internación como a futuro. Asimismo, la permanencia de los padres y su participación activa en ciertos cuidados que requiere el niño, como por ejemplo la alimentación, estrecha el vínculo entre la familia y el equipo de salud y, a su vez, contribuye a la reducción de la sobrecarga a la que está expuesto el personal de salud. En estas circunstancias, los padres son vistos como personal adicional que contribuye al monitoreo de la salud de los pacientes y, junto a otros familiares como hermanos y abuelos, se suman al cuidado constante que ellos necesitan. Por otro lado, la existencia de una estrategia de comunicación entre los diferentes servicios que participan en el cuidado de la salud del niño facilita la inclusión de los padres en el equipo de salud. Implica también tener una estrategia unificada a través de los diferentes servicios y turnos: las familias deben conocer sus derechos y demandar que éstos sean cumplidos por todo el personal, sea la enfermera o el médico, tanto de día como de noche, durante los días hábiles y los fines de semana. La comunicación por parte de los diferentes integrantes del equipo de salud debe incluir aspectos relacionados con las medidas apropiadas y necesarias para poder asegurar la permanencia de los padres al lado de sus hijos, como por ejemplo la realización de entrevistas o encuestas para conocer el grado de satisfacción de los padres o, también, del mismo personal de salud. El trabajo en red también es un facilitador a considerar: conocer qué o cómo hacen

otras instituciones de salud, qué programas implementan o fomentan, actúa como incentivo para otras instituciones. Tener modelos a seguir es importante al momento de proponer acciones para garantizar el acompañamiento familiar. Si los integrantes del equipo de salud, incluidos los padres, saben que en otros servicios se protege y se hace efectivo esto, se facilita y refuerza la demanda calificada para legitimarlo en el propio servicio.

4. Facilitadores institucionales: Contar con el apoyo y sostén de la dirección de la institución y la conducción del servicio, ya sea de neonatología como de enfermería o salud mental, constituye un enorme facilitador para garantizar el derecho. El convencimiento de los jefes de servicio y directores de instituciones sobre la importancia de este derecho es un paso esencial para su cumplimiento efectivo a través de diferentes estrategias que se adapten y respondan a las necesidades propias de cada institución. Una vez que la institución adopta y hace suya la garantía del derecho de los padres de acompañar a sus niños internados, es posible implementar acciones concretas que favorezcan y posibiliten su cumplimiento. Por otro lado, la legitimación de este derecho sólo se alcanzará cuando los profesionales de salud comiencen a trabajar en conjunto como un verdadero equipo. La conducción de las distintas áreas de cada servicio debería trabajar coordinadamente para garantizar la implementación de acciones y protocolos que favorezcan el acompañamiento de las familias y eviten la fragmentación o duplicación de los esfuerzos, así como los mensajes contradictorios. Los jefes del equipo médico neonatal pediátrico, de enfermería, y de otras áreas como salud mental y trabajo social, deberían reunirse regularmente para plantear aspectos vinculados al cumplimiento de este derecho. Un tratamiento con enfoque integral, y a la vez interdisciplinario, favorece e incentiva el acompañamiento del bebé prematuro en todo momento.

5. Facilitadores relacionados con las políticas de gobierno: Las políticas de gobierno tienen un rol clave como facilitadoras del derecho. Nuestra sociedad reconoce al niño como un sujeto de derechos y su bienestar es considerado de interés superior. Así, el Estado asegurará las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección de los niños cumplan las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada. En tanto existan planes y medidas políticas que sirvan de apoyo a la causa, así como leyes que avalen el trabajo en el campo, más fácil resulta implementar cambios y

empoderar a los padres, comunidades y equipos de salud para hacer valer sus derechos. Se cuenta con planes de asistencia a las familias (como por ejemplo, subsidios o pases en transporte) que compensan el severo impacto que genera, en muchas de las familias de nuestro país, la situación de tener durante tanto tiempo un hijo internado. En este sentido, la actividad de los trabajadores sociales de los equipos de salud puede ser de vital importancia.

- Barreras identificadas:

1. Barreras relacionadas con la formación y educación
2. Barreras físicas
3. Barreras relacionadas con los prejuicios
4. Barreras culturales
5. Barreras organizacionales

1. Barreras relacionadas con la formación y educación: El desconocimiento total o parcial sobre la existencia de derechos del niño por parte de los miembros del equipo de salud es atribuido a fallas en la formación o educación de los médicos, enfermeros, psicólogos y demás personal de la salud. Los programas educativos incluyen los derechos del niño, pero no se explica claramente el enorme daño que ocasiona a estos la falta de acompañamiento por parte de sus padres y familiares durante la internación. Estas fallas en la formación profesional –tanto en el pregrado como en el pos-grado– impactarían directamente en el nivel de sensibilización y competencias de los miembros del equipo para poner en práctica este derecho y garantizar su cumplimiento. Si un profesional de salud se forma en hospitales donde se desconoce el fundamento o no se cumple con el ingreso irrestricto de los padres a la unidad de cuidados intensivos neonatales, el cambio actitudinal posterior resultará aún más difícil.

2. Barreras físicas: Un número importante de maternidades y hospitales no cuentan con espacios físicos para albergar a las familias. Muchas unidades de terapia tienen poco espacio para que los padres puedan permanecer aunque sea de pie al lado de las camas en las que están sus niños; en otros casos, cuando disponen de este espacio carecen de los elementos básicos, como sillas, para que puedan estar cómodos durante la internación del paciente.

3. Barreras relacionadas con los prejuicios: Existe un sinnúmero de preconceptos. Uno de

los más difundidos es el rol de “vigilantes” o “auditores” del trabajo del equipo de salud que asumen los padres cuyos hijos están en las unidades de cuidados intensivos. Esto genera miedo en el equipo de salud a que los padres detecten errores en el cuidado o, también, a que se impresionen con algunas de las intervenciones que deben realizar a sus niños. Cuando se erradique ese prejuicio de que los padres “estorban” o “vigilan” se podrá pensar en sumarlos como parte del equipo que usualmente trabaja sobrecargado de tiempo y responsabilidades. No hay miembro más dedicado del equipo sanitario que la madre o el padre del niño internado.

También, aunque es sabido que la presencia de los padres y familiares no aumenta el riesgo de infección del niño internado, gran número de profesionales posee este prejuicio. No sólo la presencia de la familia no incrementa tal riesgo, sino que la mayoría de las infecciones que ocurren son intrahospitalarias y, por tanto, el peso de la responsabilidad recae en el cuerpo sanitario del hospital o centro de salud.

Existen también prejuicios de parte de las familias. Si bien muchos padres conocen su derecho a permanecer junto a sus niños, otros no. Sumado a eso, gran cantidad de los padres asumen un rol pasivo y aceptan, sin cuestionamientos, lo que el plantel hospitalario les dice o exige. Muchos no demandan que se respeten sus derechos y, por el contrario, delegan el cuidado de la salud de sus niños íntegramente al equipo de salud. Toman la palabra de médicos, enfermeros y demás miembros como realidad única. La pasividad de la familia se agrava con la falta de comunicación por parte del equipo a cargo del cuidado del bebé prematuro. En ocasiones, los padres no expresan sus emociones por temor a las posibles represalias.

4. Barreras culturales: Cada institución es un mundo en sí mismo: aunque algunos miembros del equipo estén convencidos de la necesidad de garantizar los derechos de los niños, otros no lo están. Esta falta de convencimiento es un tipo de barrera cultural muy arraigada en las unidades neonatales. En estas salas, en ocasiones coexisten mensajes contradictorios hacia los padres de los niños internados. Por un lado, se les dice que pueden acompañar a sus hijos y se los invita a estar con ellos; pero, por otro, piden que se ausenten cuando el cuerpo médico necesita realizar alguna intervención, cuando las enfermeras necesitan estar con los niños o cuando el personal de limpieza debe trabajar en el área. En algunas instituciones está instalada una modalidad de comunicación con las “visitas” que encierra un maltrato sutil. En la cultura de estas instituciones se instala la idea de que toda persona ajena a la institución, que no está internada, es una “visita”, e incluso los propios padres caen en esta categoría. Muy a menudo los padres no son

participados, consultados o siquiera informados de las decisiones médicas o de las cuestiones relacionadas con la salud de sus hijos. A su vez, las fallas de comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud entorpecen y fragmentan el cuidado que recibe el bebé, y no permiten que este sea consistente y sistemático como debería serlo.

5. Barreras organizacionales: En ocasiones, las enfermeras organizan su rutina diaria sin considerar las necesidades y el derecho de los padres y el niño a estar juntos, imponiendo ciertas rutinas con horarios que excluyen e imposibilitan toda participación de los padres en el proceso de alimentación, por ejemplo. Finalmente, en muchos servicios, la sobrecarga extrema del personal –dado el colapso del sistema sanitario– acrecienta la falta de motivación de los profesionales de salud, que se sienten expuestos, no considerados y perciben que sus propios derechos son vulnerados.

Para continuar, es muy importante mencionar que, la trascendencia para Enfermería radica en cambiar el concepto de una atención integral desde la diada madre- hijo a la triada madre-padre-hijo. Enfermería es una profesión con muchos roles, que requieren de gran crecimiento y desarrollo tanto personal como profesional, para ello han surgido una serie de teorías, dentro de las cuales se considera que la teoría realizada por Ramona T. Mercer, llamada “Adopción del rol maternal”, es la que mejor sustenta esta investigación. Ramona Mercer basa su teoría en todas las investigaciones realizadas por ella durante veinticinco años, y los trabajos ejecutados por Rubin (1972) sobre la adopción del rol maternal. Su trabajo no estuvo orientado sólo a un perfil materno, sino más bien, fue más allá de lo tradicional, abarcando desde el nacimiento del niño, hasta los doce meses de vida. Algunos de los conceptos en los cuales Mercer basa su teoría, se presentan a continuación:

1. Adopción del rol maternal: Proceso de tipo interactivo y evolutivo en el cual la madre siente vinculación con su hijo, esto sucede durante un período de tiempo determinado.
2. Separación materno infantil precoz: Es la separación de un neonato con su madre después de haber nacido, ya sea por enfermedad y/o prematuridad.
3. Ansiedad: Es un estado específico de la situación y puede ser percibido como estresante y/o peligroso.
4. Esfuerzo del rol: Dificultades que presentan las mujeres cuando deben desarrollar las obligaciones del rol maternal.
5. Vinculación: Es el proceso en el cual se crean compromisos afectivos y emocionales

duraderos.

6. Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

7. Familia: Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

8. Apoyo social: Se refiere a la ayuda recibida, la satisfacción que ello produce y quienes la otorgan. Dentro del apoyo social se encuentran.

- Apoyo emocional

- Apoyo informativo

- Apoyo físico

- Apoyo de valoración

9. Relación padre – madre: Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

Dentro de las afirmaciones teóricas, se puede afirmar que el modelo de “Adopción del rol materno” de Mercer, se sitúa dentro de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979), los cuales son:

1. Microsistema: Entorno inmediato en el que se desarrolla el rol materno, aquí se incluye la familia, y su funcionamiento.

2. Exosistema: Este delimita al microsistema y puede determinar en parte lo que le ocurre al rol maternal y su desarrollo al igual que el del niño.

3. Macrosistema: Se refiere a todos los prototipos existentes dentro de una cultura y a los ya transmitidos.

Según Mercer la “Adopción del rol maternal” tiene cuatro estadios de adquisición:

1. Anticipatorio: Se le llama al comienzo de la adaptación social y psicológica al rol. La madre, mientras el feto se encuentra en el útero, imagina su rol.

2. Formal: Aparece durante el nacimiento, además las madres están guiadas por expectativas de otras personas que forman parte de su círculo social.

3. Informal: Comienza cuando la madre adopta su forma particular de representar un rol independiente del sistema social.

4. Personal: Es el momento en el cual la madre alcanza su rol maternal, en el cual ella se siente en armonía e intimidad.

## METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

### PERSONA

Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
2. Además de la socialización de la madre, la instrucción de la misma para tener como respuesta las conductas
3. El compañero del rol de la madre.
4. El niño, considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo a su rol maternal.
5. El compañero íntimo de la madre o el padre
6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.

### CUIDADO DE ENFERMERÍA

Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería, sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

### SALUD

Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad- la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona cómo el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y cómo se consigue la misma por el rol materno.

### ENTORNO

Mercer expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los mismos.

### **Cuidado de enfermería al vínculo de apego**

El cuidado de enfermería al vínculo de apego es el resultado de acciones conjuntas entre los padres del recién nacido hospitalizado y la enfermera, encaminados a la interacción consciente. El cuidado incluye la verbalización de sentimientos positivos y negativos, las

experiencias de contacto, la participación de los padres en el cuidado y la preparación para la salida del hijo a casa. Al valorar los procedimientos hospitalarios, las enfermeras que cuidan el vínculo de apego deben analizar y modificar todo acto que atente contra el contacto temprano y sostenido entre los padres y el niño. Margaret Mahler y Selma Fralberg fueron las pioneras de la terapia conjunta entre la madre y el bebé, y descubrieron que sólo se podía encaminar al recién nacido hacia su óptimo desarrollo si se le daba a los padres la oportunidad de intervenir activamente

+ Propuesta de cuidado de enfermería\_

- Proveer un ambiente de privacidad para que la nueva familia se conozca.
- Es importante que los padres sientan que el recién nacido les pertenece a ellos y no al equipo médico.
- Proveer un ambiente de calidez y confianza para que los padres puedan expresar sus sentimientos y se sientan libres de manifestar sus preocupaciones, hacer preguntas y explorar opciones.
- Cuando la madre no esté en condiciones de permanecer en la UCIN, es importante involucrar al padre como puente de información entre la mamá y el recién nacido.
- No obligar a los padres a poner las manos en la incubadora ni insistir que entren en la UCIN si no se sienten listos o dispuestos a hacerlo.
- Todo personal médico y de enfermería debe obrar con suma prudencia en sus comentarios sobre una posible anormalidad del recién nacido, porque los padres jamás olvidan palabras iniciales de desaliento sobre el aspecto, coloración o pronóstico de su hijo.
- Aprovechar lo más rápidamente posible el primer encuentro con los padres, con el fin de vincularlos al cuidado de su recién nacido para que ellos puedan desarrollar su deseo de cuidar y apegarse al hijo, a la vez que se contribuye a contener el avance del duelo anticipatorio.
- Dar información adecuada, haciendo claridad acerca de lo que ocurre y respondiendo las preguntas e inquietudes, describir los procedimientos que se realizan al recién nacido, por ejemplo el monitoreo, los catéteres, tubos endotraqueales, etc.
- Estimular a los padres para que ellos desempeñen un rol importante en los cuidados del bebé
- Enseñar a los padres a cuidar a su bebé con requerimientos especiales, con el fin de que cuando el alta ocurra puedan atenderlo con eficacia y serenidad.
- Fortalecer el contacto visual y táctil entre los padres y el recién nacido, con el objeto de

hacer ver las características positivas y saludables del bebé.

- Si es posible prever problemas, anticipar una preparación a los padres para lo que posiblemente deban enfrentar.
- Involucrar a toda la familia en el proceso de desarrollo del recién nacido, lo cual se logra con políticas de visita libre y ofrecimientos educativos, tanto para el padre como para la madre; fomentar la visita del bebé por parte de toda la familia a través de la ventana de observación.
- Antes de dar de alta al recién nacido de la UCIN no sólo se debe conocer el estado de salud de éste, sino también el estado del hogar, y del vínculo entre ellos. Una forma es observar cómo la madre alimenta al niño. Son signos positivos de apego: contacto ocular, íntimo contacto físico con el hijo durante la alimentación, caricias, besos y arrullos.
- Cuando hay muerte neonatal la enfermera debe ayudar a los padres a procesar la pérdida y tornarla real, asegurar el inicio de las reacciones de duelo normales y que ambos padres soporten adecuadamente todo el proceso, así como satisfacer sus necesidades individuales.

### **Relación terapéutica**

Una de las características de la enfermería es el concepto de cuidado a través del cual damos significado a la profesión. Entre las necesidades de los cuidados encontramos una muy importante, que es la necesidad de establecer una correcta relación terapéutica, basada en el dialogo abierto, interacción y escucha activa, con el objetivo de ayudar al paciente y su familia a prevenir o actuar frente a la enfermedad.

La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre el profesional de salud y el paciente, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad, por lo tanto es considerada un proceso, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos.

Peplau (1989) define a Enfermería como aquella profesión basada en la relación entre el profesional y el paciente. Para conseguir una eficaz relación terapéutica los profesionales enfermeros deben establecer una comunicación efectiva con el paciente, basada en un intercambio entre profesional sanitario y usuario, esta relación interpersonal permitirá afrontar los problemas que surjan en el ámbito de los servicios sanitarios, muchos problemas se originan cuando la comunicación es deficiente.

La relación terapéutica es una relación profesional basada en un proceso de interacción e influencia social, proceso por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos cuyo objetivo es la curación del enfermo, basada en el conocimiento y

entrenamiento de habilidades para conseguir el bienestar del paciente.

La Enfermera debe tener actitudes y habilidades basadas en el conocimiento y entrenamiento, a la hora de iniciar una eficaz relación de ayuda. El padre expuesto al impacto emocional de la internación, es una persona que está viviendo una situación de temor, miedo e inseguridad y necesitará ser comprendida para poder satisfacer sus necesidades, el enfermero debe tener una visión holística para contemplar y comprender la globalidad del problema.

Para conseguir esto debemos establecer una comunicación efectiva con el padre.

Una de las habilidades más importantes de la profesión enfermera es la comunicación interpersonal, que no solo contempla la comunicación formal, sino también aspectos no verbales como escucha activa, actitud empática, aceptación incondicional (no hacer juicios de valor) y la asertividad. Para que la comunicación sea efectiva es necesario comprender a la persona como un ser activo y al cuidado como finalidad, El modelo empático, se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y de ayuda al otro.

La enfermera debe tener una actitud de escucha activa y dejar hablar. Tiene la responsabilidad de la calidad de la comunicación con el padre, pensando y escuchando con una metodología específica desde el rol de enfermera. En la comunicación terapéutica son los padres los protagonistas, los que hablan y el profesional enfermero el que escucha y lo acompaña

## **DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE**

Por todo lo anteriormente expuesto, se procederá entonces a la definición conceptual de la variable facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación. Para lo cual, los investigadores se posicionan en la definición de Shaw (2005) quien define a las barreras y facilitadores como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica. Dentro de la variable de estudio, se identifican las dimensiones descritas por UNICEF (2011), detalladas anteriormente en el marco teórico, considerándose para la presente investigación los siguientes facilitadores:

+ Facilitadores comunicacionales: Se entiende por la comunicación fluida con los padres que facilita el proceso de internación y reduce la posibilidad de que ocurran problemas tanto durante la hospitalización como a futuro. La comunicación por parte de los diferentes integrantes del equipo de salud debe incluir aspectos relacionados con las medidas apropiadas y necesarias para poder asegurar la permanencia de los padres al lado de sus

hijos, como por ejemplo la realización de entrevistas o encuestas para conocer el grado de satisfacción de los padres o, también, del mismo personal de salud. Se utilizará como indicadores: Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio, aclaración de dudas , recepción de información (estado de salud, tratamiento, higiene, alimentación, cambio de pañales, controles para el alta, derecho a permanecer junto a su hijo, licencia por paternidad, inscripción de su hijo en el registro civil, talleres para padres)

+Facilitadores Institucionales: Se trata de que la institución adopte y haga suya la garantía del derecho de los padres de acompañar a sus hijos internados implementando acciones concretas que favorezcan y posibiliten su cumplimiento. Abarca los siguientes indicadores: Permanencia irrestricta del padre, procesos de enseñanza conjunta con el padre, participación en los cuidados de su hijo.

Sosteniendo las dimensiones descriptas por UNICEF (2011), detalladas anteriormente en el marco teórico, se consideran para la presente investigación las siguientes barreras:

+ Barrera relacionada con los prejuicios: Se basa en un sinnúmero de preconceptos que influyen en la relación entre el equipo de salud y el padre relacionados con la cultura, detección de errores y riesgo de infecciones Contiene los siguientes indicadores: Figura del padre como “vigilante y controlador”, presencia del padre como riesgo de infección, consideración de los profesionales sobre la importancia del rol paterno.

+ Barreras comunicacionales: Corresponde a barreras u obstáculos que puedan surgir durante el proceso comunicativo. Estos factores impiden o dificultan la comunicación deformando el mensaje u obstaculizando el proceso general. Se utilizará como indicadores: Respuestas evasivas, respuestas que no entiende, mensajes contradictorios entre los distintos profesionales.

+ Barreras institucionales: Son todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso y dedicación. Incluye los siguientes indicadores: Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales, espacio físico, entorno (monitores, respiradores y otros elementos).

## **OBJETIVOS**

Objetivo general

Conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

### Objetivos específicos

- Identificar la presencia de facilitadores comunicacionales o institucionales que fomentan el desarrollo del apego padre- hijo hospitalizado.
- Determinar la existencia de barreras relacionadas con los prejuicios, la comunicación y/o institución para el desarrollo del apego padre- hijo hospitalizado.

# **CAPITULO II**

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### Tipo de estudio

El presente proyecto de investigación bivariado se llevará a cabo a través de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal

Descriptivo porque permitirá conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba.

Transversal porque el estudio de las variables se hará en un momento dado, se aplicará el instrumento una única vez, durante el segundo semestre del año 2018

### Operacionalización de la variable

Variable 1	Dimensiones	Indicadores
Facilitadores que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación	Comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio</li><li>- Aclaración de dudas</li><li>- Recepción de información (estado de salud, tratamiento, higiene, alimentación, cambio de pañales, controles para el alta, derecho a permanecer junto a su hijo, licencia por paternidad, inscripción de su hijo en el registro civil, talleres para padres)</li></ul>
	Institucionales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Permanencia irrestricta del padre</li><li>- Procesos de enseñanza conjunta con el padre</li><li>- Participación en los cuidados de su hijo</li></ul>

Variable 2	Dimensiones	Indicadores
Barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación	Relacionada con los prejuicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Figura del padre como “vigilante y controlador”</li> <li>- Presencia del padre como riesgo de infección</li> <li>- Consideración de los profesionales sobre la importancia del rol paterno</li> </ul>
	Comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuestas evasivas</li> <li>- Respuestas que no entiende</li> <li>- Mensajes contradictorios entre los distintos profesionales</li> </ul>
	Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales</li> <li>- Espacio físico</li> <li>- Entorno (monitores, respiradores y otros elementos)</li> </ul>

### Universo y muestra

La población en estudio estará conformada por los padres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados críticos neonatales del hospital materno provincial Dr. Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018

Se realizó una proyección para el segundo semestre del año 2018 con datos retrospectivos del segundo semestre del año 2016 para la estimación del universo. En dicho período hubo 1800 nacimientos, de los cuales 240 de los recién nacidos ingresaron al servicio de Neonatología pero no todos contaron con la presencia del padre, por lo tanto, al ser considerada una población factible de acceder no se tomará muestra.

### Fuente de Información

La fuente de información será primaria, ya que los datos serán recolectados por los investigadores a través del contacto directo con los sujetos de estudio.

### Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos que se utilizará será la encuesta en modalidad de entrevista, ya que permite obtener información más completa y es adaptable y aplicable a toda clase de sujetos. El instrumento será una cedula de entrevista diseñada por los investigadores, que constará de 20 preguntas semiestructuradas y abiertas.

Se realizó una prueba piloto para verificar la validez y confiabilidad de los datos y se realizaron los ajustes necesarios. En esa instancia participaron 5 padres con hijos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

### Plan de recolección de datos

Los datos serán recolectados por los investigadores, previa autorización de las autoridades del Hospital y del Servicio (ver anexo 1). Para ello concurrirán al lugar, en los horarios convenidos con dichas autoridades, de esta manera no se obstaculizarán las actividades normales que se desarrollan diariamente en el servicio.

Previa contestación de la cedula de entrevista (Ver anexo 3), los afectados deberán firmar un consentimiento informado que plasme la voluntad de los mismos para llevarlo a cabo (ver anexo 2).

La recolección de los datos se realizará durante el horario establecido en la institución para la entrega de informes y altas médicas (11 a 12hs).

### Plan de procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos, se procederá de la siguiente manera:

- a) se ordenarán los instrumentos por números correlativos
- b) se transcribirán los datos de los instrumentos a una Tabla Maestra o Matriz (ver anexo 4)
- c) se determinarán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada una de las variables estudiadas, para arribar a los resultados
- d) Las preguntas abiertas serán categorizadas por similitud de respuestas
- e) Las preguntas semiestructuradas serán categorizadas de la siguiente manera: Si hay presencia de 2 o más de los indicadores será considerada un facilitador o barrera respectivamente, si es de 1 o menos no se lo considerará como tal.

### Plan de Presentación de Resultados

Los resultados serán presentados en tablas de simple entrada de acuerdo a los objetivos, en el caso de las preguntas abiertas se mostrarán en cuadros de contenido, esquemas o comentarios que se construirán al finalizar el procesamiento de los datos.

A continuación, se presentan algunos ejemplos:

**Tabla 1:** Facilitadores comunicacionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018

Facilitadores comunicacionales	f	%
a) Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio		
b) Aclaración de dudas		
c) Recepción de información		
d) Otros		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 2:** Facilitadores institucionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018

Facilitadores institucionales	f	%
a) Permanencia irrestricta del padre		
b) Procesos de enseñanza conjunta con el padre		
c) Participación en los cuidados		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 3:** Barreras relacionadas con los prejuicios que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

Barreras relacionadas con los prejuicios	f	%
a) Figura del padre como vigilante y controlador		
b) Presencia del padre como riesgo de infección		
c) Consideración de los profesionales sobre la importancia del rol paterno		
d) Otros		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 4:** Barreras comunicacionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

Barreras comunicacionales	f	%
a) Respuestas evasivas		
b) Respuestas que no entiende		
c) Mensajes contradictorios entre los distintos profesionales		
d) Otros		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de Entrevista

**Tabla 5:** Barreras institucionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

Barreras institucionales	f	%
a) Inclusión en las actividades de la rutina diaria de los profesionales		
b) Espacio físico		
c) Entorno (monitores, respiradores y otros elementos)		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de Entrevista.

**Tabla 6:** Facilitadores que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

Facilitadores	f	%
a) Facilitadores comunicacionales		
b) Facilitadores institucionales		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 7:** Barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018

Barreras	f	%
a) Barrera relacionada con los prejuicios		
b) Barreras comunicacionales		
c) Barreras institucionales		
Total de respuestas		

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 8:** Facilitadores comunicacionales que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018

Facilitadores comunicacionales	
	Respuestas
a) Disposición de los profesionales para la escucha e intercambio	
b) Aclaración de dudas	
c) Recepción de información	

Fuente: Cedula de entrevista

**Tabla 9:** Barreras relacionadas con los prejuicios que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018.

Barreras relacionadas con los prejuicios	
	Respuestas
a) Figura del padre como vigilante y controlador	
b) Presencia del padre como riesgo de infección	
c) Consideración de los profesionales sobre la importancia del rol paterno	

Fuente: Cedula de entrevista

### Análisis de los datos

Los datos obtenidos se analizarán a través de una estadística descriptiva

## Cronograma

### Gráfico de Gantt

Actividades	Período						
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión del proyecto	■						
Recolección de datos		■					
Procesamiento y análisis de los datos			■				
Presentación de resultados				■			
Elaboración de informes					■	■	
Publicación de informes							■

## Presupuesto

Recursos	Descripción	Cantidad	Precio unitario	Total
Humanos	Investigadores	3	-	-
Materiales	Lapiceras	12	\$4.00	\$49
	Resma de papel	2	\$100	\$200
	Cartuchos de tinta	9	\$200	\$1800
	Fotocopias del instrumento	250	\$1	\$250
	Impresión y encuadernación	1	\$1500	\$1500
	CDs	2	\$50	\$100
Otros	Transporte	30	\$12.60	\$378
	Imprevistos	-	\$200	\$200
Total		309	\$2067	\$4477

## Referencias Bibliográficas

- Alizade, M. (2010): La liberación de la parentalidad en el siglo XXI, recuperado de [www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1323](http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1323).
- Bohorquez C. Cuidado de enfermería al vínculo de apego a padres y recién nacido hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal. *Avances en enfermería*. Recuperado el 12 de julio 2017, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16334/17263>
- Bowlby J. (1989). Una base segura. *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Bs. As.: Paidós.
- Fonagy, P., G. Gergely, E. Jurist y M. Target (2001): *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF (2011). Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 9: que sus familias lo acompañen todo el tiempo. Argentina: Primera Edición. ISBN: 978-92-8064721-1.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Lamb, M. E. (1997). The development of father-infant relationships. En M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 104-120). New York: John Wiley & Sons.
- Larguia, Miguel; Dra. Lomuto, Celia; Lic. Gonzalez, Aurelia; (Agosto 2007) *Maternidades Centradas en la familia, Guía para transformar maternidades tradicionales* Ministerio de la Nación, Presidencia de la Nación, UNICEF. Segunda Edición.
- Laurell Asa, Cristina (1992). *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México.
- Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. *Modelos y teorías en enfermería*. España: Editorial Elsevier.
- Muniagurria, M. (1998). Intervenciones psicosociales en la U.C.I.N: “Cuidando al recién nacido y sus padres”. Simpósio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico Argentino. Buenos Aires. Resumen recuperado el agosto 2017, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/gabriela/cnr.htm>
- Oiberman, A. (1998). *Padre- bebé. Inicio de una relación*. Buenos aires. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Rizzato Tronchin, Daisy M. y Tsunehiro, M. A.(Febrero, 2006) *Cuidar e o conviver com o*

filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (1), 93-101 Rio de Janeiro.

- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. y Bremberg, S. (2008) Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Pediátrica* 97, pp 153–158.
- Shaw, B. (2005). Intervenciones dirigidas a superar barreras identificadas para el cambio: efectos sobre los resultados en la práctica profesional y la atención de la salud. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. (1994). "Derechos del niño hospitalizado". Convención sobre los Derechos del Niño. Ley 23849. Argentina. Buenos Aires.
- Stern, D. (1985). El mundo interpersonal del infante. Buenos Aires: Paidós.
- Tamez Silva. (2003). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Editorial Médica Panamericana. 172-177.
- UNICEF, Fundación Kaleidos, (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Impreso en Argentina Primera edición.
- Winnicott, D. W. (1958). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós.

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Notas de Autorización

Córdoba, 7 de mayo de 2018

Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini

Sr. Director

S\_\_\_\_/\_\_\_\_D:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitarle autorización para la recolección de datos a padres con hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología con el propósito de realizar un estudio de investigación que tiene por objetivo conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio. Sin otro particular, nos despedimos de usted a la espera de una respuesta favorable. Atentamente.

Carrizo Sabrina Micaela

Ochoa José Sebastián

Saavedra Fabiana Andrea

Córdoba, 7 de mayo de 2018

Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini

Sra. Jefa departamental de Enfermería

S\_\_\_\_\_/\_\_\_\_D:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a quien corresponda, con el fin de solicitarle autorización para la recolección de datos a padres con hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología con el propósito de realizar un estudio de investigación que tiene por objetivo conocer los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio, los mismos estarán amparados por el secreto estadístico. Sin otro particular, nos despedimos de usted a la espera de una respuesta favorable. Atentamente.

Carrizo Sabrina Micaela

Ochoa José Sebastián

Saavedra Fabiana Andrea

## **Anexo 2: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del Proyecto: "Facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba.

Investigadores: Carrizo Sabrina Micaela, Ochoa José Sebastián, Saavedra Fabiana Andrea, Licenciados en Enfermería quienes llevaron a cabo el proyecto mencionado anteriormente.

Este estudio contribuye al conocimiento enfermero sobre los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba. Para su ejecución y puesta en marcha se requirió la autorización de las personas competentes en cuanto a cargos organigramicos de la institución afectada, entendiéndose esto como la dirección y el departamento de enfermería.

El procedimiento incluye: Responder la entrevista semiestructurada adjunta, en el lapso horario de 20 minutos. Su participación es voluntaria, es decir, usted no esta obligado a desarrollarlo.

No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en este estudio, ya que los resultados tendrán interés científico. No obstante, en el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial benéfico a la temática, le serán comunicados siempre con anterioridad, sino hubiere manifestado por escrito el deseo de no recibir este tipo de información. Los gastos serán responsabilidad total de las investigadoras del estudio y usted como participante del mismo, no tiene ninguna implicancia en este hecho.

Se garantiza la confiabilidad, esto quiere decir que se guardara en anonimato absoluto, la identidad de los informantes. Por ello, los resultados de este estudio se almacenaran en un archivo específico creado especialmente para tal fin, con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por la fuente primaria (informantes) del estudio y serán publicados en un informe de investigación sin que consten datos de las personas que colaboraron en el mismo. Con la firma de este instrumento, usted da su consentimiento, informado y escrito, para participar voluntariamente en este estudio.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente acepto participar en esta investigación.

Firma del informante

Fecha

He explicado el estudio al informante firmante y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador

Fecha

### Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

La siguiente entrevista tiene como finalidad obtener datos acerca de los facilitadores y barreras que identifica el padre para desarrollar el apego con su hijo durante la internación en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Provincial Dr Raúl Felipe Luccini de la Ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2018. A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre aspectos relacionados a la temática, es anónimo y se manejará de forma discreta. Agradecemos su colaboración para llevar a cabo esta investigación.

Cedula n°:

Fecha:

Nombre del investigador:

Edad del entrevistado:

Tiempo de hospitalización del niño:

#### Preguntas

1) ¿Hace cuánto que fue papá?

---

2) ¿Como vivió usted el embarazo?

---

3) Su bebé nació por:

a) Parto normal

b) Cesárea

4) a) ¿Pudo estar en el parto? SI  NO

b) Si estuvo presente en el parto ¿como fue su experiencia?

---

c) Si no pudo presenciar el parto, ¿Cual fue la razón?

---

5) ¿Que sintió cuando se enteró que era necesario que su bebé se quedara internado?

---

6) ¿Ha tenido la posibilidad de compartir las vivencias con otros papás?

SI  NO

Existen aspectos que facilitan la relación y vinculo con su hijo. A su criterio responda:

7) Marque con una cruz (x) sobre cuál de los siguientes aspectos recibió información:

a) Estado de salud de su hijo

- b) Tratamiento
- c) Higiene, cambio de pañales, alimentación
- d) Licencia por paternidad
- e) Controles y cuidados para el alta
- f) Derecho a permanecer junto a su hijo durante la hospitalización
- g) Inscripción de su hijo en el registro civil
- h) Talleres para padres
- i) Otras

¿Cuales? \_\_\_\_\_

8) ¿Que profesionales brindaron esa información?

\_\_\_\_\_

9) ¿En que lo ayudó recibir esa información?

\_\_\_\_\_

10) ¿Cómo considera la comunicación con el equipo de salud? Explique

\_\_\_\_\_

11) ¿Cómo es su permanencia en la institución?

\_\_\_\_\_

12) ¿Con que profesionales usted ha podido participar en el cuidado de su hijo?

\_\_\_\_\_

13) ¿Considera que los aspectos mencionados en las preguntas anteriores facilitan la relación y vinculo con su hijo durante la hospitalización?

SI  NO

¿Porque? \_\_\_\_\_

14) Mencione otros aspectos que faciliten la relación y vinculo con su hijo

\_\_\_\_\_

Es habitual también la presencia de obstáculos para el desarrollo de la relación y vinculo con su hijo. A su criterio responda:

15) Marque con una cruz (x): cree que el personal que atiende a su hijo:

- a) Lo ve a usted como alguien que controla y vigila sus tareas
- b) Reconoce la importancia de su participación
- c) Lo considera a usted como riesgo de infección para los pacientes
- d) Tiene en cuenta los beneficios de que permanezca con su hijo
- e) Lo excluye de los cuidados por su género (masculino) considerándolo poco importante

en la atención de su hijo

f) Respeta e incentiva su rol paterno

g) Lo consideran "visita", desconociendo su rol de padre

16) Marque con una cruz(x): Cuando solicita información al personal que atiende a su hijo ¿cómo son las respuestas que recibe?:

a) Evasivas

b) Claras

c) Difíciles de entender

d) Con información suficiente

e) Contradictorias entre los distintos profesionales

f) Oportunas

g) Otras

¿Cuales? \_\_\_\_\_

17) ¿Como considera que interviene el espacio físico y el entorno que rodea a su hijo (monitores, respiradores y otros elementos) para establecer la relación y vinculo con su hijo?

\_\_\_\_\_

18) ¿Que sucede cuando el personal realiza actividades específicas como colocar vías, sondas, cambios de guardia, limpieza, etc.?

\_\_\_\_\_

19) ¿Considera que los aspectos mencionados en las preguntas anteriores dificultan la relación y vinculo con su hijo durante la hospitalización?

SI  NO

¿Porque? \_\_\_\_\_

20) Mencione otros obstáculos que dificulten la relación y vinculo con su hijo

\_\_\_\_\_

