



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Cátedra: Taller de Trabajo Final

Proyecto de Investigación:

**SATISFACCIÓN DE LOS PADRES RESPECTO A LA
INTERVENCIÓN DE LA “ENFERMERA DE NURSERY”**

A realizarse en el Sanatorio Allende Cerro, durante julio-diciembre de 2017

Asesores Metodológicos:

Lic. Esp. Piovano, Mirta

Lic. Colella, Gabriela

Autoras:

Celis Rosas, Karina de L.

Cruz, Gisela G.

Córdoba, marzo de 2017

DATOS DE LAS AUTORAS

Celis Rosas, Karina de Lourdes: Enfermera Profesional, egresada en el año 2012 de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina - Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería.

Anteriormente, desempeñó funciones como Auxiliar de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intermedios con pacientes adultos, en el Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago de Chile, durante el periodo 2008-2009.

Luego de obtener el título de pregrado en Argentina, comenzó a ejercer como enfermera operativa en el Sanatorio Allende Cerro de la provincia de Córdoba, desde el 2013 a la fecha. En principio, trabajando en el Internado General con adultos, y actualmente en el Servicio de Perinatología (partos/nursery, neonatología y UTI pediátrica).

Cruz, Gisela Gabriela: Enfermera Profesional, egresada en el año 2012 de la Universidad Nacional de Salta, Argentina - Facultad de Ciencias de la Salud.

Desempeña funciones como enfermera operativa en el Sanatorio Allende Cerro de la provincia de Córdoba, desde el año 2013. Asistió en primera instancia a pacientes adultos del Internado General. Posteriormente y hasta la fecha, se desempeña cubriendo el área de partos/nursery, neonatología y UTI pediátrica, en el Servicio de Perinatología.

AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar a Dios, por ser nuestra guía y fortaleza en la vida...
a quien entregamos nuestra profesión.*

*A nuestras familias, quienes nos han apoyado durante toda la
carrera, aun estando a la distancia.*

*Al Lic. Esp. Federico González por ser un ejemplo tanto
humanamente como en lo profesional,
y por sus aportes al presente trabajo.*

*A la Lic. Esp. Mirta Piovano y la Lic. Gabriela Colella, por el
acompañamiento docente que nos brindaron a lo largo de esta
última instancia para alcanzar la licenciatura.*

*A todas las personas que aportaron su granito de arena y que nos
animaron a seguir adelante con nuestra formación profesional.*

MUCHAS GRACIAS!!!

Karina y Gisela

INDICE

SECCIÓN PRELIMINAR

▪ Carátula	
▪ Datos de las autoras.....	1
▪ Agradecimientos.....	2
▪ Índice.....	3
▪ Prólogo.....	4

SECCIÓN CUERPO

CAPÍTULO I: EL PLANTEO DEL PROBLEMA.....	5
▪ Introducción.....	6
▪ Marco referencial.....	7
▪ Planteo del problema.....	9
▪ Definición del problema.....	13
▪ Justificación del proyecto.....	13
▪ Marco teórico.....	14
▪ Conceptualización de la variable.....	24
▪ Formulación de objetivos.....	26
CAPÍTULO II: EL DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
▪ Tipo de estudio.....	28
▪ Operacionalización de la variable.....	29
▪ Población.....	30
▪ Muestra.....	31
▪ Fuente, técnica e instrumento de recolección de datos.....	31
▪ Planes.....	32
▪ Cronograma.....	35
▪ Presupuesto.....	35
▪ Referencias bibliográficas.....	36
▪ Bibliografía.....	39
SECCIÓN ANEXOS.....	40
▪ Notas de autorización.....	41
▪ Consentimiento informado.....	43
▪ Instrumento de recolección de datos.....	44
▪ Tabla matriz.....	48

PRÓLOGO

El presente proyecto de investigación, pretende describir la satisfacción de los padres que permanecieron en la internación con su hijo/a recién nacido/a, mediante cuatro dimensiones que forman parte del rol de la enfermera en la unidad madre-niño. Su contribución a la profesión radica principalmente en conocer la mirada de los padres respecto a las intervenciones realizadas, para poder mejorar la atención y calidad de cuidado.

El capítulo I, comienza con una introducción a la temática en general, para luego llevar al lector al escenario de la práctica, donde las autoras se desempeñan profesionalmente. Se realiza una breve descripción del funcionamiento del servicio de partos y de las actividades diarias que la enfermera realiza junto a los padres. El registro de las observaciones de la realidad, el planteamiento de los interrogantes y la búsqueda de antecedentes relacionados, conducen a la definición del problema de investigación. Mediante la justificación, se fundamenta la elaboración y posterior ejecución del proyecto. Teniendo en cuenta un marco teórico de referencia, se formula la conceptualización de la variable “satisfacción” y sus dimensiones. Se presenta el objetivo general y los específicos, que representan el centro de interés de la investigación.

El capítulo II, desarrolla el diseño metodológico. Especifica el tipo de estudio a realizar, la población y muestra sobre la cual se llevará a cabo. La variable “satisfacción” es operacionalizada para ser medible. De los indicadores, se desprende el instrumento de recolección de datos. Posteriormente, se conduce a la elaboración de los distintos planes, el cronograma y el presupuesto estimativo del proyecto.

Finalmente, se adjuntan notas de autorización para la institución seleccionada, consentimiento informado para los padres, el instrumento de recolección de datos y la tabla matriz para el volcado de datos.

CAPÍTULO I:
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha hecho énfasis en el cuidado de la salud materno-infantil, puesto que se trata de uno de los grupos más vulnerables. Existe un nuevo paradigma en salud perinatal, el cual se ha incorporado poco a poco en la atención de la mujer embarazada. Promueve una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, busca mejorar la calidad de atención y reducir la morbi-mortalidad materno-infantil.

La enfermera, como integrante del equipo de salud, y quien se encuentra con contacto permanentemente con el usuario, pasa a ser protagonista clave en la prestación de cuidados. Su accionar, adquiere un carácter especial cuando se asiste a los padres de un recién nacido, debido a que este periodo implica una gran carga emocional en la que deberán asumir un nuevo rol dentro de la familia.

En las instituciones sanitarias, y especialmente en las privadas, existe una enfermera específica destinada a la atención y acompañamiento de madres (su entorno y el recién nacido), a lo largo de todo este proceso. Una de ellas es el Sanatorio Allende Cerro, donde se atiende un importante porcentaje de embarazadas, aproximando 160 nacimientos por mes. Cabe señalar que el sanatorio adhiere hoy en día al modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF), el cual incorpora a los padres como protagonistas en el nacimiento de sus hijos/as, promoviendo un cuidado humanizado, seguro y de calidad. Aquí se incluyen también los denominados “partos humanizados”.

Sin embargo, es necesario que la asistencia brindada por el equipo de salud, y especialmente por parte de la “enfermera de nursery”, alcance a cubrir las necesidades y expectativas de los padres para que puedan vivenciar una experiencia agradable durante la internación, y así facilitar también la adopción del rol dentro de la familia de manera más gratificante.

MARCO REFERENCIAL

Para efectos de la presente investigación, se describirá el modo de funcionamiento del servicio de partos de la institución seleccionada.

En el Sanatorio Allende Cerro, el área de partos cuenta con dos enfermeras. Una de ellas enfocada principalmente en la madre: Recepción, atención y cuidados de la madre/acompañante, antes, durante y después del trabajo de parto (ingreso, identificación, control de signos vitales, canalización, medicación, higiene y confort, toma de muestras de orina) También para el ingreso y preparación de la embarazada que va a cesárea. Y, otra enfermera enfocada principalmente en el recién nacido, quien se conoce en la institución como “enfermera de nursery”. Ésta denotación, en textos científicos puede corresponder al término de *puericultora*.

La función de la “enfermera de nursery” comienza desde el momento en que la madre ingresa a la sala de partos. Es aquí donde ella se presenta, solicita los datos maternos y coloca la pulsera de identificación del binomio madre-hijo. Valora las expectativas de los padres respecto al nacimiento de su hijo/a, experiencias anteriores en el caso de que las hubiera, antecedentes perinatales y la información recibida previamente. Responde inquietudes. Detecta referentes cercanos para generar un marco de contención emocional.

En la recepción del bebé, la “enfermera de nursery” se encuentra con el neonatólogo quien valora inicialmente al recién nacido. Ella corrobora la pulsera identificatoria del binomio madre-hijo, registra las medidas antropométricas y datos del nacimiento, realiza impresión de huellas plantares, coloca vitamina K y hepatitis B intramuscular, realiza profilaxis ocular y del cordón umbilical, lo seca, lo estimula, lo viste y acondiciona para entregárselo al padre/acompañante y luego a la madre. Entonces, se trata de prenderlo inmediatamente al pecho materno.

Si bien la institución no cuenta con un sector específico para la *internación conjunta*, se tiene en consideración internar en la misma habitación a otra puérpera, dentro del internado general. Allí, la madre es atendida por la

enfermera del servicio, quien se encarga principalmente de su higiene, confort, tratamiento analgésico y valora a grandes rasgos la relación madre-hijo.

La “enfermera de nursery”, continúa valorando al recién nacido durante el *puerperio inmediato*. Trabaja en conjunto con el neonatólogo y los visita tres veces durante el día o cuando ellos lo solicitan. Promueve el apego y la formación del vínculo, desde el contacto piel a piel luego del nacimiento, la prendida frecuente al pecho materno, e incentivando a los padres a ser protagonistas del cuidado al recién nacido, reconociendo y reforzando su accionar. Les explica y les entrega material escrito con algunas recomendaciones prácticas. Por ejemplo, referidas a la higiene del bebé, beneficios de la lactancia materna, qué es lo esperable en el comportamiento del niño/a o señales de alarma a tener en cuenta. Dicho en otras palabras, actúa como intermediaria en esta interrelación madre-padre-recién nacido. En condiciones normales, el alta institucional para madres que han realizado un parto corresponde a 24 horas y 48 horas en caso de cesárea.

Esta modalidad de trabajo de la “enfermera de nursery”, se corresponde a la incorporación del *modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF)*. Sin embargo, no mucho tiempo atrás, los recién nacidos sanos, eran internados en sectores denominados “nurseries” y llevados periódicamente a la habitación con los padres. Ésta y otras situaciones, no fueron efectivas a la hora de instaurar inicialmente la lactancia materna, enseñar los primeros cuidados al bebé, lograr la seguridad de los padres en el manejo de su hijo/a y en la preparación para el alta. Por ello, y sumado a la introducción de este nuevo paradigma en salud perinatal, el sanatorio adhirió al modelo hace ya cinco años.

La enfermera que ingresa al servicio de perinatología (que incluye el área de partos/nursery, neonatología y UTI pediátrica), debe cumplir cierto perfil y es guiada a brindar cuidados que se corresponden al modelo de MSCF. Trabaja en tres turnos fijos: mañana, tarde y noche. El sistema es rotativo, por lo que las enfermeras deben desempeñarse indistintamente en cualquiera de las tres áreas, según la distribución diaria que realice la supervisión.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Se observa en la práctica diaria, que en la mayoría de los casos, las madres ingresan a la institución con trabajo de parto avanzado, lo que dificulta la función de la “enfermera de nursery” en una primera instancia. Y muchas veces, recién tiene el primer contacto con los padres en el puerperio inmediato. Dependiendo de la situación, ella valora el tipo de intervención que realizará.

Las reacciones que se observan frecuentemente en los padres, incluyen por ejemplo: solicitar la presencia de la “enfermera de nursery” refiriendo que no pueden despertar al recién nacido para alimentarlo. En general, prefieren dar biberón antes que ofrecerle el pecho materno. Se turnan en la noche o a veces no descansan por temor a que “el bebé se ahogue”. Repiten las mismas preguntas en los diferentes turnos y hacia las distintas enfermeras. Los padres primerizos, se muestran temerosos desde el momento del ingreso y frente al nacimiento del hijo. Posteriormente se muestran inseguros en el cuidado y al no poder tranquilizarlo cuando llora. Los padres que ya han vivenciado el nacimiento de un hijo anteriormente, realizan menos llamadas.

Algunos padres manifiestan disconformidad cuando solicitan a la enfermera y ella no acude de manera inmediata a su llamado. Esto tiene relación con el número de partos y cesáreas que se realizan diariamente. Y por otro lado, se dificulta cuando ésta enfermera es designada para, además, prestar colaboración en las otras áreas del servicio de perinatología.

El sistema de rotación de las enfermeras, también se realiza en los diferentes servicios de la institución. Es por ello que en algunas oportunidades, la función de la “enfermera de nursery” la realiza una enfermera de otro servicio (del internado general o de UTI adulto), quien no puede responder del todo las inquietudes de los padres.

Al momento del alta institucional, el cual generalmente se da por la mañana, pocas veces se puede hacer presente ésta enfermera, debido a la sobrecarga de trabajo. Posterior al alta, ocasionalmente, se observan consultas de los padres debido a que “el niño no se alimenta bien” o “llora y no se calma”.

A partir de las observaciones mencionadas, se plantean los siguientes interrogantes:

- ¿Qué expectativas tienen los padres acerca de la “enfermera de nursery”, previo al ingreso institucional?
- ¿Consideran los padres que los cuidados brindados hacia el recién nacido durante la internación conjunta, fueron suficientes?
- ¿Se sienten satisfechos los padres en cuanto a la intervención de la enfermera, desde el ingreso hasta el alta institucional?

Para ampliar sobre la temática, y en base a los interrogantes planteados, se realizó una búsqueda de antecedentes relacionados con la satisfacción respecto a la atención de la enfermera. Los mismos se detallan a continuación:

- Galeano H. et al (2006), realizaron en Corrientes-Argentina, un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II, sobre “*Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un Hospital Pediátrico*”. Para evaluar la satisfacción, se tuvieron en cuenta las dimensiones: rutina de trabajo, presentación y trato e idoneidad. Según los resultados, el grado de satisfacción de los padres respecto a la atención de enfermería es satisfactoria, influyendo positivamente en la utilización de los servicios y en el grado de conformidad con los cuidados. Ambos aspectos relacionados con los resultados terapéuticos y el estado de salud. Concluyen: Es necesario llevar a cabo un desarrollo permanente de programas de mejoramiento de los cuidados de enfermería que contemplen el conocimiento del problema, la capacidad instalada de recursos y la medida en que las necesidades del paciente son cubiertas. En este sentido, el monitoreo de la satisfacción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos y la educación continua del personal se transforman en estrategias válidas para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad.

- Ponce, Reyes, Ponce G. (2006), realizaron en México, un estudio descriptivo, exploratorio, transversal en el Hospital Gineco-obstétrico acerca de *“Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad”*. El objetivo fue describir los factores que intervienen en ambas variables. Según los resultados, la satisfacción laboral alcanzó un índice global de 3.42; los hombres y el personal de turno vespertino mostraron mayores índices de satisfacción. 50% de los usuarios encuestados considera insuficiente la calidad de atención recibida. Los índices más altos de satisfacción se encontraron en pacientes de 46 a 60 años de edad, escolaridad primaria y licenciatura. Finalmente concluyen: la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como condiciones laborales. Y la satisfacción del usuario está ligada con el trato personal. A mayor satisfacción laboral, existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto, satisfacción del paciente.
- Suárez A. (2014), realizó en Ecuador, un estudio cuanti-cualitativo, en el servicio de maternidad del Hospital Provincial de Latacunga: *“Educación por parte del personal de enfermería en el cuidado del recién nacido, en relación con el grado de conocimientos adquiridos por madres primípara al momento del alta”*. Los resultados señalaron que existe un déficit de conocimientos sobre la lactancia materna, en lo que se refiere al cuidado de la piel y el tipo de ropa adecuada para el bebé, y en cuanto a la posición adecuada para que el niño duerma. Los cuidados de higiene del recién nacido alcanzaron niveles satisfactorios en todos sus aspectos. Por otro lado, como lo indica la ficha de observación, un 20% de personal de enfermería algunas veces educan acerca del cuidado del recién nacido en el puerperio a las madres primíparas, mientras que en un 29% nunca educa a las madres. Se elabora finalmente una propuesta escrita a través de un manual sobre cuidados del recién nacido para las madres.
- Patrocinio, Rosa (2014), realizó en Perú, una investigación descriptiva en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza *“Nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la*

enfermera". La variable se estudió desde cuatro dimensiones: biológica, emocional, social y espiritual. Según los resultados, las madres se encontraron medianamente satisfechas en cuanto a los cuidados de la enfermera. Por lo que se recomienda revisar las actividades de cuidado y buscar un enfoque holístico que dé respuesta a las necesidades de las puérperas. También se sugiere abordar la temática de satisfacción de la puérpera desde un enfoque cualitativo para identificar factores que influyen en la insatisfacción.

Los antecedentes previos, permiten ver la satisfacción de los padres, pero teniendo en cuenta distintas dimensiones de la variable, las cuales son interesantes para tener en cuenta. Resaltan además los diferentes factores que pueden asociarse de forma negativa o positiva a la satisfacción y que intervienen en la percepción de calidad de asistencia recibida. No en todas las instituciones se asocia este rol de intervención directa con la madre-padre-recién nacido a una enfermera en particular, sino que se lo atribuye a todas por igual. Siendo así, debería usarse un mismo criterio al momento de brindar cuidados y recomendaciones. Por otro lado, mientras más personas interactúan en este periodo de la internación conjunta, más se dificulta la atención personalizada e integral hacia ellos.

Teniendo en cuenta que el nacimiento de un bebé es un momento único tanto para los padres como para su hijo/a, la contención que brinda la enfermera es fundamental en todo este proceso de adaptación. El apoyo, acompañamiento y la intervención que ella brinde, influirá en mayor o menor medida en la experiencia vivida. Si bien el sanatorio puede realizar una evaluación interna acerca de la implementación del modelo de MSCF y de las funciones que realiza la "enfermera de nursery", se considera valioso conocer el punto de vista de los usuarios (en este caso, los padres) como principales protagonistas de dicha intervención.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Genera satisfacción en los padres la intervención de la “enfermera de nursery”, desde el ingreso hasta el momento del alta institucional, en el Sanatorio Allende Cerro durante el periodo julio-diciembre del 2017?

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La importancia de la presente investigación se fundamenta en que:

- Conocer la satisfacción del usuario es de interés para las instituciones de salud, porque muchas veces definen el crédito y prestigio de las mismas, al ser un parámetro de la calidad de servicio. Esto, teniendo en cuenta que la atención se centra en el usuario, sus necesidades y demandas.
- Desde la mirada del usuario, se garantiza que la información sea directa, actualizada, válida y confiable. Las puérperas y sus acompañantes son los principales usuarios que reciben atención por parte de las autoras de esta investigación.
- En el puerperio inmediato, principalmente, comienzan a surgir temores, dudas, inseguridad en los padres respecto a los cuidados del recién nacido. Requieren de todo el apoyo, información y contención que sea posible por parte de la enfermera.

Los resultados de esta investigación, servirán para:

- Retroalimentar la profesión, debido a que el interés de las enfermeras es conocer la satisfacción de los padres. La presente investigación será la base para realizar modificaciones o intervenciones en el cuidado enfermero específico, teniendo en cuenta la mirada de quienes reciben dicha atención.
- Justificar el rol de la “enfermera de nursery”, quien se ocupa principalmente de la atención y acompañamiento a la madre-padre-recién nacido, desde el ingreso hasta el alta institucional.
- Evaluar a nivel institucional, los resultados de la adopción e implementación del modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF).

MARCO TEÓRICO

La enfermera que se desempeña en el área materno-infantil, debe poder brindar cuidados humanizados, mostrando cualidades como: empatía, cordialidad, compromiso, responsabilidad, paciencia, comunicación, tacto y delicadeza. Esto, hacia la madre, el padre, el recién nacido, y también hacia el entorno familiar.

Swanson (citada por Rodríguez y Valenzuela, 2012), define a los cuidados como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente compromiso y una responsabilidad personal” (p.318). Además, Cody (citado por Moreno, 2013) define el cuidado como “una interacción reconocible y estructurada, a través de la cual las personas proveen y reciben asistencia, para atender sus necesidades básicas en la condición de salud en que se encuentran”. (p.146)

Cuando se hace referencia al cuidado humanizado, se lo entiende también como un derecho inherente al ser humano, y requiere que los mismos sean individualizados según las características propias de cada persona.

La humanización en el cuidado de enfermería implica, para el profesional, la aplicación de conocimientos científico-técnicos, un trato amable y la aplicación de actitudes cuidativas que permitan el crecimiento en el cuidado, a través de la interacción y la comunicación con los otros. (Coral, 2008, p.55)

Una conceptualización más abarcativa sobre el cuidado humanizado, es la que señala Moreno (2013):

Una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente. (p.146)

Pérez (1996), señala que “En su sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres” (p.102). Por tanto las acciones del equipo de salud, deben comenzar incluso antes del embarazo con programas, por ejemplo, el de planificación familiar.

Se entiende que si los padres reciben información previa sobre los cambios que conlleva el embarazo (tanto físicos, psíquicos o prácticos), lo que experimentará la embarazada en el trabajo de parto y lo que se espera que hagan allí, se sentirán más seguros durante el proceso de nacimiento del bebé. Esto se realiza previamente en la preparación para el parto.

La Psico-profilaxis del Parto (PPO), cumple un rol preventivo primordial, como el principal factor para suprimir el miedo en la gestante, devolviéndole el equilibrio emocional adecuado en tan importante momento de la vida y brindándole las herramientas para que tenga los mejores cuidados y calidad de vida. (Solis y Morales, 2012, p. 51)

Desde el psicoanálisis, Raquel Soifer (citada por Flores, 2014) define el parto como “la separación de dos organismos que hasta ese momento han vivido juntos, el uno dentro del otro y a expensas de este, en una relación total de dependencia y de íntimo contacto permanente”. (p.7). Aquí, la importancia de acompañar a la madre en esta transición, que no siempre es fácil de sobrellevar.

El nacimiento de un bebé, es algo natural, generalmente un acontecimiento importante en la vida de una mujer y su familia. Hoy en día, una de las acciones prioritarias de los equipos de salud en las maternidades, es brindarles apoyo y todas las herramientas necesarias. Para señalar mejor estas acciones, se describe brevemente el *modelo de Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF)*:

El Modelo de Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas

innovadoras; poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994. (Larguía, et al, 2012, p.9)

Como parte de las nuevas políticas en salud, se sancionó en 2004 la *Ley Nacional N° 25.929 de parto humanizado*, que detalla y busca proteger los derechos de los padres e hijos durante el proceso de nacimiento, en consonancia con este cambio de paradigma. Algunas instituciones lo han incorporado dentro de sus prácticas, en mayor o menor medida. Se enfoca en realizar el parto con la menor intervención profesional y/o quirúrgica, a modo de naturalizarlo y a la vez, teniendo a disposición el equipo de salud, para asistir cualquier eventualidad.

La “Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia”, publicada en el año 2007, hace referencia al marco legal argentino e internacional para el concepto de MCF. Además, detalla acciones recomendadas paso por paso, para las instituciones que quisieran implementar este modelo. Fue así como poco a poco, distintas maternidades han adherido a la iniciativa en Buenos Aires, y en otras provincias como Córdoba, Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe.

Para la implementación de este modelo en las instituciones de salud, es necesario un cambio cultural. La organización y el equipo de salud, deben poder incorporar a los padres como protagonistas en el proceso de atención del embarazo, el nacimiento del recién nacido y los cuidados posteriores, teniendo en cuenta las particularidades de cada familia. Siempre brindando cuidados humanizados seguros y de calidad, en los cuales se vean respetados sus derechos. Todos estos aspectos están incluidos en cinco ejes conceptuales y dieciséis principios en los que se basa el modelo.

Las dos primeras horas luego del nacimiento, es el momento en que los padres y el recién nacido interactúan, se reconocen mutuamente, teniendo el primer contacto físico. Allí se pueden desencadenar sentimientos negativos como la ansiedad o temor frente a esta nueva etapa. Es importante para el recién nacido sentir contacto físico con la madre ni bien comienza su vida extrauterina, por toda la serie de cambios y adaptación que esto conlleva. Es a través del olfato, el sonido de la voz de la mamá, el contacto piel a piel y la prendida al pecho materno, que se establece una íntima relación biológica y psicológica de apego.

John Bowlby (citado por Zan, 2004), define el apego como:

Vínculo de especial de afecto y confianza que un niño establece con personas emocionalmente significativas para él, y que constituyen una fuente de seguridad y protección. La principal figura de apego en la infancia suele ser quien cumple la función materna (cuidador primario), aunque también establece dicha relación con el padre, hermanos, abuelos, etc. La conducta de acercamiento a ellos puede ser activada por diferentes estímulos, dependiendo de cada individuo y etapa evolutiva. Este vínculo se desarrolla de acuerdo a las experiencias y las relaciones de los primeros años de vida, almacenadas en representaciones del individuo. (p.121)

Es por ello que, el concepto de la *internación conjunta* adquiere mayor denotación. Éste, se refiere a la permanencia del recién nacido sano junto a sus padres, en las primeras horas posteriores al nacimiento. "... la internación conjunta, permite una relación sin interferencias, facilita el establecimiento temprano de la alimentación específica y ayuda a los padres a conocer al niño, dándoles nociones fundamentales para desempeñarse luego en el hogar". (Cernadas, 2002, p.83). Se logra mediante la participación y aprendizaje activo de los padres en los cuidados hacia el recién nacido, principalmente en lo que se refiere a la vestimenta, higiene y alimentación.

Sin embargo, esto no sucede de un momento a otro, e implica una serie de factores externos influyentes y sentimientos asociados. La teorista Ramona Mercer, expone en 1986 su teoría acerca de la “Adopción del rol materno”, la cual tuvo algunas modificaciones posteriormente. Mercer (citada por Zambrano, 2006), plantea:

La Adopción del rol materno, es un proceso interactivo y evolutivo, que tiene lugar en un determinado periodo de tiempo y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. (p.44)

Para comprender su teoría, cabe señalar los principales supuestos. Meighan (2007), expone los siguientes supuestos de Mercer:

- Un núcleo propio, o relativamente estable adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital.
- Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad, también influyen en las respuestas de conducta.
- El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y el desarrollo.
- El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, ya que influye en este rol y se ve afectado por él.
- El compañero íntimo del padre o de la madre, contribuye a la adopción del rol materno de un modo que ninguna otra persona puede ejercer.
- La identidad materna se desarrolla con la unión materna, y cada una de ellas depende de la otra. (p.614)

Mercer, también hace hincapié en el entorno que rodea a la madre, puesto que no se puede considerar de manera independiente. Su modelo de Adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. Al respecto, Meighan (2007), desarrolla:

- El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Las variables del microsistema interactúan con una o más de las otras variables que afectan el rol materno. El niño como individuo, está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales. El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal. En 1995, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre (pareja) en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones de la madre, el padre y el niño.
- El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; incluye la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.
- El macrosistema se refiere a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. Incluye influencias culturales, políticas y sociales sobre los otros dos sistemas. El entorno del cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y a las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal, están dentro del macrosistema. (p.616)

Para el desarrollo de su teoría, Mercer fue influenciada por distintos teóricos. Uno de ellos fue su profesora y tutora Reva Rubin, quién analizó los progresivos cambios psicosociales que debe enfrentar la madre desde el

nacimiento de su hijo. Luego de observar y estudiar a las puérperas, estableció un patrón de conducta materna a medida que ellas asumían su nuevo rol. Rubin (citado por Maroto, 2013) identificó tres etapas progresivas de la adaptación, posteriores al nacimiento:

- Etapa de aceptación o periodo de conducta dependiente: durante el primer día la mujer tiende a permanecer pasiva y muestra una actitud dependiente, duda en la toma de decisiones y sigue las sugerencias. Se centra en sí misma, aunque también se preocupa por la salud general del recién nacido y requiere cuidados. Describe continuamente su vivencia del parto, estableciendo diferencias entre la realidad y su experiencia ideal.
- Etapa de apoyo o de transición de dependencia a independencia: durante el segundo o tercer día después del parto la mujer todavía se siente insegura como madre reciente, pero desea participar de forma activa y empieza a tomar decisiones independientes asumiendo así sus nuevas responsabilidades. La puérpera comienza a recuperar energía y experimenta un bienestar físico. Requiere que se le confirme que realiza bien el papel de madre.
- Etapa del abandono o de adopción de nuevas responsabilidades: suele tener lugar después del alta cuando la mujer asume su nuevo rol materno y toma el control de la situación. La mujer se siente en su entorno y ve al recién nacido menos dependiente. La relación de pareja pasará por un proceso de evolución, así como el resto de la familia. (p.6)

Sin embargo, Mercer basa su teoría, indicando que la adopción del rol materno comienza durante la gestación del bebé. Incluso considera mucho más amplio este periodo de adaptación. Por ello, en el año 2004, modifica el término “Adopción del rol maternal” y lo sustituye por “Convertirse en madre”, asegurando que esto último incluye un compromiso de por vida. Reconoce y renombra las etapas que conducen a la identidad del rol:

- Compromiso y preparación (embarazo)
- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras dos semanas)
- Normalización (segunda semana al cuarto mes)
- Integración de la identidad maternal (aproximadamente cuatro meses)

Las etapas o estadios se solapan entre sí y pueden ser modificados por el crecimiento y desarrollo del niño. Las influencias externas incluyen: el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre los padres o algún otro familiar. Para Mercer (citada por Meighan, 2007):

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás, está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y se siente una armonía, satisfacción y competencia de su rol. (p.617)

En cuanto al apoyo social, existen investigaciones que datan desde los años setenta, sobre su influencia y su relación con los resultados de salud de la población. Todavía no existe un consenso respecto a su definición, sin embargo, se considerarán aquellas más significativas para el estudio. Mercer (citada por Meighan, 2007), define el apoyo social como:

Es la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan. Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

- Apoyo emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
- Apoyo informativo: Ayuda al individuo a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación.
- Apoyo físico: Tipo directo de ayuda.
- Apoyo de valoración: Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás. (p.613)

Para una mejor comprensión del carácter multidimensional del apoyo social, se exponen otras definiciones. Thoits, citado por Zambrano (2006), lo define como “el grado en que las necesidades básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros; en donde, las necesidades básicas incluyen el afecto, la estimación o consentimiento, pertenencia, la identidad y la seguridad”. (p.46). Además, para Gottlieb (citado por Alemán 2013), el apoyo social se trata de “una información verbal y no verbal, ayuda

tangible o inferida y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor”. (p.6)

Si bien estas definiciones son más generales, se debe tener en cuenta que el embarazo es un periodo muy sensible. Tanto la mujer como su pareja, son considerados más vulnerables. Por ello, el equipo de salud, y especialmente la enfermera, deben desarrollar estrategias para mantener el apoyo social ofrecido y el que reciben los padres por parte de su entorno más cercano.

Mercer (citado por Meighan, 2007), establece la importancia del rol de las enfermeras, quienes interactúan de forma más prolongada con las mujeres en la maternidad:

Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a los individuos, familia y comunidad. Después de valorar la situación del entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con el cliente, proporciona asistencia a éste a través de la formación, del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos él mismo y se interpone entre el entorno y el cliente. (p.614)

Sin embargo, la labor de las enfermeras no termina cuando la madre, padre y recién nacido son dados de alta para volver a casa. También realizan funciones de seguimiento. Al respecto, Cernadas (2002), señala que:

El asesoramiento directo y el control estricto de enfermeras y médicos especializados brindan seguridad e inician una estrecha relación con la institución, que se proyecta en el seguimiento ambulatorio. La labor de la enfermera se ve jerarquizada pues dedica sus esfuerzos a la constitución del núcleo familiar y a la colaboración directa con el médico en control de niños. (p.83)

Al mismo tiempo, es fundamental que todas las enfermeras que pudieran estar en contacto con la madre y su pareja, logren incorporar un discurso similar al momento de ofrecer información o brindar cuidados al recién nacido. Según Rossato (2015): “La madre plantea sus dudas al primer profesional que

aparece. Si recibe mensajes contradictorios del profesional que atiende adultos y del personal neonatal, se genera confusión y angustia”. (p.291)

Para la presente investigación, y para definir la variable en estudio “satisfacción”, se tendrán en cuenta los siguientes autores:

Mercer (citada por Meighan, 2007), quien describe la gratificación/satisfacción como “la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad”. (p.612)

Para Kotler, P. (citado por Fernández y Campiña, 2015), la satisfacción del cliente se define como el “nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio, con sus expectativas”. (p.92)

Además, Donabedian (citado por Galeano, 2006), considera que “la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o su cultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado”. (p.1)

Se entiende que en ocasiones, los usuarios valoran un servicio, teniendo en cuenta el trato y la satisfacción de sus deseos o demandas, más que por la competencia técnica de los profesionales. Para identificar cómo percibe el paciente/usuario el servicio brindado, o si la calidad de prestación es elevada o no, es relevante conocer su opinión. Para ello se puede emplear un método directo, preguntando directamente las opiniones personales (entrevista individual semi estructurada, encuestas periódicas); y el método indirecto, que consiste en recurrir a otras fuentes de información (sistema de quejas y sugerencias). Siendo el primero más preciso, y por tanto más válido.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE

La “satisfacción” se entenderá en esta investigación como la conformidad y respuesta de los padres, frente a cada uno de los cuatro tipos de apoyo (informativo, emocional, físico-directo y de valoración), brindados por la “enfermera de nursery”, desde el ingreso hasta el alta institucional.

Entendiendo que la satisfacción es algo meramente subjetivo, se hace referencia a la “conformidad”, por un lado, porque es necesario que las intervenciones de la enfermera alcancen a cubrir sus expectativas previas. Y por otro lado, y al mismo tiempo, se menciona la “respuesta de los padres” frente a esas intervenciones, porque se espera que ellos logren incorporar los cuidados mínimos al recién nacido y asumir en menor o mayor medida su nuevo rol como padres.

Basadas en los tipos de apoyo a que hace referencia Ramona Mercer, la conceptualización de las dimensiones en que se dividirá la variable “satisfacción” para efectos del presente estudio, será la siguiente:

- **Dimensión Apoyo Informativo:** Es el tipo de apoyo que la enfermera brinda al establecer una comunicación efectiva con los padres, quienes lograrán incorporar la información a través de un diálogo fluido y de confianza. Esta comunicación se establece desde el primer contacto. Responde dudas o inquietudes con un lenguaje claro y sencillo que ellos puedan comprender. La enfermera se muestra solícita a brindar orientación referente al lugar físico donde se encontraren, y a brindar recomendaciones respecto a los cuidados del recién nacido.
- **Dimensión Apoyo Emocional:** Es el tipo de apoyo que la enfermera brinda cuando se muestra sensible a las necesidades de los padres, teniendo predisposición para escuchar y empatía para comprender lo que ellos están vivenciando como un acontecimiento único e irrepetible. Les permite expresar sentimientos, temores y dificultades respecto al nacimiento de su

hijo/a. Para ello, la relación se basa en un trato humanizado, cálido, amable y de respeto, donde se tienen en cuenta sus decisiones y sus derechos como padres. La enfermera facilita la interacción con el entorno familiar, ya que ellos les proporcionarán un marco de contención emocional que será fundamental al momento del alta. El entorno físico que rodea a los padres y su hijo/a también es considerado, de manera que la enfermera procura hacerlo acogedor.

- **Dimensión Apoyo Físico-directo:** Es aquel que brinda la enfermera prestando asistencia directa. Ella se presenta con los padres en una primera instancia, explicándoles el modo en que los acompañará durante la internación. Muestra disponibilidad para asistirlos, valorando el tipo de intervención que realizará según cada caso en particular. Por un lado, presta ayuda a los padres respecto a los cuidados mínimos del recién nacido durante sus primeras horas de vida (alimentación, higiene, vestimenta). Por otro lado, realiza una valoración oportuna del niño/a procurando que la adaptación al medio extrauterino sea dentro de lo esperable, y tomará acciones en caso contrario. Principalmente las intervenciones de la enfermera con el recién nacido, se realizan al momento del nacimiento. Poco a poco delega los cuidados a los padres, estimulando la participación de ambos.
- **Dimensión Apoyo de Valoración:** Es el tipo de apoyo en el cual la enfermera procura fortalecer progresivamente el vínculo entre los padres y su hijo/a. Valora la relación que establecen con el recién nacido, para ayudarlos a asumir su nuevo rol. También facilita la autoevaluación con respecto a la adquisición de habilidades prácticas de cuidado.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer si genera satisfacción en los padres la intervención de la “enfermera de nursery”, desde el ingreso hasta el alta institucional, en el Sanatorio Allende Cerro durante el periodo julio-diciembre del 2017.

Objetivos específicos:

1. Conocer si el apoyo informativo brindado a los padres, generó satisfacción.
2. Determinar si el apoyo emocional brindado a los padres, generó satisfacción.
3. Identificar si el apoyo físico-directo brindado a los padres, generó satisfacción.
4. Establecer si el apoyo de valoración brindado a los padres, generó satisfacción.
5. Describir si las intervenciones realizadas por la enfermera, a través de los cuatro tipos de apoyo, reconocidos por los padres, les generó satisfacción.

CAPÍTULO II:

EL DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

En términos generales, se trata de un estudio cuantitativo. Se considera descriptivo, porque pretende realizar una descripción del fenómeno bajo estudio. Se caracterizarán los rasgos generales del rol de la enfermera hacia los padres y el recién nacido durante el puerperio inmediato, para determinar si existe satisfacción. Para ello, se tendrán en cuenta las siguientes dimensiones: Apoyo informativo, emocional, físico-directo y de valoración.

Según el análisis y alcance de los resultados, será un estudio no experimental, porque no se manipulará la variable sino que se observarán los fenómenos en su ambiente natural, tal como lo manifiestan los informantes.

Según el período y secuencia del estudio, se tratará de una investigación de corte transversal, debido a que se recolectarán los datos en un único momento.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio será sincrónico, ya que se indagará sobre hechos que ocurren en el momento de la recolección de datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Satisfacción de los padres	Apoyo Informativo	Los padres fueron orientados sobre el funcionamiento del servicio (partos e internado general).	<ul style="list-style-type: none"> - Acerca del nombre del servicio y número de piso. - Ubicación del sector de enfermería, sanitarios, salidas de emergencia y área administrativa.
		La enfermera estableció una comunicación fluida.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizando un lenguaje claro y sencillo. - Aclarando dudas e inquietudes. - Mostrando predisposición para escuchar.
		Conocen las recomendaciones para actuar en situaciones especiales (ahogo, vómito, cólicos, llanto frecuente o dificultades en la alimentación del niño/a).	
	Apoyo Emocional	Se sintieron protagonistas durante la internación.	<ul style="list-style-type: none"> - Fueron respetados por sus decisiones y derechos (recibir identificación, ser informados, trato digno y respetuoso, acompañamiento y permanencia junto al niño/a)
		Se les proporcionó un el entorno físico agradable (parto e internado general).	<ul style="list-style-type: none"> - A través de un ambiente sin ruidos molestos. - Se respetó la intimidad familiar.
		La enfermera les generó confianza.	<ul style="list-style-type: none"> - Pudieron expresar sentimientos, temores y dificultades.
		La enfermera promovió la interacción con la familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Informando los horarios de visita. - Facilitando las llamadas de familiares. - Promoviendo la presencia continua de un acompañante.
	Apoyo Físico-directo	Los padres reconocen la existencia de una enfermera específica para ayudarlos con el recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> - La identifican por la vestimenta o por el nombre. - Solicitan su presencia en caso de necesitarla.
		La enfermera estimuló la participación del acompañante.	<ul style="list-style-type: none"> - En la higiene y movilización de la madre. - En la asistencia del recién nacido (higiene, limpieza del cordón umbilical, vestimenta, alimentación)
	Apoyo de Valoración	La enfermera colaboró en el establecimiento del vínculo afectivo con el recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoviendo la lactancia materna. - Estimulando el contacto piel a piel y las caricias. - Incentivándoles a hablarle continuamente. - Ayudando a identificar y responder las necesidades del bebe.
		La enfermera colaboró preparando a los padres para brindar cuidados al niño/a en el hogar	

POBLACIÓN

La población estará conformada por los padres que se encuentran en la internación conjunta al cuidado de su hijo/a, en condiciones de alta, en el Sanatorio Allende Cerro durante el periodo julio-diciembre del 2017.

Se tendrá como referencia el hecho de que durante el primer semestre de 2016, hubo más de 900 nacimientos, aproximando 160 nacimientos por mes. Entonces, se proyectará para el periodo en estudio, una población con aproximadamente 1000 puérperas (y sus acompañantes).

Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- Puérperas y acompañante (pareja, familiar, otro) con hijo/a nacido vivo/a.
- Nacimiento a través de parto natural o de cesárea. Se consideran ambos, entendiendo que el tiempo de internación en ambas situaciones varía, al igual que la condición física de la madre.
- Madres primíparas o multíparas. Se considera importante distinguir esta condición debido a que los padres que no han vivido la experiencia del nacimiento de un hijo/a, requerirán mayor acompañamiento por parte de la “enfermera de nursery”.
- Internación conjunta de los padres junto a su hijo/a. Teniendo en cuenta que es lo más frecuente, donde tanto la madre como el recién nacido gozan de salud suficiente para permanecer juntos durante el puerperio inmediato.
- Condición de alta sanatorial. Para que el estudio sea significativo, es necesario llevarlo a cabo al momento del alta.
- Aceptación voluntaria de los padres para participar de la investigación.

Los criterios de exclusión serán los siguientes:

- Puérperas con algún tipo de alteración mental o condición clínica crítica posterior al parto/cesárea y que dificulte la internación conjunta.
- Padres con recién nacidos en condición clínica crítica o fallecidos.

MUESTRA

De la población estimada para el periodo de estudio, se tomará una muestra probabilística aleatoria, que incluya tanto partos como cesáreas.

Los criterios estadísticos para la determinación del tamaño muestral serán los siguientes: un nivel de confianza del 95% (1,96), con error tolerable del 5% (0,05), una proporción del 50% sobre el total de la población (N) de 1000 puérperas. Se utilizará la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{n_0 \cdot N}{(N-1) + n_0} \quad n=278$$
$$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times 0,50}{0,05^2} = 384$$

Por tanto, el número de la muestra será 278 puérperas que se encuentren con su acompañante y el recién nacido en condiciones de alta.

FUENTE, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente de información será primaria, debido a que se obtendrá directamente de los sujetos de la investigación. La técnica que se utilizará será la encuesta, y el instrumento de recolección de datos será un cuestionario auto administrado entregado a los padres al momento del alta sanatorial, con algunas preguntas abiertas a desarrollar.

La prueba piloto del instrumento, fue realizada a 10 puérperas. Luego de un breve análisis, se implementaron modificaciones en la redacción de las preguntas y se agregaron algunas alternativas descriptivas para enriquecer la información.

PLANES

Plan de recolección de datos:

Inicialmente, se solicitará autorización a los directivos y a la jefatura de enfermería del servicio de perinatología del Sanatorio Allende Cerro, para poder llevar a cabo la presente investigación (Anexo 1 y 2).

Una vez que sea autorizado el proyecto y que el instrumento haya sido revisado, se comenzará con la etapa de recolección de datos. Entendiendo que la misma, no deberá interferir con las actividades de los profesionales, se realizará en días y horarios elegidos de manera aleatoria previamente consensuados, en los turnos mañana y tarde, siendo éste el horario en que se realizan las altas sanatoriales. Las investigadoras se presentarán y entregarán el consentimiento informado (Anexo 3) junto al cuestionario auto administrado (Anexo 4) a las madres puérperas y su acompañante en la internación conjunta. Allí mismo, responderán las dudas que pudieran surgir al respecto.

Plan de procesamiento de datos:

En el cuestionario auto administrado, se distinguen preguntas numeradas de la 1 a la 16, con 2 alternativas de respuesta mutuamente excluyentes (afirmativa o negativa), que deberán ser contestadas en todos los casos para que el instrumento se considere válido. Algunas de estas preguntas, también ofrecen sub alternativas de respuesta para hacer una descripción más amplia; y/o una pregunta abierta a responder por los padres.

Los datos obtenidos, serán ordenados y enumerados para ser volcados en una tabla matriz (Anexo 5). La posterior tabulación de todos los datos, permitirá conocer las frecuencias absolutas y relativas. Las preguntas abiertas, serán agrupadas por similitud de respuesta.

Para la categorización de los datos, según las dimensiones de la variable, se tendrá en cuenta:

- Apoyo informativo: Si responden afirmativamente a 3 de las 4 preguntas, entonces éstas intervenciones de la enfermera, generaron satisfacción en los padres.
- Apoyo emocional: Si responden afirmativamente a 3 de las 5 preguntas, entonces éstas intervenciones de la enfermera, generaron satisfacción en los padres.
- Apoyo físico-directo: Si responden afirmativamente a 3 de las 5 preguntas, entonces éstas intervenciones de la enfermera, generaron satisfacción en los padres.
- Apoyo de valoración: Si responden afirmativamente a 2 de las 2 preguntas, entonces éstas intervenciones de la enfermera, generaron satisfacción en los padres.

Plan de presentación de datos:

Luego de realizar la categorización de los datos, se confeccionarán tablas de doble entrada y gráficos circulares para su presentación. Los resultados obtenidos, podrán ser analizados a la luz de la estadística inferencial. A modo de ejemplo, se presenta una tabla para datos identificatorios:

Tabla N°1: Distribución de frecuencia según edad de las puérperas en la internación conjunta, en el Sanatorio Allende Cerro en el periodo julio-diciembre del 2017.

EDAD DE LAS PUÉRPERAS	Frecuencia	%
<20 años		
20-30 años		
>30 años		
TOTAL		

Fuente: Cuestionario auto administrado

Se presenta otro ejemplo de tabla para la satisfacción de los padres en base a cada uno de los apoyos brindados por la “enfermera de nursery”:

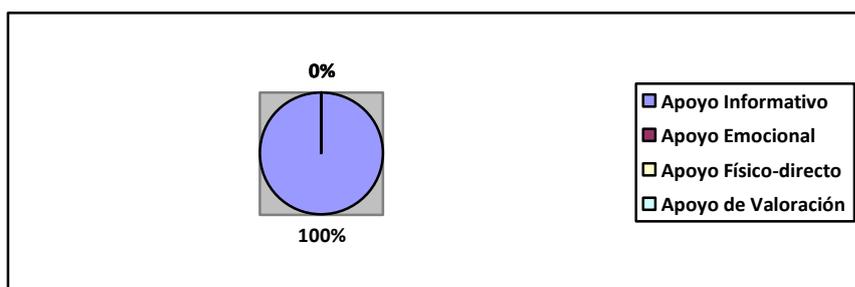
Tabla N°2: Satisfacción según el apoyo informativo, manifestado por los padres, en el Sanatorio Allende Cerro en el periodo julio-diciembre del 2017.

SATISFACCIÓN APOYO INFORMATIVO	Frecuencia	%
Sí		
No		
TOTAL		

Fuente: Cuestionario auto administrado

Finalmente, se presenta un gráfico circular que describirá la satisfacción de los padres. Éste permitirá analizar los datos diferenciando los tipos de apoyo, en cuál/es los padres se encuentran más satisfechos y en cuál/es no. Cualquier otra información que las investigadoras consideren relevante a partir del estudio realizado, podrá ser presentada en el informe final.

Gráfico N°3: Satisfacción por la intervención de la “enfermera de nursery” que manifiestan los padres, en el Sanatorio Allende Cerro en el periodo julio-diciembre del 2017.



Fuente: Cuestionario auto administrado

Plan de análisis de datos:

Éste se realizará mediante la aplicación de la estadística descriptiva: Distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office Excel 2010.

CRONOGRAMA: Gráfico de Gantt

CRONOGRAMA PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO JULIO-DICIEMBRE 2017																								
MESES	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del proyecto	X																							
Recolección de datos		X	X	X	X	X	X	X	X															
Procesamiento de datos						X	X	X	X	X	X	X	X											
Presentación de resultados														X	X	X	X							
Análisis de resultados															X	X	X	X						
Redacción de informe																		X	X		X	X		
Publicación																							X	X

PRESUPUESTO

Los recursos financieros, que se consideran necesarios para la ejecución del presente proyecto de investigación en los diferentes rubros, son los siguientes:

PRESUPUESTO PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO JULIO-DIC. 2017			
Rubro	Cantidad	Precio unitario	Total
Recurso humano:			
-Investigadoras	2	-	-
-Asesor estadístico	1		\$500
Recursos financieros para la movilidad: Transporte urbano	60 viajes	\$15	\$900
Recursos materiales:			
-Cuadernos	2	\$25	\$50
-Lapicera	2	\$10	\$20
-Calculadora	1	\$25	\$25
-Impresiones	20	\$1	\$20
-Fotocopias	2400	\$0,20	\$480
-Revisión bibliográfica	-	-	\$50
-Carpetas	5	\$10	\$50
-Imprevistos	-	-	\$500
TOTAL		\$86,20	\$2.595

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemán Ruiz, I. (2013). *Desarrollo y validación del cuestionario de apoyo social VIDA (Vínculos Interpersonales de Apoyo)*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de:
http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/11548/4/0696616_00000_0000.p

Cernadas, Figueroa, Lupo, López, Rossatos (2002). *El recién nacido sano*. En Cernadas. (Ed), *Neonatología práctica* (pp. 77-98). Buenos Aires, Argentina: Panamerica. 3ª Edición.

Coral Ibarra, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1), 47-56. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-42262008000100007

Fernández y Campiña (2015). *Atención básica al cliente*. España: Paraninfo. Recuperado de:
<https://books.google.com.ar/books?id=4IGPCgAAQBAJ&pg=PA92&dq=Philip+Kotler+la+satisfaccion+del+cliente+se+define+como&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiqstys5pLOAhXDD5AKHS5HBQ4Q6AEIMTAC#v=onepage&q=Philip%20Kotler%20la%20satisfaccion%20del%20cliente%20se%20define%20como&f=false>

Flores N. (2014). *Representaciones sociales del parto*. Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Chile. Recuperado de:
<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/3219>

Galeano H. et al (2006). *Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico*. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. Recuperado de:
<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-134.pdf>

Gómez, X. (2015). *Adopción del rol maternal de madres adolescentes y su relación con el estado nutricional del niño menor de un año según el modelo de Ramona Mercer*. Guatemala. Recuperado de:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0157_E.pdf

Larguía, et al, (2012). *Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural: Conceptualización e implementación del modelo*. UNICEF Argentina. Recuperado de:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf

Ley Parto Humanizado. [25.929-2035/2015] Recuperado de:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf

Maroto, V. (2013). *Oposiciones de Matrona*. Manual CTO. Madrid, España: CTO. Recuperado de:
http://www.grupocto.es/web/enfermeria/pdf/opes/Capm_matronas.pdf

Meighan, M. (2007). *Adopción del rol maternal - convertirse en madre*. En Ann Marriner A.y Raile Martha (Ed.) *Modelos y Teorías de Enfermería*. (pp. 609-623). Madrid, España: Elseiver. 6° Edición.

Moreno, M.E. (2013). *Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería*. *Revista Aquichan* 13(13) N°2, 146-147. Recuperado de:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515/pdf>

Patrocinio, R. (2013). *Nivel de satisfacción de la puérpera sobre el cuidado integral que brinda la enfermera*. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú. Repositorio de tesis digitales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3985/1/Patrocinio_sr.pdf

Pérez, E. M. E. (1996). *La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar*. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 15(3), 102-106. Recuperado de:
<http://www.sarda.org.ar/content/download/471/2544/file/102-106.pdf>

- Ponce, Reyes y Ponce G. (2006). Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *Revista de Enfermería IMSS 14* (2), 65-73. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062b.pdf>
- Rodríguez y Valenzuela (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, 11(28), 316-322. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
- Rossato N. (2015). En busca de un modelo de atención del recién nacido normal y de bajo riesgo. *Revista Argentina de Pediatría 2015*; 113(4), 290-291. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n4/v113n4a01.pdf>
- Solis y Morales (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Médico*, Abril-Junio, 49-52. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637125009>
- Suárez, A. (2014). *Educación por parte del personal de enfermería en el cuidado del recién nacido, en relación con el grado de conocimientos adquiridos por madres primíparas al momento del alta*. Hospital Provincial de Latacunga. Repositorio digital, Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de:
<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8340>
- Zambrano, G. (2006). Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3), 43-52. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533965>
- Zan, F. (2004). Importancia del apego en el desarrollo del psiquismo. *ERTE*, 15 (56), 121-129. Recuperado de:
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex56.pdf#page=42>

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE*, 2(1). Recuperado de: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57>
- American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/cuadrantephi/pdfs/8.pdf>
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007
- Díaz Urbina, N. C. (2011). Adopción del rol maternal en madres adolescentes de la Localidad de Usme durante el segundo semestre de 2011. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9767/tesis09-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Montenegro Soto, I., & Mora Marín, L. (1999). Caracterización de las conductas presentadas por las madres en el puerperio inmediato en las salas de parto y maternidad de los hospitales San Juan de Dios y Max Peralta de Cartago, en relación con el concepto denominado "Rol Materno" de la teoría de Ramona T. Mercer. Recuperado de: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/443/19649.pdf?sequence=1>
- Pérez, C., & Eliana, L. (2014). Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo: servicio de neonatología, HRDLM, 2013. Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/324>

ANEXOS

ANEXO 1: NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECTAR DATOS

Córdoba, octubre de 2016

Alejandro Winderholler
Jefe del Dpto. de Enfermería
Sanatorio Allende Cerro

Adriana Campos
Supervisora General de Perinatología
Sanatorio Allende Cerro

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, y a quien corresponda, a fin de presentarnos como alumnas regulares de la materia Taller de Trabajo Final, correspondiente al 5º Año de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba.

Como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciatura en Enfermería, deseamos elaborar un Proyecto de Investigación en esta institución, sobre la satisfacción de los padres en relación a las intervenciones de la “enfermera de nursery”. El mismo, tendría lugar al momento del alta sanatorial, mediante un cuestionario auto administrado, durante el segundo semestre del próximo año. Como enfermeras operativas del Servicio de Perinatología, creemos importante conocer el punto de vista de los padres respecto al cuidado recibido. Por ello, solicitamos autorización para poder recolectar datos e información relevante sobre el tema, y realizar una prueba piloto de dicho instrumento, a fin de realizar las modificaciones necesarias.

Sin otro particular y contando con su colaboración, saluda atte.

Karina Celis

Gisela Cruz

ANEXO 2: NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Córdoba, marzo de 2017

Alejandro Winderholler
Jefe del Dpto. de Enfermería
Sanatorio Allende Cerro

Adriana Campos
Supervisora General de Perinatología
Sanatorio Allende Cerro

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, y a quien corresponda, a fin de presentarnos como alumnas regulares de la materia Taller de Trabajo Final, correspondiente al 5º Año de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba.

Cumpliendo con uno de los requisitos para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, deseamos desarrollar un Proyecto de Investigación en esta institución, donde nos desempeñamos profesionalmente. Solicitamos autorización para llevar a cabo nuestra investigación sobre el tema: Satisfacción de los padres en relación a las intervenciones realizadas por la “enfermera de nursery”, durante el periodo julio-diciembre 2017. Se llevaría a cabo con el consentimiento de los padres, al momento del alta sanatorial, mediante un cuestionario auto administrado.

Teniendo en claro que esta investigación no deberá interferir con las actividades de los profesionales, estamos dispuestas a convenir el horario para recabar la información necesaria, teniendo como fuente primaria a sus usuarios/clientes. Para brindar una mayor comprensión acerca del Proyecto de Investigación que queremos ejecutar, le adjuntamos un resumen del mismo.

Sin otro particular y contando con su colaboración, saluda atte.

Karina Celis

Gisela Cruz

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadoras: Celis, Karina y Cruz, Gisela

Fecha:

El siguiente instrumento de recolección de datos, fue elaborado por las investigadoras mencionadas previamente, siendo alumnas de la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería de la UNC. Han elaborado este Proyecto de Investigación, cumplimentando uno de los últimos requisitos para obtener el título de grado de la carrera Licenciatura en Enfermería. Cabe aclarar que ellas no recibirán retribución económica por su elaboración.

El objetivo principal de esta investigación es conocer si los padres que permanecen en la internación conjunta con su hijo/a recién nacido, se encuentran satisfechos respecto a las intervenciones de la “enfermera de nursery”. Se realizará en el Sanatorio Allende Cerro, durante el periodo julio-diciembre 2017. Se llevará a cabo al momento del alta sanatorial, en la misma habitación. Una vez realizada la presentación de una o ambas investigadoras, se les informará y pedirá su consentimiento para responder el cuestionario. Podrán consultar si presentaran dudas al respecto. Su participación será anónima, sólo se pedirán aquellos datos que se consideran necesarios. Recordamos que es fundamental conocer la mirada desde el mismo usuario/paciente sobre esta temática, por tanto, se les solicitará contestar con honestidad cada uno de los aspectos señalados.

Luego de haber sido informados, aceptamos participar de esta investigación de manera voluntaria como sujetos del estudio.

Firma de la Madre

Firma del Padre/Acompañante

Firma de la Investigadora

Firma de la Investigadora

ANEXO 4: CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

El presente instrumento, tiene como finalidad recolectar información para conocer si genera satisfacción en los padres la intervención de la “enfermera de nursery”, desde el ingreso hasta el alta institucional.

Instrucciones:

Fecha:

- Señalen las respuestas correspondientes, marcando una “X” en cada casillero .
- Encontrarán preguntas numeradas de la 1 a la 16. En cada una de ellas, deberán marcar una respuesta afirmativa o negativa.
- Justifiquen o amplíen sus respuestas, escribiendo sobre la línea punteada, según se les solicite.
- Responder con honestidad y con letra clara.

PRIMERA SECCIÓN

DATOS IDENTIFICATORIOS

- Edad materna: <20 años 20-30 años >30 años
- Vía de nacimiento: Parto Cesárea
- Embarazos previos: Ninguno Uno Dos o más
- Acompañante: Pareja Familiar Otro

SEGUNDA SECCIÓN

PREGUNTAS A RESPONDER

1) Durante la internación, ¿la enfermera brindó información general del lugar?

- Sí** **No**

Esa información les permitió ubicar:

- El servicio en que estaban (partos e internado general)
- El número de piso donde se encuentra su habitación
- El sector de enfermería
- Los sanitarios
- Las salidas de emergencia
- El área administrativa

2) ¿Pudieron establecer una comunicación fluida con la enfermera?

- Sí** **No**

Si su respuesta es "Sí", especifique:

- Utilizó un lenguaje claro y sencillo
- Aclaró dudas e inquietudes
- Mostró predisposición para escuchar

3) La enfermera, ¿brindó recomendaciones para actuar en situaciones especiales?

- Sí** **No**

¿Cuáles?:

- Ahogo
- Vómito
- Cólicos
- Llanto frecuente
- Dificultades en el a alimentación
- Otra, ¿cuál?.....

4) A modo general, ¿consideran suficiente la información brindada por la enfermera?

- Sí** **No**

¿Qué recomendaciones harían con respecto a la información recibida?.....
.....

5) ¿Se sintieron respetados en sus decisiones y derechos?

- Sí** **No**

Si responden "Sí", ¿en cuál de los siguientes aspectos se sintieron respetados?

- Al tener en cuenta su opinión
- Al recibir identificación (pulseras)
- Al ser llamados por su nombre
- Al recibir trato digno y respetuoso
- Al ser informados sobre los procedimientos de enfermería
- Al permanecer junto al bebé en todo momento

6) La enfermera, ¿les proporcionó un entorno físico cómodo y acogedor?

- Sí** **No**

¿Qué acciones realizó para lograr ese propósito?:

- Minimizó los ruidos
- Respetó su intimidad
- Procuró que la habitación tuviera una temperatura adecuada
- Permitió la presencia del acompañante

7) La enfermera, ¿Les generó confianza suficiente para poder expresar sentimientos, temores y/o dificultades?

- Sí** **No**

8) ¿Consideran que la enfermera promovió la interacción con sus familiares?

- Sí** **No**

¿De qué manera lo hizo?

- Informando los horarios de visita
 Facilitando las llamadas de los familiares
 Promoviendo la presencia continua de un acompañante
 Otra, ¿cuál?.....

9) ¿Se sintieron acompañados y contenidos emocionalmente por la enfermera?

- Sí** **No**

¿De qué manera?.....
.....

10) ¿Lograron identificar a la enfermera que los asistiría con los cuidados del bebé?

- Sí** **No**

¿De qué manera lo hicieron?

- Por su vestimenta
 Por su nombre
 Otro, ¿cuál?.....

11) Durante la internación, ¿solicitaron la presencia de la “enfermera de nursery” en la habitación?

- Sí** **No**

Si su respuesta es “Sí”, señalen:

- Se hizo presente rápidamente
 Tuvo disposición para ayudar

12) ¿Consideran que la enfermera estimuló la participación del acompañante para ayudar a la madre con su higiene y/o movilización?

- Sí** **No**

13) Respecto a los cuidados del bebé, ¿promovió la participación del acompañante?

- Sí** **No**

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué actividades lo hizo?

- Higiene y cambio del pañal
 Limpieza del cordón umbilical
 Vestimenta del niño/a
 Alimentación (en caso de darle biberón)
 Otra, ¿cuál?.....

14) ¿Fue suficiente la ayuda que recibieron de la "enfermera de nursery" relacionada a los cuidados del recién nacido?

- Sí** **No**

¿Qué recomendaciones harían?.....
.....

15) Desde su perspectiva, la enfermera, ¿les ayudó a establecer el vínculo afectivo con el recién nacido?

- Sí** **No**

¿De qué manera lo hizo?

- Al promover la lactancia materna
 Al estimular el contacto piel a piel y las caricias
 Incentivándoles a hablarle continuamente
 Ayudándoles a identificar y responder a las necesidades del bebé
 Otra, ¿cuál?.....

16) ¿Se sienten preparados para brindar cuidados al recién nacido en el hogar?

- Sí** **No**

¿De qué manera colaboró la enfermera?.....
.....

Gracias por su colaboración!!!

ANEXO 5: TABLA MATRIZ

DATOS IDENTIFICATORIOS GENERALES											
N° DE ORDEN	EDAD			VÍA DE NACIMIENTO		EMBARAZO PREVIO			ACOMPAÑANTE		
	<20	20-30	>30	Parto	Cesárea	Ninguno	Uno	Dos o más	Pareja	Familiar	Otro
1											
2											
3											
4											
5											
... 278											
TOTAL											

TIPO DE APOYO																												
N° DE ORDEN	INFORMATIVO								EMOCIONAL								FÍSICO-DIRECTO								VALORACIÓN			
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12	N°13	N°14	N°15	N°16												
	s	n	s	n	s	n	s	n	s	N	s	N	s	n	s	n	s	n	s	n	s	n	s	n	si	no	si	no
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
... 278																												
TOTAL																												