



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesina de Licenciatura

“Relación padre - hijo internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”

Alumna: Dana Costarelli

Directora: Dra. Mariana Torrecilla

Mendoza, 2011.

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal Examinador

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Dra. Mariana Torrecilla

Nota:

RESUMEN

El presente trabajo plantea como objetivo general profundizar sobre la importancia del rol paterno frente al nacimiento de un hijo prematuro, para poder estimar aspectos que beneficien el establecimiento del vínculo padre-hijo. A partir de ello se persiguen como objetivos específicos: describir características psicosociales de los padres que componen la muestra, describir sentimientos, miedos e inquietudes que enfrentan y analizar parámetros comportamentales de desarrollo vincular padre-hijo prematuro.

El estudio se llevó a cabo a partir de una metodológica mixta. Siendo el estudio: descriptivo- correlacional, con diseño transeccional descriptivo.

Se trabajó con una muestra de 28 padres cuyos hijos se encontraban internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza.

Los instrumentos utilizados fueron: Entrevista semi- estructurada basada en la Escala de Diseño Óptico, (Oiberman, 2000) y la “Escala de observación paterna” (E.O.P.). (Oiberman, 1998).

En cuanto a los resultados, la muestra quedó conformada por padres cuyas edades correspondían a un rango de entre 17 y 37 años, siendo la mayoría menores de 25 años y primerizos. La mayoría eran padres empleados en relación de dependencia, residían en la zona del Gran Mendoza y convivían con sus parejas, predominando padres con estudios primarios completos y secundarios incompletos.

Se observó que el nacimiento anticipado despertaba en los padres reacciones de: miedo, preocupación, alegría y confusión. Otros expresaban tomarlo con tranquilidad. Por otro lado, la apariencia del recién nacido, principalmente su bajo peso y las sensaciones que genera el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos fueron aspectos mencionados por los padres como generadores de gran impacto emocional.

Del total de los padres observados el 84% de ellos obtuvieron puntajes que correspondían a Conductas Muy Buenas y Buenas de interacción, el restante 16 % obtuvo puntajes correspondientes a Conductas Regulares y de No Acercamiento.

Los resultados obtenidos en el estudio nos llevan a destacar el valor del rol paterno frente al nacimiento de un hijo prematuro.

ABSTRAC

This paper presents general objective deepen on the importance of the paternal role with the birth of a premature child, to be able to estimate aspects that will benefit the establishment of the parent-child link. From this are pursuing specific objectives: describe psychosocial characteristics of parents who make up the sample, describe feelings, fears and concerns that face and analyse parameters behavioural development early parent-child link.

The study was carried out from a mixed methodological. Still the study: descriptive - correlational study with descriptive transectional design.

He worked with a sample of 28 parents whose children were placed in the Neonatology Service of the Luis Lagomaggiore Hospital.

The instruments used were: interview semi-structured based on the scale of design optical (Oiberman, 2000), and "Parental observation scale" (E.O.P.). (Oiberman, 1998).

As to the results, the sample was comprised of parents whose ages correspond to a range between 17 and 37 years, mostly under the age of 25 years and first-time. Most were employed in dependent parents, resided in the area of Mendoza and lived together with his partners, with parents with incomplete secondary and complete primary education.

It was noted that the anticipated birth woke up in the parents reactions: joy, confusion, fear and concern. Others expressed taking it calmly. On the other hand, the appearance of the newborn, mainly low weight and the sensations arising from admission to the intensive care unit were aspects mentioned by the parents as generators of great impact.

Of the total number of observed parents 84% obtained scores that corresponded to very good behaviour and good interaction, the remaining 16% received scores corresponding to conduct regular and not approach.

The study results lead us to highlight the value of the paternal role with the birth of a premature child.

ÍNDICE

HOJA DE EVALUACIÓN	3
RESUMEN	4
ÍNDICE	6
AGRADECIMIENTOS	10
INTRODUCCIÓN	11
<u>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</u>	12
Capítulo I: “Camino a la paternidad”	13
Definiendo la paternidad	14
Antecedentes de la paternidad en el tiempo.....	17
Ser hombres. Una breve mirada social.....	19
Conceptualizaciones de la paternidad	21
Investigaciones acerca de la paternidad	24
Capítulo II: “Entrando en contacto con el bebé”	26
De la idea de paternidad al embarazo y parto	27
El nacimiento. ¿Comienzo del vínculo?	30

Padre e hijo: miembros de una familia.....	33
Las diferentes capacidades del lactante.....	34
Capítulo III: “El nacimiento en condiciones inesperadas”	37
El bebé prematuro.....	38
La dimensión psicosocial en la prematurez	42
¿Qué sucede frente al nacimiento de un hijo prematuro?.....	44
Capítulo IV: “Terapia intensiva. El ingreso a la UCIN”	51
La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	52
Construir un vínculo en otras condiciones.....	56
El impacto que genera el ingreso a la UCIN	58
Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza.....	61
<u>SEGUNDA PARTE: APARTADO METODOLÓGICO</u>	64
Objetivos	65
Método.....	66
Tipo de estudio.....	66
Descripción de la muestra	66
Instrumentos utilizados.....	67
Procedimientos	68

Presentación y discusión de los resultados.....	69
CONCLUSIONES GENERALES.....	96
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXOS	102

Cuidame

Cuida de mis labios

Cuida de mi risa

Llévame en tus brazos

Llévame sin prisa

No maltrates nunca mi fragilidad

Pisaré la tierra q tu pisas

Cuida de mis manos

Cuida de mis dedos

Dame la caricia

Que descansa en ellos

No maltrates nunca mi fragilidad

Yo seré la imagen de tu espejo

Cuida de mis sueños

Cuida de mi vida

Cuida a quien te quiere

Cuida a quien te cuida

No maltrates nunca mi fragilidad

Yo seré el abrazo que te alivia

Cuida de mis ojos

Cuida de mi cara

Abre los caminos

Dame las palabras

No maltrates nunca mi fragilidad

Soy la fortaleza de mañana

No maltrates nunca mi fragilidad

Yo seré el abrazo que te alivia...

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Ana María Llanos, Jefa del Servicio de Psicología y Psiconeuroinmunología del Hospital Lagomaggiore, por haberme permitido desarrollar la práctica del presente trabajo de tesina en dicho hospital.

A la Dr. Gladys Ferreira, Neonatóloga de la UCIN del Hospital Lagomaggiore, quien acompañó afectuosamente mis prácticas dentro del hospital. Por su generosidad en la transmisión del conocimiento y por su interés activo en la investigación. Gracias por trasmitirme el valor de cada vida dentro de la UCIN.

A la Dr. Mariana Torrecilla, directora de mi tesina, por su compromiso, por su esfuerzo, su tiempo y por su sencillez y claridad para enseñarme y conducirme en esta tarea.

A mi familia, porque a lo largo de mi carrera estuvieron presentes a través del apoyo y la presencia constante, y porque sé que lo seguirán siendo el resto de mi vida.

A mi hermana del alma Emilce, por darme ánimo y tranquilidad para seguir hacia adelante cuando se hacía difícil caminar. Gracias porque sin tu presencia y tu consejo este camino no hubiese sido tan grato de transitar.

INTRODUCCIÓN

Los vertiginosos avances en el área de neonatología posibilitan la sobrevivencia de los niños que nacen con una prematuridad extrema o presentan patologías neonatales. Estos avances traen consigo nuevos desafíos a los profesionales que trabajan en el área de neonatología (Santos, 2008).

Así como el recién nacido necesita recibir “cuidados intensivos neonatales”, los padres también necesitarán recibir otros cuidados para poder transitar la crisis que implica, no solo el nacimiento (crisis evolutiva), sino también la inesperada internación de un hijo al nacer (crisis accidental). A ambos les espera una ardua tarea psicológica: vincularse con el hijo en riesgo vital en un momento de gran vulnerabilidad emocional (Muniagurria, 1998).

La internación del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales les exige a los padres, “ser padres” de una manera diferente para poder darle al pequeño lo que necesita. El encuentro con su hijo es un encuentro difícil y de enorme exigencia, la fragilidad se vuelve dolorosa. En todo este proceso la situación es enfrentada de maneras diferentes tanto por el padre como por la madre. En el caso del padre, este queda sujeto a una espera que lo puede llenar de ansiedad, temor e impotencia.

Se torna necesario abrir un espacio de palabra para que puedan ir madurando sus funciones y roles como padres que se han inaugurado en una forma prematura y diferente a la imaginada y esperada.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

Camino a la paternidad

DEFINIENDO LA PATERNIDAD

Convertirse en padre es un proceso gradual que consiste en irse familiarizando con las exigencias y los placeres de un nuevo rol. Comienza antes del embarazo con la decisión de tener un hijo, cuándo tenerlo, etc., continúa cuando ambos progenitores se adaptan al embarazo de la mujer, hecho que incumbe también a toda la familia (Parke, 1981).

Oberman (1998, 21) define la paternidad como “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”.

La palabra padre viene del latín “pater” y significa según el diccionario de la Real Academia Española “varón o macho que ha engendrado” (Oberman 1998, 19).

Desde el punto de vista de la biología, el rol del padre está asociado a la propagación de la especie. Sabemos que la conducta humana excede esta función. Es también en algunas especies animales que la conducta parental también excede la función de procreación, ya que ponen en evidencia comportamientos de cuidado y protección, como es el caso de la especie humana (Oberman, 1998).

Para Parke (1981) no hay un estereotipo de padre único en nuestra sociedad. Muchos padres en la actualidad, ya no son un “accidente social” como el autor expresa, sino que ahora participan activamente en las tareas que antes eran

exclusividad de la mujer. Actualmente está comprobado que el padre puede desempeñar un papel importante y único en el desarrollo de su hijo.

En consonancia con lo dicho, Sinay (2009) plantea que padre no se nace, sino que se hace, esto se refiere a que ningún varón nace sabiendo cómo ser padre. El hecho de ser portadores de simiente y capaces de procrear, no los convierte automáticamente en padres. Es errónea la idea de creer que se “es” padre por el solo hecho de nacer varón. Una consecuencia de esta falsa concepción es que la paternidad queda asociada a la pobre idea de paternidad en función a: fecundidad, apellido, capacidad de sostener materialmente a una familia, y autoridad (o autoritarismo); dejando de lado otros atributos como la crianza, el acompañamiento, contención afectiva, seguimiento educacional, nutrición emocional de los hijos y el cuidado de la salud. Características que pareciesen ser solo una cuestión materna.

Oberman (1998, 16) sostiene que “el padre de un bebé es en sí mismo una presencia apreciada, valorada y muchas veces desvalorizada”.

En la actualidad muchos son los autores que hacen referencia a la notoriedad del cambio que se ha producido entre los hombres respecto a la paternidad. El rol paterno suele pasar más inadvertido, y además, el mismo en comparación con el rol materno, no ha sido estudiado tanto.

Para Alberdi y Escario, autoras españolas del libro *Los hombres jóvenes y la paternidad* (2007) la definición de paternidad es muy variada ya que la “nueva paternidad”, como la llaman, no responde a un modelo único. Para las nuevas generaciones la paternidad es una experiencia deseada y vivida con un alto grado de emocionalidad. Agregan a esta emocionalidad la presencia del deber ser. Tener un hijo produce un gran impacto en los hombres y en su identidad.

En el estudio que llevaron a cabo (Alberdi y Escario, 2007) los padres describen la paternidad con emociones como: intensidad, entrega y satisfacción. Las autoras hablan de un “padre total” aquel que se entrega de forma completa a la paternidad y se dedica intensamente al cuidado de su familia. El carácter de voluntariedad, a diferencia de las madres, hace que ellos puedan animarse a hablar de la otra cara de la paternidad (como es el desgaste, cansancio, etc.). El cambio que se ha producido en la paternidad en los últimos tiempos tiene como aspecto importante a destacar el estímulo que reciben los padres de parte de la pareja y también de parte de la sociedad.

Más allá de la edad en la que se comienza a ser padre, la paternidad se vive en un sentido generacional de pasar a otra categoría social, categoría que implica *sentar cabeza*, hacerse mayor, empezar la vida seria. El primer hijo (desde que se toma la decisión de tenerlo) es el que produce este cambio en los padres de adquirir actitudes responsables, de comportamientos visibles y diferentes a los que se tenían. Produce un gran impacto en la vida emocional, un cambio de actitud, hay una nueva forma de verse a sí mismos (Alberdi y Escario, 2007).

Para Pose (2004) cada hijo, sea el primero o segundo, tiene una repercusión mental diferente, pero nunca inexistente. Implica un vínculo específico dado por diferentes factores como el momento de la vida en el que este hijo nace, las circunstancias que lo acompañan, el lugar que cada uno ocupa como hijo en la historia familiar, etc.

La transformación para convertirse en padres comienza desde el hijo que cada uno fue y de los padres que cada uno tuvo, los hijos hacen revivir las experiencias del pasado generando una nueva historia. Cada hijo crea un padre diferente, ya sea por el momento y la circunstancia de la vida, entre otras cosas. La prehistoria de cada uno de los miembros de la pareja y como se articula la pareja va a intervenir en cómo se lleve a

cabo el embarazo, el parto y nacimiento del bebé. El logro tanto de la maternidad como de la paternidad es una de las manifestaciones más significativas para una mujer y un hombre (Pose, 2004).

ANTECEDENTES DE LA PATERNIDAD EN EL TIEMPO

Para nuestra cultura, tradicionalmente el rol del padre estaba referido en ser los proveedores del soporte material de los hijos y de la esposa, concepción que se ha ido modificando en los últimos 40 años, debido a varios factores, entre ellos la incorporación de la mujer al mercado del trabajo y una nueva visión del hombre (Oiberman, 1998).

El rol del padre a pesar de no tener evidencia biológica como es en el caso de la madre, siempre estuvo escrito en la ley social.

En la antigüedad el padre poseía una doble autoridad, como padre y también como marido, era el jefe, poseía funciones judiciales y estaba encargado de velar por la conducta del resto de los miembros de la familia frente a la sociedad.

Es a partir de Cristo, que la autoridad paterna se intenta modificar, la esposa - madre ya no es más su esclava, sino su compañera.

En Francia, costumbre campesina del siglo XIV, era el padre quien tomaba en brazos al recién nacido inmediatamente y lo envolvía con su camisa. Más allá de estas prácticas el padre tenía el derecho de matar a su hijo. Hasta la Revolución Francesa (siglo XVIII) el padre era un monarca por derecho divino. Siguiendo a este periodo se da la revalorización del amor maternal y la transformación del rol del padre en proveedor y soporte económico de la familia. Su imagen principalmente autoritaria comienza a modificarse lentamente.

Oberman (1998) plantea que los hombres han atravesado tres modelos en el siglo pasado:

Hombre fuerte: en los 50. Hombres de pocas palabras, proveedor, sin espacio para la sensibilidad.

Hombre cuestionador: en los 60. Al calor de movimientos pacifistas y del feminismo.

Hombre sensitivo: en los 70. Aparece más débil frente a la mujer, comienza a tomar responsabilidades con la naturaleza y con sus hijos.

Es en el hombre de fines del siglo XX que se produce el redescubrimiento de su auténtico potencial paterno.

Complementando a estos tres modelos, vale la pena destacar los cambios del rol paterno producidos en la sociedad occidental que propone Lamb en 1986 (Oberman, 1998):

**Padre como modelo de moral cristiana.* Desde la época colonial hasta fines del siglo XIX. La función principal del padre era dar a sus hijos una buena educación cristiana.

**Padre como modelo de soporte económico.* Comienzos del siglo XX. La industrialización provocó que el hombre pasara la mayor parte del tiempo en las fábricas. Su función principal se convirtió en ser el soporte económico de su familia. Quedaban delegadas en la madre aquellas funciones referidas a la crianza y educación de los hijos.

**Padre como modelo de identificación sexual.* Surge una nueva concepción de la paternidad luego de la crisis de la década del 30 y de la segunda guerra mundial.

Muchos hombres quedan sin empleo y la mujer comienza a ocupar puestos de trabajo que eran exclusivamente masculinos. Los roles comienzan a transformarse.

**Padre “nutricio” (o etapa del amor parental).* En la década del 70 el padre ocupa un lugar mucho más importante en la crianza de sus hijos. La inserción de la mujer en el mercado provocó que tanto las tareas del hogar como la crianza de hijos sean compartidas. Diversas costumbres comenzaron a cambiar. Por ejemplo: se incluyó al padre en el parto y hasta en algunos países se incluyó la licencia optativa por paternidad.

**El modelo de “nuevo padre” (New Father).* Se llama con este nombre a aquel que se compromete con la crianza y los cuidados de sus hijos. Los elementos que aparecen en la nueva conducta paternal son: la interacción (tiempo que el padre comparte con su hijo realizando actividades conjuntas), la accesibilidad (la posibilidad que tiene el niño para interactuar con su padre) y la responsabilidad (funciones que asume el padre en las actividades de los niños).

Diversas investigaciones muestran que grandes cambios se han producido en el rol de los padres, tanto en actividades de interacción, así como también en la cantidad de tiempo que pasan junto a sus hijos.

Ruíz (2004) plantea que el padre es reconocido por su presencia afectiva cotidiana, dando lugar a otro registro desde lo corporal, se define una nueva proximidad entre padre e hijo. Expresa que hay padres que cuentan cómo se comunican con su bebé en gestación a través de caricias, palabras, música, etc.

SER HOMBRES. UNA BREVE MIRADA SOCIAL

Para Sefton (2006, 38) “ser hombre y ser mujer va a depender de la forma como esas identidades son producidas culturalmente y, al mismo tiempo, de las comprensiones y subjetivaciones de cada individuo en su articulación con lo social”.

Plantea que la paternidad va a estar modificada por las representaciones de los sistemas culturales que nos rodean

Es importante tener en cuenta a la hora de hablar de lo masculino y lo femenino las distintas sociedades y momentos históricos en que esas identidades son constituidas. Para Sefton (2006) el hombre se constituye como hombre en relación a la mujer y en relación a otros hombres tomados como referentes. Pareciera que los hombres se esfuerzan por “alcanzar” este ideal de masculinidad. Es así que para la cultura occidental el hombre tomado como “modelo social” es aquel de clase media, heterosexual, bien acomodado profesionalmente, capaz de ser el sostenedor de una familia; que demuestre seguridad, protección y confianza. Así también, hay ideales de paternidad que se plantean: padre que debe ser participativo en la vida cotidiana de sus hijos pero llevando ciertos sacrificios (como por ejemplo resignar el fútbol). Esta participación se lleva a cabo dentro de ciertos límites (Sefton, 2006).

Por otro lado, en la actualidad, más allá de que está siendo abandonada y cuestionada y que en el siglo XX se mostró en crisis, se hace presente aún en sociedades contemporáneas el régimen de la familia patriarcal. Los hijos y la madre se encuentran alrededor del padre, este debe responder económica y moralmente, el apellido paterno es el que pasa de generación en generación. Burman (1998, citado en Sefton, 2006) plantea que aunque algunos hombres se aventuran en esferas culturalmente femeninas hay poca transformación en cuanto a privilegios masculinos, dejando sin mucha modificación esta estructura patriarcal.

Con respecto a los cambios producidos en el rol del hombre en nuestra sociedad se pueden observar ciertas modificaciones que van ocurriendo, como es el caso de la ley 20.744 (Ley de Contrato de Trabajo). Desde el año 1974 está vigente el artículo 158 inciso “a” de la cual otorga dos días de corrido de licencia por paternidad.

En la actualidad se espera que este inciso "a" sea modificado. La propuesta contempla la prohibición de que el padre trabaje ante un nacimiento, "por razones biológicas o adopción", transfiere la licencia al padre en caso de fallecimiento de la madre, prevé los nacimientos múltiples y el nacimiento o adopción de hijos con discapacidad, y establece que se le pague al empleado el 50 por ciento de la remuneración por cada año de servicio en caso de rescisión de contrato. El proyecto avanza también sobre las licencias adicionales por nacimiento antes de término (o con riesgo) y por enfermedad o discapacidad crónica. Este proyecto ya ha sido aprobado por el Senado y actualmente se encuentra en Cámara de Diputados esperando su aprobación.

CONCEPTUALIZACIONES DE LA PATERNIDAD

Para Winnicott (1960) la función paterna está ligada a crear un ambiente que beneficie, en los primeros momentos de la vida del niño, la "convivencia madre- bebé". La madre podrá cumplir mejor sus funciones si ella es objeto de cuidados. Es así que los cuidados que brinde al bebé están en relación a los cuidados que ella recibe. Para dicho autor esta función estará en parte a cargo del padre.

Stern (1995, citado en Ruíz, 2004) plantea que la función paterna se vincularía así con un rol de protector y amortiguador físico y práctico, brindando apoyo psicológico a la madre para que esta pueda dedicarse a la organización de temas subjetivos, retirándose de demandas externas.

Benedik (1970, citado en Ruíz, 2004) considera que la función del padre se centra en ser proveedor de seguridad.

Greenacre (1950, citado en Ruíz, 2004) considera que la importancia del rol del padre va más allá del apoyo que este pueda brindarle a la madre, esta radica en la importancia y la contribución que hace a la vida del niño. No tiene la misma presencia que la madre, pero emerge como figura a la mañana y a la noche, se hace presente a la

luz del día, los fines de semana o vacaciones. Esta presencia facilita en el bebé el desarrollo pausado del sentido del tiempo. Hay investigaciones que reafirman que el padre es quien, a través de los juegos corporales, permite el desarrollo del yo corporal del bebé.

Greenberg y Morris (1982 citado en Oiberman, 1998) investigaron sobre el concepto de “potencialidad innata paterna” (engrosamiento) el cual hace referencia al sentimiento potencial e innato de preocupación e interés que poseen los padres hacia sus hijos. Según los autores este sentimiento se desarrolla ante el impacto que produce el recién nacido y está acompañado por una serie de conductas (aumento de autoestima, atracción hacia el bebé, etc.). Esta expresión implica:

- Estar totalmente absorbido por la presencia del bebé.
- Manifestar preocupación e interés ante el nacimiento del hijo.
- Expresar una emoción intensa ante el nacimiento.
- Sentir una intensa y característica emoción al verse convertido en padre.

En cuanto al término “cauvade” este fue aplicado por primera vez por el antropólogo inglés Sir Edward Taylor (1865). Proviene del vocablo francés “couver” que significa: empollar, incubar (Ruíz, 2004).

Es una costumbre de algunas culturas en donde el padre realiza un proceso de identificación con la madre antes, durante y después del parto. En nuestra cultura lo que se puede observar es que en ocasiones aparece en los maridos un aumento de peso en el periodo de gestación de la mujer, así como también, síntomas similares a los del embarazo como náuseas y vómitos, que inmediatamente desaparecen después del alumbramiento de la mujer. Oiberman (1998) plantea que los síntomas son más

frecuente en el tercer mes de embarazo y que este síndrome afecta a un 10-15% de los padres.

Los autores Parke y Tinsley (1987, citados en Oiberman, 1998, 32) plantean que "el esposo actúa como soporte emocional de la madre en el periodo posterior al nacimiento del bebé." Esto se vincula al concepto planteado por Winnicott (1983) de *holding* (sostén).

Bornholdt (2006, citado en Oiberman, 1998) considera que las necesidades del bebé también son percibidas por el padre, complementando así la actividad de la madre. Como otros autores, también plantea que el nivel de soporte emocional del padre hacia la madre va a estar alterado, generalmente por el horario de trabajo.

Según Brazelton y Cramer (1990, citado en Ruíz, 2004) es en el tercer trimestre de embarazo que se produce un aumento de ansiedad del padre, en relación a la salud del pequeño. Esto puede estar asociado a las fantasías inconscientes que se vinculan a la ambivalencia, rivalidad y resentimiento desatados frente a la capacidad de la mujer de poder gestar en su cuerpo al futuro bebé.

Videla (1973, citado en Ruiz, 2004) considera que al no poder comprobar los movimientos del bebé en su cuerpo como lo hace la mujer, el padre queda más librado a diversas fantasías y ansiedades.

Lebovici (1989, citado en Ruíz, 2004, 65) plantea que "el padre necesita apoyo afectivo por parte de la madre para volverse un padre interesado, ocupado de sus hijos".

"El lugar del padre se desarrolla a lo largo del proceso del embarazo. No es un sustituto frente a una madre no continente, ni se reduce sólo a ser el compañero de la misma" (Ruíz, 2004, 65).

En la Argentina fue Aberastury (1984, citado en Oiberman 1998) quien hizo grandes aportes al tema de la paternidad, para ella el padre tiene una enorme importancia como fuente de identificación en las etapas tempranas del desarrollo. Sintetiza que aunque el equipo psicobiológico innato del hombre es menos dotado que el de la mujer esto no impide que no pueda cumplir un rol específico en la crianza y el cuidado del bebé. Los estilos maternal y paternal pueden complementarse para la socialización y el desarrollo del pequeño. El hombre puede obtener un modelo de aprendizaje de la función paterna a través de las experiencias recibidas de sus propios padres o sustitutos.

INVESTIGACIONES ACERCA DE LA PATERNIDAD

Diferentes áreas han abarcado los estudios referidos a la paternidad, una de las primeras investigaciones sobre la relación padre bebé fue realizada por Kotelchuk, (1976, citado por Oiberman, 1998) quien observó niños en un laboratorio. Kotelchuk (1976) comparó tres grupos de niños y demostró que pequeños que tenían estrecho contacto con su padre, aceptaban mejor situaciones y personas extrañas.

Stoltz (1954, citado en Oiberman, 1998) comprobó que los niños de aquellos padres que permanecían ausentes (ya que tenían que ir a la guerra) tenían más dificultades en establecer relaciones con sus pares. Hay estudios que demuestran que la ausencia del padre es más perturbadora para el varón que para las niñas.

Está comprobado que el comportamiento paterno influye en el hijo en diferentes áreas. Ya durante los primeros años de vida padre y madre se relacionan de manera diferente con ellos. Las interacciones que se dan entre padre- bebé tienen un carácter más físico y estimulante que la que se da con la madre. Según Brazelton (1993) la mayoría de los padres tiene un comportamiento más excitante y lúdico. A su vez se puede decir que los padres mantienen con sus hijos juegos de índole más físico, a diferencia de los juegos que mantienen las madres con sus bebés; hay

investigaciones (Parke, 1981) que muestran que esto sucede cuando los padres eran los “segundos” cuidadores. Parecería que los padres estimulan más a sus hijos varones que a las niñas, a la exploración del medio ambiente. La presencia del padre también pareciera incrementar las conductas de interés de la madre hacia su bebé (Oiberman, 1998).

Parke (1981) plantea que ambos padres responden a su bebé de maneras diferente, los padres responden más frecuentemente hablándoles y las madres prefieren hacerlo tocándolos. En cuanto al sostén que ofrecen los padres, hay investigaciones que plantean que existen diferencias en cómo cada uno lo hace. Los padres sostienen a las niñas de una forma más estrecha que a los varones.

En los trabajos realizados por Oiberman (1998) se observó que el padre sostiene diferente a como lo hace la madre. Ella lo sostiene entre su antebrazo junto a su pecho, mientras que el padre lo sostiene colocando al bebé frente a él, juntando ambas manos y antebrazos.

Hay estudios que demuestran que los padres mantienen diferentes comportamientos, de acuerdo al sexo del hijo, les transmiten diferentes mensajes. Para el varón generalmente es: “hazlo bien” y para la niña “tómame tu tiempo”. A las niñas brindan más ayuda y protección a diferencia del varón a quien se le exige más conductas de éxito (Oiberman, 1998).

Capítulo II

Entrando en contacto con el bebé

DE LA IDEA DE PATERNIDAD AL EMBARAZO Y PARTO

Son muchos los autores que se preguntan qué sucede en el padre durante la gestación de un hijo.

Pose (2004) plantea que si bien la paternidad es tan compleja como la maternidad por estar atravesada por ejes históricos- culturales, señala que la maternidad conserva cierto orden de registro y de legitimidad “natural”, dado por su anclaje biológico en el embarazo y parto. El niño antes de nacer no es declarado ni inscripto en registro civil, legalmente no existe. Es luego del nacimiento que el bebé adquiere un status legal y el padre también como tal.

La confirmación del embarazo es en una primera instancia de gran impacto para cada persona, aporta una prueba de crecimiento y de su propia capacidad para dar vida, lo cual despierta plenitud y valoración de su condición como hombre o mujer (Pose, 2004).

Según Pose (2004) la llegada de un hijo puede provocar deseos contradictorios, por un lado aporta y a la vez quita, puede generar alegría por el crecimiento que implica y por otro lado puede generar tristeza al ver que se deja una etapa atrás. La ambigüedad puede verse aumentada en función de la situación particular por la que se esté atravesando, por ejemplo en caso de una mala situación económica. Puede también que el embarazo sólo confirme el deseo de uno de los miembros de la pareja. Existe infinidad de combinación de situaciones externas e internas. Estos sentimientos de deseo y ambigüedad volverán a reaparecer en el futuro.

En la medida que la gestación avanza (Pose, 2004) acompañado al espacio biológico, los padres van creando un lugar externo, físico (cuna, habitación) y además

un espacio en el interior de cada uno de ellos (pensamientos, expectativas, deseos). Darle un lugar mental a ese hijo, implica darle un lugar mental al futuro papá de ese hijo. Los padres revisan la propia experiencia que se tuvo como hijo y con ello el temor y deseo de proteger a sus hijos de las experiencias que ellos mismos pasaron de chicos. Se produce una fuerte identificación con el bebé y viejos conflictos pueden aparecer en este momento clave.

Hay estudios que demuestran que durante el embarazo los maridos experimentan un aumento de preocupación, mostrando más ansiedad que sus mujeres. La principal preocupación de ellos, entre otras, es la económica: la de poder hacer frente a los gastos que genera la crianza de un hijo. El apoyo emocional que brinda el padre a su mujer es de suma importancia (Parke, 1981).

Pose (2004) describe 3 etapas en el embarazo donde los cambios fisiológicos son acompañados por los psicológicos:

- En la primera etapa los padres se adaptan a la noticia del embarazo, se producen cambios en el cuerpo de la mamá pero todavía no hay pruebas de la existencia real del feto.
- En la segunda etapa los padres comienzan a reconocerlo como un ser que a su debido tiempo quedara separado de la madre, la madre percibe los primeros movimientos fetales, el bebé anuncia su presencia física.
- En la tercera etapa los padres experimentan al futuro hijo como un individuo separado. En estos últimos meses se eligen nombres, se prepara el lugar. Los 9 meses van a ir dando lugar a la preparación psicológica y física para el nacimiento del bebé.

El papá cuando recibe la noticia del embarazo de su mujer ratifica y confirma

aspectos de su persona se interroga acerca de qué tipo de papá será, cómo quiere ser, cómo fue su padre, si podrá sostener económicamente a su bebé. También, se pregunta acerca de su capacidad para ser padre. No ve comprometido su cuerpo y por ello la relación con su hijo demandará en el tiempo un proceso de apropiación del pequeño como su hijo.

Todo esto va a tener que ver con cómo cada padre elabora o contiene las sensaciones de tercero excluido que se despierta en el embarazo de su esposa. Estos son sentimientos que experimentamos durante toda nuestra infancia (celos exclusión) por ejemplo frente al nacimiento de un hermano o la intimidad de nuestros padres. El reconocimiento paterno del hijo también va a ayudar a la madre a ver a su hijo como un ser separado de ella, le aporta tranquilidad de saber que ella no es la única responsable, marca la prueba de su salida familiar (Pose, 2004).

La gestación despierta en el padre sentimientos de potencia y de poder, el nacimiento del bebé le aporta un sentimiento de valoración positiva de sí mismo, logro que lo ubica de manera diferente frente a sus padres y frente a la sociedad. El bebé le permite reconocerse y es el destinatario de sueños y deseos (Pose, 2004).

Harold Rausch y col. (1974, citado en Parke, 1981) comprobaron en su investigación que los esposos se volvían más comprensivos y conciliadores durante el embarazo. Tendían a buscar más apoyo en amigos que ya habían sido padres y también aumentaban el contacto con sus propios padres durante el embarazo de su mujer, sobre todo con su madre.

Con el hecho de que el hombre revele mucho interés por su mujer durante el embarazo, se ha demostrado que este correlaciona positivamente y tiene relación con la frecuencia con que este alza a su hijo en brazos y lo atiende cuando llora (Parke, 1981).

EL NACIMIENTO ¿COMIENZO DEL VÍNCULO?

Cuando un bebé nace, sus padres deben ir regulando esta interacción. Por un lado, no deben recargar de estimulación al pequeño y por otro, deben aprender a codificar las conductas de su hijo. El mismo ambiente en que se encuentra el bebé debe generar una estimulación adecuada para un buen desarrollo. Es en este sentido que decimos que la relación padre- hijo es doble ya que no sólo el hijo ejerce influencia sobre el padre, sino que también este último lo hace sobre el niño, podríamos decir que este proceso psicoafectivo como lo definíamos al comienzo es un proceso dialéctico (Oberman, 2008).

Oberman (1998) llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia de la Provincia de Buenos Aires, una investigación con la construcción de la Escala de Observación Paterna (E. O. P.) con la cual buscaba conocer el impacto que genera el nacimiento de un hijo en los padres y cómo estos exteriorizan sus emociones en los primeros contactos con el neonato (la E.O.P. fue uno de los instrumentos utilizados en la presente investigación).

El objetivo de su investigación fue indagar las actitudes que desarrollan los padres frente su paternidad. Concluye que la mayoría de los padres de su muestra reflejaron alegría y aceptación frente al nacimiento de sus hijos. La conducta visual frente al hijo fue la que aparecía como base y de la cual se desprendían las otras conductas interactivas. Los padres primerizos y más jóvenes fueron los que más impactados quedaron con la paternidad y los que más tiempo pasaban junto a su bebé. La edad no resulto ser un variable influyente en la experiencia de la paternidad.

Pocos fueron los hombres que manifestaron sentirse papás desde el inicio de la gestación. Recién frente al nacimiento del pequeño los padres dijeron sentirse como

tal. (Oberman, 1998).

En cuanto a las tareas de cuidado del bebé, algunos negaban hacerlas principalmente por el temor a lastimar al bebé, por desconfiar de ellos mismos y sentirse torpes frente a su mujer.

Sintetiza planteando que la paternidad a diferencia de la maternidad se va a desarrollar, principalmente, a partir de la presencia real del hijo (Oberman, 1998).

Luego del nacimiento, el re-encuentro con el bebé va a implicar un ajuste entre lo real y lo soñado. Ese bebé tan familiar por momentos se vuelve desconocido y extraño. Aquí, según Pose (2004), comienza para el papá el proceso de adopción del hijo que se formaliza en la entrega de su apellido. Su acercamiento ya no está necesariamente mediatizado por la madre como antes; puede alzarlo, olerlo, mirarlo, hablarle; interactuar con él. Las respuestas del bebé le dan un lugar que antes sólo era imaginado. Comienza una relación más exclusiva e individual. Se abre un proceso de adaptación más allá de la gratificación que genera el encuentro.

En cuanto a la presencia del padre durante el momento del nacimiento hay estudios que demuestran que se ha ido incrementando esta presencia. Se observa que este primer contacto (en sala de partos o momentos inmediatamente posteriores) incrementa y facilita el amor paternal (Klaus y Kennell, 1975 citado en Oberman, 1998). Otros estudios no encontraron diferencia alguna con respecto a este hecho (Greenberg y Morris, 1982 citado en Oberman, 1998).

Para Alberdi y Escario (2007) la presencia del padre en el momento del parto, la preparación para el parto, las ecografías son una forma de ligazón con el bebé. Pero para ellas el “momento de la verdad” se da luego del nacimiento cuando llegan a casa, el afecto por el niño comenzaría con el nacimiento y se acrecentaría en el contacto y la convivencia con él.

Todos nacemos y nos movemos en un mundo de vínculos. La palabra vínculo viene del latín “vinculum” (atadura) y es una ligadura estrecha, pero no forzada, es decir que se da de manera espontánea. Se refiere a atar de manera duradera. Oiberman (2008) diferencia esta idea del concepto de relación.

La palabra relación significa, más frecuentemente: “carácter de dos cosas tales que la modificación de una de ellas provoca la modificación de la otra” (Oiberman, 2008, 64). La misma autora realiza otra distinción con el concepto de comunicación. Para ella este último hace referencia a lo que acontece cotidianamente entre la madre y el niño. El concepto de relación o vínculo engloba esta idea de comunicación.

Para Berenstein (1996) un vínculo es una ligadura emocional estable característica del mundo mental en el que se distinguen tres áreas: intrapsíquica (caracterizadas por relaciones de objeto, las cuales son ligaduras estables entre representaciones de sí mismo y del cuerpo con un otro), interpersonal (ligaduras estables entre dos sujetos. Los prototipos de estos vínculos son los familiares) y transubjetiva (son las representaciones ligadas a la ideología, la política, la religión y la ética). Por otro lado, podemos describir dos grupos de configuraciones vinculares: por un lado las simétricas y por otro las asimétricas. Entre estas últimas se encuentra la vincularidad parental, se trata de aquellas en la cual sus polos se encuentran en diferentes niveles de maduración psíquica, como es el caso del vínculo del bebé con su papá.

Esta ligazón afectiva que establece el bebé con sus padres es *el primer vínculo*, siendo crucial para su propia supervivencia y desarrollo. La forma en que estos padres se comporten frente a las necesidades de sus hijos dependerá de múltiples factores, algunos intrínsecos y otros extrínsecos a ellos. Desde este vínculo originario, surgirán luego el resto de los vínculos que el niño entablará con otras personas. El carácter de

este influirá en la calidad de ellos (Berenstein, 1996).

Este proceso de vinculación va a ser diferente en cada hombre “muchos padres manifestaron que empezaron a conectarse con su bebé cuando pudieron verlo y tocarlo por primera vez, otros cuando lo vieron nacer en el parto, otros cuando tocaron el vientre en movimiento”. Esta adopción emocional no necesariamente va a coincidir con un tiempo específico. (Pose, 2004).

PADRE E HIJO: MIEMBROS DE UNA FAMILIA

Desde una perspectiva sistémica, la familia es un sistema inmerso en un sistema social, es la encargada de satisfacer necesidades biológicas y emocionales de los individuos, así como también de buscar el desarrollo integral de sus miembros y la inserción de estos en la cultura.

La familia como todo sistema, tiene periodos de estabilidad y de inestabilidad. Es en el paso de una etapa del ciclo vital a otra es que aparecen los periodos de inestabilidad (Zuluaga, 2007). Como por ejemplo, el noviazgo, el embarazo, etc. Estas son crisis esperadas y casi universales. También se producen muchas otras crisis que no suceden en todos los sistemas familiares, como es el particular caso del nacimiento de un hijo prematuro.

Para Herrera (1997) una familia es funcional cuando puede promover el desarrollo integral de sus miembros y a su vez mantiene estados favorables de salud. La autora parte de la definición de salud de la OMS la cual toma como concepción de salud no sólo a la ausencia de síntomas, sino también el bienestar psicológico y social. La autora plantea que la familia se vuelve disfuncional cuando no existe la capacidad de asumir cambios, lo que impide ajustarse a los cambios de sus miembros. Esta funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no es algo estable, es un proceso que se reajusta constantemente.

El nexo entre los miembros de una familia resulta ser sumamente estrecho, ya que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en el resto de los integrantes y en consecuencia en toda la familia (Herrera, 1997).

Desde una perspectiva psicoanalítica, si bien la vida psíquica transcurre dentro del individuo, todo sujeto es y existe vinculado. “Una familia es un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia tanto al sistema de parentesco como al de la lengua” (Berenstein 1995, 241). La relación entre padres e hijos lleva a la idea de que los padres están primeros y los hijos vienen después. Es necesario que a nivel biológico exista una pareja de tipo matrimonial, para que luego de una relación sexual haya un nacimiento. La pareja genera un hijo que los ubica en el lugar de padres. Esto último no tiene que ver con un hecho biológico, sino con la idea de lugar y vínculo. Para Berenstein (1995) la familia se constituye así como un conjunto de lugares y de vínculos ocupado por los yoes, inscriptos en cada psiquismo.

LAS DIFERENTES CAPACIDADES DEL LACTANTE

Partiendo de las teorías psicoanalíticas era recurrente pensar al bebé como un ser relativamente pasivo, un organismo que reacciona a la estimulación y se comporta de manera tal para reducir la misma. Estas concepciones, consideran que las percepciones del bebé están tornadas hacia el interior y no tendría más que percepciones de necesidades introspectivas, los estímulos externos no serían percibidos salvo que rompan la barrera de contacto, lo cual protege al niño de los estímulos desorganizantes.

Mahler menciona una fase de “autismo normal” en las primeras semanas de vida, etapa en la que predominan estados somnolientos sobre los estados de alerta. El niño sólo despierta cuando el hambre u otras necesidades lo hacen llorar. El pequeño queda reducido a un nivel exclusivamente biológico (Fizselew y Oiberman, 1995).

Oberman (1995) plantea que esta concepción del niño pequeño como pasivo, en un estado de indiferenciación con el medio y cuyas conductas se dirigen sólo a reducir la tensión y buscar una homeostasis, está presente hace muchos años, pero en la actualidad surge una nueva concepción acerca del recién nacido y el lactante.

Plantea que desde el primer día de vida el bebé busca y espera estímulos, más que defenderse de ellos. Al niño se lo ve, a partir de ciertas investigaciones, activo y con conductas rítmicamente organizadas.

A continuación nos detendremos en las diferentes capacidades del lactante que dan cuenta de la importancia de la interacción con el neonato (Fiszelew y Oberman, 1995):

Percepciones visuales del lactante

Percibir es tomar conocimiento del medio ambiente, a través de receptores sensoriales. Los bebés, lejos de ser pasivos, miran todo lo que se les muestra y no miran todo de la misma manera. Oberman (1995) toma una diferenciación entre “mirada-visión” y “mirada- hechicera” realizada por Ajuriaguerra (1969). La primera se refiere a aspectos perceptivos ligados al desarrollo de la actividad visual, mientras que la segunda consiste en una actividad de relación e interacción, la mirada del otro ejerce una especie de “hechizo.” Hay investigaciones que demuestran que la voz humana no alcanza para desencadenar la mirada. Los intercambios visuales constituyen el punto de partida de un proceso de interacción, con el crecimiento se podrán introducir otras modalidades.

Capacidades auditivas

Hay estudios que prueban que el feto “escucha” entre las 22 y las 27 semanas, lo cual implica cierta posibilidad de una memorización, un posible “recuerdo”. En cuanto al recién nacido sus respuestas son específicas y bien organizadas. En cuanto a la percepción del lenguaje y la identificación de la voz materna, hay pruebas de que el sistema auditivo del lactante es ampliamente funcional, este es sensible a diferentes categorías de sonido y es también capaz de discriminarlos.

Capacidades olfativas

El bebé es capaz de captar los olores que le ayudarán a adaptarse a su nuevo mundo. Este canal no debe ser dejado de lado, ya que las modalidades de comunicación principales son el tacto, las vocalizaciones y el medio visual. Esta vía le va a permitir al niño aprender las características de su cuidador, la discriminación y orientación hacia esa persona.

Contacto corporal

El tacto es uno de los sentidos más precoces, ya que a los 2 meses el embrión reacciona cuando se lo toca, el tocar raramente es indiferente. Producido el nacimiento el bebé no es indiferente al contacto. La piel asume funciones que antes estaban dadas por el cuerpo materno. El tacto se vuelve un sistema de mensajes: palmotear al bebé es un estímulo de alerta, según Brazelton (1973). Cuando el bebé está tranquilo un estímulo táctil rápido sirve para alertarlo, un estímulo lento parece reducir su actividad. *“El tocar es el más fundamental de los sentidos pues se une aquello que toca con lo que es tocado”* (Ajuriaguerra, 1989 citado en Fiszleuw y Oiberman, 1995, 89). La piel es de suma importancia ya que sirve al niño como una especie de membrana fronteriza y protectora.

Capítulo III

El nacimiento en condiciones inesperadas

EL BEBÉ PREMATURO

Pose (2004) explica que un bebé prematuro es aquel cuyo nacimiento se realiza entre las 22 semanas (154 días) y las 37 semanas (250 días) de edad gestacional. Se caracteriza por la inmadurez de sus funciones, de su “equipo físico” para emprender la adaptación a la vida. Por esa inmadurez neurológica, pulmonar, digestiva el bebé requiere de un cuidado especial. No todos los bebés que pesan menos de 2.500 grs al nacer son prematuros.

Es necesario diferenciar un bebé de bajo peso de un bebé prematuro, en ambos casos hablamos de un *bebé de alto riesgo* que requerirá cuidados especiales.

Muchas veces resulta difícil estimar con exactitud el tiempo de gestación sobre la base de datos obstétricos, ya que a veces se presentan a confusión por los periodos menstruales irregulares, metrorragias en el primer trimestre o por el crecimiento irregular del feto. En los últimos años se han desarrollado métodos de evaluación basados en las características físicas de los neonatos, que evitan la dependencia de la información materna.

La OMS fija la división de prematurez en las 37 semanas, basado en que los recién nacidos entre 37 y 38 semanas, serían de bajo riesgo, en especial en países en desarrollo (Oiberman, 2005).

Clasificación del RN según peso de nacimiento

Considera solamente el peso y es totalmente independiente de la edad gestacional.

RN macrosómico	Pesa más de 4.000 gramos al nacer. Algunos autores recomiendan límite en los 4.500 gramos.
RN de bajo peso de nacimiento (RN BPN)	Peso al nacer menor a 2.500 gramos.
RN de muy bajo peso de nacimiento (RN MBPN)	Peso al nacer menor de 1.500 gramos.
RN diminuto	Peso al nacer menor a 1.000 gramos.
RN micronato	Peso al nacer entre 500 y 750 gramos

Clasificación del RN según edad gestacional

Considera solamente la EG y es totalmente independiente del peso al nacer.

Pretérmino	Neonato nacido antes de las 38 semanas (criterio según Academia Americana de Pediatría).
Término	RN de 38 a 41 semanas.
Postérmino	RN de 42 o más semanas de edad gestacional.

Es a partir de las 24 a 27 semanas pos gestación que el bebé puede vivir en un ambiente extra útero, el nacimiento prematuro en este periodo de gestación obliga al bebé a enfrentarse a un ambiente totalmente diferente del que necesita. Se ve exigido a buscar equilibrio.

Ruíz (2004) plantea que a partir de la semana 36 a 37 de edad pos gestacional el bebé prematuro, logra un estado más integrado de los diferentes sistemas. A medida que el bebé va madurando y creciendo puede comenzar a integrar y a controlar sus estados, va desarrollando conductas de autorregulación que le permiten mantener estabilidad y protegerse de estímulos estresantes, como por ejemplo sería la conducta de llevarse la mano a la boca. El bebé también se abstrae de ambientes agresivos a través de la regulación de sus estados de vigilia. El concepto de estados de conciencia es importante para comprender el comportamiento del neonato ya que las reacciones del bebé a los estímulos externos e internos dependen de dichos estados. Estos dependerán de variables fisiológicas como el hambre, la nutrición, la hidratación y los momentos del ciclo vigilia-sueño.

Wolff (1966, citado en Ruíz 2004) ideó una matriz de seis estados que luego fue ampliada por Thoman (1975) en ocho:

- 1- Sueño tranquilo A: la actividad motora es escasa o nula, la respiración es abdominal, lenta, profunda y regular. Los ojos están bien cerrados y quietos.
- 2- Sueño tranquilo B: tiene las mismas características que el estado anterior, solo que la respiración es bastante rápida e irregular.

- 3- Sueño activo sin REM (movimientos oculares rápidos): los ojos están cerrados pero hay movimientos oculares de rotación lentos y hay movimientos faciales. La actividad corporal oscila entre sacudidas menores, contorsiones y estiramientos. La respiración es irregular, de tipo costal y más rápida que en el sueño tranquilo.
- 4- Sueño activo con REM: hay movimientos faciales frecuentes. Los ojos están cerrados, la respiración y los movimientos oculares rápidos con intervalos de 10".
- 5- Estados de ensoñación: su aspecto es muy tranquilo. La respiración es regular y los ojos están abiertos, cerrados o entornados.
- 6- Inactividad alerta: es el estado en el que el bebé está más disponible para la interacción. Aquí sus capacidades de atención son máximas. El cuerpo y la cara están quietos e inactivos pero le brillan los ojos.
- 7- Agitación: es igual al estado anterior pero con vocalizaciones o crisis de llanto.
- 8- Llanto.

El bebé ejerce control sobre sus estados de vigilia y puede utilizarlos de manera defensiva en respuesta a estímulos excesivos (Ruíz, 2004).

Enfermedades frecuentes

Entre las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia y están relacionadas con el estado de inmadurez del niño son (Espinoza, 2007):

1. *Enfermedades respiratorias.*
2. Problemas ligados a *la inmadurez del tracto gastrointestinal* y la dificultad para alimentarse correctamente por vía oral. En el caso de la *gastroquisis* esta es un defecto de la pared abdominal en el cual los intestinos y otros órganos se desarrollan fuera del abdomen.
3. *Ictericia* (es una decoloración amarillenta de la piel y la parte blanca de los ojos causada por la acumulación de un pigmento amarillo llamado bilirrubina en la sangre. La ictericia causada por un hígado que todavía no ha terminado de madurar se denomina ictericia fisiológica);
4. Infecciones por inmadurez e inexperiencia del sistema inmunológico.
5. *Hemorragia cerebral.* En un tiempo era un hecho catastrófico en los neonatos prematuros, pero a partir de la introducción de la ecografía cerebral se modificó la actitud del neonatólogo.
6. *Retinopatía* de la prematurez y su más grave secuela de cicatrización, la fibroplasia retrolental, comprometen a los prematuros de bajo peso y baja edad gestacional.

LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL EN LA PREMATUREZ

Oberman y su equipo de colaboradores (2000) elaboraron una entrevista que tiene en cuenta diferentes “sucesos significativos de vida” (life events) que podrían influir en el embarazo y parto. Esto fue realizado con el fin de incorporar la dimensión psicosocial de la madre a las maternidades en las cuales desempeñan su labor. Fue utilizada con el propósito de la detección anticipatoria de sucesos significativos que pudieran influir en el embarazo y no lograr un nacimiento normal.

La entrevista tiene en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo y partos anteriores y los temas que emergen. En relación a los temas, se registran aquellos sucesos significativos que aparecen como la preocupación principal de la madre en ese momento (surgen 22 clases de sucesos, como por ejemplo: separación de la pareja, muertes, desocupación, accidentes, mudanzas, etc....).

Un trabajo de investigación previo realizado por las autoras comprobó la incidencia de los factores psicológicos en las amenazas de partos prematuros, bebés de bajo peso y muertes fetales. Son numerosos los estudios prospectivos que se han llevado a cabo sobre la influencia de los factores psicológicos en las complicaciones del embarazo y del parto. Está comprobado que el órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero; la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo están bajo control neurohumoral. Las hormonas del estrés (corticoesteroides y endorfinas) aumentan la contractilidad uterina y disminuyen las defensas inmunitarias del organismo. Las autoras proponen pensar que las secreciones de estas hormonas son aumentadas por las emociones suscitadas por los "life events" vividos por las futuras madres. (Oiberman y cols, 2000).

Ruíz (2004) habla del nacimiento prematuro como "multifactorial", ya que existen diversas causas y factores que lo determinan, no se puede tomar a un solo factor de riesgo como el causante, sino que son variados. Existen factores biológicos, genéticos y médicos, a ello se le suma la singularidad de la mujer embarazada y los factores psicosociales que pueden interferir en el desarrollo normal del embarazo.

Papiernik (1983, citado en Ruíz, 2004, 38) elaboró el "Coeficiente de riesgo de parto prematuro" (CRAP). En su investigación interrogó a mujeres que habían dado a luz de manera prematura y sumó a los clásicos factores: biológicos, genéticos, ginecológicos, los factores socio-económicos, personales, laborales. Menciona entre otros: consultas tardías, falta de control perinatal, condiciones laborales desfavorables,

desconocimiento de parte de la embarazada de ciertos signos corporales, viajes que incluyan distancias excesivas, etc. La autora (Ruíz, 2004) plantea que la prevención de la prematurez es sumamente necesaria a pesar de los grandes logros conseguidos en el cuidado neonatal del recién nacido prematuro.

¿QUÉ SUCEDE FRENTE AL NACIMIENTO DE UN HIJO PREMATURO?

Pose (2004) habla del impacto que genera la prematurez del hijo en la vida de los padres. La madre se presenta al hospital y sin imaginarlo queda internada. Esta situación genera miedo y gran angustia frente a la posibilidad de que tanto la madre como el bebé corran peligro. Se despiertan ansiedades típicas de una internación: sensación de indefensión, desamparo, temor en relación al propio cuerpo, miedo al dolor, a lo desconocido.

En todo este proceso de nacimiento de un hijo prematuro la situación del padre es diferente a la de la madre, debido a variados factores: la mujer se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad tanto física como emocional, se encuentra frente a una gran vivencia de amenaza y temor. Al mismo tiempo el padre queda sujeto a la espera que puede llenarlo de ansiedad, temor e impotencia. En la medida que se van dando los acontecimientos va tomando una postura activa de resolución de situaciones. Muchas veces es el primero en ver al bebé y en mayor medida él es quien manifiesta la preocupación y vigilancia por la asistencia terapéutica de su hijo (Pose, 2004).

En el momento en el que se produce el nacimiento prematuro, los padres están atravesando la etapa de “aprendizaje sobre el futuro bebé” (etapa descrita por Cramer y Brazelton, 1990) última etapa del embarazo donde ambos padres comienzan a pensar al bebé como ser diferente, lo van personificando a través de la elección del nombre, comprándole ropa, preparando un lugar en la casa, etc. A los nueve meses aparecen sensaciones que conllevan al deseo de verlo nacer, la falta de esta experiencia interviene en el impacto de la prematurez. Mientras menor sea el tiempo

de gestación del bebé menor será la identificación como ser separado por parte de los padres. Esta última etapa del embarazo, donde la personificación del bebé aumenta, falta en el nacimiento prematuro y el bebé muchas veces no es suficientemente percibido como real (Ruíz, 2004).

Para la madre el no haber llevado a término el embarazo puede despertar de manera consciente e inconsciente la sensación de fallar, de ser una mala madre. Todos los padres frente a la enfermedad de un hijo sienten culpa porque el sentimiento frente a la maternidad y la paternidad son de proteger, de ser garantes de esta nueva vida. Estos sentimientos de culpa pueden resultar ofensivos para la madre, el padre, la pareja y el bebé (Pose, 2004).

El nacimiento prematuro puede ser considerado como una situación traumática para los padres, ya que se presenta de forma imprevisible y muchas veces no se encuentran preparados. Se despiertan sentimientos sumamente intensos y pueden desencadenarse fuertes cuadros de estrés (Pose, 2004).

Frente al nacimiento prematuro se va a requerir de un proceso de adaptación interna. Lo traumático de la interrupción de la gestación será vivenciado de manera particular por cada padre. Esta vivencia puede ser traumática debido a su carácter disruptivo y a la gran repercusión emocional (Ruíz, 2004).

Respondiendo a la crisis y al dolor

Todo embarazo y posterior nacimiento de un hijo sin dificultades es una crisis vital. Toda familia atraviesa periodos de crisis a lo largo del ciclo de la vida. Estas situaciones llevan a la creación de nuevas reglas adaptativas y a la acomodación de roles y tareas. Una crisis es una situación de cambio, donde el cambio es inevitable y de acuerdo a cómo transcurran los acontecimientos la situación podrá mejorar o empeorar.

El nacimiento de un hijo prematuro, implica una doble crisis. Se suma a la crisis vital del nacimiento una crisis inesperada, el pequeño nace antes de tiempo, las cosas no salen como uno las espera o se imagina.

Cuando un niño recién nacido ingresa a la UCIN, junto con él llega una pareja de padres con su autoestima fuertemente golpeada, se encuentran con una realidad muy diferente a la imaginada, y muy diferente también, a la que la maquinaria social ha venido tejiendo en relación a la maternidad. En este difícil contexto de la terapia lleno de respiradores, sondas y sonidos de monitores, los padres tendrán que aprender a vincularse con el "hijo real". Vinculación de la que le niño depende absolutamente para que su psiquismo se desarrolle adecuadamente. (Muniagurria, 1998).

El cómo se adapte y reaccione cada persona a esta situación va a depender de su historia personal, de su forma habitual de reaccionar a situaciones de peligro, de las características de la propia personalidad, de las condiciones de la pareja, los antecedentes con los que se llega, entre otras.

Frente esta doble crisis que tienen que transitar, los padres se encuentran sumamente vulnerables. Durante la internación y la estadía del pequeño en UCIN pasan por distintos estados emocionales, distintas fases de reacción (González, 1999):

- 1- Fase de shock inicial: en un primer momento todo es confusión y conmoción, internamente se encuentran con una gran desorganización. Necesitan aquí ser contenidos emocional y físicamente.

Muniagurria (1998) plantea que lo que suelen necesitar en estos primeros momentos, es que alguien les preste su palabra y pensamiento, para ayudarlos a reorganizarse mínimamente de esta sensación de vivencia catastrófica. La información que se brinda escueta y dosificada, y el sostén de la esperanza por parte de los profesionales, tienden a evitar el

establecimiento de duelos anticipados que los alejarían peligrosamente del niño.

- 2- Fase de negación: los padres en esta etapa tienen mucho miedo a saber, la realidad les resulta angustiante y frustrante. Negar la realidad se vuelve un mecanismo protector del psiquismo en este momento, por esto mismo muchas veces la información que es dada a los padres es asimilada con dificultad.

Según Muniagurria el rol del personal médico y de enfermería, es el de mostrar disponibilidad informativa (estar para cuando los necesiten); debe tener paciencia para repetir la información varias veces, respetar el mecanismo de negación y estimular el vínculo materno filial respetando los tiempos internos de cada familia.

- 3- Fase de enojo o de ira: esta fase no es transitada por todos los padres con la misma intensidad, lo cual va a depender de múltiples variables. El enojo que aparece que puede manifestarse de diferentes maneras es un enojo con ellos mismos y con la vida.

Lo que los padres necesitan en estos momentos es ser escuchados comprendidos en su sufrimiento, más que recibir respuestas certeras, aún cuando las pidan (Muniagurria, 1998).

- 4- Fase de tristeza: los padres comienzan a preguntarse “¿Por qué nos sucede esto a nosotros?”, hay un mayor contacto con la realidad y con la posibilidad de comenzar a elaborar el duelo por el hijo que no fue, el hijo imaginado y entrar en sintonía con el hijo real. Es un momento clave para informar la importancia y el poder de su presencia y el contacto con su hijo dentro de la unidad.

Muniagurria (1998), plantea que en estos momentos, los padres necesitan ser desculpabilizados y estimulados en su función paterna.

- 5- Fase de reequilibrio: aquí hay una menor oscilación emocional de los padres. Aquí la información es relevante, porque pueden asimilarla de otra manera.

Los padres empiezan a manejarse dentro de la Unidad de una manera más autónoma. Las mamás suelen ponerse muy ansiosas y el termómetro de su emocionalidad pasa a ser el "peso" del bebé. Algunos indicadores del inicio de esta etapa suelen ser: un mayor cuidado en el arreglo personal, ansiedad por el alta del bebé y manifestaciones sutiles de "celos" con las enfermeras, que suele verbalizarse, como toda gran verdad, en forma chistosa (Muniagurria, 1998).

González (1999) cita al Dr. Martínez quien también considera que los padres de bebés nacidos prematuros atraviesan diferentes estadios frente esta crisis. Para él hay:

1º *Un estadio de desorganización*: caracterizado por una total desorganización en lo físico, emocional y funcional. La angustia experimentada es enfrentada a través del mecanismo de negación.

2º *Generación de esperanzas*: la fantasía de un niño sano comienza a reemplazarse por el hijo real. La esperanza los ayudará a enfrentar el futuro, a sentir deseos de conocer, acercarse y enamorarse del pequeño.

3º *Ajustes*: se da una búsqueda de equilibrio por parte de los padres. Son capaces de percibir logros y de participar dentro del servicio. El bebé ocupa un rol determinado dentro de la familia, los padres van recuperando su lugar.

En estos momentos los padres requieren de un gran trabajo de elaboración psíquica. En todo nacimiento hay un ajuste que debe hacerse entre la realidad y la fantasía tejida en relación al bebé, pero este trabajo es más frustrante y penoso en los partos pretérmino.

Ambos padres deben atravesar un proceso de duelo, estos pueden durar diferente tiempo en función de la historia del niño, de los padres y en función de la posibilidad de reorganizarse afectivamente luego de la crisis que genera el nacimiento, tanto de parte de los padres, la familia y el entorno social (Ruíz, 2004).

Según Grinberg (1983) el trabajo de duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y a una readaptación del yo frente a la realidad, esta readaptación a la realidad es una condición esencial para la elaboración normal del duelo. Durante este “trabajo de duelo” existe una serie de fluctuaciones producidas por diversos sentimientos.

Bowlby (1961, citado en Grinberg, 1983) plantea tres fases importantes en todo duelo:

La primera: fase de protesta. Existe una urgencia por recuperar el objeto perdido, el llanto, la rabia, la decepción y la acusación son las expresiones de esta urgencia.

Segunda fase: desesperación. Consiste en la suma de decepciones junto con la desesperación y una dificultad para mantener conductas organizadas.

Tercera fase: separación. En la persona sana aparecerá la capacidad de tolerar la depresión. El mundo interno se desintegra y se vuelve a reintegrar.

El autor destaca que lo más importante de un duelo es poder tolerar la desorganización y realizar una reorganización dirigida hacia un nuevo objeto. Este es el principal carácter adaptativo.

Muniagurria (1998) también plantea que así como el riesgo orgánico en el que se encuentra el recién nacido demanda de la intervención médica precoz con el objeto de brindar cuidados intensivos neonatales que apunten a lograr la sobrevivencia, el riesgo psíquico al que se ven expuestos sus padres por el impacto emocional de la internación de su hijo, demanda también, de cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la sobrevivencia y calidad de la vinculación entre padres-bebe. Éstos cuidados, en momentos de gran desorganización interna, adquieren máxima potencialidad terapéutica.

Capítulo IV

Terapia intensiva. El ingreso a la UCIN

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Haciendo un poco de historia, en el primer servicio para prematuros de Chicago en Estados Unidos, las madres solo entraban al servicio antes del alta, allí se les enseñaba a atender al bebé y se les daban instrucciones escritas. En Europa entre los años 1945 y 1947 se comenzaba a implementar la internación domiciliaria, esto resultaba más económico y sobre todo propiciaba que la familia participara en la atención al niño. Ya alrededor de la década del 50, producto de varias investigaciones se plantea la importancia de que la madre vea al niño cuanto antes con el fin de reducir fantasías y establecer una mejor relación con el pequeño. En la década del 60 se empieza a pensar en la posibilidad y en la necesidad de modificar ciertas reglas en las neonatologías. En esta época comienzan a ser evaluados estos servicios planteando el acceso de los padres como una necesidad. Al comienzo las madres eran acompañadas por las enfermeras que permanecían junto a ellas (González, 1999).

Barnett y col. (1970, citado en González, 1999) concluyeron que las madres en el servicio no acrecentaban el riesgo de infección, sino que por el contrario la madre ofrecía al niño bacterias no patógenas que lo protegían de infecciones intrahospitalarias.

El ambiente de la UCIN es un espacio físico con particulares estimulaciones sensoriales, ritmos, tecnología, personal de atención, que en nada se parece a aquel ambiente acuático y semi-oscuro en los que se desarrolla la gestación.

Cuando un bebé nace pre-término la tecnología se vuelve la encargada de reemplazar al medio interno uterino del cuerpo de la mujer por una incubadora. Esta es un aparato cerrado para que los prematuros completen su desarrollo, cuya temperatura, humedad del aire y aporte del oxígeno se regula con precisión. Los cuidados que se le realizan al bebé prematuro se llevan a cabo a través de aberturas (Helman y Villavella, 2000).

El prototipo de incubadora fue la “cuna de Ruehl”, creada en 1835. Esta era una bañera de doble pared de chapa para calentar a los recién nacidos de riesgo. Contaba con un espacio hueco que se llenaba con agua caliente y se cambiaba cada dos horas, su temperatura era controlada de modo permanente (Ruíz, 2004).

Santos (2008) plantea que la incubadora, dispositivo tecnológico necesario para la vida del infante en ese momento, puede intervenir en la vinculación de la madre y su hijo de dos maneras: por un lado puede funcionar como un “obstáculo”, es decir como un límite de plástico real que impide el acercamiento y el contacto con su hijo. Por otro lado, la autora plantea, que puede funcionar como “parte de”, es decir, como un dispositivo que interviene en la escena pero que no dificulta el acercamiento mutuo en los distintos registros de contacto como lo son el visual, verbal, corporal, acercamiento de posturas, etc.

Características de la UCIN

Actualmente cada servicio tiene sus particularidades, todo aquel que ingresa debe cumplir con ciertos procedimientos de higiene como el lavado de manos hasta los codos, recogido de cabellos, despojo de elementos metálicos (anillos, cadenas) y prendas de lana, etc.... En los alrededores de la UCIN también se pueden observar como los padres viven la internación del niño. Muchas veces se los suele ver en los pasillos alerta y angustiados. Pasan largas horas de espera (González, 1999).

Dentro del Servicio los niños son expuestos a la luz (factor el cual hoy en día es mayormente controlado para favorecer la adaptación al ambiente), a permanentes ruidos (una de las principales causas de la alteración del sueño en los recién nacidos) y a diferentes procedimientos médicos. Permanentemente reciben estimulaciones intermitentes las cuales pueden producir respuestas de estrés e inestabilidad fisiológica (pérdida de peso, llanto, irritabilidad, etc.).

Para adaptarse a este ambiente el niño va realizando una serie de ajustes fisiológicos y de comportamiento. Su sistema de balance dependerá del logro de tareas como: la autorregulación del despertar, cambios en los patrones de sueño-vigilia, procesamiento, almacenamiento y organización de los variados estímulos y el establecimiento de una relación recíproca con sus cuidadores y el ambiente. Este cambio de ambientes produce en el bebé un especial impacto psíquico (Pose, 2004).

Es posible que con estas características descritas, no se vea favorecida la interacción. El ambiente de este servicio podría ser definido como un ambiente formal y tecnológico, que estimula a su vez interacciones de este tipo (González, 1999).

A pesar de este contexto particular es posible mantener un intercambio amplio y extenso que permita construir un vínculo afectivo entre el neonato y su madre (Santos, 2008).

Ruíz (2004) plantea que desde la creación de la UCIN varios son los cambios que se han producido. Hay estudios que se han realizado que han influenciado para que se permita el ingreso de los padres como participantes activos en el cuidado de sus hijos. En este lugar se encuentran internados bebés con diferentes diagnósticos y pronósticos lo que hace que los padres vivan experiencias dolorosas, ya que puede que su hijo no atraviese una situación crítica. Sucede que en la sala de espera o en otros lugares compartirán experiencias y vivencias con otros padres identificándose con el dolor de los que atraviesan situaciones extremas. Que un niño nazca prematuro y atraviese estas situaciones marca de alguna forma su historia, ya que la inmadurez requiere de cuidados especiales.

Durante la internación en UCIN alguna de las situaciones que pueden darse y son de intensas tensiones y contenidos afectivos para los padres y el bebé, así como para el equipo asistencial pueden ser: el diagnóstico y pronóstico incierto del niño acerca de su estado clínico; la información sobre anomalía, síndrome genético, etc.,

que puede traer aparejada una futura discapacidad y la muerte del bebé. En cuanto al diagnóstico incierto los padres tienen que sumar a la herida narcisista producto de un nacimiento diferente al que esperaban el hecho de que los saberes que ellos suponen tener no son útiles en este momento (Ruíz, 2004).

En general los padres suelen tener cierto grado de información que será desmentido o confirmado por el médico. Ellos saben en cierta medida lo que sucede con su hijo por los movimientos dentro de la terapia (si están en terapia intensiva o intermedia, si reciben tal cuidado o estudio), en función de ello elaboran hipótesis que serán confirmadas o no.

Con respecto a la muerte dentro de UCIN, este es un hecho muy doloroso, despierta en nosotros la sensación de que alguien muere sin haberse realizado, el quipo que atiende no escapa de estos sentimientos. En la edad medieval la muerte de los niños estaba representada por la idea de que los bebés pequeños fallecidos se transformaban en ángeles, es a partir del siglo XVIII que el hombre dramatiza la muerte y paralelamente deja de preocuparse de su propia muerte y comienza a ocuparse de la muerte del otro, surge el interés por los cementerios, las tumbas, etc. (Ruíz, 2004).

En cuanto a la reacción de los padres frente al diagnóstico de enfermedad mental del bebé, la primera reacción es una negación del hecho. Esta situación se caracteriza por el olvido del contenido del mensaje y una serie de conductas al servicio de los mecanismos de defensa como la desmentida o la desestimación, que suele chocar con lo que los médicos le dicen a los padres. El médico enfrenta a personas que atraviesan un gran dolor mental, enfrenta la pérdida de alguien sentido como parte suya, se crea un estado emocional que los hace más vulnerables frente al entorno.

CONSTRUIR UN VÍNCULO EN OTRAS CONDICIONES

Según Pose (2004), el encuentro inicial de los padres con su bebé es un encuentro sumamente conmovedor y al mismo tiempo frustrante. La inmadurez hace que los intercambios puedan ser recibidos de manera dosificada. Se vuelve una dificultad para los padres articular sus necesidades con las posibilidades del bebé, así como también tolerar la privación de respuesta y contacto. Se ven expuestos a grandes exigencias y esfuerzos.

Para que los padres puedan acercarse al bebé, entenderlo y esperar e interpretar su respuesta es importante que conozcan los estados de confort y disconfort del pequeño, el aprendizaje de posturas que lo ayudan en su organización y estabilidad y además que conozcan la capacidad sensorial con la que cuenta. Es importante a la hora de comunicarse con el prematuro adecuar y dosificar la estimulación a sus posibilidades que se pueden deducir a través de las señales que va dando. Las capacidades del bebé de comunicación y de recibir estímulos tienen un límite (Pose, 2004).

Todo estímulo puede actuar de manera positiva o negativa. “El bebé se corre frente a un estímulo, que no puede recibir. No es a mamá o papá a quienes no recibe; sino a un estímulo que en determinado momento puede significar una nueva situación de estrés” (Pose, 2004, 80).

Un estímulo será positivo para el pequeño cuando este sea sincrónico a sus necesidades y posibilidades. El bebé prematuro en primer lugar debe poner en orden su cuerpo para luego llevar adelante su propio sistema de regulación. Como plantea la autora, la vida emocional cabalga sobre el cuerpo, la cual expresa y recibe emociones. Un bebé ante una situación displacentera utilizará diferentes recursos según su capacidad madurativa, por ejemplo podrá llorar, siendo la voz uno de los principales medios de comunicación (Pose, 2004).

Muchas veces los padres descreen del valor y la importancia de estar presentes durante la atención en la terapia neonatal. La interacción no solo va a depender del bebé y de lo que pueda dar, sino también del estado emocional en el que se encuentren sus padres a partir de la situación que están viviendo y lo que ellos puedan recibir.

El riesgo en la vinculación con el bebé prematuro oscila entre la subvinculación y la sobrevinculación. En la primera priman las conductas defensivas de parte de los padres por ejemplo como la evitación física o emocional, trayendo como consecuencia un déficit en la interacción. En el caso de la sobrevinculación los padres tienen una estimulación excesiva respecto de las posibilidades del bebé de recibirlas (Pose, 2004).

González (1996, citado en Ruíz, 2004) analiza los temas que con mayor frecuencia surgían en las reuniones de padres que tenían a sus hijos internados en la terapia intensiva e intermedia del hospital Sardá de Buenos Aires. Los temas que se registraron con mayor frecuencia fueron: preocupación por el peso, preocupación ante el nacimiento de un hijo con dificultades, sentimientos de irrealidad y vivencias de culpabilidad y herida narcisística, rearmado del proyecto de vida, dificultades en la comunicación con el equipo de salud y la importancia de la información suministrada por el médico.

Poe y Pinelli (1997, citado en Ruíz, 2004) encontraron diferencias entre padres y madres de los niños internados en terapia intensiva en cuanto a las variables que investigaron (ansiedad, estrés y sucesos significativos de la vida). Para los padres las variables más significativas fueron: la percepción de la morbilidad del bebé, frecuencia de servicios religiosos, rasgo de ansiedad, en especial si era el primer hijo, el momento de la entrevista con la trabajadora social y si el embarazo era o no deseado. Estos investigadores concluyen que la apariencia del recién nacido y el medio ambiente de la terapia intensiva neonatal son factores que influyen en la interacción entre padres y niños alterando el nivel de estrés (Ruíz, 2004).

No se puede plantear que exista un patrón de respuesta característico a la hora de entrar a la UCIN, por el contrario hay una variada gama de respuestas que están en relación a diversas variables como la personalidad de ese papá, cuál es su situación frente a la paternidad, etc. (Pose, 2004).

EL IMPACTO QUE GENERA EL INGRESO A LA U.C.I.N.

Al ingresar a la unidad, los padres perciben al personal de manera particular. Lo primero que perciben es que su propio rol, muchas veces no está claro y son solamente meros espectadores. Una cuestión que los desorienta es la rotación del personal, produciendo en ellos una sensación de inestabilidad. La gran desorganización de la estructura familiar que provoca la crisis muchas veces es controlada por una “figura paterna” que ocupa el jefe del servicio o alguna enfermera (González, 1999).

Cuando el bebé se encuentra internado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, como decimos anteriormente muchas veces es el papá el primero en recibir la información médica y ver a su bebé (Pose, 2004).

Cuando los padres entran a este espacio, se introducen en un mundo totalmente ajeno a ellos. Muchas veces se equipara internamente la idea de UCIN a algo muy serio y grave, esto llena de inquietud y temor.

En el ingreso a la unidad, según Pose (2004) se producen 3 shocks:

- Frente al ámbito físico
- Frente a los aparatos
- Frente a la visualización del bebé

Los aparatos generan un gran impacto, abruman, producen sensación de extrañeza. Muchas veces despiertan temor para tocar al bebé y mirarlo. Cualquier alarma que suena genera altos montos de ansiedad. Cuando los aparatos suenan no solo despiertan emociones de alarma, sino también el temor de que ellos hayan provocado alguna desestabilización en el bebé o en los aparatos. Ingresar aquí es entrar a un mundo de códigos y lenguajes propios.

Como mencionábamos anteriormente los padres atraviesan diferentes emociones y fases de reacción al entrar a la UCIN. El shock que esta situación puede generar, va evolucionando. Al inicio todo parece demasiado rápido y es vivido como si no le estuviese pasando a uno. Muchas veces puede aparecer una conducta de desmentimiento, se niega creer lo que está sucediendo. En este momento el temor y el dolor se dan lugar.

Poco a poco el shock y la sensación de irrealidad van dando lugar a otros sentimientos: emerge la tristeza y la desilusión por la falta de bebé de gestación completa. Todos estos sentimientos, plantea la autora, son normales, lo importante es tratar de entenderlos para elaborarlos.

Pose (2004) plantea que es en la posibilidad interna de ir asimilando esta experiencia, de ir dándole un orden y cierta rutina aún en el marco de lo impredecible de la evolución del bebé, que se puede hablar de cierta adaptación por parte de los padres en esta situación particular (dentro de cada servicio hay una dinámica establecida: horarios, rotación del personal, etc.).

En el transcurso de la estadía en la UCIN se hacen evidentes varias pérdidas (Pose, 2004):

* Pérdida del bebé soñado a término y sano

*Pérdida de la relación con el bebé (de las respuestas imaginadas, el bebé prematuro no sigue inicialmente el patrón de respuestas del bebé nacido a término).

* Pérdida de la rutina habitual (alejamiento de otros hijos, del seno familiar).

* Pérdida del sentimiento de seguridad frente a la existencia (en situaciones límites nos damos cuenta de la vulnerabilidad frente a la vida).

Por otro lado, con respecto al alta del bebé, esta es pensada de diferentes maneras a lo largo de la internación. En un primer momento no existe mentalmente en los padres la idea, la pregunta que les ronda es si su hijo podrá sobrevivir. El alta implica la posibilidad de proyectarse hacia el futuro, cuando la situación es muy grave los padres quedan totalmente involucrados con el presente. En los días siguientes cada pequeño progreso es un logro, que no tenga respirador, que se lo pueda alzar, la puesta al pecho, etc.

Así, la idea de poder irse a casa se comienza a transformar en algo posible y deseado. Se piensa en ello por la experiencia que viven otros dentro de la unidad y surge como una ilusión. A medida que va pasando el tiempo este deseo se va convirtiendo en una necesidad para los padres. Esto sucede por el paso del tiempo, el agotamiento, se extrañan los ritmos familiares y personales y de a poco se va sintiendo que el bebé se ajusta cada vez más a un bebé de término. Surge el miedo a que el pequeño tenga una recaída y esto deriva en que el alta sea sentida como un escape a ese peligro. Una vez dada, esta genera un gran impacto en los padres, el grupo familiar y los médicos (Pose, 2004).

Dejar el hospital ya sea por el alta o por la muerte del pequeño, para los padres no es tarea fácil. Es probable que tengan sensaciones mezcladas al momento de hacerlo (González, 1999).

NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE DE MENDOZA

El Hospital Luís Lagomaggiore está ubicado en la calle Timoteo Gordillo s/nº de la ciudad de Mendoza, es de fácil acceso ya que una gran variedad de líneas de colectivos llegan a él.

Uno de sus ámbitos de especialización es el de recepción de recién nacidos sanos y con patología, de término y pre término sin límite de peso. La maternidad de dicho hospital cuenta con un servicio de neonatología que tiene una Unidad de Terapia Intensiva y una Unidad de Cuidados Intermedios. Un sector de la maternidad está destinado a pre-alta, donde madre y niño permanecen internados de manera conjunta antes de ser dados de alta. Dentro del mismo servicio se encuentra el lactario. Además colaboran con la maternidad del hospital distintas organizaciones no gubernamentales.

El Hospital Público Luis Lagomaggiore por sus características es un centro de derivación de máxima complejidad que atiende a pacientes precedentes de sectores vulnerables de toda la provincia de Mendoza, sin obra social ni coberturas de medicina prepaga. Atiende un promedio de 8000 partos anuales, es el centro de derivación de los embarazos de alto riesgo de la zona norte, centro-oeste y centro-este de la provincia, con un área de influencia de más de un millón de habitantes. Aproximadamente entre un 12% y 15% de estos partos requieren del ingreso de los bebés prematuros y patológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El servicio de Neonatología asiste sólo a los recién nacidos de partos ocurridos en la maternidad (servicio “cerrado”) con un egreso anual promedio de 1100 recién nacidos de los cuales de 2,7% tienen un peso al nacer igual o inferior a los 1500 gr.

Dicho servicio no sólo ha ido evolucionando en tecnología, sino también en la humanización de la atención trabajando en el fortalecimiento del vínculo de la madre con el bebé recién nacido de alto riesgo. Es por eso que el hospital a partir del trabajo

realizado y las acciones tomadas pasó a formar parte de las llamadas Maternidades Centradas en la Familia. (M.C.F.)

El ingreso de los padres y las madres a la UCIN del hospital es irrestricto. Dentro de la unidad se permite la salida transitoria del pequeño de la incubadora para el contacto piel a piel (COPAP) madre/padre/hijo; siempre y cuando su estado de salud lo permite. Se organizan y realizan visitas de abuelos y hermanitos las cuales se encuentra programada y a cargo de una de las fundaciones (Fundacer) que colaboran con el servicio.

Los servicios de M.C.F. deben cumplir con 10 pasos:

Paso 1: Reconocer el concepto de Maternidades Centradas en la Familia como una política de la Institución.

Paso 2: Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal.

Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto.

Paso 4: Priorizar la Internación conjunta madre- hijo/a sano con la participación de la familia.

Paso 5: Facilitar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal.

Paso 6: Contar con una Residencia de Madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.

Paso 7: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta en Consultorios Externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Paso 8: Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.

Paso 9: Contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario.

Paso 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MCF.

La presente investigación fue llevada a cabo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

SEGUNDA PARTE
APARTADO METODOLÓGICO

OBJETIVOS

A partir de plantear como Objetivo general el profundizar sobre la importancia del rol paterno frente al nacimiento de un hijo prematuro, para poder estimar aspectos que beneficien el establecimiento del vínculo padre-hijo prematuro, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Describir características psicosociales de los padres de prematuros que componen la muestra, cuyos hijos se encuentran internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Lagomaggiore, incluyendo: edad, pareja, hijos, nivel educativo, zona de residencia, datos clínicos del niño.

- Describir sentimientos, miedos e inquietudes que enfrentan los padres con el nacimiento de un hijo prematuro.

- Analizar parámetros comportamentales de desarrollo vincular padre-hijo prematuro.

MÉTODO

Tipo de estudio

La investigación que se llevó a cabo es de Metodología mixta.

El estudio es de tipo Descriptivo, Correlacional, con diseño transeccional descriptivo.

Descripción de la muestra

En la presente investigación se aplicó la Escala de Observación Paterna de la Dra. Oiberman (1998) a 26 papás y una entrevista semi- estructurada basada en la Escala de Diseño Óptico (Oiberman, 2000) a 28 padres de recién nacidos que se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Lagomaggiore.

Aproximadamente unos 25 bebés de los padres entrevistados se caracterizaron por ser RNPT (Recién Nacido Pretérmino) y/o RNBP (Recién Nacido de Bajo Peso) algunos de ellos presentaba además dificultades respiratorias producto de la prematurez y uno de ellos gastroquisis.

También se incluyó en la muestra a 2 padres cuyos bebés se encontraban internados dentro de UCIN por otras causas (uno de los neonatos tenía problemas respiratorios y el otro de ellos presentaba problemas del tracto gastrointestinal), no por el bajo peso ni la prematurez.

Instrumentos utilizados

- **Entrevista semi estructurada basada en la Escala de Diseño Óptico (Oiberman, 2000).**

Se tuvieron en cuenta datos como: edad, pareja, número de hijos, nivel educativo, situación socioeconómica, zona de residencia, datos clínicos del nacimiento del neonato.

También se consideraron datos como: sentimientos de los padres frente a la paternidad, el embarazo, el nacimiento del hijo y la internación en la UCIN.

- **“Escala de observación paterna” (E.O.P.). (Oiberman, 1998).**

Es una escala que permite conocer el impacto del padre frente a su hijo recién nacido y de qué manera son exteriorizadas las emociones en el contacto con su hijo.

La escala se divide en tres partes y tiene en cuenta:

- las actitudes del padre frente al bebé
- el tiempo de permanencia junto al niño y
- las emociones que se pueden observar en ese momento.

Los dos primeros apartados son puntuados, el puntaje final se logra sumando estas dos áreas. De acuerdo al puntaje obtenido la escala puede variar desde una actitud paterna adecuada hasta una actitud paterna inadecuada. Se puede observar: Actitud Muy Buena, Actitud Buena, Actitud Regular y Actitud de No Acercamiento.

Procedimiento

El trabajo de tesina “Relación padre- hijo internado en UCIN”, es un trabajo de investigación que se llevó a cabo en el Hospital Luis Lagomaggiore de la Provincia de Mendoza durante el mes de diciembre de 2010.

Previa autorización de la Jefa de Servicio de Psicología y Psiconeuroinmunología: Lic. Ana María Llanos, se procedió a la toma de contacto con los padres de la muestra cuyos hijos se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital.

Una vez contactado el padre al momento que visitaba a su hijo, se le solicitó el consentimiento informado para participar en la investigación, especificando las pruebas psicológicas y el objetivo de la investigación.

A continuación se realizó la toma de la entrevista semi-estructurada y luego se procedió a la toma de la Escala de Observación Paterna (Oiberman, 1998).

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

A fines de alcanzar el primer objetivo planteado: *“Describir características psicosociales de los padres de prematuros que componen la muestra, cuyos hijos se encuentran internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Lagomaggiore, incluyendo: edad, pareja, hijos, nivel educativo, zona de residencia, datos clínicos del niño”*, es que se aplicó la Entrevista Psicológica Perinatal de Diseño Óptico de Oiberman y colaboradores (2000). Se realizó una adaptación con el fin de ajustarla al objetivo planteado. A continuación se presentan los datos obtenidos de los 28 padres entrevistados.

a. Edades paternas

Tabla nº 1: Edad de los padres de la muestra.

Edades	Número de padres
17 a 20 años	8 papás
21 a 24 años	8 papás
25 a 28 años	1 papá
29 a 32 años	6 papás
33 a 37 años	5 papás

Las edades de los padres entrevistados oscilan entre los 17 y 37 años, el mayor porcentaje se encontró entre los 17 y 24 años.

b. Números de hijos.

Tabla nº2: Cantidad de padres primerizos y no primerizos

Padres primerizos	18
Padres no primerizos	10

Tabla nº 3: Relación entre la edad de los padres y el número de hijos.

Edades	Número de padres primerizos	Número de padres no primerizos
17 a 20 años	8	-
21 a 24 años	6	2
25 a 28 años	1	-
29 a 32 años	2	4
33 a 37 años	1	4

c. Actividades laborales.

Tabla nº 4: Trabajos que realizan los padres de la muestra.

Actividad laboral	Número de padres
En relación de dependencia	24
Tienen negocio propio	2
Trabajo temporario	2

La mayoría de los padres trabajan como empleados en relación de dependencia, solo 2 del total menciona tener negocio propio (despensa/ comerciante independiente). Otros 2 realizan trabajos temporarios (“changas”).

2 de los 28 padres son profesionales (enólogo y técnico universitario). En cuanto al tipo de trabajo, 7 del total de los padres se dedican a la construcción y al trabajo de albañilería y otros 2 realizan trabajos rurales. El resto trabaja en diferentes empresas (de colectivos, de limpieza, etc.).

d. Nivel educativo

Tabla nº 5: Escolaridad de los padres de la muestra.

Escolaridad	Número de padres
Primario incompleto	1 papá
Primario completo	7 papás
Secundario incompleto	12 papás
Secundario completo	5 papás
Terciario completo	2 papás
Dice no tener estudios	1 papá

La mayor cantidad de padres tienen realizado sólo estudios secundarios incompletos.

e. Estado civil.

Del total de la muestra, solo 1 de ellos se encontraba casado. Con respecto a la convivencia, 2 de 27 papás a los que se les preguntó, no viven juntos (cada uno de los miembros de la pareja vive con sus respectivas familias).

Del total de papás que convive con su pareja, 4 de ellos a demás viven con un hijo/a de su mujer, producto de una relación anterior.

f. Zona de Residencia.

Tabla nº6. Residencia de los padres.

Zona de residencia	Número de padres
Gran Mendoza	19
Interior de la provincia	3

La mayoría de los padres reside en el Gran Mendoza (Ciudad de Mendoza, Las Heras, Godoy Cruz, Guaymallén, Maipú y Lujan de Cuyo). 3 padres, residían en los departamentos de San Carlos, Tunuyán y San Martín.

ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS PADRES

Para alcanzar el segundo objetivo planteado: *“Describir sentimientos, miedos e inquietudes que enfrentan los padres con el nacimiento de un hijo prematuro”*. La entrevista tomada a los 28 papás también incluyó una serie de preguntas elaboradas a partir de las entrevistas tomadas por la Dra. Oiberman (1998) en una de sus investigaciones.

La mayoría de los padres fueron entrevistados dentro de la UCIN, al lado de la incubadora del neonato o bien en alguno de los pasillos de Neonatología. Solo 2 fueron entrevistados en la puerta de entrada de dicho lugar. Del total de los padres, aproximadamente 7 fueron entrevistados en presencia de su pareja.

A continuación se destaca una serie de categorías de temas surgidos en el discurso de los padres a partir de las entrevistas realizadas.

- **Paternidad generadora de cambios:**

Varios padres mencionaron la necesidad de un cambio al reconocerse como padres o futuros padres.

Frente a la pregunta “¿Qué pensaste cuando te enteraste que serías papá?”
Algunos padres respondieron:

“...tenía que ponerme las pilas y trabajar”

“...en conseguir un trabajo”

“Conseguir un buen trabajo, ir a vivir solos”.

“Darle los estudios que necesite...”

“Cuidarlo, darle todo, todo lo que no tuve yo”.

Comparamos el tipo de respuesta de los padres primerizos de la muestra, con lo planteado en la investigación de Alberdi y Escario (2007) acerca del hecho de que la paternidad es vivenciada como un pasar a otra categoría social, categoría que implica *sentar cabeza, hacerse mayor, empezar una vida seria.*

Algunos de los padres de la muestra, manifestaron la necesidad de conseguir un buen trabajo, un lugar donde vivir con su pareja e hijo.

- **Comunicación con el bebé durante el embarazo:**

La mayoría de los padres expresaron “sí” comunicarse con su neonato en gestación. Solo 1 de ellos expresó lo contrario:

“No me comunicaba...sentía que se movía...ella me hacía tocar la panza...se le movía...pero no me comunicaba”.

El resto de los papás manifestaron realizar conductas interactivas como: hablar, cantar, acariciar y besar la panza.

- **Preferencia por al sexo del bebé:**

Frente a las diferentes preguntas gran cantidad de padres respondían o hablaban acerca de su preferencia respecto al sexo del neonato espontáneamente. Algunos de ellos dijeron:

“...yo sabía que iba a ser una nena”

“...yo quería que fuera una nena”

“...yo había soñado con una nena”.

“...yo estaba obsesionado de que fuera un varón”.

- **Paternidad a partir del nacimiento:**

Algunos padres manifestaron el poder darse cuenta y tomar conciencia de su paternidad a partir del momento en que veían al neonato. Uno de los padres, frente a la pregunta “¿Pudo imaginar cómo sería su bebé?” respondió negativamente y dijo:

“Es diferente con los padres, porque empezamos a ser padres recién cuando nacen. Ella me decía: mirá como se mueve, y yo no veía nada”.

Otro padre respondió frente a la misma pregunta:

“No, con ninguno...hasta que no los veo...”.

Otro papá dijo que al enterarse que sería padre:

“... me quedé helado...hasta que no la vi... no caía”

Uno de los padres respondió:

“yo no soy demostrativo a la panza, si cuando ya están”.

Los padres manifestaron, en similitud a lo que plantea la autora Gabriela Pose, (2004) que ellos comenzaron a dar cuenta de la paternidad en el momento en que vieron a su hijo ya nacido. Lo cual no quiere decir que sea el único modo de vinculación de los padres con sus hijos. Como dice la misma autora: el proceso de vinculación va a ser diferente en cada hombre.

- **La otra cara de la paternidad:**

Varios padres se permiten mencionar otros aspectos de la paternidad diferentes a la alegría y felicidad de la noticia.

Algunos padres expresaron:

“Por un lado feliz, pero por otro lado me chocó porque yo quería terminar la secundaria para entrar a la policía”.

“Por un lado bien... no lo esperaba porque quería terminar la construcción...no quedó otra que aceptarlo”.

Uno de los padres al enterarse que nacerían mellizos dijo:

“Tenía ganas de escapar...” (Cuenta haberle costado aceptar la noticia).

Otro expresó frente a la pregunta de cuándo se había enterado que sería papá:

“Era un mal momento...a los 3 meses ella se hizo un evatest”

Uno de los padres responde haber vivenciado el embarazo de la siguiente manera:

“Yo lo viví como melancólico...reprimido. Ella estaba como muy sensible...”.

Alberdi y Escario (2007) plantean del carácter de voluntariedad que diferencia a la paternidad de la maternidad, lo que hace que ellos puedan hablar de la otra cara de la paternidad y permitirse decir por ejemplo que no es un buen momento para tener un hijo, que les cuesta aceptar la noticia, que no lo esperaban porque priorizaban otras actividades, etc. Se puede pensar que esta característica es la que permite a los padres manifestar lo que sienten, considero que esta condición hace que no sean “juzgados” por los demás, ya que existe la falsa creencia de que la que “debe responder y aceptar siempre feliz e incondicionalmente” al neonato es la madre.

- **Expresión espontánea de si el embarazo fue deseado o no:**

Los padres mencionaban si el embarazo había sido planificado o no, sin que esto haya sido preguntado de manera directa.

A lo largo de las entrevistas algunos padres manifestaron:

“...lo estábamos buscando”.

“...estaba contento. Quizá lo buscamos.”

“...vino de sorpresa”.

“...decidimos juntos cuando tenerlo”.

“...ya está, que se le va hacer...esperar. Uno más”.

- **Participación del padre en las ecografías:**

Pocos fueron los papás que contaron que no pudieron participar de ninguna ecografía durante el embarazo. De un total de 25 padres a los que se les preguntó 17 participaron por lo menos en una ecografía. Del resto (8) que no lo hizo, 1 sola mamá no se había realizado ninguna durante el embarazo.

- **Participación del padre en el parto:**

Un número muy pequeño de padres pudo participar del momento del parto, otra cantidad lo deseó hacer pero no pudo por diferentes circunstancias, entre ellas las condiciones del nacimiento. También varios padres expresaron libremente no querer hacerlo por distintas causas.

- Algunos de ellos expresaron:

"...me da impresión".

"...prefiero estar afuera".

"...no me lo aguanto, no me gusta ver sufrir a mi mujer".

"...ella me ha contado, mejor no".

"...si fuese más macho, no soy amante de ver sangre".

- **Impacto del nacimiento anticipado:**

El impacto que produce el nacimiento prematuro es diferente en cada padre. Cada uno de ellos responde desde su subjetividad. Muchos expresaron frente a la pregunta: "¿Qué sintió cuando se enteró que su bebé debía nacer antes de tiempo?":

· Miedo y preocupación

“Un bajón mal...no me gusta me duele mucho”.

“Miedo, lo que sentiría todo un padre... porque es riesgoso...”

“Miedo a que le pasara algo a la mamá o a él (bebé)”.

“...pensé que iba a estar todo mal por la otra experiencia que tuvimos”.

“Miedo. Porque me habían dicho que no le podían hacer cesárea...después me decían que iba a estar todo bien, yo no sabía si creerles”.

“Mal desde el viernes que estábamos acá. Había que aguantar para que maduraran los pulmoncitos...”

“Más que nada preocupación y susto”

Otros padres manifestaron:

· Alegría

“Nada, re contento me puse. Me vine ahí nomas. Agarré un remis y me vine...”.

“Alegría sentí adentro...quería venir a verlo... ver si estaba bien”.

· Confusión

“Yo la quería tener antes...me preocupe por la salud de ellos... sentí de todo, un montón de emociones”.

“En ese momento no sé, no caía. Cuando yo llegué al hospital ya había nacido”.

“No sabía qué hacer...estaba muy nervioso...”

· Un padre manifestó tranquilidad:

“Tranquilo... y esperando a que salga todo bien”.

Cada padre responde a esta situación del nacimiento anticipado del neonato de manera particular, algunos de ellos, en su mayoría, expresaron miedo y preocupación. Otros se mostraron confundidos y otros manifestaron alegría. Así como lo plantea Gabriela Pose, en algunos casos la angustia y el miedo surge frente a la posibilidad de que tanto la mamá como el neonato corran peligro.

- **Impacto de la apariencia del recién nacido pretérmino:**

Durante las entrevistas los padres expresaron el impacto que les producía el aspecto del neonato. En especial era mencionado su pequeño tamaño.

Uno de los papás lo expresa diciendo:

"...el segundo pañal se lo cambie yo, pero cuando lo levanté me temblaba la mano, me daba miedo... mi otro hijo Nicolás pesó como tres kilos...le veía la manito tan chiquita..."

Otro papá dijo:

"Nunca tuve un bebé tan chiquito"

- **Impacto de la UCIN:**

Algunos padres manifestaron el impacto y las sensaciones que genera el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos expresando:

"Esto parece una película...el lugar"

Otro papá dijo:

"...Cuando entré miraba para todos lados... dónde estoy..."

Tanto el impacto que produce la aparición del neonato nacido antes de término como también el ambiente de la UCIN generan un notable impacto en el padre. Estos dos aspectos son los que, según Poe y Pinelli (1997, citados por Ruiz, 2004), resultan más difíciles de encarar por ellos, generando un mayor nivel de estrés e influyendo en la interacción con su hijo.

- **Life events:**

A lo largo de las entrevistas realizadas son mencionados por los padres diferentes sucesos significativos (life events).

Se pudieron consignar las siguientes categorías:

·Separación (pareja). Muertes de personas cercanas. Desocupación (social)

Uno de los padres respondió lo siguiente frente a la pregunta de “¿qué sintió cuando se enteró que sería papá?”:

“Desesperación, porque en ese momento estábamos separados, no tenía trabajo y mi papá había fallecido hacía poco”.

·Mudanza

Uno de los padres contó que su mujer rompió bolsa el día en que estaban realizando la mudanza.

·Pérdidas de embarazos anteriores

Uno de los padres expresó:

“Nosotros ya perdimos un bebé el año pasado, cuando estaba de dos meses”.

Otro dijo:

“...ella perdió dos embarazos antes, uno de 8 meses y otro de 2 meses, tiene ¿cómo es que se llama?... antecedentes”.

Otro papá también comentó haber perdido un embarazo a los 5 meses de gestación.

·Falta de control perinatal

De los padres entrevistados uno de ellos comentó que su mujer no se realizó ninguna ecografía durante el embarazo. Otros padres (3) mencionaron que sus parejas solo se realizaron 1 ecografía durante todo el embarazo.

·Embarazo en sí mismo como life events:

Dificultades físicas en el embarazo

Uno de los padres cuenta:

“...tuvo la presión alta durante todo el embarazo...y a los 5 y 7 meses le colocaron una inyección para que le maduraran los pulmones...”

Otro padre dijo:

“A los 5 meses empezó a tener problemas...el bebé no engordaba, ella estaba muy flaca...”

A partir de lo expuesto en el discurso de los papás entrevistados, se pudo observar cómo la dimensión psicosocial influye en el nacimiento prematuro. Sabemos por investigaciones previas que existen factores (sucesos significativos) psicológicos que influyen sobre el embarazo y el parto. En la presente investigación surgieron varios “life events”: desocupación, muerte cercana de familiar del papá, separación de la pareja, mudanza, pérdida de embarazos anteriores, falta de control perinatal y dificultades físicas de la mamá durante el embarazo.

ESCALA DE OBSERVACIÓN PATERNA

Con el fin de alcanzar el tercer objetivo planteado: *“Analizar parámetros comportamentales de desarrollo vincular padre-hijo prematuro”*, se tomó la Escala de Observación Paterna elaborada por Oiberman (1998).

Del total de 28 padres entrevistados, se observaron a 26 papás que tenían a sus hijos internados en UCIN (dos no pudieron ser observados debido a circunstancias ajenas a la investigación). Una de las escalas tomada a uno de los 26 padres fue eliminada del análisis por ser dudosa, quedando así conformada una muestra de 25 papás observados.

Consideramos que la “Escala de Observación Paterna” (E.O.P.) es un valioso instrumento estructurado que abarca diferentes aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar la interacción padre-hijo, es por ello que fue elegida y empleada.

Destacamos que la aplicación de la escala fue realizada en un contexto totalmente diferente a partir del cual fue creada por la autora. Ello implicó la adaptación en algunos ítems del instrumento.

Muchos de los padres al momento de tomar contacto con el neonato se encontraban frente a una situación diferente a la deseada y con dificultades no esperadas. La incubadora resulta ser una de ellas, muchas veces este sustituto del

útero puede volverse un obstáculo para acariciar, besar y alzar al neonato, así como también lo son las sondas y otros aparatos. En estos momentos la interacción adquiere otras modalidades en el establecimiento del vínculo.

Puntuación de la escala

El instrumento se divide en tres apartados: actitudes del papá frente al bebé, tiempo de permanencia junto al niño y emociones que se pueden observar en ese momento. La escala brinda un puntaje que puede variar desde una actitud paterna adecuada hasta una actitud paterna inadecuada. El puntaje final se logra sumando los puntajes obtenidos de los dos primeros apartados, ya que el tercer apartado se considera de manera cualitativa.

Cada ítem tiene un puntaje que puede variar entre 0, 1 y 2 puntos. El puntaje mayor que puede obtener un padre es de 10 puntos y el menor de 1 punto.

De acuerdo a los puntajes obtenidos se puede observar:

Actitud muy buena: cuando se obtiene entre 8 y 10 puntos. Realiza 4 o más conductas y permanece todo el tiempo junto al bebé.

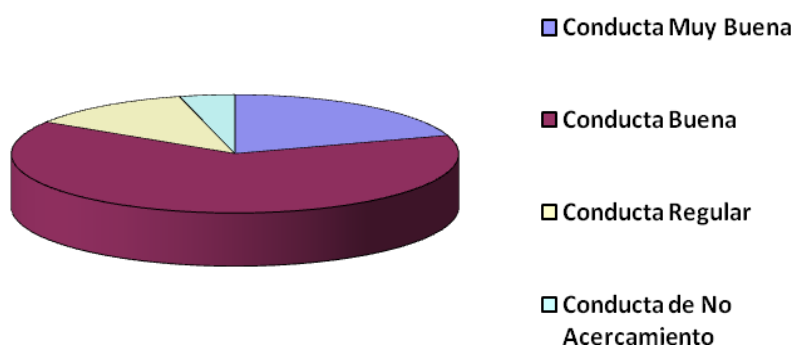
Actitud buena: 5 a 7 puntos. Realiza 2 o más conductas pudiendo permanecer junto al bebé todo o escaso tiempo.

Actitud regular: 4 a 2 puntos. Realiza 1 o más conductas, permaneciendo junto al bebé escaso tiempo.

Actitud de no acercamiento: 0 o 1 punto. Realiza 1 conducta y permanece alejado del bebé casi todo el tiempo.

A continuación se presentan los puntajes obtenidos de los 25 padres de la muestra.

Gráfico n°1: Puntajes obtenidos en la E.O.P. por los padres de la muestra.



Se observó que:

- 5 padres obtuvieron un puntaje mayor o igual a 8 (conducta muy buena).
- 16 padres obtuvieron un puntaje entre 5 y 7 (conducta buena).
- 3 padres obtuvieron un puntaje entre 2 y 4 (conducta regular).
- 1 padre obtuvo un puntaje igual o menor a 1 (conducta de no acercamiento).

Análisis de los tres apartados de la escala

Primer apartado de la escala: conductas de interacción

Se analizaron las frecuencias de las conductas:

Tabla nº 7. Frecuencia de conductas interactivas de los padres observados.

Conducta de interacción	Número de padres
Miran a sus bebés	24 papás
Lo acarician o tocan	21 papás
Le hablan	20 papás
Lo sostienen	7 papás
Lo besa	1 papá

En cuanto al conjunto de conductas (mirar, tocar sostener, besar o hablar) que realizan los padres vemos que:

- 1 solo padre no realiza ninguna conducta de interacción.
- 1 solo padre realiza 1 conducta de interacción: mirar.
- 3 padres realizan solo 2 conductas:
 - 2 de ellos: mirar y hablar
 - 1 de ellos: mirar y tocar
- 15 padres realizan 3 conductas:
 - 13 mirar, tocar y hablar.
 - 2 mirar, tocar y sostener
- 4 padres realizan 4 conductas: mirar, tocar, sostener y hablar.
- 1 solo padre realiza las 5 conductas de interacción: mirar, tocar, sostener, besar y hablar.

Tipos de conductas realizadas

Mirada: aparece en casi el total de los padres (24 de 25).

Tocar o acariciar a su bebé: 21 padres realizaron la conducta. De los cuales 15 eran primerizos y los otros 7 no primerizos.

Conducta verbal: 20 de los 25 papás hablaban a sus bebés. Los 5 padres que no realizaban la conducta eran padres no primerizos. 3 de los 5 padres obtuvieron los puntajes más bajos de la escala.

Sostener al bebé: 7 padres realizaron la conducta. 4 son primerizos y 3 no primerizos

Solo 1 de los 7 padres hacia menos de una semana que tenía a su hijo internado en Neonatología.

En varias ocasiones los padres manifiestan el temor al sostener al neonato o colocarlo y sacarlo en la incubadora. Estos padres sostenían a sus hijos junto a su cuerpo. Se pudo observar que algunas enfermeras daban indicaciones acerca de cómo hacerlo adecuadamente.

Besar al bebé: solo 1 padre realizó esta conducta.

Vemos entonces que las conductas que más prevalecieron durante la toma de la escala, fueron: mirar, acariciar y hablar al neonato. Mientras que tenerlo en brazos, sostenerlo y besarlo fueron actitudes que se manifestaron en menor medida en esta muestra.

Destacamos que las conductas de hablar al neonato y acariciarlo se realizan prácticamente en las mismas medidas y se acompañan.

La conducta de mirar al neonato es una conducta interactiva base predominante en la gran mayoría. Creemos que esto se debe a las condiciones que inevitablemente se imponen en la terapia. En otras ocasiones el estado delicado de salud en el que se encuentra el neonato impide que sea alzado por el papá.

Además de las conductas planteadas por la escala, se observaron otras de alto valor interactivo, como cuando les cambiaban los pañales, así como también los alimentaban a través de la sonda.

Este tipo de conductas se considera importante consignarlas, a la hora de una posible utilización futura de la escala en el contexto de la UCIN.

Segundo apartado de la escala: Permanencia frente al bebé

Este ítem fue evaluado de acuerdo a cuánto tiempo cada padre mantenía una conducta de interacción durante su permanencia en la UCIN. Su evaluación se realizó en términos cualitativos.

Tabla nº 8. Permanencia de los padres junto al bebé.

Permanencia frente al bebé	Número de padres
Todo el tiempo	18 papás
Escaso tiempo	6 papás
Alejado del bebé	1 papá

Del total de la muestra 18 padres realizaron las conductas de interacción todo el tiempo que se encontraban con el neonato.

6 papás mantuvieron las conductas de interacción escaso tiempo. El resto del tiempo conversaban con la mamá del neonato y centraban su atención en otros estímulos del ambiente.

Solo 1 de los padres estuvo alejado de su neonato. Si bien se encontraba al lado de la incubadora, centraba su mirada en el ambiente y en lo que sucedía en los alrededores, mientras fue observado.

Como se dijo anteriormente a la hora de evaluar el apartado de “permanencia junto al bebé”, se decidió en esta investigación evaluarlo de manera cualitativa y no cuantitativa como había sido realizado en la investigación que dio origen a la escala. Es decir que a la hora de observar este ítem no se tuvo en cuenta el “tiempo reloj” que el papá pasaba junto a su hijo, debido a que el tiempo de visita en la neo, por diferentes causas se ve limitado o discontinuado. Lo que se realizó fue observar si el padre mantenía la conducta de interacción: todo el tiempo, escaso tiempo o alejado del neonato, durante el tiempo que estuviera en la Unidad, independientemente de cuánto sea este.

Tercer apartado de la escala: Sentimientos

En este apartado se observaron las emociones que surgieron en el padre al momento de visitar al neonato (este apartado de la escala no es puntuado).

Se observó la necesidad de realizar ciertas modificaciones a la misma a la hora de aplicarla en la evaluación del vínculo del padre- hijo prematuro, ya que este se encuentra en circunstancias diferentes a las de un nacimiento a término. A partir de lo manifestado por los padres, la interacción con el neonato no escapa de ello. Pareciese que el vínculo se establece desde un comienzo con ciertos condicionamientos.

Más allá de esta apariencia, en un primer momento lo que se vive como un condicionamiento luego es posibilitador de otras conductas alternativas a favor del desarrollo del vínculo padre-hijo.

A los sentimientos de: alegre- emocionado, inhibido e indiferente, se le sumaron los sentimientos y estados: nervioso/preocupado.

Tabla nº9. Sentimientos observados en los padres de la muestra.

Emociones observadas	Número de padres
Alegre- emocionado	22 padres
inhibido	3 padres
indiferente	3 padres
Nervioso- preocupado	5 padres

A diferencia de la escala tomada por la autora en su investigación, en este apartado se consideró que un mismo papá podía registrar más de una emoción diferente.

El sentimiento de **indiferencia** fue observado en papás no primerizos de entre 35 y 37 años.

El sentimiento de **inhibición** fue observado en padres no primerizos de entre 29 y 35 años.

En cuanto al sentimiento de **preocupación** se observó en papás de diferentes edades. De los cuales 3 eran primerizos. Solo 1 de los neonatos de estos 5 padres llevaba más de una semana internado en UCIN.

Destacamos que las emociones observadas varían ampliamente dependiendo del momento en el que es realizada la toma de la escala. En algunos casos, no es lo mismo el estado del padre en la primera visita al neonato que en las posteriores, ya que el padre se encuentra familiarizado con el lugar y conoce la situación de su hijo.

Al momento del análisis de este apartado surge el interrogante acerca del origen y la motivación de los sentimientos de indiferencia e inhibición observados en algunos de los padres. ¿Estos serían características del modo en que los padres se vinculan con su neonato? ¿O esta modalidad de vincularse estaría afectada por factores particulares y situacionales no indagados? ¿Serían producto de un estado de estrés?, ¿habrían sido producidos por el impacto que genera el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos? Queda planteada la importancia de profundizar sobre el aspecto cualitativo de estas emociones para una mayor comprensión de las características del vínculo.

Relación entre los puntajes obtenidos y las variables: edad de los padres, número de hijos, escolaridad, terapia en la que se encuentra el neonato internado y tiempo de internación dentro de UCIN.

Tabla nº10: Relación entre las conductas observadas y edades de los padres.

Conducta paterna Observada	Edad de los padres				
	17 a 20	21 a 24	25 a 28	29 a 32	33 a 37
Cdta. Muy Buena	1	2	-	2	-
Cdta. Buena	6	5	1	3	1
Cdta. Regular	-	-	-	-	3
Cdta. de No Acercamiento	-	-	-	1	-

Los puntajes más altos (conducta Muy Buena y Buena) aparecieron en padres de diferentes edades.

La conducta de no acercamiento y la conducta regular apareció en el grupo de padres mayores a 29 años.

Tabla nº11: Relación entre los puntajes obtenidos por los padres y el número de hijo.

Conducta paterna Observada	Padres primerizo	Padres no primerizo
Cdta. Muy Buena	4	1
Cdta. Buena	12	4
Cdta. Regular	1	2
Cdta. de No Acercamiento	-	1

De los 5 padres que obtuvieron el puntaje más alto, 4 de ellos resultaron ser primerizos.

De los 4 padres que obtuvieron los puntajes más bajos 1 de ellos era primerizo.

Tabla nº12: Relación entre el puntaje obtenido en la escala y la escolaridad.

Conducta paterna Observada	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario completo
Cdta. Muy Buena	-	-	2	1	2
Cdta. Buena	-	4	9	3	-
Cdta. Regular	-	3	-	-	-
Cdta. de No Acercamiento	1	-	-	-	-

De los 5 padres que obtuvieron los puntajes más altos de la escala, 2 de ellos poseen estudios terciarios completos, 1 de ellos secundario completo y los otros 2 secundario incompleto.

De los 4 padres que obtuvieron el puntaje más bajo, tres de ellos poseen primario completo y uno de ellos expreso “no tener estudios”. Este papá es boliviano y hace 5 años que vive en Mendoza.

Tabla nº 13: Relación entre los puntajes obtenidos en la escala por los padres y la terapia en la que se encuentra internado su hijo.

Conducta paterna Observada	Terapia intermedia	Terapia intensiva
Cdta. Muy Buena	5	-
Cdta. Buena	11	5
Cdta. Regular	1	2
Cdta. de No Acercamiento	1	

Del total de los padres observados, 7 tenían a sus hijos internados en terapia intensiva al momento de la toma de la escala, el resto (18) se encontraban internados en terapia intermedia.

De los 5 padres que obtuvieron el puntaje más alto, sus neonatos se encontraban en terapia intermedia en el momento que fue tomada la escala.

De los 4 padres que obtuvieron el puntaje más bajo 1 de los neonatos se encontraba en terapia intensiva.

Este aspecto es de suma importancia ya que los neonatos internados en UCIN muchas veces no pueden ser alzados por el estado delicado en el que se encuentran. Generalmente pueden ser tomados en brazos con excepción de algunos casos. Muchos de ellos se encuentran en terapia intensiva (más frágiles y con menor peso al nacer, lo que lleva a que se busque que el neonato realice el menor gasto de energía posible).

Tabla nº 14: Relación entre los puntajes obtenidos en la escala por los padres y el tiempo de internación transcurrido del neonato.

Conducta paterna Observada	Tiempo transcurrido en UCIN: más de una semana	Tiempo transcurrido en UCIN: menos de una semana
Cdta. Muy Buena	3	2
Cdta. Buena	6	10
Cdta. regular	-	3
Cdta. de No Acercamiento	1	-

De los 5 padres que obtuvieron los puntajes más altos, solo 3 neonatos al momento de la toma de la escala llevaban más de una semana internados dentro de la UCIN.

De los 4 padres que obtuvieron los puntajes más bajos de la escala, al momento de la toma solo 1 de ellos había más de una semana que su neonato se encontraba dentro de UCIN.

Se observó en dicha investigación, que la gran mayoría de los padres obtuvieron puntajes que correspondían a conductas Muy Buenas y Buenas de interacción. Considero que puede pensarse a partir de preguntarnos ¿Cuál es el perfil de padre que entra al servicio? Sabemos que no todos los padres entran a ver a sus hijos. Al acercarme a las madres a preguntar el horario en que el papá visita al neonato algunas de ellas expresaron ser “madres solteras” una dijo: “mi bebé no tiene papá”. De los que si entran a ver a sus hijos, podríamos pensar que posiblemente posean características particulares. El hecho de que el papá entre a la unidad ya nos está mostrando de un papá con deseos de saber y de conocer a su hijo. Este es un padre que debe enfrentar una realidad diferente que por momentos lo desconcierta y no le resulta agradable, pero a pesar de esta situación, igualmente, intenta vincularse con el hijo.

Se observó que sólo uno de los padres observados puntuó en la conducta de “No Acercamiento” hacia su neonato internado en la UCIN. Este padre, se diferenciaba del resto al ser de nacionalidad Boliviana, (hace 5 años que vive en nuestro país). Se pudo observar que si bien este papá no realizó conductas interactivas, específicas de la escala tomada con el neonato, se mostró preocupado buscando hablar con los médicos a cargo del niño y pasó gran tiempo esperando fuera del Servicio, mientras la madre permanecía adentro. Podemos sobre ello hipotetizar que la escala fue elaborada en una cultura específica, de características determinadas y contempla conductas de acercamiento paterno que responden a una idea de paternidad cultural

propia. ¿Se puede pensar que en otros países, son diferentes las conductas que caracterizan al rol paterno y al vínculo con el neonato?

Por otro lado, se observó que del total de los padres que obtuvieron los puntajes más altos, al momento de la toma de la escala, sus bebés llevaban más de una semana internados en Neonatología, a diferencia de los que obtuvieron los puntajes más bajos (3 de 4) quienes llevaban menos de una semana internados. A partir de lo que han planteado varios autores, podemos pensarlo a partir de las diferentes etapas por las que atraviesan los padres durante la internación de un hijo. Establecen que en un primer momento se hace presente un estado de desorganización y de shock inicial. Esta variable podría ser la que nos lleve a pensar en la importancia del momento en que se realizó la toma de la escala y pensando en el momento de internación en que se encuentra el neonato con su papá y cómo irán estableciendo el vínculo de manera paulatina. Se pudo observar cómo a medida que trascurrían las semanas de internación, se van superando los estados de shock y desorganización, para dar lugar a diferentes formas de vinculación y deseos de conocer y acercarse a su hijo.

CONCLUSIONES GENERALES

A partir de la presente investigación se pudo profundizar sobre la importancia del rol paterno frente al nacimiento de un hijo prematuro. Así también, se pudo observar el modo en que estos padres se vinculan con sus hijos recién nacidos.

Se trabajó con una muestra de 28 padres, cuyos hijos se encontraban internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Lagomaggiore de la Provincia de Mendoza. Del total de la muestra solo el 36 % de los bebés llevaba internado más de una semana dentro del Servicio de Neonatología.

En cuanto a las características psicosociales de la muestra, quedó conformada por padres cuyas edades correspondían a un rango de edad entre 17 y 37 años, siendo la mayoría menores de 25 años (61 %) y primerizos (64 %). En un mayor número los papás de este grupo eran empleados en relación de dependencia, predominando padres con estudios secundarios incompletos. La mayoría de los padres residían en la zona del Gran Mendoza y convivían con sus parejas. Sólo uno de los padres del total de la muestra se encontraba casado.

Con respecto a los sentimientos, miedos e inquietudes de los padres frente a la internación de sus hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos, se pudo observar cómo el nacimiento anticipado despertaba en los padres reacciones de: miedo, preocupación, alegría y confusión. Otros expresaron tomarlo con tranquilidad. Se observó que esta peculiar situación era afrontada de manera particular por cada padre.

Por otro lado, la apariencia del recién nacido, principalmente su bajo peso y las sensaciones que genera el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos fueron aspectos mencionados por los padres como generadores de gran impacto.

A partir de uno de los apartados (tercer apartado: sentimientos) de la E.O.P. tomada a los padres de la muestra, se observó que el sentimiento de alegría aparecía en un 88%, siendo este uno de los sentimientos más observados. El resto de los sentimientos que aparecieron en menor medida fueron: preocupación/ nerviosismo, inhibición e indiferencia.

Con respecto al análisis que se llevó a cabo de los parámetros comportamentales de desarrollo vincular padre-hijo prematuro destacamos que del total de los padres observados el 84% de ellos obtuvieron puntajes que correspondían a Conductas Muy Buenas y Buenas de interacción, el restante 16 % obtuvo puntajes correspondientes a Conductas Regulares y de No Acercamiento.

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos llevan a resaltar el valor del rol paterno frente al nacimiento de un hijo prematuro. Consideramos que es sumamente beneficioso continuar estudiando en mayor profundidad y dar a conocer, la importancia que adquiere el vínculo entre el neonato y su papá en estas circunstancias, con el fin de favorecer su construcción.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, I. y Escario, P. (2007). *Los hombres jóvenes y la paternidad*. España. Fundación BBVA.
- Berenstein, I. (1995). Psicoanálisis de familia y pareja. [Versión electrónica]. *Psicoanálisis APdeBA*. 17 (2). 239-263.
- Berenstein, I. (1996). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires. Paidós.
- Collado, C. (2011). *Niveles de Ansiedad y estrategias de Afrontamiento en madres de prematuros durante el último período de internación*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Espinoza, C. (2007). *La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal como instrumento de capacitación para padres de niños prematuros, internados en el Servicio de Neonatología: Atención Temprana*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Gallegos Martínez, J.; Monti Fonseca, L. y Silvan Scochi, C. (2007) Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. [Versión electrónica]. *Latino-Am. Enfermagem*. 15 (2). 1-9.

Gambaro, N. (2010). Licencia por paternidad. Modificación de la ley 20.744. Consultado el 20 de diciembre de 2010 en: <http://www.nataliagambaro.com/2010/03/modificacion-de-ley-20-744/>

González, M. (1999). *Intervenciones psicológicas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión: estudio psicoanalítico*. España. Alianza Editorial.

Guzmán, S. *Intervención temprana en prematuros y neonatos de alto riesgo*.

Helman, V. y Villavella, M. (2000). Niños prematuros. La clínica de lo perentorio. De la medicina al psicoanálisis. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw-Hill.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. [Versión electrónica]. *Rev Cubana Med gen Integr.* 13 (6).

Kleiman, S.; Hernández, E. (2008). Ante el nacimiento de un bebé prematuro. Consultada el 18 de octubre de 2009 en <http://www.mundobebeweb.com>.

Muniagurria, M. (1998). Intervenciones psicosociales en la U.C.I.N: "Cuidando al recién nacido y sus padres". Simposio de seguimiento neonatal. Congreso Perinatológico Argentino. Buenos Aires

Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos....* Buenos Aires. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Oiberman, A. (1998). *Padre- bebé. Inicio de una relación.* Buenos aires. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Oiberman A. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*; 5 (2): 77-89.

Oiberman, A. y otras (2005). *Nacer y después... Aportes a la Psicología Perinatal.* Buenos Aires. JCE Ediciones.

Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés: Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo.* Buenos Aires. Lugar Editorial.

Páramo, M. A. (2009). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª Edición. Argentina, DC: Autor.

Pose, G. (2004). *Ser padres prematuros*. Buenos Aires. Ediciones Del Candil.

Parke, D. (1981). *El papel del padre*. Madrid. Ediciones Moratas.

Ruiz, A. (2004). *El bebé prematuro y sus padres*. Madrid. Miño y Dávila editores.

Santos, S. (2008). Construcción de una escala de observación del vínculo madre- bebé internado en UCIN: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. *Anuario de investigaciones*. Facultad de Psicología- UBA/ Secretaría de Investigaciones. (15), 207- 217.

Sefton, A. (2006). Paternidades en las culturas contemporáneas. *La ventana*. (23), 37- 69.

Stern, D. (1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona. Paidós.

Zuluaga, B. (2007). Una mirada de la familia desde el enfoque sistémico. Consultada el 2 de agosto de 2011 en <http://beatrizzuluaga.wordpress.com/2007/02/09/las-relaciones-de-pareja-y-su-influencia-en-los-hijos/>.

ANEXOS

I. Consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio: “Relación padre- hijo prematuro”.

Autoras de la investigación: Lic. Mariana Torrecilla y Dana Costarelli.

Propósito del estudio

Teniendo en cuenta la importancia del nacimiento de un hijo y más en circunstancias como estas de prematuridad: este trabajo se propone investigar cuáles son las características de los padres que enfrentan esta situación, rescatando la particularidad de cada uno.

La finalidad de la investigación es profundizar la importancia del rol del padre en el establecimiento del vínculo con su hijo prematuro. Todos los aportes que puedan hacerse brindarán herramientas a los profesionales de la salud.

Condiciones de participación

Le haremos una serie de preguntas y observaremos unos minutos el encuentro con su bebé, dentro de la sala de neonatología. Esto puede suponer simplemente un esfuerzo de tiempo y ningún riesgo para su salud.

Toda la información obtenida será confidencial y anónima; sus datos se unirán al conjunto de los datos del grupo de los pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar quién es la persona una vez finalizado el estudio.

La participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desea.

Gracias por leer esta hoja informativa.

Consentimiento informado

Título del estudio: “Relación padre- hijo prematuro”.

Autoras de la investigación: Lic. Mariana Torrecilla y Dana Costarelli.

Yo (nombre y apellido).....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con la investigadora: Dana Costarelli.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que soy libre de retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales y anónimos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

Fecha

Firma de la investigadora

II. Entrevista Psicológica Perinatal de Diseño Óptico (Oiberman y cols., 2000).

Equipo de Atención al Niño Pequeño y su familia - Programa de Atención Psicológica Comunitaria Facultad de Psicología - UBA																				
Entrevistó:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Derivación	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>											
Nombre				H.C.																
Apellido de la madre				D.N.I																
Nombre				Fecha																
Apellido del Bebé				Nac.					Peso:											
Domicilio:				Residencia					Sala:											
Telef.:																				
MOTIVO DE INTERVENCION																				
Bebé:					Madre:					Genograma										
RNPT	<input type="radio"/>				Pat. Mad.	<input type="radio"/>														
Pat. Neo.	<input type="radio"/>				Lact./Vinc.	<input type="radio"/>														
Observ.	<input type="radio"/>				Causa Social	<input type="radio"/>														
Fallec.	<input type="radio"/>				Causa Psic.	<input type="radio"/>														
FM	<input type="radio"/>				Emb. riesgo	<input type="radio"/>														
Especif./Otros:	<input type="radio"/>				Aborto esp.	<input type="radio"/>														
					Especif./Otros:	<input type="radio"/>														
GRUPO FAMILIAR																				
Madre					Edad		Esc.:		Trabaja:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
Padre					Edad:		Esc.:		Trabaja:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
Hijos:																				
		m	f	Edad																
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
SITUACION DE PAREJA:																				
Estable/conviven:					<input type="radio"/>	Sola c/apoyo fliar:					<input type="radio"/>									
Estable/no conv.:					<input type="radio"/>	Sola s/apoyo fliar:					<input type="radio"/>									
Inestable:					<input type="radio"/>	Separac. durante emb.:					<input type="radio"/>									
Otros Familiares convivientes:																				
Observ.:																				
EMBARAZO:																				
					Si	No	Principio No			Durante el embarazo se sintió:					Bien	Mal	Mal			
Aceptación*:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Fisicamente:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Controles**:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Emocionalmente:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Imaginó/soñó/bebé:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Se movía el bebé:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
*Cuándo/mes?																				
**A partir de que mes?																				
Cuántos?																				
PARTO:																				
Normal:					<input type="radio"/>	LACTANCIA:					Pecho:					<input type="radio"/>				
Cesárea:					<input type="radio"/>						Mamadera:					<input type="radio"/>				
Fórceps:					<input type="radio"/>						Mixta:					<input type="radio"/>				
Dificult./parto:					<input type="radio"/>						Sonda:					<input type="radio"/>				
											Dificultades:					<input type="radio"/>				
Observ.:																				
EMBARAZOS PARTOS ANTERIORES:																				

Equipo de Atención al niño pequeño y su familia - diseño de formulario óptico: Elena Galindez

TEMAS QUE EMERGEN

SUCESOS SIGNIFICATIVOS (life events) (Mencionados como tales por la madre)				Ultimo año Si fue durante el embarazo aclarar trimestre	Años anteriores	
				Trimestre		
Pareja:	-	-	Separación durante el embarazo	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Violencia	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Probl. pareja anterior	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0
Muertes:	-	-	Hijos	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Abortos	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Pareja	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Otros filiales/personas cercanas	0	<input type="checkbox"/>	0
Social:	-	-	Desocup./probl. económ./pobreza	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Violencia Fliar.	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Violencia barrial/policial/fliar.preso	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Adicciones	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Desarraigo (migrantes)	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Abuso/violación madre	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Abuso/violación de alguien del entorno.	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Otros.	0	<input type="checkbox"/>	0
Probl.actual:	-	-	Accidentes	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Enfermedades	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Mudanzas	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Probl. Familiares	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0
Probl. c/ otros hijos:	-	-	Patología similar en otro hijo	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Preocupación por otros hijos	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Abandono/sustracción otro hijo	0	<input type="checkbox"/>	0
-	-	-	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0
Problemas maternos asociados al embarazo						
			El embarazo en sí mismo como life event	0		
Físicos: Presión alta	Internación durante embarazo		0	Psicológicos:	Temor/salud bebé	0
	Hipertensión		0		Temor/salud propia	0
	Pérdidas		0		Presentimiento de parto premat./patolog.	0
	Infección urinaria		0		Angustia/ansiedad	0
	Contracciones		0		Temor al parto	0
	Diabetes gestacional		0		Otros	0
	HIV/ETS		0			
	Otros		0			
Conflic./infan.	Abandono:		0	-		
	Fallec./padres:		0			
	Violación/Abuso:		0			
	Maltrato		0			
	Otros		0			
IMPACTO ANTE ESTE NACIMIENTO/INTERNACION/SITUACION:						
	Dificultades vínculo:		0	Rechazo:		0
	Dificultades lactancia:		0	Duelo por fallecimiento bebé:		0
	Angustia por patología/malform. bebé:		0	Duelo anticipado:		0
	Negación patología/gravedad bb.:		0	Angustia/separac. del bebé:		0
	Actitud de extrañeza ante el bebé real		0	Otros		0
RED	Amplia	Escasa	Fuerte	Débil		
Familiar	0	0	0	0		
Social	0	0	0	0		
Observ.:						

III. Entrevista semi- estructurada.

- *¿Cómo y cuando se enteró que iba a ser padre?*

- *¿Qué pensó en ese momento?*

- *¿Qué sintió en ese momento?*

- *¿Cómo fue el embarazo como lo vivió usted?*

- *¿Imaginó como sería su bebé?*

- *¿Cómo prefería comunicarse con el bebé durante el embarazo?*

- *¿Sabe cuántas ecografías se hizo su mujer? ¿Pudo estar en alguna?*

- *¿Su bebé nació por parto normal o cesárea?*

- *¿Pudo estar en el parto? ¿Le hubiese gustado estar?*

- *¿Qué sintió cuando se enteró que debía nacer antes de tiempo?*

- *¿Cómo está su bebé?*

- *¿Cada cuanto puede entrar a verlo?*

- *¿Alguien más viene a visitar a su bebé?*

IV. Escala de Observación Paterna (Oiberman, 1998).

_____ Alicia Oiberman _____

Escala de Observación Paterna

Nombre del padre:

Edad:

Hijos:

Profesión o actividad laboral:

ITEM		NO	Si	Pje.
A. Actitud del padre ante el recién nacido	lo mira			
	lo toca o acaricia			
	lo abraza o sostiene			
	lo besa			
	le habla			
B. Permanencia junto al hijo	todo el tiempo			
	escaso tiempo			
	alejado del bebé			
C. Emociones que se observan *	Alegre-emocionado			
	Inhibido			
	Indiferente			

Puntaje total obtenido:

Puntaje obtenido:	Conducta muy buena	8-10 puntos
	Conducta buena	5-7 puntos
	Conducta regular	2-4 puntos
	Conducta no acercamiento	0-1 punto

Indicadores para el puntaje A:	lo mira-lo toca	no: 0	Si: 1
	lo abraza-		
	besa sostiene	no:0	Si: 2

Indicadores para el puntaje B:

todo el tiempo: 2 poco tiempo: 1 alejado: 0

** El Item C no se coloca puntaje numérico.*

Observaciones: