

Desempeño del Rol Materno en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Lic. T.O. Laura Parraquini

Residencia de Terapia Ocupacional - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Supervisoras Teóricas

Lic. T.O. Claudia Battistoni - Lic. T.O. Mariel Pellegrini

Supervisora Metodológica

Lic. María Barroetaveña

Colaboradoras

Lic. T.O. Mariela Pérez - Lic. T.O. Candela Casal - Lic. T.O. Mariel Cirone - Lic. T.O. Alba
González - Lic. T.O. Fiorella Bracco

Junio 2008

Desempeño del Rol Materno en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Autora: Lic. en Terapia Ocupacional Laura Parraquini -lauraparraquini@hotmail.com-

Residencia de Terapia Ocupacional - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Supervisoras Teóricas: Lic. T.O. Claudia Battisoni - Lic. T.O. Mariel Pellegrini

Supervisora Metodológica: Lic. María Barroetaveña

Colaboradoras: Lic. T.O. Mariela Pérez - Lic. T.O. Candela Casal - Lic. T.O. Mariel Cirone - Lic. T.O. Alba González - Lic. T.O. Fiorella Bracco

En situación de hospitalización inesperada los padres suelen sentirse impotentes para asumir los cuidados de sus hijos que presentan riesgo de vida. **Objetivos Generales:** Determinar si existe coincidencia entre el rol materno imaginado, con el desempeñado en la UCIN; y determinar los factores que afectan el rol en situación de hospitalización. **Diseño Metodológico:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, cuali-cuantitativo, prospectivo, transversal, realizado en Febrero y Marzo del 2008, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital B. Rivadavia; mediante una entrevista semi-estructurada. Muestra integrada por 11 madres de bebés internados en dicha unidad. **Análisis de los Datos:** En el 72 % de las madres se observó sentimiento de pérdida al no poder llevar a cabo su rol materno ideal. El tamaño del bebé, la propia enfermedad, el entorno físico y social de la sala y las actividades de cuidado propias de la UCIN constituyeron los obstaculizadores del desempeño del rol. Las experiencias similares, la creencia de que las madres realizan de mejor manera que los profesionales los cuidados del bebé y el asesoramiento recibido fueron identificados como facilitadores. **Conclusión:** Debemos promover asesoramientos guiados al sentimiento de competencia para la adquisición de habilidades y la continuidad del cuidado del bebé. **Palabras Clave:** Rol Materno - Terapia Ocupacional - Unidad de Cuidados Intensivos - Neonatología.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo fue conocer el grado de participación de las madres en los cuidados de sus hijos internados en la UCIN y su influencia en el rol materno; para promover un desempeño ocupacional adecuado y permitir que el rol pueda llevarse a cabo.

MARCO TEÓRICO

Participación de padres en el cuidado de sus recién nacidos hospitalizados:

Históricamente el cuidado del niño fue responsabilidad materna, pero con el proceso de hospitalización, la familia fue excluida de la asistencia. Antes de la segunda guerra mundial la madre fue separada del prematuro; si amamantaba era vista como amenaza a la fragilidad de él y como fuente de infecciones.⁽¹⁾ En 1907 el Dr. Budin, observando que algunas madres abandonaban a sus bebés cuyas necesidades no tenían que suplir, ideó la incubadora de paredes de vidrio; permitiendo que vieran a sus niño con facilidad y continuaran interesándose en sus necesidades aunque estuviesen hospitalizados largo tiempo.⁽²⁾ Después de la segunda guerra, se estudió sobre los efectos de la separación y/o privación materna sobre el desarrollo y personalidad del niño, y se comenzó a transformar el modelo tradicional de asistencia centrado en el bebé enfermo hacia uno que permite la participación de la familia.⁽¹⁾ Entre 1960 y 1970 una cantidad creciente de madres comenzó a entrar a los servicios para prematuros.⁽²⁾ Barnett y colegas demostraron que el contacto no era peligroso para los bebés. La filosofía de Cuidados Centrados en la Familia surge a fines de la década de 1980; reconoce y respeta el importante rol que ésta juega en la vida del niño con necesidades especiales de salud y desarrollo; el principal objetivo es apoyarlas en sus roles naturales de cuidadores.⁽³⁾ La investigación actual está demostrando el papel fundamental de las madres y las familias en el resultado óptimo del desarrollo de los prematuros.⁽⁴⁾

En la actualidad, en diferentes UCIN del mundo la situación varía acorde a disposiciones particulares. En México, a pesar de considerar importante la participación de la madre en el cuidado del hijo, las visitas son restringidas y la participación limitada; algunos enfermeros refieren que la presencia materna interfiere en la dinámica del trabajo; por otro lado, la liberación de la entrada de visitas aún genera preocupación por las infecciones.⁽¹⁾ En Canadá, un estudio publicado en el 2006⁽⁵⁾, refiere que las enfermeras permiten poca permanencia de los padres durante los procedimientos, poca participación en el cuidado del paciente y las visitas son restringidas. En Brasil, los padres son considerados población de riesgo por presentar dificultades para cuidar a sus hijos, necesitando de apoyo durante la internación y al alta hospitalaria. El acceso a la unidad es irrestricto y la tendencia de los profesionales está dirigida a la introducción de conductas facilitando el establecimiento de contacto e interacción precoz entre madres e hijos. Las madres son incentivadas a prestar algunos cuidados básicos, higiénicos y alimenticios.⁽⁶⁾ En Argentina, rige la Ley Nacional

de Salud Pública n° 25.929; menciona los derechos de los padres de un recién nacido en situación de riesgo; nombra al acceso continuo a sus hijos mientras la situación clínica lo permita, así como a la participación en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.⁽⁷⁾ En la UCIN del Hospital Gral. de Agudos B. Rivadavia, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (lugar dónde actualmente desempeña su labor la autora del presente trabajo), el ingreso de los padres es irrestricto, enfermería continúa siendo el principal realizador de las actividades de cuidados básicos del bebé, pero la familia tiene una creciente participación. Terapia Ocupacional en la UCIN de este hospital promueve aún más la participación activa de los padres, ya que la filosofía de la profesión se basa en los principios de Cuidados Centrados en la Familia.

Concepción de los roles ocupacionales:

Los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo,⁽⁸⁾ crean patrones de comportamientos e interacción social predecibles.⁽⁹⁾ Para desempeñar los roles ocupacionales, una persona debe experimentar sentido de competencia. Tanto los roles como los hábitos de la persona organizan, regulan y mantienen el comportamiento para satisfacer los estándares aprobados socialmente y permiten adaptarse al ambiente.⁽⁹⁾ Según el Modelo de la Ocupación Humana, habiendo internalizado los roles, actuamos en formas que reflejan nuestro estado de rol; adoptamos una identidad, un perfil y acciones que pertenezcan al rol. El modelo propone la existencia de guiones de roles que anticipan qué tipo de interacción o acciones deben ocurrir. Son las estructuras que guían a las personas durante el desempeño de sus patrones de comportamiento; proporcionan una idea general de lo que se espera de ellos.⁽¹⁰⁾

Importancia del Compromiso/Motivación: El compromiso en actividades, tareas y relaciones interpersonales asiste al desarrollo y habilidades que sostienen el desempeño ocupacional. Dicho compromiso es motivado por fuerzas intrínsecas y extrínsecas, tiene un sentido y es valorado por quien desempeña la tarea. A través del compromiso en cada uno de los momentos de la vida, los individuos pueden lograr un sentido de competencia y dominio que facilita la adaptación.⁽¹¹⁾ Los seres humanos actúan en base a tres componentes o subsistemas interrelacionados: Volición (responsable de elegir e iniciar el comportamiento ocupacional), Habitación (proceso por el cual la ocupación es organizada

en patrones o rutinas), y la Capacidad de Desempeño (habilidades físicas o mentales que subyacen a un desempeño ocupacional hábil).⁽¹⁰⁾ La presencia de estos tres componentes hace que el comportamiento ocupacional sea motivado, organizado y ejecutado.

Influencias Ambientales: Los factores ambientales constituyen el entorno físico, social y actitudinal. Pueden tener una influencia positiva o negativa en el desempeño, en la capacidad o en las estructuras y funciones corporales del individuo.⁽¹²⁾ Cada medio ambiente posee una variedad de condiciones que ponen límites a la acción o la dirigen firmemente. En cada uno de ellos se hallan expectativas que demandan conductas particulares. Las barreras y los desafíos del medio físico, las reglas informales y formales que gobiernan el modo en que se deben realizar las diferentes ocupaciones y las expectativas de productividad, son características ambientales que moldean la manera en que uno se desempeña. Las demandas y las limitaciones ambientales influyen también en el desarrollo de hábitos y roles. Es importante diferenciar entre las características de un medio ambiente y su influencia real sobre las personas de ese ambiente. El impacto ambiental es el resultado de la interacción entre las particularidades del medio y las de la persona. Los entornos que desafían las capacidades de una persona tienden a incitar a la participación, la atención y a un desempeño máximo; sin embargo cuando las demandas van por encima de las capacidades, puede suceder que la persona se sienta ansiosa, abrumada y desesperada,⁽¹⁰⁾ impidiendo un desempeño exitoso.

Desempeño Ocupacional: El desempeño ocupacional es la realización de una actividad u ocupación seleccionada, resultado de la interacción entre el individuo, el contexto y la actividad misma.⁽¹³⁾ Es crítico para poder asumir roles vitales y sociales.⁽¹¹⁾ Es entendido según la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) como el “acto de involucrarse en una situación vital”; por lo tanto implica una participación en un contexto determinado. La limitación en las actividades o la restricción en la participación, da cuenta de una discordancia entre el desempeño esperado y el observado.⁽¹²⁾ Un desempeño exitoso es demandado por el ambiente; éste éxito dependerá de la habilidad para lograr el dominio de las destrezas requeridas.⁽¹¹⁾ Wilcock y Townsend hacen referencia a la existencia de factores de riesgo posibles de provocar una disfunción

ocupacional; reflejada en un desequilibrio ocupacional, en la privación ambiental o en la alienación ocupacional.⁽¹⁴⁾

Génesis del Rol Materno: Las experiencias anteriores de la madre (observación, juegos, prácticas) componen un factor determinante fundamental en el moldeamiento de su papel maternal.⁽²⁾ Bowlby plantea la importancia de la activación hormonal; resalta la historia de relaciones interpersonales con la familia de origen y los valores y prácticas de su cultura como factores que inciden en las pautas de conducta materna. A diferencia de lo expuesto, en un estudio referido al constructo de la sensibilidad materna, algunas de las mujeres entrevistadas afirmaron que la maternidad es un rol que se aprende constante y progresivamente a partir de la interacción y crianza cotidiana del bebé, sin suponer la existencia de un instinto maternal.⁽¹⁴⁾ Durante los meses de gestación se le da lugar mental al niño, y esto lleva a darse un lugar mental a sí mismo como padres o madres.⁽¹⁵⁾

Constitución del bebé a partir de las Respuestas de la Mamá y la consecuente Constitución Materna: Un bebé al nacer necesita de un ser ambiente que codifique sus expresiones para poder subsistir; necesita respuestas a sus necesidades en tanto que su organismo es un conjunto de genes que constituye un sistema activo que se enfrenta al medio utilizando sus informaciones para dar nuevas respuestas y reorganizaciones. Hay una tensión genética en el niño que lo lleva a completarse incorporando y suscitando ambiente. Absorbe las influencias del ambiente pero también forma al medio, moviliza al ambiente familiar y lo reestructura.⁽¹⁶⁾

Cumplimiento de la Función Materna: La mamá anticipa cómo llevará adelante el rol maternal.⁽¹⁵⁾ Luego, tendrá la disposición y la capacidad de despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé para entregarse a la tarea de su cuidado.⁽¹⁷⁾ La *madre suficientemente buena* es aquella que posee la capacidad para satisfacer la dependencia absoluta de su bebé, es la que se adapta a él, lo conoce y satisface sus necesidades.⁽¹⁸⁾ El ideal de una buena madre, es caracterizado según algunas de ellas mismas⁽¹⁴⁾ como capaces de dar afecto mediante el contacto físico, estar pendientes de sus hijos, dedicarles tiempo, poder comprenderlos y dialogar. Poder vivir una maternidad normal implica desempeñar la función materna tanto como el rol que da estructura a esa función.

Características de las UCIN

Población: La población de la UCIN está constituida por niños prematuros o gravemente enfermos.⁽³⁾ Estos bebés se ven enfrentados a una situación que les limita la competencia y el abordaje del ambiente, dando como resultado que se limite también la conducta ocupacional.⁽¹⁹⁾ La Teoría Sinactiva del Desarrollo descrita por la Dra. Als (1982) establece que el recién nacido se organiza y comunica a través de cinco subsistemas conductuales que interactúan entre sí -autónomo o fisiológico, motor, estados de conciencia, atención e interacción y autorregulación-.⁽²⁰⁾ El prematuro de edades gestacionales muy bajas está comprometido en la estabilización de las funciones autónomas. El aumento de la actividad motora, junto con las modificaciones posturales y las manipulaciones táctiles inapropiadas puede perturbar el equilibrio de la organización conductual.⁽²¹⁾

Factores Ambientales: El objetivo de una moderna UCIN consiste en crear un ambiente que imite al vivido por el bebé en el útero. Pero en la actualidad, estos ambientes son ruidosos, brillantes, luminosos, con continuas irrupciones del sueño del bebé e intervenciones dolorosas.⁽²²⁾ Los factores ambientales (físicos y sociales) tienen importantes implicancias sobre el cuidado del recién nacido prematuro,⁽²³⁾ y pueden provocar en los padres lo que ya se ha mencionado anteriormente como privación ocupacional. La Dra. Couceiro propone la humanización del ambiente, haciéndolo menos institucional y más parecido al ambiente familiar, para generar de esta forma bienestar en los padres y en el equipo.⁽²⁴⁾

Impacto en los padres de la Hospitalización de sus hijos: El nacimiento precoz significa romper con el sueño de tener el hijo en tiempo normal, libre de interurrencias;⁽²⁵⁾ produce en la madre, un contraste entre lo que se imaginó y lo que ocurre en el nacimiento.⁽¹⁵⁾ La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos, dispara una variedad de respuestas familiares que a menudo se manifiestan en forma de shock, ansiedad, ira, culpa, desesperanza.⁽⁵⁾ El entorno es emocional y físicamente diferente del que esperaban al momento del nacimiento del bebé. La prematurez entonces, afectará al bebé y a los padres.⁽¹⁵⁾ Estos se encuentran con que su rol de padres es desempeñado por los miembros del equipo; en el mejor de los casos, tienen limitadas interacciones con el bebé las cuales no dan demasiado feedback.⁽³⁾ La asistencia especial que requiere el bebé, la necesidad de una tecnología y una asistencia profesional especializada para poder vivir, los confunde respecto

a su lugar, sin saber qué es lo que el bebé necesita de ellos y qué es lo que ellos pueden dar.⁽¹⁵⁾

Beneficios de la Participación Materna: La reducción del tiempo de internación y costos del cuidado, la influencia en las conductas comportamentales y cognitivas del bebé y en el modelaje de la arquitectura de su cerebro son algunos de los beneficios de la participación materna. También se demostraron efectos clínicos como la reducción de la dependencia del respirador, mejoría de la ganancia de peso, inicio de la succión no nutritiva más tempranamente, autorregulación.⁽¹⁾ La participación anticipa la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo.

Terapia Ocupacional en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

El principal objetivo de la intervención neonatal es optimizar el potencial del bebé para lograr el máximo desarrollo.⁽²⁰⁾ Las técnicas de tratamiento utilizadas en niños prematuros o enfermos deben basarse en las necesidades del momento.⁽³⁾ Terapia Ocupacional en las UCIN aborda al niño y también a los padres, asistiéndolos en la interacción como paso inicial en el proceso de enseñarles a maximizar el desarrollo de su hijo y enseñándoles las habilidades específicas requeridas para facilitar la transición de la unidad a la casa.⁽²⁰⁾

Terapia Ocupacional se basa en los principios de Cuidado Centrado en la Familia; enfatizando en la colaboración de los padres para ganar confianza en el ejercicio del rol parental.⁽³⁾ El Terapeuta ayuda a los padres a ver la individualidad de su hijo, a leer sus signos. A medida que los padres responden a las señales del niño, es posible que comiencen su propio patrón de interacción, haciendo más placentero el cuidado para ambos.⁽³⁾

Nuevas formas de maternidad y paternidad

El bebé recibirá de sus padres otras formas de contacto como son el abrazo visual, el sonoro o la propiocepción.⁽¹⁵⁾ Podrá estimularse el reconocimiento de su madre por medio del olfato de leche materna.⁽²⁴⁾ Se está implementando con mayor frecuencia en las UCIN el contacto piel a piel,⁽⁶⁾ con bastos beneficios comprobados (mantenimiento de la temperatura corporal, ganancia de peso, facilitación de la lactancia materna, ambiente familiar estimulante, menos patologías infecciosas,⁽²⁶⁾ y estimulación de la reorganización neurológica en el bebé prematuro), dando confianza a los padres en los cuidados del niño, permitiendo su rol activo.⁽⁶⁾ ⁽²⁶⁾ La alimentación coloca a los padres en una acción directa

sobre el cuidado de su hijo.⁽¹⁵⁾ Al proveer la leche para su hijo, la madre se siente importante en el proceso de recuperación de la salud, fortaleciendo el sentimiento de ser parte del proceso terapéutico del bebé.⁽²⁷⁾

Es posible que en esta situación especial que atraviesan las madres de las UCIN construyan un nuevo modelo de madre suficientemente buena, desarrollando la capacidad de satisfacer la dependencia que solicita el bebé en la medida que se le permita y en la forma en que pueda adaptarse respondiendo a las necesidades especiales del bebé prematuro.

Objetivos Generales de la Investigación:

- Determinar si existe coincidencia entre el rol materno imaginado durante el embarazo, con el desempeño de este rol en la UCIN.
- Determinar los factores que afectan el desempeño de rol materno ideal en madres cuyos bebés se encuentran en situación de hospitalización en la UCIN.

Objetivos Específicos de la Investigación:

- Describir los aspectos que constituyen el rol materno ideal según las percepciones de las madres.
- Describir el comportamiento de las mamás respecto a sus actividades relacionadas con el bebé en el período de internación.
- Describir cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para que la madre pueda desempeñar su rol materno ideal.
- Describir la vivencia de las madres ante la imposibilidad de ejercer en la UCIN su rol materno imaginado.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL OBJETO

Tipo de Diseño: Estudio de investigación es de tipo observacional, descriptivo, cualitativo, prospectivo, de corte transversal.

Universo de las Unidades de Análisis: Constituido por el conjunto de madres cuyos bebés estuvieron internados en la sala de Terapia Intensiva o Terapia Intermedia de la

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital B. Rivadavia en el periodo Febrero-Marzo del 2008.

Criterios de Inclusión: Madres de bebés nacidos en el Hospital B. Rivadavia o derivados de otro hospital al nacer, internados en Terapia Intensiva o Intermedia al nacer, con un mínimo de 5 días de internación en la UCIN.

Criterios de Exclusión: Madres que no hablaran el idioma español, que según referencia en la historia clínica presentaran retraso mental o patologías psiquiátricas, y aquellas que se negaran a participar del estudio.

Los datos obtenidos fueron organizados en sistemas de matrices, las cuales recababan la información cuantitativa tanto del contexto como de las variables y definiciones operacionales del estudio:

Datos de Registro de Contexto: Edad gestacional de bebé, peso al nacer, diagnóstico, días de vida al momento de realizar la entrevista, elementos de soporte vital que requirió durante la internación, tipo y modo de alimentación que recibió y si recibió intervención de Terapia Ocupacional.

Universo de las Variables y Definiciones Operacionales:

- *Presencia de expectativas del rol materno durante el embarazo:* Definida por la presencia de la idea de “ser madre” llevando a cabo las actividades de cuidado del bebé y/o compartiendo tiempo con él en un ambiente tranquilo y favorecedor del vínculo.
- *Participación en los cuidados básicos del bebé en la UCIN:* Definida en *Alta-Media-Baja* según la participación de la madre en las actividades de higiene corporal del bebé, cambio de pañal, alimentación, provisión de medicación y conciliación del sueño del bebé.
- *Realización de contacto con el bebé en la UCIN:* Definida en *Mucho-Poco-Nada* según la participación de la madre en la realización de contacto físico, verbal y visual con el bebé.
- *Presencia de temor en la UCIN:* Definida por la presencia de temor/miedo a realizar las actividades de cuidado del bebé.
- *Sensación de que los profesionales realizan mejor las actividades de cuidado:* Definida por la creencia de que los profesionales realizan mejor las actividades de cuidado del bebé.

- *Experiencia de desaprobación:* Definida por la experiencia de episodio de desaprobación al momento de realizar las actividades de cuidado del bebé en la UCIN.
- *Sentimiento de pérdida:* Definido por la presencia de sentimiento de pérdida por no poder realizar las actividades de cuidado del bebé en la UCIN.

DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO

Instrumento de Recolección de Datos: Se utilizó una entrevista semi-estructurada diseñada por la autora del trabajo. La misma constó de 9 preguntas, con la posibilidad de ampliarlas, modificarlas o agregar nuevas, con el fin de profundizar la información sobre las vivencias de las madres.

Muestra: Equivalente a la Unidad de Análisis.

Plan de Análisis: El método utilizado para el tratamiento de los datos fue el análisis del contenido, la modalidad de análisis temático, análisis cualitativo de las viñetas clínicas expresadas por las madres entrevistadas, los valores de referencia y la frecuencia de la aparición de las variables y el cruce de las mismas.

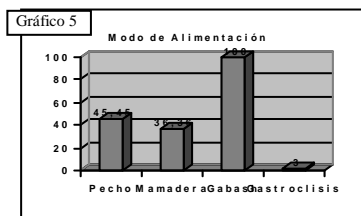
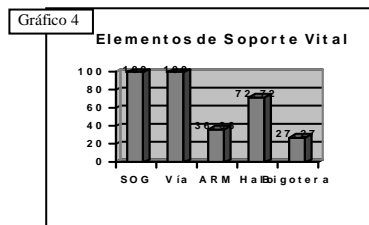
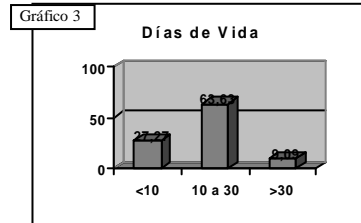
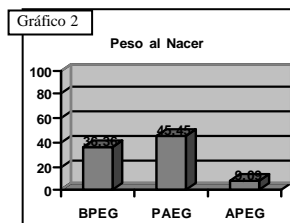
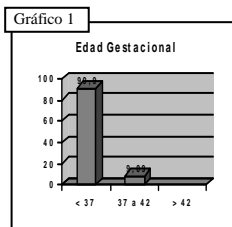
REPAROS ÉTICOS

El Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Ética, así como la Terapeuta Ocupacional de Planta del Hospital B. Rivadavia han evaluado y posteriormente aprobado el presente protocolo de investigación dando su aval para que se llevara a cabo. Se le informó a la Jefa de la Unidad de Pediatría sobre la ejecución del mismo en la UCIN. A las madres que ingresaron al estudio, se les entregó un consentimiento informado para que firmen previamente a realizarse la entrevista, y se les pidió su autorización para grabar las entrevistas para su posterior análisis. El presente protocolo cumple las normas internacionales de investigación clínica enunciadas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

ANÁLISIS DE DATOS

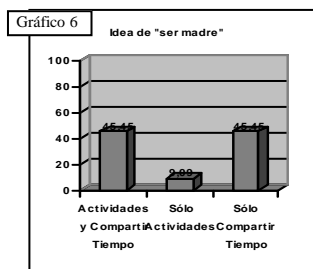
Se presenta el análisis de once (11) entrevistas; todas ellas realizadas por una misma persona, la autora del trabajo.

El 90,9% de los bebés de las mamás entrevistadas nacieron con una **edad gestacional** (gráfico 1) menor a las 37 semanas; el 36,3% fue de bajo **peso** al nacer para su edad gestacional, el 45,4% fue de peso adecuado y el 9,09% de alto peso (gráfico 2); el 54,5% presentó alguna **afección respiratoria**; sólo el 9,09% presentó diagnóstico de **depresión neonatal**; el 9,09% presentó otro diagnóstico no consignado en la tabla de datos de registro. El 63,6% de los bebés tenían entre 10 y 30 **días de vida** en el momento que sus madres fueron entrevistadas (gráfico 3); respecto a los **elementos de soporte vital** (gráfico 4) el 100% de los bebés requirió durante la internación tanto sonda orogástrica (SOG) como vía periférica, el 36,3% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM), y el 72,7% aporte de oxígeno por halo cefálico. Todos los bebés de las madres entrevistadas (100%) **se alimentaron** con leche materna y además el 54,5% también lo hizo con leche de fórmula. En el momento en que se realizaron las entrevistas, sólo el 45,4% de los bebés había comenzado a alimentarse por pecho (gráfico 5); todos los niños se había alimentado o aún lo estaba haciendo por medio de la técnica de gabash (pasaje de leche a través de la SOG utilizando una geringa. Es importante tener en cuenta que un mismo bebé puede estar alimentándose por más de un modo de alimentación. El 100% de las madres entrevistadas estaban recibiendo (ellas y/o sus bebés) asesoramiento de Terapia Ocupacional en la UCIN.



- Los conceptos que dan cuenta de los **aspectos que constituyen el rol materno ideal** según la percepción de las madres son: “cuidar al bebé, mimarlo, que no le falte nada, estar con él, tenerlo en casa, darle amor, atención, tenerlo a upa, hacerle juegos, cantos, cambiarle los pañales, bañarlo, limpiarlo, darle de comer”. En las 11 entrevistas realizadas (100%) se pudo leer presencia de expectativas (gráfico 6). Esta variable era positiva cuando referían

haberse imaginado realizando las actividades de cuidado del bebé por un lado y/o



compartiendo tiempo con él en un ambiente tranquilo y favorecedor del vínculo por el otro. En los casos de las madres que habían tenido experiencias anteriores similares, de partos pre-término y/o internaciones en neonatología (2 madres), su imaginario no fue homogéneo; hay quien pudo anticiparse

respecto al ambiente y a sus posibilidades de acción dentro de este, y quien imaginó una situación sumamente diferente:

“Mas o menos ya tenía una idea por cómo venía todo el embarazo, sabía a lo que me enfrentaba después de que naciera (...) un poco por la experiencia misma que había vivido con la otra nena (...); yo ya la viví, corro con esa ventaja”.(1)

“No imaginé en ningún momento que iba a pasar esto, pero pasó (...); se está repitiendo... me había imaginado de otra forma”.(6)

En los discursos de las madres con experiencia de partos anteriores en los que no se presentaron complicaciones (4 madres), tampoco se encontró coincidencia. Dos de estas madres mencionaron que se imaginaban que en los días posteriores al parto de sus bebés recién nacidos realizarían los mismos cuidados que los que llevaban a cabo en los primeros días de vida de sus hijos mayores:

“Tenía pensado irme de acá, le bañaba, le daba el pecho (...) y darle mucho cariño”. “Con mi otra nena llegué a mi casa, le bañé, le di la leche, (...) todo el tiempo le daba cariños”.(10)

Se observó como dato significativo que la mayoría de las madres no habían llegado a conformar en su totalidad un imaginario de su rol materno ideal; no pudiendo precisar, de manera espontánea, en qué actividades pensaban ocupar su tiempo, requiriendo que se le preguntara de manera facilitada:

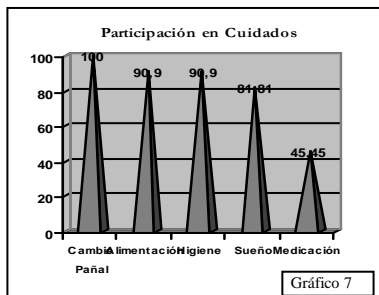
“Yo la verdad, no me imaginé nada, nada, nada...”(2)

“Llegó a los 7 meses, casi; pensábamos en la ropita, en la cuna; no tanto en cómo íbamos a estar... fue muy de repente; así, vino”.(3)

Las madres entrevistadas presentaron mucha dificultad para poder responder esta pregunta; no pudiendo alejarse de la situación de internación actual por la que estaban

atravesando, para poder remontarse al período previo en el que su embarazo avanzaba y no estaba presente tal situación de gravedad.

• Teniendo como objetivo **describir el comportamiento de las mamás respecto a las actividades relacionadas con el bebé en el período de internación**, se indagó sobre su *participación en los cuidados básicos del bebé dentro de la sala*. El 45,45% tuvo una



participación ALTA. Cambiarle el pañal al niño fue la actividad que el 100% de las madres realizó. (gráfico 7.)

Alimentarlo e higienizarlo el 90,9%. Cada 2 o 3 horas, las madres manifestaron que ingresan a la sala, especialmente a darle la leche y a cambiarle el pañal. Respecto a la

variable de la participación en la conciliación del sueño del bebé, sólo 2 madres (18,18%) refirieron no hacerlo. De todas las actividades planteadas, darle la medicación al bebé (hierro y vitaminas), fue la actividad en la que sólo participaron el 45,45% de las madres.

Es interesante resaltar cómo diferentes madres percibieron el cambio en la relación con el bebé y en su afirmación del rol de madre a partir de su participación concreta y activa en las actividades de cuidado:

“Al principio yo sentía que no servía para nada, venía, la tocaba, y nada, hasta ahí y nada más. Después fue tomando un poquito de leche, y ahora vengo con más ganas”.(3)

“Al bañarla me sentí re- emocionada, como que me da otro ánimo, de seguir más y más con él”.(2)

“Estaba viniendo cada 2, 3 días, o a veces 4 días, y poco tiempo me quedaba, no se qué me daba mirarla ahí, decía: ¿qué voy a hacer acá?, todo el día metida, no lo puedo cargar, nada. Ahora es otra cosa, tenerla en brazos, darle la mamadera... Si lo voy a seguir haciendo, vengo a la mañana, todas las mañanas”.(11)

Las madres hicieron mención a los nuevos cuidados que habían tenido que aprender; que no se habían imaginado que formaban parte de la suma de actividades incluidas en el rol materno y que ahora pertenecían a su comportamiento habitual: limpiar la incubadora,

alimentar al bebé por sonda orogástrica, sacarle el residuo de la sonda, pesar el pañal, higienizar al bebé con gasas y óleo calcáreo, quitarle cintas adhesivas.

Por medio de la participación en los cuidados básicos del bebé y en la conformación del vínculo a través del contacto, algunas madres pudieron ir conociendo y posteriormente interpretando a sus bebés; y de esta forma le dieron significado a sus expresiones y sentimientos:

“Le toco la pancita que le gusta”. “No le gusta que le mojen la cabecita”.(9)

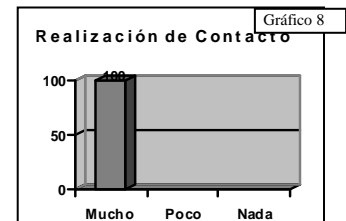
“No quiere escuchar ruidos”. “La luz le estorba”.(10)

“Yo hablo para ella, la llamo por su nombre y ella se mueve”.(8)

“...es como que le da un poco de cosquillas, y como que se asusta”. “Tocarlo en los tobillos a veces no le gusta, es como si se diera cuenta que lo van a pinchar”.(6)

Se puede interpretar que está presente la intención de ser ellas, las madres, quienes realicen las actividades para que sus hijos las reconozcan como tales, y las puedan diferenciar de los profesionales que los asisten.

Con la intención de profundizar en la descripción del comportamiento de las mamás respecto a sus actividades relacionadas con el bebé, también se indagó sobre la el *contacto* que tenían con ellos. Resulta interesante observar que el 100% de las madres haya respondido que realizaron tanto contacto físico como verbal y visual. Es así que todas ellas realizaron MUCHO contacto con sus bebés (*gráfico 8*):



“Los días se me pasan más rápido porque vengo y le hago upa (...), la miro, la acaricio..., es como que eso faltaba”.(3)

“Me encanta verla cuando está dormida y tenerla a upa”.(4)

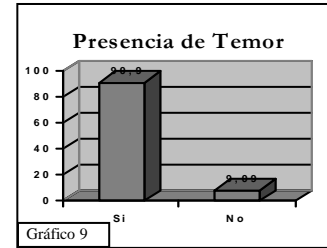
De no haber podido hacer el contacto en algún momento determinado con sus bebés, la angustia se manifestaba como primera reacción:

“El día que me dijeron que no podía tocarlo, me dieron ganas de llorar...”.(2)

• El siguiente objetivo está relacionado con la **descripción de los facilitadores y obstaculizadores del desempeño del rol materno en la UCIN.**

Para tal fin se formularon tres preguntas diferentes; los resultados fueron los siguientes:

El 90,9% tuvo *presencia de miedo/temor* al realizar las actividades de cuidado del bebé, (*gráfico 9*) y manifestaron diferentes motivos que constituirían algunos obstaculizadores: el tamaño pequeño del bebé, su “sensibilidad”, fragilidad, la propia enfermedad del bebé y su cuadro clínico “delicado”:



“Tenía miedo de tocarlo porque es muy chico”.(10)

“Me da un poco de miedo hacerle upa, miedo a que se me caiga (...), ella es tan sensible...”.(3)

También las actividades de cuidado propias de la UCIN generaron temor y formaron parte de los obstaculizadores; sacarle el residuo de la sonda orogástrica, darle la alimentación por esta misma y pesar el pañal:

“De vez en cuando me tiemblan las manos, tengo miedo de que trague mucho aire”.(6)

A pesar del gran temor manifestado por las madres entrevistadas, la mayoría de ellas coincidió en que con el paso de los días en la UCIN estos miedos se fueron perdiendo y se permitió tanto la realización de las actividades como el contacto con el bebé:

“Si, al principio sí tenía miedo; pero ahora ya me siento bien cuando estoy con él, cuando le cambio el pañal, dándole la leche...”.(5)

“No sabía cómo cuidarlo, pero lo fui aprendiendo”.(9)

El entorno físico de la sala de Neonatología fue un factor altamente mencionado como obstaculizador; la presencia de elementos de soporte vital y saturometría dificultó la realización de los cuidados y el manejo del bebé:

“Ahora ya lo puedo dar la vuelta boca abajo porque ya no tiene todas esas agujas... Todavía no lo puedo bañar por el tema del oxígeno”.(6)

“Tenía miedo de tocarlo, porque tenía muchas cosas, en su manito, en su pie...”.(10)

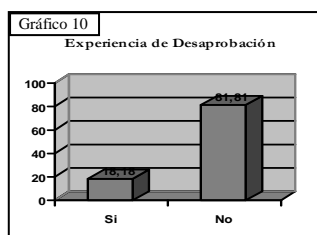
El personal de la UCIN (entorno social) y la comunicación entre éstos con las madres fueron factores que retrasaron la participación de una de las madres en la actividad de higiene del bebé.

“Nunca me dijeron que tenía que higienizar el cuello, la axila... nunca me dijeron nada los enfermeros”.(4)

El 27,2% de las madres entrevistadas cree que los *profesionales realizan de mejor manera las actividades de cuidado de sus bebés que ellas mismas*. Esta percepción de las madres forma parte del listado de obstaculizadores ya que deja entrever una descalificación hacia sus capacidades y una consecuente actitud que conlleva a la disminución de su participación en las actividades de cuidado del bebé.

“Mejor que lo hagan ellos que saben más, que están más pendientes y saben cómo hacerlo”.(11)

Sólo 2 madres (18,1%) manifestaron haber pasado por la *experiencia de sentirse desaprobadas* mientras realizaban las actividades de cuidado del bebé (gráfico 10). Esto pudo



constituir un obstaculizador, sin embargo, para una de ellas sólo fue tomado como un “episodio en el que se sintió mal”, pudiendo luego ser ella quien llevara a cabo todos los cuidados básicos del bebé.

Los *facilitadores* del rol materno identificados en el relato de las madres durante las entrevistas fueron: las experiencias anteriores similares a la vivida con el bebé actual; la comunicación con madres de otros bebés que también se encontraban internados pero que estas ya sabían cómo hacer determinados cuidados; la creencia en que ellas, (las madres) realizaban de mejor manera los cuidados del bebé; y el acompañamiento y asesoramiento por parte de los profesionales para llevar a cabo las actividades:

“Pienso que al bebé no le deben gustar más los mimos que le hace otro a los que le hace la mamá (...); ellos son profesionales y saben lo que tienen que hacer con los bebés, pero no se toman el tiempo como nosotras de alzarlos, hablarles, hacerles cualquier cosa para que estén bien”.(1)

“Un montón de veces vi que el pañal se lo dejaban así nomás, yo lo cambio mejor (...); a veces me cuesta irme”.(3)

“No es lo mismo que lo haga yo o un doctor (...); puede ser porque soy la mamá, porque siente otras cosas”.(5)

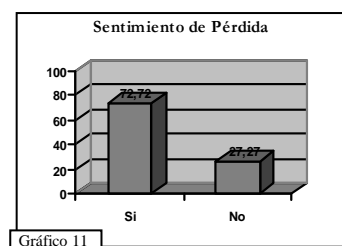
“Los profesionales lo hacen bien, pero todavía las madres están más atentas a todo”.(8)

El refuerzo positivo de los enfermeros hacia las madres promovió la participación en las actividades:

“Si me decían las cosas era para mi bien, para aprender cómo tenía que ser”.(8)

• Finalmente, con la intención de **describir la vivencia de las madres ante la imposibilidad de ejercer en la UCIN su rol materno imaginado**, se les preguntaba en la entrevista, qué sentían al no poder hacer aquello que se habían imaginado para los días posteriores al parto.

En el 72,7% de las madres se puede observar la *presencia de un sentimiento de pérdida* (gráfico 11). Esta variable se la puede relacionar directamente con la presencia de expectativas en las madres mientras estaban embarazadas, ya que de acuerdo al grado e intensidad de éstas, será el sentimiento de pérdida expresado.



Algunas madres cuyas expectativas estaban puestas sólo en compartir tiempo con el bebé, estar con él, en un ambiente tranquilo y facilitador del vínculo, refirieron claramente la presencia de este sentimiento de pérdida al no poder estar realizando en la sala de Neonatología ese rol materno imaginado:

“...se siente esa ausencia... Yo se que tengo una hija, pero no es como yo quisiera, que esté conmigo. Siento una ausencia (...) en la panza (ahora ya no tanto) y en la casa. En todo momento siento la falta, siento que me falta ella”.(3)

“...me imaginaba que iba a ser distinto, y no se cómo... me cambió todo y no se cómo ser mamá; no se, es distinto, diferente”.(9)

Aquellas madres que habían imaginado realizar las actividades de cuidado durante su embarazo, si bien presentaron sentimientos de pérdida, resaltan en su discurso lo positivo de estar ahora participando de manera activa en los cuidados implicados para sus bebés, a pesar de las condiciones de internación:

“Y...los primeros días me daba un poco de..., pero ya me acostumbré, y ahora estoy ansiosa por poder cumplir y poder tenerla en casa”.(4)

“Cambia totalmente... no es la misma cosa tenerlo afuera... Yo igual hago...como soñaba hacerle, así le estoy haciendo”.(10)

CONCLUSIONES

Han transcurrido más de 100 años desde la observación realizada por el Dr. Budin,⁽²⁾ y aún se continua observando desinterés en aquellas madres que no pueden tener contacto con su bebé. Se revaloriza así la importancia de su presencia en la realización de los cuidados de sus bebés, su participación activa para evitar sentimientos de desinterés y abandono.

El imaginario del rol materno impresionó pobre en las respuestas iniciales, pero todas las madres presentaron alguna expectativa del cumplimiento de su rol. De todos modos, al ser la hospitalización en la UCIN, una situación inesperada e impactante, requirieron cierto tiempo para la creación de un nuevo rol materno. Seguramente incluyeron alguna de sus expectativas previas, pero sin duda, debieron aprender un nuevo *guión de rol*, una nueva estructura que guíe su desempeño y su comportamiento. Considero que si bien la génesis del rol materno tiene importantes componentes historiales, es posible que también se aprenda a partir de la realización de las actividades que lo constituyen. La maternidad puede ser un rol que se aprenda a partir de la crianza e interacción con el bebé.⁽¹⁴⁾

El ambiente imparte influencias en el desempeño competente de una actividad determinada. El entorno del bebé enfermo y los numerosos profesionales utilizando tecnología desconocida puede causar en los padres un distanciamiento físico y emocional evitando la participación en los cuidados del bebé.⁽¹⁵⁾ La presencia de elementos de soporte vital en el bebé fue un importante obstaculizador del desempeño del rol materno para las madres entrevistadas. Las demandas y limitaciones ambientales influyeron en el desarrollo de los hábitos y del rol implicado.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, este mismo ambiente permitió y modeló el comportamiento ocupacional de las madres. El entorno social fue percibido como inhibidor de las actividades y también como facilitador de las mismas dependiendo la situación vivida. Pero se puede observar en los relatos maternos una significativa iniciativa por parte de los profesionales que se encuentran del Hospital Rivadavia, en que sea la madre la principal cuidadora de su bebé. La Dra. Couceiro manifiesta que el rol del equipo de profesionales en la UCIN es favorecer que se desencadenen los comportamientos maternos naturales, entrenando a los padres en la observación y el aprendizaje de las conductas y respuestas de su hijo para intervenir en los cuidados del mismo.⁽²⁴⁾

Podemos observar en las entrevistas, que las madres formaron parte del ambiente; interpretaron las conductas y actitudes que manifestaba el bebé; y conformaron así, el “ser ambiente” codificador de las expresiones del bebé para que éste con la información recibida pueda dar nuevas respuestas y reorganizaciones, incorporando y suscitando ambiente.⁽¹⁶⁾

Klaus y Kennell,⁽²⁾ mencionan que madres que habían estado separadas de sus recién nacidos, se destacaban por su vacilación y torpeza cuando asumieron el cuidado de sus hijos, requiriendo consultas especiales para aprender tareas sencillas como alimentarlos y cambiarle los pañales. A los autores les llamó la atención que las madres de neonatos prematuros que no habían participado en los cuidados del bebé durante la hospitalización, una vez que llegaban a su hogar referían que a pesar de amar a su hijo, todavía pensaban que no les pertenecían, sino que eran de las enfermeras o del médico. El plan de alta para los padres debiera comenzar cuando el bebé ingresa a la Unidad Neonatal y así, al irse a sus casas haber completado todas las responsabilidades de cuidado y sentirse competentes acerca de sus habilidades. Todo el equipo es responsables de entrenarlos en el cuidado de su hijo y en confiar progresivamente en sus habilidades de cuidadores.⁽³⁾

Los cuidados básicos del bebé se deben realizar cualquiera sea el estado clínico de este. Habiendo comprendido los bastos beneficios de la presencia de las madres en los cuidados de sus hijos desde el primer día de vida, debemos reflexionar para incrementar estrategias en las que se promuevan asesoramientos guiados al desempeño del rol y al sentimiento de competencia por parte de la familia en el transcurso de la internación.

Se puede considerar que se ha cumplido con el propósito de la investigación, conociendo mediante la misma, el grado de participación de algunas de las madres de la UCIN del Hospital Rivadavia en los cuidados de sus hijos. A partir de aquí se podrá promover el desempeño ocupacional adecuado y favorecer que el rol materno pueda ser llevado a cabo dentro de la sala de Neonatología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Martínez, J.; Fonseca, L.; Scochi, C.** *The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team.* Rev. Latino-Am. Enfermagem, Mar./Apr. 2007, vol.15, n°.2, p.239-246.
- 2) **Klauss, M; Kennell, J.** *La relación madre-hijo.* Editorial Panamericana, 1978.
- 3) **Cuello Otero, M.** *Factores que influyen en el rol desempeñado por Terapia Ocupacional en Neonatología.* Residencia de Terapia Ocupacional, GCBA, 2002.
- 4) **Leigh Davis; Heather Mohay; Helen Edwards.** *Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview.* Journal of Advanced Nursing, 2003, vol.42, n°6, p. 578-586.
- 5) **El-Masri, MM.; Fox-Wasylyshyn, SM.** *Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses.* Intensive Crit Care Nurs. 2007 Feb; 23(1):43-50.
- 6) **Scochi, C.; Kokuday, Ma.; Riul, Ma.; et al.** *Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital.* Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol. 11, n°. 4, pp. 539-543.
- 7) **Ley de Salud Pública 25.929.** *Protección del embarazo y del recién nacido.*
- 8) **Barreto; Kilhofner.** Willard/ Spackman. *Terapia Ocupacional.* Unidad 6, Capítulo 18, sección 1. 10° edición. Editorial Panamericana., Año 2003
- 9) **Levy, L.** Willard/ Spackman. *Terapia Ocupacional.* Unidad 1, Capítulo 4, sección 3G. 8° edición. Editorial Panamericana., Año 2001.
- 10) **Kielhofner, G.** *Terapia Ocupacional. Modelo de la ocupación humana: teoría y aplicación.* 3^{ra} edición. Editorial panamericana, 2004.
- 11) **Christiansen, C; Bawn, C.** *Superación de los déficits en el desempeño ocupacional.* Capítulo 2 Lela A. Llorens. Tareas de desempeño y roles en el ciclo vital.
- 12) **Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.**
- 13) **Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso.** The American Journal of Occupational Therapy, 2002.
- 14) **Bianchini, M.** *Burnout en oncología pediátrica. Percepciones de los profesionales del equipo de salud.* Residencia de Terapia Ocupacional, GCBA, 2007.
- 15) **Pose, G.** *Ser padres prematuros.* Ediciones Del Candil, 2004.
- 16) **Foster, O; Jerusalinsky, N.** *Bases neuropsicológicas de la estimulación temprana.* Cuadernos del desarrollo infantil. Centro del desarrollo infantil Dra. Lydia Coriat. Vol. 2.
- 17) **Winnicott, D.** *La familia y el desarrollo del individuo.* Editorial Horme.
- 18) **Fischman.** *La niñez desde la perspectiva de Donald Winnicott.* Material de Cátedra Mandet, Ciclos Vitales I, Carrera de Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires, 2002.

- 19) **Ferro, M;** *Terapia Ocupacional y el infante prematuro*. Revista Ocupación Humana, 1992, vol.4, n°4,.
 - 20) **Vergara, E.** *Foundations for practice in the neonatal intensive care unit and early intervention. A self-guided practice therapy*. The American Occupational Therapy Association, Inc. Rockville, MD, 1993.
 - 21) **Basso, G.** *Programa de cuidados individualizados y evaluación del desarrollo del recién nacido prematuro*. Programa de actualización de neonatología. Editorial Panamericana, 2005.
 - 22) **Tommasi, L.** *Nociones que tienen los profesionales de la salud sobre los efectos de factores ambientales en la salud de los neonatos*. Residencia de Terapia Ocupacional, GCBA, 2005.
 - 23) **Dotro, P.** *Frecuencia de estímulos nocivos en la UCIN del Hospital B. Rivadavia*. Residencia de Terapia Ocupacional, GCBA, 2005.
 - 24) **Couceiro, C.** Curso “*Neurodesarrollo en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal – Demasiado antes...Demasiado pequeños*”, organizado por el Centro de Parálisis Cerebral. Diciembre del 2007, Buenos Aires.
 - 25) **Tronchin, D; Tsunechiro, M.** *Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai*. Rev Latino-Am Enfermagem; Janeiro-Fevereiro 2006, vol.14(1):93-101.
 - 26) **Arango Gómez, F.; Agudelo Vargas, P.; Echeverry Aguirre,P.; Quintero Betancurth, L.; Tangarife Cardona, D.** *Razones por las cuales no se ha implementado el programa Cuidado Canguro en la E.S.E. Rita Arango Alvarez Del Pino – ClinicaVillapila.r*.Revista Hacia la Promoción de la Salud; 2005. N°10.
 - 27) **Serra, S.; Scochi, C.** *Mother's difficulties in breastfeeding premature babies in the neonatal ICU*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol. 12, n°. 4, pp. 597-605.
- **Carbonell, O.; Plata, S.; Alzate, G.** *Creencias y expectativas sobre el comportamiento materno ideal y real en mujeres gestantes desde un abordaje metodológico mixto*. Revista Infancia Adolescencia y Familia, 2006, vol.1, n°1, p.115-140.
 - **Cuadernillo APAPREM (Asociación Argentina de Padres de Niños Prematuros).** www.apaprem.org.ar
 - **Di Marco, N.** *Madres y Mujeres. Un abordaje desde el habitus y el género*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.
 - **Jofre Aravena, V.; Henrriquez Fierro, E.** *Niveles de estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999*. Cienc. enferm., Jun. 2002, vol.8, n°1, p.31-36.
 - **Vasconcelos, Ma.; Leite, A.; Scochi, C.** *Meaning attributed to the experience of mothers accompanying hospitalized premature and low birthweight newborns*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2006, vol.6, n°.1, pp. 47-57.