



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**INSTITUTO CIENCIAS DE LA**  
**REHABILITACIÓN Y EL MOVIMIENTO**  
**LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DISEÑO DE TRABAJO FINAL**

**Equipo docente:** *Dra. Mariela Nabergoi*  
*Lic. Juan Manuel Zorzoli*  
*Lic. Natalia Spallato*  
*Lic. Mariana Amaro*  
*Lic. Florencia Itovich*

**Docente supervisor:** *Dra. Mariela Nabergoi*

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

*“Estudio del estadio volicional en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de madres cuyos hijos están internados en unidades de neonatología”.*

**Grupo No:** 10

**Año de cursada:** 2016

**Alumnos:**

*Julieta Jeroncich* - DNI 33.561.348 - Mail: [jeroncich@gmail.com](mailto:jeroncich@gmail.com)

*Juliana Presa* - DNI 35.560.639 - Mail: [presa.juliana@gmail.com](mailto:presa.juliana@gmail.com)

*Paula Símaro* - DNI 37.766.112 - Mail: [pausimaro@hotmail.com](mailto:pausimaro@hotmail.com)

**Fecha de presentación:** 01 de agosto de 2017

## *Agradecimientos*

*Al equipo docente, y especialmente a nuestra supervisora la Doctora Mariela Nabergoi, por su dedicación y acompañamiento.*

*Al doctor Eduardo Duro por confiar en esta investigación, y apoyarnos para que la misma se concrete.*

*A la Lic. Eugenia Muñoz por abrirnos las puertas a su conocimiento.*

*A nuestras familias, amigos y compañeros, por acompañarnos este arduo proceso.*

## ÍNDICE

<b><u>ÁREA Y TEMA</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>PALABRAS CLAVE</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>MARCO TEÓRICO</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>HIPÓTESIS</u></b>	<b><u>36</u></b>
<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>36</u></b>
<b><u>METODOLOGÍA</u></b>	<b><u>38</u></b>
<u>TIPO DE DISEÑO</u>	<u>38</u>
<u>UNIVERSO Y MUESTRA</u>	<u>39</u>
<u>DEFINICIONES OPERACIONALES</u>	<u>41</u>
<u>FUENTE DE DATOS</u>	<u>83</u>
<u>INSTRUMENTOS</u>	<u>83</u>
<u>ANÁLISIS DE LOS DATOS</u>	<u>87</u>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>90</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b><u>122</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	<b><u>133</u></b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b><u>141</u></b>
<b><u>TRABAJO DE CAMPO</u></b>	<b><u>154</u></b>

### ÁREA Y TEMA

Terapia Ocupacional en Neonatología.

*“Estudio del estadio volicional en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de madres cuyos hijos están internados en unidades de neonatología”.*

### PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional - unidades de neonatología - rol de madre - co-ocupación- estadio volicional

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La presente investigación se desarrolló en el contexto de las unidades de neonatología. La misma es “compleja, muy especializada unidad hospitalaria diseñada para cuidar los infantes prematuros o a aquellos que están críticamente enfermos” (Hunter, 2001, pág. 688). Según Díaz de Rada (2008), la población de niños prematuros ha aumentado notablemente en los últimos años, debido a diversas causas como son el aumento de la edad de las madres gestantes, los avances de la medicina, la especialización profesional, entre otros. Es así como con el avance de la tecnología, niños más pequeños y biológicamente frágiles son tratados y mantenidos con vida en unidades de cuidados intensivos neonatales, ambientes que resultan altamente técnicos (Miles, Funk, & Carlson, 1993 en Dudek- Shriber 2004).

La Terapia Ocupacional como disciplina socio-sanitaria tiene incumbencias profesionales en las unidades de neonatología. Entre las mismas se encuentran (Resolución 0603-MSGC-2010, pág. 23):

- Brindar asistencia a los pacientes y familias/cuidador de pacientes internados en las Salas de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, Pre Alta, Aislamiento y Nesting.
- Promover un rol materno/paterno activo en las unidades de neonatología.
- Asesorar a la familia/cuidador en la realización de actividades de alimentación, higiene, vestido, posicionamiento y manipulación, signos de estrés conductual, influencia de estímulos ambientales en el neonato dentro de las unidades de neonatología y al momento del alta.

La práctica de la Terapia Ocupacional como disciplina se basa en el estudio y la comprensión de las ocupaciones. Estas son definidas como “*actividades diarias que reflejan valores culturales y proporcionan estructura a la vida y significado a los individuos; estas actividades satisfacen las necesidades humanas de autocuidados, placer y participación social*” (Spear y Crepeau, 2008, pág. 1032). Cabe mencionar que una de las ocupaciones

principales sobre las que interviene la Terapia Ocupacional son las actividades de la vida diaria, conceptualizadas como “Actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, primordiales para la vida en sociedad posibilitando el bienestar y la supervivencia” (Christiansen y Hammecker en AOTA, 2008, pág. 10). Estas actividades son justamente, las que durante la infancia y los primeros años de vida requieren del cuidado otorgado por parte de un otro (Delval, en Polonio López y Romero Ayuso, 2008). En este sentido, en el período de lactancia estas actividades se encuentran supeditadas a la madre o cuidador. Esto se denomina co-ocupación ya que implica necesariamente la interacción de dos personas para dichas actividades (AOTA, 2008). Según Pierce (en De Rose, 2013), las co-ocupaciones implican la mayor interacción posible de ambas partes, requisito imprescindible para este tipo de ocupación “la acción de uno modela la acción del otro” (pág. 3).

Continuando con la definición de la Terapia Ocupacional, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) la define como la

*“profesión que se ocupa de la Promoción de la Salud y el bienestar a través de la Ocupación. Su principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las ocupaciones cotidianas. Los Terapistas Ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar en sus ocupaciones, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”* (Resolución 0603-MSGC-2010, pág. 3).

A partir de una revisión bibliográfica respecto al desarrollo de las incumbencias de la Terapia Ocupacional en las unidades de neonatología en el ámbito internacional, se logró encontrar los inicios de este servicio alrededor de los años '60. En lo que respecta a los inicios de la práctica profesional en dicho campo a nivel local, en el Hospital Municipal de Agudos Bernardino Rivadavia ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se trabaja desde la disciplina en este dispositivo a partir del año 2004. Es en dicho año cuando comenzaron las rotaciones de las residencias de terapia ocupacional. En el año 2009 se otorgó el cargo oficial

de terapeuta de planta en neonatología y pediatría (Entrevista Lic. en terapia ocupacional Candela Casal).

Dentro de los modelos teóricos que permiten conceptualizar y fundamentar las prácticas de la Terapia Ocupacional en el dispositivo de las unidades de neonatología se encuentra el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO). Este modelo apoya su perspectiva del ser humano en tres elementos componentes: volición, habituación y capacidad de desempeño. El primero de ellos hace referencia “al proceso por el que las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden qué hacer” (Kielhofer, Forsyth y Barrett, 2008, pág. 212). El concepto de volición incluye a los pensamientos y sentimientos sobre el hacer y cómo disfrutar, valorar y sentirse competente (Kielhofer, Forsyth y Barrett, 2005). Estos están relacionados a: “la eficacia de una persona para actuar en el mundo; lo que la persona considera importante, y lo que la persona encuentra agradable y satisfactorio” (Kielhofer, Forsyth y Barrett, 2008, pág. 214). Sumado a ello, el modelo propone el concepto de “continuo volicional”, categorizado en tres etapas: exploración, competencia y logro. El mismo consiste en una escala de sucesión de menor a mayor motivación con el hacer (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y., 1998). El avance de un estadio a otro implica entonces un “creciente sentido de capacidad y eficacia, una mayor atracción y satisfacción en el hacer, y un creciente potencial de otorgar y realizar valores en lo que uno hace” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y., 1998; pág. 7).

En relación al concepto de volición, más precisamente articulado con las tareas involucradas en el rol de madre, cabe destacar lo mencionado por autores como Barnett, Leiderman, Grobstein y Klaus (1970 en Hamilton-Dodd et al. 1989) quienes refieren que la confianza presente en las madres y el desarrollo de rutinas de cuidado está influenciada por la vinculación entre la madre y el niño. La competencia maternal y la adaptación tienen relación con la habilidad de la madre para interactuar con su niño. Otros autores como Bromwich (1976, en Hamilton-Dodd et al. 1989) indican que el sentido de competencia de la madre se

incrementa en la medida en que ella logra responder satisfactoriamente a las necesidades del niño, lo cual se observa en el incremento de respuestas del mismo.

El proceso típico de vinculación emocional/ afectiva entre la madre y el niño que ocurre en condiciones normales durante el nacimiento, no ocurre de la misma manera cuando el niño nace prematuramente o presenta algún riesgo por lo cual debe permanecer semanas o meses en las unidades de neonatología (CaseSmith, 1993 en Dudek- Shriber 2004). Afeck, Tennen, & Rowe (1991 en Dudek- Shriber 2004) mencionan que algunos de los problemas resultantes del estrés de los padres pueden afectar a la relación de largo plazo con sus hijos y su capacidad para cuidar de ellos. La revisión bibliográfica revela que los padres suelen sentirse inadecuadamente preparados para cuidar a sus niños (Caretto et al., 2000). Vemos entonces cómo en el contexto de hospitalización se ve obstaculizada la interacción entre la madre y el niño y, con ello, el desarrollo de las co-ocupaciones. Lo relatado comúnmente por las familias es que el nacimiento, el diagnóstico y la hospitalización de sus niños les provoca estrés, caracterizado por gran incertidumbre y miedo (Brunssen y Shandor Miles, 1996 en Dudek- Shriber 2004).



### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Habiendo mencionado cómo se ve obstaculizado el desarrollo del rol de madre durante las co-ocupaciones entre la madre y el niño en el contexto de las unidades de neonatología; considerando también las incumbencias de la terapia ocupacional en el campo de la neonatología; la presente investigación buscó dilucidar: **¿en qué estadio del continuo volicional en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño se encuentran las madres cuyos hijos están internados en las Unidades de Neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martínez de Pacheco en el período enero-marzo de 2017?**

## RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Se considera que ésta investigación podría favorecer al conocimiento en relación al desarrollo de la maternidad, el desempeño del rol de madre en el contexto de las unidades de neonatología la interacción madre e hijo durante el desempeño de co-ocupaciones en el contexto de hospitalización. Más precisamente, aportaría nuevos conocimientos en relación a los estadios volicionales por los que atraviesa una madre durante el desempeño del rol maternal en contextos de hospitalización de sus niños y cómo ello se ve influido por las características del entorno.

Los conocimientos resultantes de esta investigación podrían contribuir al desarrollo de intervenciones o abordajes desde el área de terapia ocupacional que faciliten el desempeño de rol de madre en las unidades de cuidados intensivos neonatales, repercutiendo a partir de ello, sobre la interacción madre-hijo y los procesos de vinculación recíproca. También podría ser beneficioso para otros profesionales que se desempeñen en el área, ya que contarían con conocimientos fundamentados teórica y empíricamente en relación a los usuarios que utilizan el dispositivo y las implicancias que tiene éste sobre la realidad del niño y su familia; pudiendo favorecer al desarrollo de intervenciones centradas en estos últimos.

Como se mencionó anteriormente los aportes de la investigación podrían contribuir a la mejora en la calidad de los servicios repercutiendo consecuentemente en quienes reciben la asistencia. La investigación partió de la importancia del cuidado y fortalecimiento de los lazos familiares durante los períodos críticos de la salud, como también del rol que cumplen los vínculos tempranos en el desarrollo del niño. En este sentido buscaría obtener resultados que sustenten la importancia del desarrollo de intervenciones orientadas a promover el vínculo y la interacción en la díada madre-hijo, abordando las problemáticas a las que se enfrentan ambas partes durante el período de hospitalización en las unidades de neonatología.

Asimismo, intentaría promover una calidad de servicio que resignifique el marco legal, actualmente vigente en nuestro país, que considera la importancia de los vínculos tempranos y la repercusión del contexto en el desarrollo del mismo. Indirectamente, se

pretendería contribuir al desarrollo de la disciplina en el área de neonatología, a través de aportes científicos que puedan evidenciar y/o sustentar la importancia de la Terapia Ocupacional dentro de un equipo interdisciplinario en este área pudiendo ser presentado en congresos y diversos espacios de formación pos título, como por ejemplo, Jornadas de Residencia, Encuentro Nacional de Estudiantes y Egresados de Terapia Ocupacional, y Congreso Nacional de Terapia Ocupacional, entre otros.

## MARCO TEORICO

La práctica de la Terapia Ocupacional como disciplina se basa en el estudio y la comprensión de las ocupaciones. Estas son definidas como “*actividades diarias que reflejan valores culturales y proporcionan estructura a la vida y significado a los individuos; estas actividades satisfacen las necesidades humanas de autocuidados, placer y participación social*” (Spear y Crepeau, 2008, pág. 1032). Una de las competencias profesionales de los terapeutas ocupacionales es conocer acerca de la manera en que influyen los distintos factores que se desprenden de las unidades de neonatología (condiciones médicas, procedimientos, equipamientos, enfermedades, etc.) y cómo estos afectan al comportamiento del niño y de su entorno.

La unidad de neonatología es una “compleja, muy especializada unidad hospitalaria diseñada para cuidar a los infantes prematuros o a aquellos que están críticamente enfermos” (Hunter, 2001, pág. 688). La Organización Mundial de la Salud (2012) considera prematuro al bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (menor a 28 semanas); muy prematuros (28 a menos de 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a menos de 37 semanas).

La Sociedad Chilena de Pediatría define las Unidades de Neonatología como la “sección intra-hospitalaria que garantiza la asistencia de los pacientes neonatos, incluyendo: la asistencia y reanimación en sala de partos, la atención del neonato en internación conjunta, las unidades de cuidado intensivo neonatal, la unidad de cuidado intermedio, unidad de cuidados básicos (luminoterapia, imposibilidad de internación conjunta) y las salas de observación transitoria” (Schinitzler, 2011, pág. 12).

La internación se divide en sectores o niveles identificados por la necesidad de cuidado de los niños (Hunter, 2001). Asimismo, Hunter (2001) señala que la prescripción de la internación dependerá de las condiciones en las que tuvo curso el parto (edad gestacional/ nacimiento prematuro y peso del bebé, complicaciones perinatales) así como también la

situación de salud del niño (capacidad de autorregulación de la temperatura, patologías previas al parto, desarrollo y maduración espláncnicos).

Los cuidados médicos que reciben los niños en las unidades de neonatología son tan complejos que los profesionales son los responsables en proveer cuidados a los niños y brindar información a la familia. Esta complejidad sumada a las características del ambiente hospitalario crea situaciones en las cuales los profesionales suelen socavar la relación familiar con el nuevo miembro (Shelton, Jeppson, & Johnson, en Holloway, 1994).

A partir de una revisión bibliográfica, principalmente recabada de países extranjeros respecto al desarrollo de la terapia ocupacional en las unidades de neonatología, se identificó el inicio de las prestaciones alrededor de los años '60. Desde dicha fecha, este servicio se ha visto favorecido por los avances médicos y tecnológicos (Hunter, 2001).

A través de la entrevista que se mantuvo con la Lic. en Terapia Ocupacional (TO) Candela Casal se estableció un panorama más claro referido a la historia de la inclusión de la disciplina en el dispositivo de las unidades de neonatología. A nivel local, más precisamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las intervenciones de T.O. comenzaron a través de una derivación de una trabajadora social que trabajaba con una madre de un niño con una malformación, en el Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. A partir de ese momento, año 2004, se empezaron a realizar rotaciones de residencia hasta el año 2009 cuando se estableció un puesto de planta para terapia ocupacional en neonatología, en el hospital anteriormente mencionado.

Los cambios producidos en los paradigmas sobre los que se basa la Terapia Ocupacional promovieron el ingreso de la disciplina dentro de las unidades de neonatología (Hunter, 2001), Actualmente la intervención que se realiza es individualizada, basada en la relación y la interacción del niño con su familia, y su desarrollo. Desde mediados de los '80 surgió una filosofía que desplazó la orientación centrada en el niño a la prestación de servicios centrada en la familia. Esta es una concepción filosófica y ética de cuidado que reconoce y respeta la importancia del rol de las familias en la vida del niño con estado

especial de salud y necesidades del desarrollo. Involucra a los padres y profesionales en igualdad de participación y colaboración para identificar las preocupaciones, prioridades y recursos familiares; para luego unir las fortalezas y necesidades identificadas por la familia con intervenciones estratégicas de soporte. El mayor objetivo del abordaje centrado en la familia es sostenerlas en sus roles naturales de cuidado (Association for the Care of Children's Health, 1990; Brown et al, 1991; Shelton et al, en Holloway, 1994). Según Saunders et al. (2003 en Dittz, 2006) el cuidado centrado en la familia no consiste sólo en permitir la presencia de la madre junto al bebé, sino también su inclusión en los cuidados, donde las familias actúan como parte efectiva del equipo de salud, tanto en la planificación del cuándo y el cómo realizar el cuidado al niño.

Asimismo, otros autores resaltan que esta práctica está fundamentada en el intercambio de información y en la colaboración entre el equipo de salud y la familia, lo cual conlleva beneficios como el aumento de la satisfacción de los padres con el cuidado ofrecido al niño y el aumento de su competencia para los cuidados post alta, la reducción de las tensiones vividas por ellos en el periodo de hospitalización del niño, la reducción de las re-internaciones y el aumento de prevalencia de la alimentación materna (Dittz, 2006). Sluckin (1990 en Dittz, 2006) menciona que las madres tienen competencia para cuidar a sus bebés prematuros si se les fuesen proporcionadas las condiciones favorables. Ello posibilita el establecimiento y fortalecimiento del vínculo, así como ocurre con los bebés nacidos a término y sus madres.

Siguiendo con esta línea, la bibliografía recabada refiere que actualmente los enfoques utilizados por la terapia ocupacional en el campo de la neonatología están centrados en una mirada holística. Tienen en cuenta no solo los componentes del desarrollo, sino cómo estos se organizan y relacionan con las actividades funcionales. También consideran de qué manera la familia logra asumir su rol parental, el cual se encuentra modificado por el ambiente de las unidades de neonatología (American Occupational Therapy Association, 1993; Christiansen & Baum, 1991; en Anzalone, 1994).

Arellano y Vega (2005) concluyen en su estudio que la intervención del Terapeuta Ocupacional en el área de neonatología resulta importante como facilitador de aquellas experiencias y conocimientos necesarios para las madres y familias en lo que refiere a la crianza, estimulación y salud de sus niños. Reconocer al niño como parte del sistema familiar conlleva a apoyar los abordajes de la terapia ocupacional en intervenciones tempranas.

Algunos ejemplos prácticos de lo anteriormente mencionado se relevan en la bibliografía a través de distintas experiencias donde se implementaron intervenciones favorecedoras de la participación de los padres en los cuidados del niño de una manera activa a fin de involucrarlos en igualdad de participación y colaboración con los profesionales. Case-Smith (1987) recopilaron los estudios de varios autores en los que se hace referencia a cómo la estimulación táctil, kinésica y propioceptiva por parte de los padres a los niños mejora su situación de salud. Las mismas se centran en ayudar a las familias a descubrir relaciones positivas con el recién nacido y ganar confianza en su habilidad para cuidar al niño (Case-Smith, 1993 en Dudek- Shriber 2004).

Sumado a ello, la experiencia relatada por profesionales del Hospital Sofía Feldman, institución privada, convenida con el Sistema único de Salud, situado en Belo Horizonte, Brasil (Dittz, 2006) detalla los abordajes desde la intervención de terapia ocupacional en el servicio de neonatología de dicho hospital. Los mismos son orientados a la tríada madre-recién nacido- familia; a partir de la perspectiva del desempeño de la maternidad durante la internación de un niño en las unidades de neonatología. Cabe destacar que el concepto de desempeño alude a “la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/ entorno, y la actividad” (AOTA, 2008). Continuando con el relato de la recientemente mencionada experiencia los padres son orientados en relación al equipamiento, las rutinas, y la importancia de su presencia junto al bebé. Asimismo, la madre es estimulada a tocar a su bebé, orientada a hacerlo de una manera adecuada, lo cual le permite observar y percibir las necesidades de la crianza, adquirir conocimientos sobre el desarrollo psicomotor, la interacción y el apego emocional (Bretas, 1999 en Dittz, 2006). También es incentivada a

hablar con su bebé y a realizar el contacto visual. Se estimula a las madres a realizar los cuidados del bebé (baño, cuidados de la piel, nutrición, cambio de pañales) cuando éste presenta las condiciones clínicas, pudiendo contribuir al desarrollo de habilidades requeridas para el papel de madre de un recién nacido que necesita de cuidados especiales (Dittz, 2006).

Por su parte, la Licenciada María Laura de Rose (2013), en su artículo “promoviendo el desarrollo del ser ocupacional desde el período neonatal” relata sus intervenciones en las unidades de neonatología, las cuales no solo están orientadas a la atención del niño internado, sino al niño con su familia. Algunos ejemplos de las estrategias utilizadas incluyen: organización de la rutina de la actividad de alimentación del bebé, en conjunto con los padres, asesorando a la madre en la conformación de ciclos de hambre y saciedad y su correlación con los ciclos de sueño-vigilia.

Como expresa Larguía (2006) y retomando el concepto, el abordaje centrado en la familia está basado en numerosos consensos nacionales e internacionales que avalan y apoyan este enfoque holístico basado en el respeto de los derechos humanos. En la República Argentina, el marco legal que regula la organización y el funcionamiento de los servicios de neonatología y cuidados intensivos neonatales es la Resolución 306/2002, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En la misma se incluye un apartado a modo de guía para la participación de la familia, donde se establece que se “debe incluir posibilidad de acompañante en sala de partos, contacto precoz madre/hijo, no separación innecesaria del binomio madre/hijo (internación conjunta), ingreso irrestricto de madres/padres a los sectores de internación neonatal, visitas de horario amplio para el resto de la familia (hermanos, abuelos), comodidades para la estadía prolongada de las madres de los recién nacidos internados y residencia para madres (hogares maternos con alojamiento)”.

Asimismo, la Ley 25.925 promulgada en agosto de 2004 establece que la madre debe tener acceso continuo e irrestricto al contacto con su hijo, tanto a modo afectivo como a brindarle los cuidados pertinentes; así como facilitar la lactancia materna mientras que las



condiciones clínicas lo permitan. De la misma manera, establece la obligatoriedad de la internación conjunta con la madre en caso de hospitalización del recién nacido.

Sin embargo, Pizur-Barnekow (2010) indicó que esta filosofía de abordajes centrados en la familia no reconoce la influencia que tiene la salud física y emocional de la madre en el desarrollo de co-ocupaciones con su niño. Se consideró importante ampliar el concepto de “co-ocupación”: actividades que incluyen dos o más individuos (*Zemke y Clark, 1996 en AOTA, 2008*).

*“Dar cuidados o cuidar es una co-ocupación que incluye la participación activa por parte de quien brinda el cuidado y quien recibe el cuidado. Por ejemplo, la co-ocupación requerida durante la maternidad. Como las rutinas interactivas de comer, alimentarse y confortar pueden involucrar a los padres, un compañero, el niño y otros (Olsen, 2004 en AOTA, 2008). Las actividades intrínsecas de esta interacción social son recíprocas, interactivas, y “co-ocupaciones” establecidas (Dunlea, 1996; Esdaile y Olson, 2004 en AOTA, 2008). (...) La consideración de co-ocupación brinda una visión integrada del compromiso del cliente con relación a otros dentro de un contexto (AOTA, 2014)”.*

Relacionado a ello, se encontraron desarrollos teóricos de investigadores pertenecientes al área de psicología. Entre ellos cabe citar a Oiberman (2008), quien hace referencia al concepto de “interacciones comportamentales”, definiéndolas como interacciones reales que se dan entre un niño y su madre. Estas son directamente observables y se llevan a cabo en distintas modalidades, ya sea visual, corporal y verbal. Asimismo, interesa el concepto de reciprocidad en las relaciones, el cual articulamos con el concepto definido anteriormente de “co-ocupación”. Oiberman (2008) define a la reciprocidad como un aspecto fundamental para una óptima interacción, siendo este articulador del comportamiento de la madre y el niño. El punto interesante está en el acento que pone el autor en la

importancia del lazo que existe entre las conductas del niño y la respuesta de su madre, y viceversa; y como cada miembro de esta relación va influyendo sobre el otro.

Pierce (2000 en Pizur-Barnekow, 2010) indicó que la interacción madre-niño tiene lugar durante las co-ocupaciones de la vida diaria. Una de las ocupaciones principales sobre las que interviene la terapia ocupacional son precisamente las actividades de la vida diaria básicas (AVDB), conceptualizadas como “Actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, primordiales para la vida en sociedad posibilitando el bienestar y la supervivencia” (Christiansen y Hammecker en AOTA, 2008, pág. 10). Dentro de las mismas se incluyen diez categorías, entre las cuales se encuentran: bañarse y ducharse; cuidado del intestino y la vejiga; vestirse; comer; alimentación; movilidad funcional; cuidado de los dispositivos de atención personal; higiene y arreglo personal; actividad sexual e higiene y aseo en el inodoro (AOTA, 2008).

A los fines de la presente investigación, se consideró pertinente evaluar las siguientes AVDB:

- Bañarse, ducharse “obtener y utilizar suministros, enjabonarse, enjuagarse y secar partes del cuerpo, mantener la posición en el baño y transferirse desde y hasta la bañera.” (AOTA, 2008, Pág. 11) Cuando se mencionó esta AVDB se hizo referencia a las acciones de la madre orientadas a la higiene de su bebé.
- Vestirse: “seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo y la ocasión, obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales , prótesis u ortesis.” (AOTA, 2008, Pág. 11) Cuando se mencionó esta AVDB se hizo referencia a cuando la madre del niño se encargó de vestirlo y desvestirlo.
- Comer “capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la boca y tragarlos” (AOTA, 2008, Pág. 11). Cuando se mencionó esta AVDB se

hizo referencia a la participación de la madre en la provisión de alimentos al bebé.

- Movilidad funcional: “moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas) tales como moverse en la cama, moverse en la silla de ruedas, y las transferencias” (AOTA, 2008, Pág. 11). Cuando se mencionó esta AVDB se hizo referencia a los movimientos que el bebé realizó en la cama, así como también el monitoreo de la madre y cambios de posicionamiento realizados por ésta.
- Aseo e higiene en el inodoro “obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse desde y hacia la posición para el uso del inodoro, limpiarse el cuerpo; y cuidar de las necesidades de la menstruación las necesidades de la continencia” (AOTA, 2008, Pág. 11). Cuando se mencionó esta AVDB se hizo referencia al momento en que la madre realizó las acciones pertinentes para el cambiado de pañales del bebé.

Se excluyeron las siguientes AVDB: Cuidado del intestino y vejiga, alimentación, cuidados de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, y actividad sexual. Las mismas no fueron tenidas en cuenta ya que no se corresponden con actividades propias del ciclo vital de los neonatos.

En lo que respecta a descanso y sueño, el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional lo define como “actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas ocupacionales” (AOTA, 2008, Pág. 11). Se tomó en cuenta esta actividad ya que es referida en la bibliografía como uno de los principales actividades de cuidado que realiza una madre y considera como una co-ocupación materna (Esdaile y cools en De Rose y Springer, 2014)

Como dice Delval (en Polonio López y Romero Ayuso, 2008), los niños al ser más indefensos y tener una infancia prolongada requieren mayor cantidad de cuidados de un otro. En este sentido, en el período de lactancia estas actividades se encuentran supeditadas a la

madre o cuidador. Esto se denomina co-ocupación ya que implica necesariamente la interacción de dos personas para dichas actividades (AOTA, 2008). Según Pierce (en De Rose, 2013), las co-ocupaciones implican la mayor interacción posible de ambas partes, requisito imprescindible para este tipo de ocupación “la acción de uno modela la acción del otro” (pág. 3).

La “era de la madre”, establecida por Mahler entre la fecundación y los tres años, se caracteriza por fuertes lazos afectivos y cierta distancia del medio que los circunda (Galimberti, 2012). La conceptualización que hace Winnicott de “preocupación maternal primaria”, como la sensibilización y adaptación de la madre a las necesidades de su bebé (Galimberti, 2012), expresa una de las tareas más representativas y significativas de la maternidad.

Cabe describir el concepto de rol, continuando con la conceptualización de la maternidad. Moorhead (1969 en Barrett y Kielhofner, 2008) define al rol haciendo énfasis en la interacción humana con el ambiente orientado a las tareas. *“Los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo. Son expectativas conductuales que acompañan a la posición o al estado de ocupación de una persona en un sistema social y sirven como medio primario a través del cual los individuos expresan el comportamiento ocupacional”* (Heard en Barrett y Kielhofner, 2008, pág. 211).

Junto con los hábitos, los roles son descritos en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) (modelo teórico desarrollado por terapeutas ocupacionales) bajo el apartado de habituación: patrones habituales de acción que organizan el comportamiento, integrados en ritmos y costumbres relacionadas al contexto. Kielhofner, Forsyth y Barrett (2008) mencionan que los roles otorgan identidad a la persona y sentido a las obligaciones que esta conlleva. Sarbin y Scheibe (1983 en Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008) refieren que esta identidad se construye e interioriza a través de la interacción con otros, lo que define una forma de comportarse. *“Los roles colocan las expectativas de las personas para el desempeño de tareas y para el empleo del tiempo, y proporcionan estructura y regularidad a*

*la vida y canalizan las acciones de las personas en los patrones y las tareas necesarios”* (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008; pág. 215).

En articulación con la descripción anterior del concepto de rol, cabe destacar que la maternidad es un proceso de aprendizaje y adaptación que requiere observación y participación activa (Brazelton, 1976; de Chateau, 1979; McFarland & Reinhart, 1959). La adquisición de competencias para el desempeño de dicho rol se encuentra influenciada por múltiples factores, como el grado de interacción entre la madre y el niño, la percepción que la madre tiene de su bebé, el contexto social con el que cuenta la madre, el temperamento del niño (Hamilton-Dodd Kawamoto, Clark, Burke, Fanchiang, 1989).

Barnett, Leiderman, Grobstein y Klaus (1970 en Hamilton-Dodd et al. 1989) refieren que la confianza presente en las madres y el desarrollo de rutinas de cuidado está influenciada por la vinculación entre la madre y el niño. La competencia maternal y la adaptación tienen relación con la habilidad de la madre para interactuar con su niño. Ello se relaciona con el concepto de interacción recíproca mencionado por Brazelton (1980 en Hamilton-Dodd et al. 1989), quien refiere que el mismo implica una retroalimentación entre la madre y el niño. En dicha interacción se refleja la capacidad de la madre para responder y adaptarse a las necesidades del niño. Otros autores como Bromwich (1976, en Hamilton-Dodd et al. 1989) indican que el sentido de competencia de la madre se incrementa en la medida en que ella logra responder satisfactoriamente a las necesidades del niño, lo cual se observa en el incremento de respuestas del mismo.

La maternidad posee un significado psicológico, cultural y social, no siendo definido únicamente como un acto biológico de gestar y parir (Oiberman, 1998, en Galimberti, 2012). Sumado a lo anteriormente detallado, otros autores han realizado aportes en relación a la lactancia materna y el vínculo madre-hijo. Bell et al. (1995 en Dittz, 2006) hacen referencia al amamantamiento como contribuyente del bienestar de la crianza. Este será un cuidado que solamente la madre podrá hacer para el hijo; lo cual le proporciona satisfacción y sentido de competencia (Scochi et al., 2003 en Dittz, 2006). Gomes et al. (1997 en Dittz, 2006)

reconocen que las madres se sienten satisfechas por alimentar a sus hijos dándoles algo que es suyo. La orientación y el incentivo de la lactancia materna, sea por amamantamiento o a través de administración de dieta cuando el bebé está imposibilitado de succionar el pecho, constituyen también estrategias que favorecen el reconocimiento de la madre como participante en los cuidados de su bebé y facilita su identificación como madre cuidadora. Parraquini (2008) describe los modos más usuales de suministrar el alimento a los niños en las unidades de neonatología: pecho, mamadera, gash o gastroclisis; pudiendo ser suministros de leche materna o preparada.

El acto de alimentar a un bebé involucra aspectos físicos como también emocionales, favorecidos por el contacto corporal entre la madre y el niño. La lactancia o la alimentación por biberón puede propiciar al establecimiento de dicho lazo, así como el desempeño de muchas otras actividades (Papalia, 2008). Vemos aquí la referencia de los autores a conceptos como “sentido de competencia” e “identificación como madre cuidadora” que se retomaron más adelante.

Con el avance de la tecnología, niños más pequeños y biológicamente frágiles son tratados y mantenidos con vida en unidades de neonatología, ambientes que resultan altamente técnicos (Miles, Funk, & Carlson, 1993 en Dudek- Shriber 2004). Bowlby (1985, en Galimberti 2012) plantea el grado de perturbación y estrés que atraviesan tanto el infante como su madre, al sufrir la separación temprana. Galimberti hace referencia también a que “la autoconfianza y la autoestima de los padres descienden en relación a la separación de su bebé”.

Vergara (1993 en Dudek- Shriber 2004) refiere que el nivel de estrés experimentado por los padres depende de varios factores. Sin embargo, otros destacan que lo relatado comúnmente por las familias es que el nacimiento, el diagnóstico y la hospitalización de sus niños les provoca estrés, caracterizado por gran incertidumbre y miedo (Brunssen y Shandor Miles, 1996 en Dudek- Shriber 2004). Minde (1993 en Pizur-Barnekow, 2010) menciona que los riesgos médicos por los cuales atraviesan los niños de alto riesgo que sufren largos

períodos de hospitalización predisponen a percepciones maternas de fracaso. Muller-Nix et al. (2004 en Pizur-Barnekow, 2010) describen la relación directa existente entre la calidad de la interacción madre- niño con el estrés parental.

Es por todo ello que el proceso típico de vinculación emocional/ afectiva que ocurre en condiciones normales durante el nacimiento no ocurre de la misma manera cuando el niño nace prematuramente o presenta algún riesgo por lo cual debe permanecer semanas o meses en las unidades de neonatología (CaseSmith, 1993 en Dudek- Shriber 2004). Afeck, Tennen y Rowe (1991 en Dudek- Shriber 2004) mencionan que algunos de los problemas resultantes del estrés de los padres pueden afectar a la relación de largo plazo con sus hijos y su capacidad para cuidar de ellos. La revisión bibliográfica reveló que los padres suelen sentirse inadecuadamente preparados para cuidar a sus niños, y que ellos tienen necesidades específicas insatisfechas y altos niveles de preocupación relacionadas a la alimentación luego de que sus niños fueron dados de alta de las unidades de neonatología (Caretto et al., 2000).

Lo anteriormente mencionado permitió dilucidar cómo se encuentra obstaculizada la interacción madre hijo dentro las unidades de neonatología, y cómo ello repercute sobre el desarrollo de co-ocupaciones en este contexto. A los fines de la presente investigación se profundizó particularmente en desarrollos teóricos que permitieron comprender el comportamiento de las madres durante la internación de sus hijos en las unidades de neonatología. Desde el Modelo del comportamiento ocupacional (marco teórico desarrollado por terapeutas ocupacionales), el mismo se define como el desempeño del conjunto de ocupaciones que lleva a cabo una persona (Reilly en Barrett y Kielhofner, 2008) e implican la motivación, la adaptación y los roles ocupacionales. Reilly (1962 en Barrett y Kielhofner, 2005) menciona que dicho concepto comprende las actividades que llenan el tiempo de una persona, significan logro y dirigen a las realidades económicas de la vida. Hace hincapié en la longitudinalidad del mismo, refiriéndose a la continuidad del desarrollo. Menciona que involucra rutinas de trabajo, juego y descanso que implican una interacción con los ambientes donde estas se desarrollan.

En relación al concepto de adaptación mencionado anteriormente, Black (1976), Kielhofner (1977) y Shannon (1972) (En Barrett y Kielhofner, 2005) destacan que en la ocupación, la adaptación precisa de habilidades ocupacionales básicas que el individuo debe adquirir y ejercitar. Maysutsuyu (1971 en Barrett y Kielhofner, 2008) refiere que la ocupación es el medio por el cual las personas se adaptan y responden a las expectativas sociales, afirmándose como miembros de la sociedad.

En cuanto a la motivación planteada desde la perspectiva del comportamiento ocupacional se destaca lo citado por Burke (1977 en Barrett y Kielhofner, 2008): “Experimentarse como agente capaz de lograr los resultados deseados es el producto de una ocupación saludable; también es el fundamento para estar motivado a participar en la ocupación”. El autor anteriormente citado agrega que el sentido de competencia se ve amenazado cuando la ocupación se encuentra obstaculizada o impedida. Las necesidades personales y la expresión de la capacidad se refleja en el interés manifiesto en la participación ocupacional. Bajo la teoría del comportamiento ocupacional se argumenta la necesidad humana para ejercitar la capacidad y lograr un grado de dominio sobre el yo y el ambiente (Barrett y Kielhofner, 2008).

En relación al concepto de adaptación ocupacional, otros modelos realizan aportes que amplían o apoyan su descripción. Entre las premisas del modelo de Adaptación Ocupacional Schultz y Schkade (2008) refieren que “la competencia en la ocupación es un proceso que dura toda la vida de adaptación a las demandas internas y externas del desempeño” (pág. 220). Sus postulados se desarrollaron en tres aspectos (persona, interacción, ambiente ocupacional) que corresponden al dominio de la actividad: el deseo de dominio de la actividad (relacionados con sistemas interpersonales, la generación de respuestas adaptativas, la evaluación y la integración). La demanda de dominio de actividad, procesos relacionados con el ambiente ocupacional la evaluación y la integración por y en el ambiente. La presión para el dominio de la actividad, resultante de la interacción entre la persona y las exigencias ambientales-ocupacionales, los roles y la respuesta ocupacional.



La adaptación ocupacional es considerada entonces como la generación, la evaluación y la integración de las respuestas adaptativas, entendidas estas como el proceso de respuesta a los cambios ocupacionales, que surgen a partir de la interacción entre la persona y el ambiente ocupacional (Schultz y Schkade, 2008). El objetivo de esta adaptación es llegar a lo que los autores denominan dominio relativo de la actividad. La evaluación de la respuesta adaptativa, realizada por el propio individuo a fin de cuestionar su experiencia de dominio de una actividad involucra los siguientes aspectos:

*“la experiencia personal de la eficiencia (uso del tiempo, energía y recursos); eficacia (medida en la cual se logró el objetivo deseado); y la satisfacción propia y de la sociedad (la medida en la que se encuentra personalmente satisfecho con la respuesta y la medida en la que piensan que su sistema social evalúa la respuesta como satisfactoria para sus expectativas)”* (Schultz y Schkade, 2008, pág. 222).

Bajo la mirada del modelo de Adaptación Ocupacional, el terapeuta evalúa la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades dentro de ese rol y determina lo que está ayudando o dificultando la experiencia de dominio relativo de la persona en esas actividades (Schultz y Schkade, 2008).

Sumado a ello, se destaca lo aportado por el modelo de la ocupación humana, en relación al concepto de identidad ocupacional: *“El grado con el que las personas pueden sostener un patrón de hacer que represente su identidad ocupacional se denomina competencia ocupacional. Los dos elementos esenciales de la adaptación ocupacional implican la creación de una identidad ocupacional y la capacidad de presentar esta identidad en distintas circunstancias”* (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2005; pág. 215).

Este modelo apoya su perspectiva del ser humano en tres elementos componentes: volición, habituación y capacidad de desempeño. El primero de ellos hace referencia “al proceso por el que las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden qué hacer” (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2005, pág. 212). La habituación se refiere a “un proceso en el

que las personas organizan sus acciones en patrones y rutinas”. La capacidad de desempeño “se refiere tanto a las capacidades mentales y físicas objetivas subyacentes de las personas como a su experiencia vivida que moldea el desempeño” (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008, pág. 214).

El concepto de volición incluye a los pensamientos y sentimientos sobre el hacer y cómo disfrutar, valorar y sentirse competente (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2005). Estos están relacionados a: “la eficacia de una persona para actuar en el mundo; lo que la persona considera importante, y lo que la persona encuentra agradable y satisfactorio” (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008, pág. 214).

Según el Modelo de la Ocupación Humana, la motivación consiste en “estructura estable de temperamentos y autoconciencia, y un proceso dinámico de anticipación, elección, experiencia, y reflejo de las propias acciones”, aspectos que se constituyen en valores, intereses, y causalidad personal. La causalidad personal está relacionada a los pensamientos y sentimientos que una persona tiene en relación a sus capacidades, y la percepción de eficacia de estas para responder a las demandas ambientales; junto con los sentimientos de confianza e inseguridad al respecto (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008). Los valores comprenden las ideas y compromisos que determinan la mirada de la persona respecto a lo que es importante y la forma adecuada del hacer. Los intereses son resultado de experiencias de placer y satisfacción en el hacer, su desarrollo está asociado a las oportunidades de participación en ocupaciones. Kielhofner, Forsyth y Barrett mencionan que el desempeño eficaz de una ocupación contribuye a que las personas disfruten de ese hacer (2008).

*“La causalidad personal, los valores y los intereses contribuyen a un patrón de pensamientos y sentimientos introducidos en un ciclo de anticipación, elección, compromiso e interpretación ulterior. (...) Su atracción por las ocupaciones, sus ideas sobre la capacidad y sus convicciones respecto del desempeño influyen fundamentalmente en lo que perciben y buscan en el mundo”* (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008).

Se considera que los fundamentos de los modelos anteriormente mencionados permitieron dar un sustento teórico a la presente investigación. Particularmente, el MOHO posibilitó el registro de los cambios en la volición, en los hábitos y en el desempeño que presenta una persona al participar en una ocupación (Barrett y Kielhofner, 2008). El concepto de adaptación ocupacional se asocia al con concepto de sentido de competencia que desarrolla el MOHO, ya que en la medida que un individuo logra la adaptación frente a cambios ocupacionales, se modifica también su sentido de competencia en relación a dicho rol.

Cuando las personas se involucran en nuevos roles, se integran a ambientes nuevos o deben organizar sus vidas de acuerdo a eventos o circunstancias vitales, se producen cambios a los cuales deben enfrentarse (Gloria de las Heras, 2015), debiendo experimentar nuevos aprendizajes, desafíos y oportunidades. Pose (2004) indica que la prematuridad del parto y la prematuridad del bebé hacen que el despliegue de la maternidad y la paternidad sea más complejo, requiriendo nuevas formas de establecer la relación con el niño, y por ende, nuevas formas de desempeñar su rol de padres. Las condiciones del niño para interactuar con sus padres, junto a los sentimientos de estos últimos en relación a la situación en la que se encuentra su hijo, son dos aspectos importantes a la hora de considerar los factores que intervienen y regulan el acercamiento hacia el bebé (Pose, 2004). Los niños internados en las unidades de neonatología pueden mostrar reacciones de estrés fisiológico durante los cuidados ejercidos por los padres/ profesionales, como pueden ser: alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de niveles de oxígeno en la sangre, cambio de coloración, espasmos musculares, sobresaltos, temblores, entre otras reacciones. Las instancias de alimentación, cambiado y cuidados cotidianos requerirán un nuevo gran trabajo para los padres, quienes deberán medir su acercamiento al niño según las posibilidades que manifieste el bebé (Pose, 2004).

A este proceso de cambios, que se desencadena de manera dinámica y flexible, y está en continua interacción con los factores personales y ambientales se lo denomina desde el MOHO como “continuo volicional”. Se refiere a los estadios de la motivación de un individuo, representados en tres etapas: exploración, competencia y logro. Esta transición de

etapas de nivel más bajo de motivación (exploración) a estadios superiores (logro) implican “un creciente sentido de capacidad y eficacia, una mayor atracción y satisfacción en el hacer, y un creciente potencial de otorgar y realizar valores en lo que uno hace” (De Las Heras, Geist, Kielhofner, Li, 1998, pág. 6).

La exploración representa la primera etapa del cambio, en la cual la persona “intenta cosas nuevas y consecuentemente aprende acerca de sus propias capacidades, preferencias y valores (...) La persona que se encuentra en esta etapa todavía presenta inseguridad acerca de su capacidad o interés” (De las Heras, 20015; pág. 40). La competencia es la etapa “en la cual las personas comienzan a consolidar nuevas formas de hacer que fueron descubiertas a través de la exploración” (De las Heras, 20015; pág. 40). Buscan alcanzar un desempeño adecuado a las expectativas, afianzando habilidades presentes y logrando otras nuevas. (De las Heras, 20015). Finalmente, la etapa de logro es alcanzada cuando la persona adquiere suficientes habilidades y hábitos que le permiten participar adecuadamente de sus actividades cotidianas, alcanzando un estilo de vida satisfactorio. Esta etapa comprende el desarrollo de una identidad y competencia ocupacional, caracterizada por la búsqueda de nuevos desafíos y manejo de responsabilidades (De las Heras, 2015).

Este proceso está influenciado por el ambiente en el cual la persona se desempeña, por lo cual comprender la motivación de una persona implica tener en cuenta sus características volitivas y la influencia del ambiente (Chern, Kielhofner, De las Heras, Magalhaes, 1996 pág. 516).

En concordancia con lo recientemente mencionado, Egan y Quiroga (2012) destacan que los factores ambientales presentes en las unidades de neonatología repercuten sobre el neurodesarrollo del niño y por ende sobre la interacción con sus padres. Estos autores destacaron la presencia de ruidos excesivos, fuertes y agudos en las unidades de neonatología, proveniente del equipamiento necesario para el control de los recién nacidos y de las conversaciones del personal. Según los autores, estos constituyen los contaminantes auditivos presentes en ese ambiente. Asimismo, consideraron la importancia de la intensidad de la luz

en las unidades de neonatología, ya que esto afecta al recién nacido repercutiendo sobre su organización. Sumado a ello, otros autores como Fernández y Cruz (2006) refirieron que la presencia de estímulos nocivos en las unidades de neonatología impide la organización del sueño y el descanso del niño al potenciar sus características anatómo-fisiológicas.

Según lo mencionado por Ruíz: *“cuando un niño nace con anterioridad a los nueve meses, este evento encuentra a los padres no preparados y esto crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre; agravándose al ser internado en una Unidad Intensiva de Alta Complejidad”* (en Galimberti, 2012). Santos (en Galimberti, 2012) destacó que el contexto en el que se desarrollan las interacciones entre la madre y el niño determinarán las particularidades de estas. Poë (1997, en Galimberti, 2012) refiere que la internación en las unidades de neonatología provoca en los padres reacciones intensas y perturbadoras. González Serrano (2009, en Galimberti, 2012) agregó que la situación en la que se encuentra el niño internado en las unidades de neonatología alteran significativamente las condiciones “normales y deseables” de cuidado por parte de la familia.

Gabriela Pose plantea en su libro “Ser padres prematuros”, que ante el ingreso de los padres a una unidad de neonatología se produce un “shock” frente a las características físicas, las maquinarias y la visualización del niño. Refiere que las unidades de neonatología son un ambiente extraño para los padres, que conlleva una significación de alto riesgo y peligro, lo cual ocasiona gran inquietud y miedo. Hace referencia a la sensación de desconcierto atravesada por los padres al ingresar a las unidades de neonatología, junto a la angustia resultante de que su hijo no esté con ellos. Cabe citar algunos comentarios en relación a dicho ambiente, a los cuales refiere la autora:

*“los aparatos impactan despertando una sensación de extrañeza y abrumación (...) las máquinas que monitorean e intervienen en el cuidado del bebé abruman despertando un gran temor para tocar al bebé y mirarlo. Cualquier alarma que suena despierta una gran ansiedad de la que los padres se defienden de diversas maneras. Algunos prefieren darse tiempo y*

*tomar distancia, otros procuran establecer rápidamente un conocimiento de su funcionamiento que le permita sentirse más seguros frente a lo que ocurre” (Pose, 2004; pág. 46)*

La asistencia que requieren los niños que deben permanecer en una unidad de neonatología configura para los padres una barrera o interferencia para el contacto e interacción con el niño (Pose, 2004). “Los elementos para la asistencia pasan a ser los primeros aparatos de los que depende la vida de su bebé” (Pose, 2004. Pág. 86). Parraquini (2008) menciona los elementos más usuales que brindan soporte vital a los neonatos internados en las unidades de neonatología, entre ellos se encuentran: sonda orogástrica (SOG), vía central o periférica, ventilación mecánica no invasiva (ARM), bigotera con oxígeno, halo.

Las incubadoras, como los recursos terapéuticos utilizados para abordar los problemas respiratorios y fisiológicos son “sumamente evidentes y violentos, no solo para el bebé, sino también para los ojos de los padres (...) La situación plantea un contraste muy grande entre la fusión fetal y la separación padres-bebés de la incubadora, con todos los impedimentos que tiene este momento para establecer una interacción” (Pose, 2004. Pág. 87). Asimismo, la bibliografía relata que la luminoterapia, fototerapia y exanguinotransfusión (bases del tratamiento de la ictericia neonatal) y las transfusiones al bebé son situaciones que generan ansiedad y angustia entre los padres por las condiciones en las que encuentran a su hijo (Pose, 2004). En síntesis, ellos pueden llegar a presentar síntomas físicos de estrés como consecuencia de la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado, y la separación del binomio padres-hijo (Board, 2006; en Falcón y cols., 2009).

A los fines de la presente investigación se tomaron en cuenta las características ambientales de las unidades de neonatología que fueron referidas en la bibliografía como principales aspectos del ambiente que repercuten sobre la interacción de los padres con el niño y sus sentimientos en relación a la situación que están atravesando. Falcón y cols. (2009)

indicaron que los equipamientos médicos de alta complejidad presentes en las unidades de neonatología (incubadoras, monitores, saturómetros, entre otros), emisores de sonidos y luces resultan ser elementos extraños para los padres. Junto a ello, la presencia de personas extrañas, como la de los profesionales y padres de otros niños internados, les representa un ambiente significativamente diferente al de su hogar.

El Modelo de la Ocupación humana define al ambiente como “conjunto de características físicas, sociales, culturales, económicas, y políticas de los contextos personales que impactan en la motivación, organización y capacidad de desempeño de la persona” (De las Heras, 2015, pág. 34). Este modelo fue el primero de la profesión en incorporar al ambiente como un aspecto fundamental a considerar en la ocupación humana. Reiterando lo mencionado anteriormente, se consideró relevante describir este término ya que el ambiente es un factor que influye sobre la volición de las madres que tienen hijos en unidades de neonatología, siendo este un contexto con características diferentes a su contexto habitual. Como nombra Galimberti, los intercambios vinculares entre el niño y la familia se desenvuelven en un ámbito poco conocido: controlado, medicalizado. Los elementos presentes en el contexto, sumado a la cantidad de profesionales y la incertidumbre que produce la situación “puede intervenir con la vinculación madre-bebé como “obstáculo” o como “parte de”” (Galimberti, 2012). Esto se condice con lo mencionado por Scochi y cols. (2003), quienes refirieron que el shock de los padres frente a la hospitalización de su niño puede ser comprendido al observar la impotencia de los padres para llevar a cabo los cuidados de su niño en un ambiente que les resulta estresante y confuso. El cuidado que la madre ofrece por lo general es el que ha aprendido por tradición y que posiblemente no responde ese momento, en ese ambiente y en esas condiciones a las necesidades del niño (Motta Robayo, C. L., 2014).

Parraquini (2008) menciona que los factores ambientales pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño, capacidad, estructuras y funciones corporales de cada individuo, proporcionándole oportunidades y recursos que ponen límite al accionar o lo

dirigen firmemente. Las características ambientales influyen sobre la volición, de manera que los individuos no presentan la misma motivación en todos los ambientes.

Según el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), el ambiente está conformado por una dimensión física constituida por los espacios y objetos; y una dimensión social que incluye los grupos sociales y las formas ocupacionales (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998). Citando nuevamente a Parraquini (2008), resulta importante destacar que el impacto del ambiente sobre cada individuo es resultante de la interacción entre las características de la persona y las particularidades del medio. Por este motivo, dicha autora considera fundamental distinguir las características de un medio ambiente y su influencia real sobre los individuos que allí se encuentran. Para describir las características del ambiente que se tuvieron en cuenta a los fines de esta investigación se usó la clasificación recientemente mencionada propuesta por el MOHO. Se consideraron solo aquellos componentes del ambiente que fueron referidos en la bibliografía y citados anteriormente como principales factores de estrés en los padres y obstaculizadores a la hora de acompañar e interactuar con su hijo internado en las unidades de neonatología.

### Contexto de la investigación

Las muestras para el desarrollo de la presente investigación se tomaron de las unidades de cuidados neonatales de dos Hospitales del Gran Buenos Aires: Hospital DR. Raúl Larcade de San Miguel y Hospital Magdalena V. Martinez de Pacheco.

El Hospital Dr. Raúl F. Larcade, se encuentra ubicado en la Avenida Presidente Perón 2.311 de la localidad de San Miguel, Provincia de Buenos Aires. Este hospital se inauguró en 1899, el Servicio de Neonatología se creó 1980 y en 1985 el Servicio de pediatría se independizó del mismo. Es un hospital de 2º nivel de complejidad con orientación en agudos y materno infantil, único perteneciente al Municipio de San Miguel para la atención médica de su población. Cuenta con servicios esenciales de clínica médica, cirugía, pediatría, neurología, traumatología y toco-ginecología, neurocirugía y cirugía traumatológica de



rodilla. Posee una dotación de 200 camas totales para internación y 33 consultorios externos para atención ambulatoria.

La Unidad de Neonatología (UN) de dicho hospital está compuesta por cuatro subunidades categorizadas según el grado de complejidad y asistencia que requieren los niños allí internados. A partir de ello, se divide (de mayor a menor complejidad y necesidad de asistencia médica) en: Unidad de cuidados intensivos neonatales (A); Unidad de cuidados intermedios neonatales (B); Unidad de cuidados mínimos neonatales (C) y Luminoterapia (D). Esta última unidad se inauguró a fines del año 2016.

Se realizó una observación del ambiente, al ingresar a la Unidad Neonatología se observó una bacha donde los profesionales y madres/familiares debían higienizarse antes de ingresar. Se identificó un pasillo al ingreso a la unidad, con la sala de Luminoterapia ubicada a la derecha del mismo y a continuación el lactario (donde las madres acuden para extraerse la leche y allí la dejan para conservarla). A la izquierda se encontraba la Unidad de cuidados mínimos (C) y la Unidad de cuidados intermedios neonatales (B); luego de atravesar ambas salas se encontraban las oficinas de los médicos y enfermeros y a la izquierda de estas últimas la Unidad de cuidados intensivos neonatales (A).

Las unidades cuidados intermedios neonatales y cuidados mínimos neonatales, estaban separadas por una pared con vidrio. Cada una de ellas disponía de 6 cunas (en el transcurso de la observación varió la cantidad de camas ocupadas, en ocasiones se observaron camas libres y en otras se agregaron cunas traídas de otras unidades). En ambos espacios, las cunas estaban dispuestas contra la pared, dejando espacio para la circulación de médicos, enfermeros y padres. De esta misma manera se disponían las cunas en la sala de Luminoterapia.

Cabe destacar que en este hospital la Unidad de cuidados mínimos también alojaba, en algunas ocasiones, a bebés que derivados de otros hospitales.

Se observó que en la Unidad de cuidados intensivos neonatales, el espacio para transitar era más reducido que en las otras unidades, ya que el equipamiento ocupaba más

espacio en la sala. Son 6 cunas/incubadoras, las cuales no estuvieron constantemente ocupadas durante las observaciones. Las cunas se encontraban dispuestas contra la pared pero el espacio que ocupaban era mayor por la presencia de equipamiento y maquinaria para el soporte vital (estos emitían sonidos constantemente). Las mismas estaban en su mayoría cubiertas con una tela para disminuir la intensidad de la luz que reciben los niños.

Todos los espacios presentaban iluminación artificial, y la luz se encontró encendida en todo momento durante las observaciones.

Este hospital contaba con una Residencia para madres cuyos hijos estaban internados en la UN. Las mismas tenían acceso irrestricto a las unidades.

Por su parte, el Hospital zonal general de agudos “Magdalena V. Martínez”, ubicado en la Av. Constituyentes 400 de la localidad de Pacheco, Provincia de Buenos Aires; se creó en el año 1901 por municipio del Partido de Las Conchas (actual Partido de Tigre) fundado como “Hospital de Caridad de Las Conchas” (llevando posteriormente el nombre de quien fuera la presidenta de las damas de beneficencia Dña. Magdalena Villegas de Martínez).

A partir de 1908 se llevaron a cabo nuevas infraestructuras, creándose los consultorios externos; en 1917 la maternidad (la cual se amplía 23 años más tarde). Dos años más tarde se creó la sala de internación de mujeres y posteriormente la de hombres. La unidad de neonatología se construyó en 1995, junto a otras unidades médicas.

Actualmente el hospital se encuentra ubicado en el centro geográfico de la localidad de General Pacheco. Allí se desarrollan numerosos programas innovadores dentro del sistema de salud pública, como el “Programa Madres Canguro”, el consultorio integral del adolescente, la ludoteca hospitalaria, entre otros.

La Unidad de Neonatología (UN) de dicho hospital está compuesta por tres subunidades categorizadas también según el grado de complejidad y asistencia que requieren los niños allí internados. A partir de ello, se divide (de mayor a menor complejidad y necesidad de asistencia médica) en: Unidad de cuidados intensivos neonatales; Unidad de

cuidados intermedios neonatales; Unidad de cuidados mínimos neonatales. Se realizó una observación del ambiente a partir de lo cual se pudo describir el mismo: al ingresar a la UN se encontró un pasillo; a la derecha del mismo se ubicaba la Unidad de cuidados mínimos; un vestuario; y las oficinas de los médicos y enfermeros. A la izquierda del pasillo se encontraba el lactario (donde las madres acuden para extraerse la leche y allí la dejan para conservarla); las unidades de cuidados intermedios e intensivos y la sala de enfermería; desde donde se podían visualizar ambas unidades.

Las unidades de cuidados intermedios e intensivos se encontraban una al lado de la otra, separadas por una pared con vidrio. Cada una de ellas disponía de 6 cunas/incubadoras (no todas estaban ocupadas al momento de la observación; siempre quedaban disponibles una o dos en cada una de las unidades para disponer camas ante urgencias/demanda espontánea). En ambos espacios, las cunas estaban dispuestas en hileras de a tres, ubicadas de manera paralela en el medio de la sala. Las cunas estaban en su mayoría cubiertas con una tela para disminuir la intensidad de la luz que recibían los niños.

Se observó la presencia de equipamiento y maquinaria necesaria para el soporte vital de los niños; los cuales emitían sonidos continuamente.

Por su parte, la unidad de cuidados mínimos se encontró físicamente distanciada de las dos anteriormente mencionadas (separada por un pasillo), se caracterizaba por ser un espacio más amplio, con una mesa central y más de 5 o 6 cunas dispuestas sobre el contorno de la habitación. Se observó escasa presencia de maquinaria o equipamiento para el soporte vital, al igual que casi nula presencia de sonidos de maquinaria, excepto aquellos emitidos por los profesionales/ madres.

Todos los espacios presentaban iluminación artificial, la luz se encontró encendida frecuentemente (con mayor frecuencia apagada en la unidad de cuidados intensivos y mínimos). Todas las salas disponían de una bacha donde los profesionales y madres/familiares debían higienizarse antes de ingresar.

Frente a la Unidad de Neonatología se encontraba la Residencia para madres cuyos hijos estaban internados en la UN. Las mismas tenían acceso irrestricto a las unidades.

## HIPÓTESIS

*Las madres cuyos hijos están internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martinez de Pacheco en el período enero-marzo 2017 se encuentran en el estadio de exploración del continuo volicional en co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.*

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

**-Identificar y caracterizar el estadio volicional en el que se encuentran las madres de los niños internados en las unidades de neonatología, en relación a las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño.**

### Objetivos Específicos:

1. Identificar las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño que las madres y los niños logran desempeñar en las unidades de neonatología.
2. Identificar factores ambientales que interfieren negativamente en las co-ocupaciones de AVDB descanso y sueño, según las percepciones de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.
3. Identificar factores ambientales que interfieren positivamente en las co-ocupaciones de AVDB descanso y sueño, según las percepciones de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.
4. Vincular el equipamiento/soporte vital que requiere el niño internado en las unidades de neonatología, con el grado de participación de las madres en las co-ocupaciones AVDB, descanso y sueño.

5. Vincular la modalidad de alimentación que utiliza el niño internado en las unidades de neonatología, con la participación de la madre en la co-ocupación de AVDB comer.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE DISEÑO**

Según lo señalado por Samaja (1993), dado el grado de conocimiento previo sobre el objeto y el nivel de profundidad del estudio, se trata de un diseño de tipo descriptivo ya que está orientado a buscar pruebas para corroborar la hipótesis planteada.

El mismo consiste en un estudio de campo, dado que se relevan datos en el dispositivo del Hospital donde se llevan a cabo las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de la diada mamá-bebé.

En cuanto a la posición del investigador es un diseño de tipo observacional, ya que no busca modificar ninguna variable, aspecto o condición de la situación estudiada sino que se realiza una evaluación observacional y una encuesta para conocer la realidad tal cual es.

Respecto del movimiento del objeto en el tiempo es un estudio transversal o sincrónico, debido a que se realiza un recorte, tomando en cuenta el momento preciso en el tiempo para evaluar el desempeño y participación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño con sus niños. No se considera como un proceso de cambios sino que se observan situaciones aisladas.

En relación a la temporalidad de los datos es un estudio prospectivo, ya que los datos se generan durante el desarrollo de la investigación mediante la aplicación de las evaluaciones y la realización de una encuesta.

Según lo expuesto por Bottinelli (2003), la investigación tiene un tipo de diseño *cualitativo y cuantitativo*. Cualitativo, ya que se observa el comportamiento de la diada mamá-bebés en situación real de interacción y se busca generar un nuevo conocimiento en cuanto al estadio del continuo volicional en el que se encuentran las madres al desempeñarse, teniendo en cuenta el ambiente. Por otra parte, teniendo en cuenta el tipo de instrumento que se utilizó (evaluación observacional y encuesta), el trabajo final tiene un tipo de diseño

*cuantitativo*: la evaluación y la encuesta permite observar variables medibles entre las que se pudo establecer relaciones para medir las influencias del ambiente en el desempeño, tratando de objetivar la realidad a partir de respuestas predeterminadas. Asimismo, el instrumento presenta aspectos cualitativos, ya que en las observaciones generales el investigador puede tomar nota acerca de cuestiones subjetivas de la realidad observada.

## UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todas las díadas mamá-bebé internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martínez de Pacheco en el período enero-marzo 2017.

Muestra: Para la determinación del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta el marco del muestreo que, según Rubio y Varas (1999), establecido por el registro de niños internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martínez de Pacheco en el período enero-marzo 2017.

La Unidad de cuidados neonatales del Hospital Dr. Raúl Larcade de San Miguel dispone de 24 camas (6 para cada una de las unidades en las que se divide la internación: Unidad de cuidados intensivos, Unidad de cuidados intermedios, Unidad de cuidados mínimos, Unidad de Luminoterapia). No todas se encontraron ocupadas al momento de la observación.

La Unidad de cuidados neonatales del Hospital Magdalena V. Martínez dispone de 18 camas (6 para cada una de las unidades en las que se divide la internación: Unidad de cuidados intensivos, Unidad de cuidados intermedios, Unidad de cuidados mínimos). Al igual que en el hospital Raúl Larcade, no todas se encontraron ocupadas al momento de la observación.

Para la elección de la forma de muestreo se tuvieron en cuenta las características de cada una, seleccionando la de tipo no probabilístico, ya que se desconocía la probabilidad de



cada uno de los individuos de ser incluidos (Padua, 1994). Mientras que el subtipo de dicha muestra fue el accidental, pues la elección de los participantes dependió de la disponibilidad y motivación a participar de cada uno hasta que la muestra estuvo completa.

El tamaño total de la muestra fue de 21 madres. 10 de ellas corresponden al Hospital Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y 11 al Hospital Magdalena V. Martinez de Pacheco.

Las madres fueron contactadas a su ingreso a las unidades de neonatología, se les solicitó la posibilidad de observarlas mientras interactuaban con su bebé; se les otorgó el consentimiento informado posteriormente. Al finalizar la observación se llevó a cabo la encuesta, fuera del espacio de la neonatología.

**Criterios de inclusión:**

- *Madres de niños que han nacido en los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martinez de Pacheco o que han sido derivadas luego del nacimiento a este establecimiento.*
- *Madres de niños con al menos una semana de internación en las unidades de neonatología.*
- *Madres mayores a 15 años y menores de 45 años de edad.*

**Criterios de exclusión:**

- *Madres de niños que no presentan las capacidades cognitivas adecuadas para poder responder a la encuesta.*
- *Madres de niños que estén internados por tiempo mayor a tres meses.*
- *Madres de mellizos, trillizos o cuatrillizos.*
- *Madres que se nieguen a participar del estudio.*

## DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Unidad de Análisis:** *cada una de las madres que tiene a sus niños internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martinez de Pacheco en el período enero-marzo 2017.*

### Variables necesarias:

**V1 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB bañarse y ducharse de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas a la higienización de su bebé.

-R1 Realiza la actividad completa.

-R2 Realiza la actividad de manera incompleta.

-R3 No realiza la actividad.

**II** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades orientadas a la higienización de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades orientadas a la higienización de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucraba en las actividades orientadas a la higienización de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Fuente primaria: Madre.

**V2 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB vestirse de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas vestir y desvestir a su bebé.

-R1 Realiza la actividad completa.

-R2 Realiza la actividad de manera incompleta.

-R3 No realiza la actividad.

**I2** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades de vestido y/o desvestido de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades orientadas al vestido y/o desvestido de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucra en las actividades orientadas al vestido y/o desvestido de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

*Fuente primaria: Madre.*

**V3 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB comer de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas a la provisión de alimento a su bebé.

-R1 Realiza la actividad completa.

-R2 Realiza la actividad de manera incompleta.

**-R3** No realiza la actividad.

**I3** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades de proveer alimento a su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades orientadas a proveer alimento a su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucraba en las actividades orientadas a la provisión de alimento a su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

*Fuente primaria: Madre.*

**V4 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB de movilidad funcional de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas al monitoreo de los cambios posturales y a los cambios de posicionamiento que ella realice.

**-R1** Realiza la actividad completa.

**-R2** Realiza la actividad de manera incompleta.

**-R3** No realiza la actividad.

**I4** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades de cambios posicionales a su bebé y monitoreo de los cambios posturales que el propio bebé realizaba, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades de cambios posicionales a su bebé y monitoreo de los cambios posturales que el propio bebé realizaba, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucraba en las actividades orientadas a los cambios posicionales a su bebé y monitoreo de los cambios posturales que el propio bebé realizaba, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

*Fuente primaria: Madre.*

**V5 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB de aseo e higiene en el inodoro de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas al cambio de pañales del bebé.

-**R1** Realiza la actividad completa.

-**R2** Realiza la actividad de manera incompleta.

-**R3** No realiza la actividad.

**I5** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades orientadas al cambio del pañal del bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades orientadas al cambio de pañales del bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucraba en las actividades orientadas al cambio de pañales del bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

*Fuente primaria: Madre.*

**V6 Desempeño de la co-ocupaciones de AVDB de descanso y sueño de las madres con los niños internados en las unidades de neonatología:** La implicación de la madre en las actividades orientadas a conducir el descanso y sueño de su bebé.

**-R1** Realiza la actividad completa.

**-R2** Realiza la actividad de manera incompleta.

**-R3** No realiza la actividad.

**I6** Se realizó una evaluación de observación de las madres durante su presencia en las unidades de neonatología.

Se consignó que realiza la actividad completa cuando se observó a la madre comenzar y finalizar las actividades orientadas a conducir el descanso y sueño de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que realiza la actividad de manera incompleta cuando se observó a la madre saltar algún paso de las actividades orientadas a conducir el descanso y sueño de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

Se consignó que no realiza la actividad cuando se observó que la madre no se involucraba en las actividades orientadas a conducir el descanso y sueño de su bebé, requiriendo o no apoyo verbal o físico.

*Fuente primaria: Madre.*

**V7 Estadío del continuum volicional:** estadío volicional en que se encuentran las madres subdividido en tres etapas: exploración, competencia y logro. Transición de etapas de nivel

más bajo (exploración) a estadios superiores (logro) de motivación que implica “un creciente sentido de capacidad y eficacia, una mayor atracción y satisfacción en el hacer, y un creciente potencial de otorgar y realizar valores en lo que uno hace” (De Las Heras, Geist, Kielhofner, Li, 1998, pág. 6).

**-R1** *Estadio de exploración:* nivel de motivación en el que las personas despliegan un deseo básico de interactuar con el ambiente y pueden experimentar placer al hacerlo mostrando curiosidad e interés por el mismo.

**-R2** *Estadio de competencia:* nivel de motivación en que las personas continúan desarrollando el sentido de eficacia y placer por nuevas formas de hacer descubiertas durante la etapa de exploración. Se caracteriza por un impulso de involucrarse activamente e influir sobre el ambiente.

**-R3** *Estadio de logro:* nivel de motivación en que las personas intentan dominar nuevas habilidades y/o formas ocupacionales y exhiben un desempeño consistente en respuesta a las demandas del ambiente. Incorpora el sentido de capacidad y de eficacia, el sentido de placer en la acción, y los significados adquiridos o realizados en las etapas anteriores.

**I7** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó estadio de exploración si durante la observación la madre mostró mayormente conductas como: muestra curiosidad, inicia acciones/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias y/o muestra que una actividad es especial/significativa.

Se consignó estadio de competencia si durante la observación la madre mostró mayormente conductas como: indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas y/o trata de corregir errores.

Se consignó estadio de logro si durante la observación la madre mostró mayormente conductas como: realiza una actividad hasta completarla/lograrla, invierte energía, emoción/atención adicional, busca responsabilidad adicional y/o busca desafíos.

*Fuente primaria: Madre.*

**D1 Muestra curiosidad:** la madre explora objetos, eventos, tareas y gente en el ambiente. Se demuestra tanto al orientar el cuerpo hacia o mirar, tocar y manipular objetos, como al hacer preguntas sobre los objetos, personas y tareas que el ambiente ofrece; al mirar o caminar por el ambiente para investigarlo; al mirar alrededor, y al observar o cambiar el foco de atención de un objeto a otro nuevo. La mamá presta atención a cosas que podría hacer o que encuentra interesantes, y si dirige su atención a eventos u objetos que son pertinentes a la interacción y los cuidados del bebé en ese ambiente.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y



que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**II** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó pasivo cuando la madre no demostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D2** *Inicia acciones/tareas*: la madre comienza una acción orientada hacia un propósito específico o personalmente significativo en relación a la interacción, el cuidado y la atención del bebé. Describe tanto las acciones de iniciar una tarea concreta como iniciar el paso o acción siguiente para completarla. Las acciones son cualquier movimiento, ademán, gesto o procedimiento que inicia o contribuye a la realización de una tarea. Tareas son cualquier forma ocupacional, es decir, las cosas discretas, reconocibles y orientadas hacia un propósito.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asignará el puntaje N/O (no se observa).

**I2** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó pasivo cuando la madre no demostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D3 Intenta cosas nuevas:** la madre participa en una forma ocupacional nueva o hace o incorpora algo nuevo (es decir, objetos, pasos, métodos, interacciones, etc.) en una forma ocupacional conocida. El concepto de intentar algo nuevo implica que la persona muestra la intención de enfrentarse a lo desconocido o de tomar un riesgo, no importa cuán pequeño.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y

que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I3** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó pasivo cuando la madre no demostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa)

*Fuente Primaria: Madres.*

**D4** *Muestra preferencias:* la madre elige o demuestra de algún modo una inclinación hacia ciertas acciones, actividades, y/o calidades de materiales y herramientas en relación a la interacción, el cuidado y atención del bebé.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I4** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó pasivo cuando la madre no demostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo”

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madres.*

**D5** *Muestra que una actividad es especial/significativa:* la madre muestra, mediante expresiones verbales o no verbales, placer, satisfacción, y un sentido de realización personal al interactuar y/o realizar las actividades de cuidado del bebé. Se considera el afecto que la persona muestra, y no necesariamente requiere que la persona sea capaz de permanecer involucrada.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asignará el puntaje N/O (no se observa).

**I5** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D6 Indica objetivos:** la madre muestra, de manera verbal o no verbal o por algún otro medio, la intención de alcanzar un objetivo en el futuro inmediato. Puede indicar un objetivo directamente relacionado con lo que está haciendo durante el período de observación o puede asimismo indicar un objetivo cuando hace algo orientado hacia un fin mayor, o al mencionar un fin relacionado.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I6** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo



En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D7 Permanece involucrado:** la madre muestra una continua conexión emocional o afectiva con lo que hace (p.e. postura, sonreír, reír, atención concentrada). Implica la posibilidad de observar la conexión emocional o compromiso afectivo de la persona con la actividad que está realizando.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I7** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D8 Muestra orgullo:** la madre muestra satisfacción con el resultado de sus esfuerzos y/o con la calidad de su desempeño o producto de su hacer.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran

frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I8** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D9** *Trata de resolver problemas*: al encontrar un obstáculo en una tarea que está realizando, la madre continúa involucrada e intenta resolver lo que salió mal o remover el obstáculo.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I9** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D10** *Trata de corregir errores:* si después de haber hecho un error o fracasar en el logro de un objetivo, la madre continúa involucrada en la tarea, trata de arreglar el error cometido, o si intenta hacer otra vez más algo en lo que ha fracasado. La madre muestra la intención de corregir, continuar haciendo, o rehacer lo equivocado.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I10** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

Fuente Primaria: Madre.

**D11** *Realiza la actividad hasta completarla/lograrla:* la madre intenta perseverar en una acción o forma ocupacional hasta su terminación, y/o intenta mantener un nivel de desempeño aún a pesar de dificultades o de continuas demandas de esfuerzo. La madre persiste y continúa esforzándose hasta alcanzar la meta u objetivo.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**II1** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D12** *Invierte energía, emoción/atención adicional:* grado de involucrarse física, social, emocional o intelectual que la madre muestra en la interacción, el cuidado y la atención del bebé.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y



que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I12** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D13** *Busca responsabilidad adicional:* la madre busca o acepta de buena gana obligaciones o responsabilidades mayores en una situación o tarea existente. Puede significar asumir o aceptar una tarea adicional o un nivel adicional de responsabilidad comparado con las tareas en la que está participando o en las que participa periódicamente. La madre muestra la habilidad de asumir una obligación adicional en una actividad (por ejemplo, limpiar y ordenar; preparar una actividad sacando y organizando herramientas y materiales; supervisar o enseñar a otros a hacer lo que ha hecho).

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I13** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**D14 Busca desafíos:** la madre busca o acepta de buena gana la oportunidad de hacer algo que demanda una mayor habilidad o esfuerzo que los requeridos anteriormente en relación a la interacción, el cuidado y la atención del bebé. Puede involucrar buscar o aceptar mayor cantidad, calidad, complejidad, duración, estándares de desempeño y/o lucimiento dentro de una tarea e implica algún riesgo de fracaso. Una situación más desafiante puede plantear mayores demandas cognitivas, perceptuales o físicas y/o puede implicar el comparar o contrastar el propio desempeño con algún criterio externo tal como tiempo, calidad, velocidad, etc., o con el desempeño propio anterior, o con el desempeño de alguna otra persona. Buscar desafíos refleja el deseo de lograr más y/o un sentido de placer por desempeñarse en condiciones más exigentes.

-R1 Espontáneo: La persona exhibe el comportamiento voluntariamente, sin necesidad de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que el comportamiento volicional está intrínsecamente presente y se exterioriza de manera espontánea.

-R2 Involucrado: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece mínimo apoyo, estructura o estímulo. La persona necesita algo de atención adicional, estímulo o estructuración del ambiente. Este indica que al proveer un mínimo de apoyo se ha suscitado un comportamiento volicional específico.

-R3 Dudoso: La persona muestra el comportamiento cuando se le ofrece una cantidad máxima de apoyo, estructura o estímulo. La persona puede necesitar apoyo con gran

frecuencia, o en grado máximo, para demostrar un comportamiento volicional específico. Este indica que la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional.

-R4 Pasivo: La persona no demuestra el comportamiento aún cuando se le ofrece un máximo de apoyo, estructura o estímulo. Este indica que puede existir un déficit volicional y que la persona está seriamente limitada en su habilidad de iniciar un comportamiento volicional específico.

-R5 No se observa: En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa).

**I14** Se realizó una evaluación de observación de las madres en las co-ocupaciones de AVDB y descanso y sueño en las unidades de neonatología.

Se consignó Pasivo cuando la madre no mostró el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Dudoso cuando la madre mostró el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo.

Se consignó Involucrado cuando la madre mostró el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.

Se consignó Espontáneo cuando la madre mostró el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo.

En el caso de que no fue posible observar un indicador se le asignó el puntaje N/O (no se observa).

*Fuente Primaria: Madre.*

**V8 Percepción de las madres sobre la influencia de equipamiento necesario para el control de los niños/maquinarias:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología, que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de los bebés.

**-R1** *Influencia positiva*

**-R2** *Influencia negativa*

**-R3** *Neutro*

**I8** Se realizó una breve encuesta en la que se consultó a las madres cuál era su percepción en relación al equipamiento necesario para el control de los niños/maquinarias.

Se consignó influencia positiva, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó influencia negativa, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó neutro cuando la madre refirió que la influencia no fue positiva ni negativa.

*Fuente primaria: madre*

**V9 Percepción de las madres sobre la influencia de presencia de luces y sonidos:** luces y sonidos provenientes de equipamiento presenta en las unidades de neonatología

**-R1** *Influencia positiva*

**-R2** *Influencia negativa*

**-R3** *Neutra*

**I9** Se realizó una breve encuesta en la que se consultó a las madres cuál era su percepción en relación a la presencia de luces y sonidos.

Se consignó influencia positiva, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó influencia negativa, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó neutro cuando la madre refirió que la influencia no fue positiva ni negativa.

*Fuente primaria: madre*

**V10 Percepción de las madres sobre la influencia de la presencia de profesionales:** presencia de profesionales dentro de las unidades de neonatología, mientras las madres realizan co-ocupaciones con sus niños.

**-R1** *Influencia positiva*

**-R2** *Influencia negativa*

**-R3** *Neutra*

**I10** Se realizó una breve encuesta en la que se consultó a las madres cuál era su percepción en relación a la presencia de profesionales mientras ellas están en las unidades de neonatología.

Se consignó influencia positiva, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó influencia negativa, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó neutro cuando la madre refirió que la influencia no fue positiva ni negativa.

*Fuente primaria: madre*

**V11 Percepción de las madres sobre la influencia de la presencia de otros padres:** Presencia de otros padres dentro de las unidades de neonatología que no sean los que responden a la encuesta.

**-R1** *Influencia positiva*

**-R2** *Influencia negativa*

**-R3** *Neutro*

**I11** Se realizó una breve encuesta en la que se consultó a las madres cuál era su percepción en relación a la presencia otros padres mientras ellas estaban en las unidades de neonatología.

Se consignó influencia positiva, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó influencia negativa, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó neutro cuando la madre refirió que la influencia no fue positiva ni negativa.

Fuente primaria: Madre

**V12 Percepción de las madres sobre la influencia de Otros:** Presencia de otras personas y/u objetos que no se hayan mencionado en las variables anteriores.

**-R1** *Influencia positiva*

**-R2** *Influencia negativa*

**-R3** *Neutra*

**I12** Se realizó una breve encuesta en la que se consultó a las madres cuál es su percepción en relación a la presencia de otras personas y/u objetos que no se hayan mencionado en las variables anteriores mientras ellas estaban en las unidades de neonatología.

Se consignó influencia positiva, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó influencia negativa, cuando la madre así lo refirió.

Se consignó neutro cuando la madre refirió que la influencia no fue positiva ni negativa.

Fuente primaria: Madre

**Variables suficientes:**

**V13 Edad de la madre:** tiempo de vida transcurrido desde la fecha de nacimiento del entrevistado hasta el momento de la aplicación de la evaluación.

**-R1** 15 a 18 años

**-R2** 19 a 22 años

**-R3** 23 a 26 años

**-R4** 27 a 30 años

**-R5** 31 a 34 años

**-R6** 35 a 38 años

**-R7** 38 a 41 años

**-R8** 42 a 45 años

**I13** Se consultó la edad de las madres a través de una breve encuesta, y se consignó según la respuesta a la pregunta nº1 “Edad”

Se consignó de 15 a 18 años si la madre manifestó tener entre 15 y 18 años.

Se consignó de 19 a 22 años si la madre manifestó tener entre 19 y 22 años.

Se consignó de 23 a 26 años si la madre manifestó tener entre 23 y 26 años.

Se consignó de 27 a 30 años si la madre manifestó tener entre 27 y 30 años.

Se consignó de 31 a 34 años si la madre manifestó tener entre 31 y 34 años.

Se consignó de 35 a 38 años si la madre manifestó tener entre 35 y 38 años.

Se consignó de 39 a 41 años si la madre manifestó tener entre 39 y 41 años.

Se consignó de 42 a 45 años si la madre manifestó tener entre 42 y 45 años.



Fuente primaria: Madre.

**V14 Cantidad de hijos:** número de hijos biológicos previos que tiene la madre al momento de la evaluación.

-R1 *ninguno*

-R2 *1 hijo*

-R3 *2 hijos*

-R4 *3 hijos*

-R5 *4 o más hijos*

**I14** Se consultó la cantidad de hijos a través de una breve encuesta a las madres, y se consignó según la respuesta a la pregunta n°2 “¿Cuántos hijos tiene?”

Se consignó ningún hijo si la madre manifestó tener un sólo hijo.

Se consignó 1 hijo si la madre manifestó tener dos hijos.

Se consignó 2 hijos si la madre manifestó tener tres hijos.

Se consignó 3 hijos si la madre manifestó tener cuatro hijos.

Se consignó 4 hijos o más si la madre manifestó tener cinco hijos o más.

Fuente primaria: Madre.

- **Unidad de Análisis:** *cada uno de los niños internados en la unidades de neonatología de los hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martinez de Pacheco en el período enero-marzo 2017.*

**Variables necesarias:**

**V15 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo sonda orogástrica (SOG):** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I15** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó sonda orogástrica (SOG) si la madre manifestó que el niño utiliza sonda orogástrica (SOG).

*Fuente primaria: Madre.*

**V16 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo vía central o periférica:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I16** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó vía central o periférica si la madre manifestó que el niño utiliza vía central o periférica.

*Fuente primaria: Madre.*

**V17 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo ventilación mecánica no invasiva (ARM):** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I17** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó ventilación mecánica no invasiva (ARM) si la madre manifestó que el niño utiliza ventilación mecánica no invasiva (ARM).

*Fuente primaria: Madre.*

**V18 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo bigotera con oxígeno:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I18** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó bigotera con oxígeno si la madre manifestó que el niño utiliza bigotera con oxígeno.

*Fuente primaria: Madre.*

**V19 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo halo:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I19** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó halo si la madre manifestó que el niño utiliza halo.

*Fuente primaria: Madre*

**V20 Requiere equipamiento/soporte vital de tipo CPAP:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I20** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó halo si la madre manifestó que el niño utiliza halo.

*Fuente primaria: Madre*

**V21 Requiere otro tipo de equipamiento/soporte vital que no se haya mencionado en las variables anteriores:** recursos tecnológicos presentes en las unidades de neonatología que permiten dar asistencia y posibilitar la supervivencia de bebés.

**-R1:** Requiere

**-R2:** No requiere

**I21** Se consultó el equipamiento/soporte vital del bebé a las madres, a través de la pregunta n°7 de la encuesta “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?”.

Se consignó halo si la madre manifestó que el niño utiliza halo.

Fuente primaria: Madre

**V22 Tiempo de internación del bebé:** tiempo de internación del bebé en las unidades de neonatología medido en días.

**-R1** 7 días

**-R2** de 8 a 12 días

**-R3** de 13 a 17 días

**-R4** de 18 a 22 días

**-R5** de 23 a 27 días

**-R6** de 28 a 32 días

**-R7** de 33 a 37 días

**-R8** de 38 a 42 días

**-R9** de 43 a 47 días

**-R10** de 48 a 52 días

**-R11** 53 o más días

**I22** Se consultó el tiempo de internación del bebé a las madres a través de una breve encuesta, en la pregunta n°6 “¿Hace cuánto tiempo su hijo está internado?”.

Se consignó 7 días si la madre manifestó que el niño lleva 7 días de internación.

Se consignó entre 8 y 12 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 8 y 12 días de internación.

Se consignó entre 13 y 17 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 13 y 17 días de internación.

Se consignó entre 18 y 22 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 18 y 22 días de internación.

Se consignó entre 23 y 27 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 23 y 27 días de internación.

Se consignó entre 28 y 32 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 28 y 32 días de internación.

Se consignó entre 33 y 37 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 33 y 37 días de internación.

Se consignó entre 38 y 42 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 38 y 42 días de internación.

Se consignó entre 43 y 47 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 43 y 47 días de internación.

Se consignó entre 48 y 52 días si la madre manifestó que el niño lleva entre 48 y 52 días de internación.

Se consignó 53 o más días si la madre manifestó que el niño lleva 53 o más días de internación.

Fuente primaria: Madre.

**V23 Modo de alimentación “leche materna por succión”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I23** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.

Se consignó leche materna por succión si la madre manifestó que el niño recibe alimentación a partir de leche materna por succión.

Fuente primaria: Madre

**V24 Modo de alimentación “leche materna por SOG”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I24** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.

Se consignó leche materna por SOG si la madre manifestó que el niño recibe alimentación a partir de leche materna por SOG.

Fuente primaria: Madre

**V25 Modo de alimentación “leche materna por gastroclisis”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I25** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.

Se consignó leche materna por gastroclisis si la madre manifestó que el niño recibe alimentación a partir de leche materna por gastroclisis.

Fuente primaria: Madre

**V26 Modo de alimentación “fórmula por succión”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I26** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.

Se consignó fórmula por succión si la madre manifestó que el niño recibe alimentación por fórmula por succión.

Fuente primaria: Madre

**V27 Modo de alimentación “fórmula por SOG”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I27** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.



Se consignó fórmula por SOG si la madre manifestó que el niño recibe alimentación con fórmula por SOG.

Fuente primaria: Madre

**V28 Modo de alimentación “fórmula por gastroclisis”:** modalidad en el que el niño recibe la alimentación dentro de las unidades de neonatología.

**-R1** Recibe

**-R2** No recibe

**I28** Se consultó el tipo de alimentación que recibe el bebé a las madres a través de la pregunta n°8 de la encuesta “¿De qué manera se alimenta su bebé?”.

Se consignó fórmula por gastroclisis si la madre manifestó que el niño recibe alimentación con fórmula por gastroclisis.

Fuente primaria: Madre

**Variables suficientes:**

**V29 Sexo del bebé:** carácter biológico de cada bebé que conforma la muestra y que define el género al que pertenece.

**-R1** Femenino

**-R2** Masculino

**I29** Se consultó el sexo del bebé a las madres a través de una breve encuesta, en la pregunta n°3 “¿Cuál es el sexo de su bebé?”.

Se consignó femenino cuando la madre así lo refirió.

Se consignó masculino cuando la madre así lo refirió.

Fuente primaria: Madre.

**V30 Motivo de internación del bebé:** razón/es médico-biológicas por la cual el niño se encuentra en las unidades de neonatología luego de su nacimiento.

**-R1** *Edad gestacional inferior a un niño a término (37 semanas)*

**-R2** *Presentación de complicaciones perinatales*

**-R3** *Presencia de patologías previas al parto*

**-R4** *Desarrollo y/o maduración esplácnicos inferior a lo convencional para un niño a término*

**-R5** *Suma de 2 o más motivos anteriormente mencionados*

**-R6** *Otros*

**I30** Se consultó el motivo de internación del bebé a las madres a través de una breve encuesta, en la pregunta n°4 “¿Cuál es el motivo por el cual su bebé está internado?”.

Se consignó edad gestacional inferior a un niño a término cuando la madre mencionó que el mismo ha nacido antes de las 37 semanas,

Se consignó presentación de complicaciones perinatales cuando la madre refirió la presencia de complicaciones médicas durante el parto.

Se consignó presencia de patologías previas al parto cuando la madre así lo refirió.

Se consignó desarrollo y/o maduración esplácnicos inferior a lo convencional para un niño a término cuando la madre refirió que el niño presentaba alteraciones en el desarrollo de sus órganos.

Se consignó suma de 2 o más motivos anteriores mencionados cuando la madre así lo refirió.

Se consignó otros cuando la madre refirió algún motivo de internación que no sea ninguno de los antes mencionados.

Fuente primaria: Madre.

**V31 Peso del bebé al nacer:** peso del niño al momento del nacimiento medido en gramos.

**-R1** *Entre 2499 y 1500 gramos (bajo peso al nacer)*

**-R2** *Entre 1499 y 1000 gramos (muy bajo peso al nacer)*

**-R3** *Entre 999 y 500 gramos (extremo bajo peso al nacer)*

**I31** Se consultó el peso del bebé al momento del nacimiento a las madres a través de la pregunta n°5 de una breve encuesta, “¿cuánto pesó su bebé al nacer?”.

Se consignó bajo peso al nacer cuando la madre mencionó que el mismo ha nacido entre 2499 y 1500 gramos.

Se consignó muy bajo peso al nacer cuando la madre mencionó que el mismo ha nacido entre 1499 y 1000 gramos.

Se consignó extremo bajo peso al nacer cuando la madre mencionó que el mismo ha nacido entre 999 y 500 gramos.

Fuente primaria: Madre.

## FUENTE DE DATOS

Las fuentes utilizadas para la presente investigación corresponden al tipo de fuentes primarias, ya que los datos se recolectaron a través de observaciones y encuestas a las madres de los niños internados en las unidades de neonatología. Se seleccionaron a las madres como fuente primaria, ya que la información a la que se accedió reúne los requisitos necesarios asegurando la cantidad, eficacia, riqueza y accesibilidad de los datos (Samaja, 1993). Para acceder a esta fuente de información fue necesaria la aprobación del comité de ética hospitalario, y el consentimiento informado de las madres.

## INSTRUMENTOS

Los elementos utilizados para la presente investigación son:

- Cuestionario volicional.
- Encuesta directa a madres.

El Cuestionario Volicional es una herramienta de observación desarrollada desde el MOHO, siendo esta una evaluación específica de Terapia ocupacional. Se utilizó la versión traducida al español por Judith Abelenda, revisada por Carmen Gloria de la Heras. La misma examina la motivación de los individuos, independientemente de sus habilidades verbales o cognitivas, desde el concepto de Volición, descrito por el Modelo de la Ocupación Humana. Proporciona una perspectiva sobre la motivación interna de los individuos y como esta es influenciada por el ambiente (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998).

Esta evaluación incluye una escala de puntaje de 14 ítems valorados a través de la observación del desempeño pudiendo aplicarse en uno o varios contextos. Esto es calificado a través de una escala de puntaje en función del grado de espontaneidad y apoyo o estímulo que se observa durante el desempeño de la persona (los apoyos pueden ser verbales, visuales o

gestuales). Presenta una escala de valoración de 4 puntos los mismo son: pasivo, indeciso, involucrado o espontáneo (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998).

- Pasivo: “la persona no demuestra el comportamiento aún con apoyo estructura o estímulo (...) puede existir un déficit volicional y una seria limitación en su habilidad para iniciar un comportamiento volicional específico” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998; pág. 38).
- Dudoso: “muestra el comportamiento con máximo apoyo estructura o estímulo (...) la persona puede estar experimentando severas dificultades para interactuar con el ambiente debido a una debilidad volicional” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998; pág. 38).
- Involucrado: “muestra el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998; pág. 38)
- Espontáneo: “muestra el comportamiento sin apoyo estructura o estímulo (el comportamiento volicional se exterioriza de manera espontánea)” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998; pág. 38).
- En el caso de que no sea posible observar un indicador se le asigna el puntaje N/O (no se observa) (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998).

“El patrón de puntaje del Cuestionario Volicional refleja el continuo evolutivo de la volición y suministra un índice del nivel de desarrollo volicional de la persona” (De Las Heras, Geist, Kielhofner, Li, 1998, pág. 38). Es una herramienta diseñada para ser utilizada con niños desde diez años en adelante. Dicha evaluación tiene en cuenta los niveles del continuo de cambio e incluye los indicadores correspondientes a cada estadio.

#### -Exploración:

- Muestra curiosidad

- Inicia acciones/tareas
- Intenta cosas nuevas
- Muestra preferencias
- Muestra que una actividad es especial/significativa

-Competencia:

- Indica objetivos
- Permanece involucrado
- Muestra orgullo
- Trata de resolver problemas
- Trata de corregir errores

-Logro:

- Realiza una actividad hasta completarla/lograrla
- Invierte energía, emoción/atención adicional
- Busca responsabilidad adicional
- Busca desafíos

Esta evaluación incluye un apartado que comprende el registro de las características ambientales: espacios, objetos, ambiente social, y formas ocupacionales. A los fines de esta investigación este apartado no fue tenido en cuenta, pero se incluyó la evaluación de las características ambientales a partir de una encuesta a las madres.

A partir de lo anteriormente mencionado la evaluación se llevó a cabo en las unidades de neonatología de los hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martínez de Pacheco; a través de la observación directa a las madres, en las co-ocupaciones

de AVDB. Las observaciones se llevaron a cabo en media hora según lo establecido por el protocolo de la evaluación (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y.; 1998).

Se complementó esta evaluación con la realización de una encuesta destinada a las madres de los niños internados en las unidades de neonatología donde se indagó acerca de: edad de la madre, cantidad de hijos previos, sexo del bebé, motivo de internación del niño, tiempo de internación del niño, tipo de asistencia/ equipamiento que recibe el niño, modo de alimentación del bebé, influencia positiva o negativa del ambiente. La encuesta se llevó a cabo en el espacio circundante a las unidades de neonatología, y tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

### Procesamiento y Sistematización de Datos

Para confeccionar nuestra base de datos, se utilizaron sistemas informáticos inespecíficos: Microsoft Excel y Microsoft Word. Estos permitieron la sistematización de datos cuantitativos y cualitativos respectivamente.

Para el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, se creó un libro en Excel. Cada UA tuvo una hoja de cálculo específico para sistematizar los datos de las madres y de los niños obtenidos a través de la encuesta y de la evaluación de observación. Luego se realizó una tabla de datos, donde se entrecruzaron los valores de ambas unidades de análisis. Asimismo, se adjuntaron comentarios en la planilla de cada unidad de análisis con los datos cualitativos correspondientes.

Se utilizó un archivo de Word para las referencias necesarias en la sistematización de los datos cualitativos.

Teniendo en cuenta lo mencionado por Samaja, “el tratamiento y análisis de datos en el nivel descriptivo está centrado en la variable (V). Éste consiste en exponer cómo se comportan las unidades de análisis respecto de cada valor de las variables y cómo se asocian entre sí los valores de unas variables en relación con las variables restantes” (Samaja, 1993).

A fin de responder a pregunta de investigación planteada, contrastar la hipótesis y cumplir los objetivos se realizó el siguiente análisis:

- para cumplir con el objetivo específico n°1 se analizaron los datos obtenidos de la variable 1 a la 6 “Desempeño de las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño”.



- para cumplir con el objetivo específico n° 2 y 3 se analizaron los datos obtenidos de las variables 8 a la 12: “Percepción de la madre sobre la influencia de los factores ambientales”.
- para cumplir el objetivo específico n° 4 se analizaron los datos de las variables 15 a 21: “requerimiento de equipamiento/soporte vital” entrecruzándolos con los datos de las variables 1 a la 6 “Desempeño de co-ocupaciones”.
- para cumplir el objetivo específico n° 5 se analizaron los datos de las variables 23 a 28 “modos de alimentación del niño “entrecruzándolos con las variables 3 “Desempeño de la co-ocupación de AVDB: comer”.
- para cumplir el objetivo general se realizó una síntesis de los datos obtenidos del análisis de los objetivos específicos n° 1, 2, 3, 4 y 5, y se analizó la variable 7 de manera cuantitativa y cualitativa.

Se realizaron tablas de frecuencia para las siguientes variables:

- Para todas las variables a fin de organizar y sacar conclusiones en relación a los datos extraídos de las encuestas y las observaciones.
- Para las dimensiones de la variable 7 que nos posibilitaron conocer en qué estadio volicional se encontraba cada madre de los niños internados en las unidades de neonatología.
- Para todas las unidades de análisis en relación a la variable 7, con el fin de contrastar la hipótesis.

Se utilizó la medida de tendencia central para caracterizar la muestra, en las siguientes variables: “edad de la madre”; “cantidad de hijos”; “tiempo de internación del bebé”.

***Presentación de los resultados:***

Se utilizaron gráficos de torta, de columnas y de columnas superpuestas a los 100 %, estos últimos en caso de comparación (cruce de variables). Así como tablas de distribución y frecuencia en los casos correspondientes.

## **RESULTADOS**

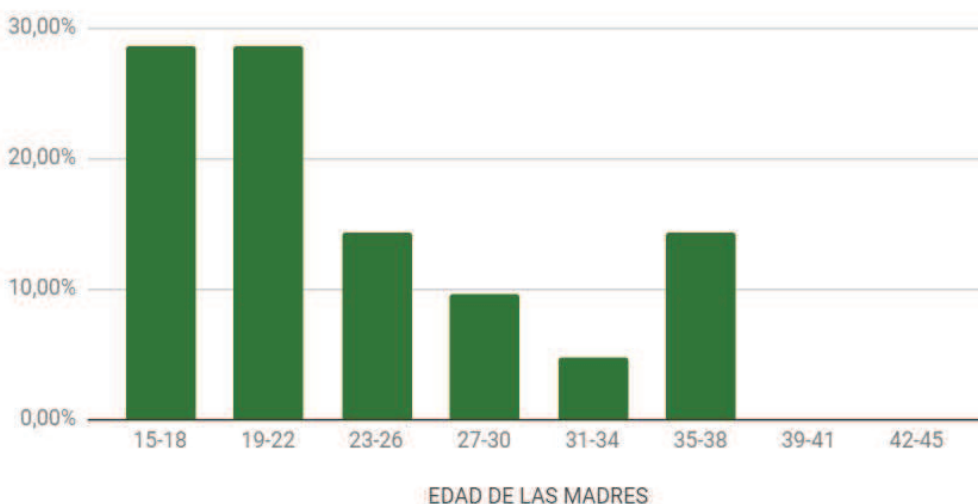
Se presenta el análisis de veintiún (21) entrevistas y observaciones realizadas en los meses de enero a marzo del año 2017 a la díada madre-bebé internados en la Unidad de Neonatología del Hospital zonal general de agudos Magdalena V. Martínez de Pacheco y el Hospital zonal general de agudos Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel.

### **Análisis de los resultados para caracterizar la muestra**

En el gráfico y la tabla n° 1 se observa que el 28,6% de las madres tenía entre 15 y 18 años al momento de la entrevista, el mismo porcentaje presentó entre 19 y 22 años al momento de la entrevista. Por otra parte, el 14,3% de las madres tenía entre 23 y 26 años, el mismo porcentaje que presentó un intervalo de entre 35 y 38 años. Sólo el 5% de las madres tenía entre 31 y 34 años, y el 9,5% presentó entre 27 y 30 años al momento de la entrevista.

No hubo en la muestra mujeres mayores a 38 años.

***Distribución de la V. "Edad de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología" al momento de la evaluación medida en intervalos.***

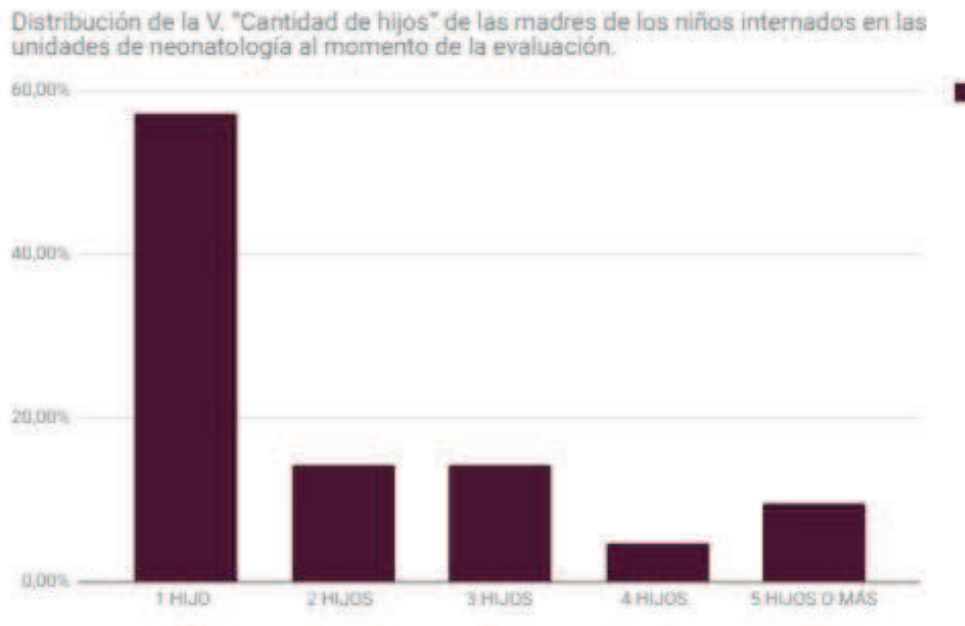


**Gráfico 1:** *Distribución de la V. “Edad de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología” al momento de la evaluación medida en intervalos.*

Edad de las madres	FA	Fac	FR	FRP
15-18	6	6	2.857	28,57%
19-22	6	12	2.857	28,57%
23-26	3	15	1.429	14,29%
27-30	2	17	952	9,52%
31-34	1	18	476	4,76%
35-38	3	21	1.429	14,29%
39-41	0	21	0	0,00%
42-45	0	21	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Tabla 1:** *Distribución de la V. “Edad de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología” al momento de la evaluación medida en intervalos.*

En el gráfico y tabla n°2 se observa que el 57,14% de las madres tenía, al momento de la entrevista, un sólo hijo. El 14,29% refirió tener 2 hijos, y un porcentaje igual tenía 3 hijos al momento de la entrevista. Sólo 4,76% de las madres tenía 4 hijos y un 9,52% de las mismas tenía 5 o más hijos al momento del trabajo de campo.



**Gráfico 2:** Distribución de la V. "Cantidad de hijos" de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología al momento de la evaluación.

Cantidad de hijos	FA	FAc	FR	FRP
1	12	12	0,57	57,14%
2	3	15	0,14	14,29%
3	3	18	0,14	14,29%
4	1	19	0,05	4,76%
5 o más	2	21	0,10	9,52%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Tabla 2:** Distribución de la V. "Cantidad de hijos de las madres" de los niños internados en las unidades de neonatología al momento de la evaluación.

En el gráfico y la tabla n°3 se presentan los datos en relación al sexo del bebé. El 66,7% de los bebés que compusieron la muestra eran de sexo masculino, mientras que el 33,3% era de sexo femenino.



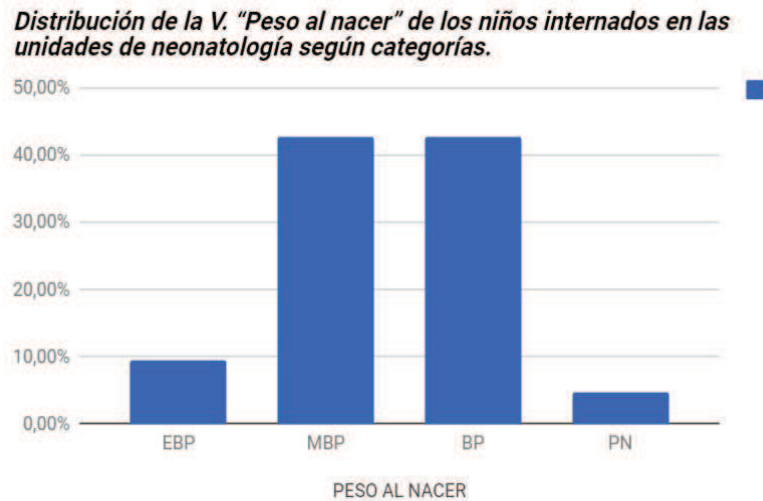
**Gráfico 3:** Distribución de la V. "Sexo" de los niños internados en la unidades de neonatología.

Sexo	FA	FR	FRP
F	7	0,33	33,33%
M	14	0,66	66,67%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

**Tabla 3:** Distribución de la V. "Sexo" de los niños internados en las unidades de neonatología.

En relación al peso de los niños de la muestra al nacer, en el gráfico y la tabla n°4 se observa que el 42,86% de los niños presentaban muy bajo peso al nacer (MBP), el mismo porcentaje se observó en niños con bajo peso (BP). Mientras que el 9,52% de los niños

presentó extremo bajo peso al nacer (EBP). Sólo uno de los niños presentó un peso normal (PN), es decir mayor a 2500 grs, al momento del nacimiento.



**Gráfico 4:** Distribución de la V. "Peso al nacer" de los niños internados en las unidades de neonatología según categorías.

Peso al nacer	FA	FAc	FR	FRP
EBP	2	2	0,09	9,52%
MBP	9	11	0,42	42,86%
BP	9	20	0,42	42,86%
PN	1	21	0,04	4,76%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

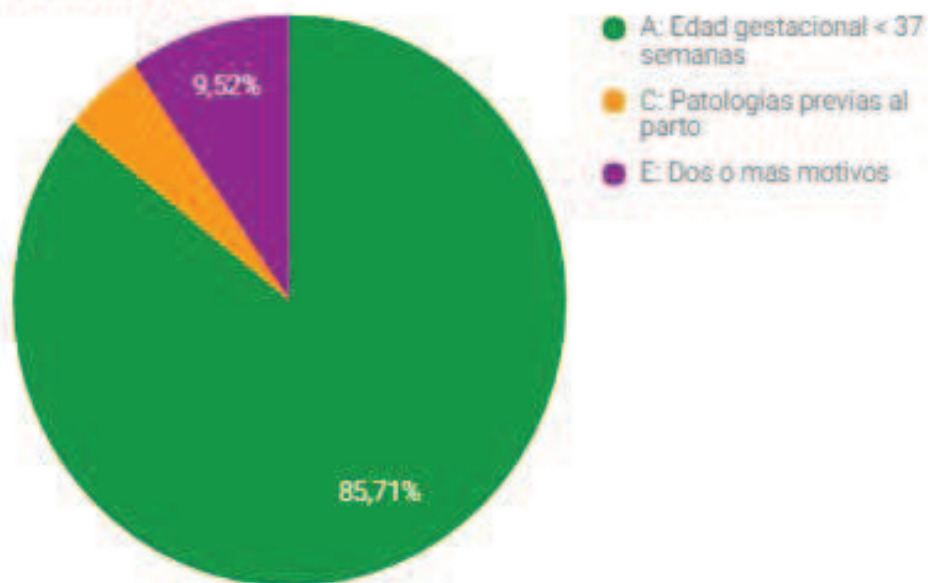
**Tabla 4:** Distribución de la V. "Peso al nacer" de los niños internados en las unidades de neonatología según categorías.

En el gráfico y la tabla n°5 se observa que el 87,71% de los niños presentó como motivo de la internación una edad gestacional menor a 37 semanas. Mientras que el 9,52% de

los bebés de la muestra presentó dos o más motivos para su internación, y sólo el 4,76% tuvo como motivo de internación patologías previas al parto.

Las categorías “complicaciones perinatales”, “desarrollo y maduración esplácnico inferior a lo convencional” y “otros” no se presentaron como motivo de internación de ningún niño.

**Distribución de la V. “Motivo de internación del bebé” en las unidades de neonatología.**



**Gráfico 5:** Distribución de la V. “Motivo de internación del bebé” en las unidades de neonatología.

Motivo de Internación	FA	FR	FRP
A: Edad gestacional < 37 semanas	18	0,85	85,71%
B: Complicaciones perinatales	0	0,00	0,00%



C: Patologías previas al parto	1	0,04	4,76%
D: Desarrollo y maduración incompleta	0	0,00	0,00%
E: Dos o más motivos	2	0,09	9,52%
F: Otro	0	0,00	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

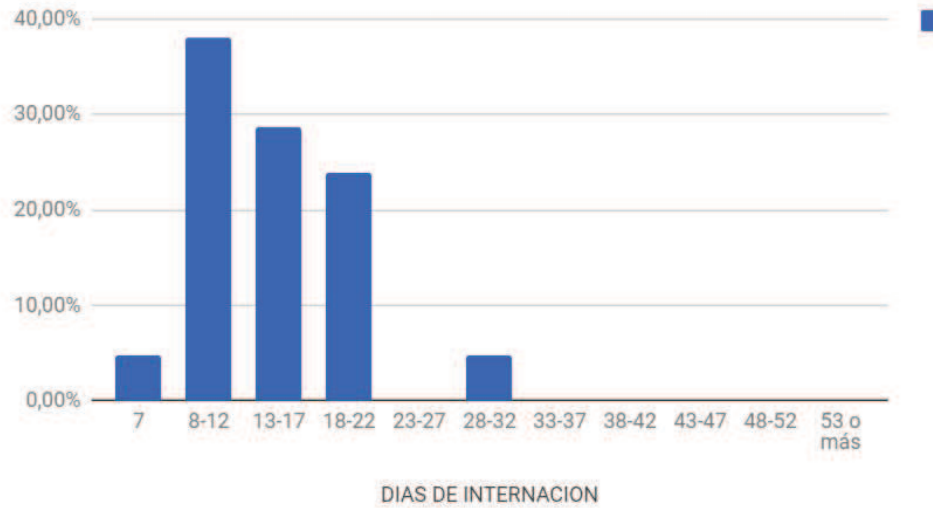
**Tabla 5:** *Distribución de la V. “Motivo de internación del bebé “en las unidades de neonatología.*

En relación al tiempo de internación de los niños de la muestra, el gráfico y la tabla n°6 muestra que el 38,1% de los niños estuvieron internados entre 8 y 12 días al momento de la entrevista/observación. El 28,6% de los niños estuvieron internados entre 13 y 17 días, mientras que el 23,8% estuvieron internados entre 18 y 22 días al momento de la entrevista/observación. Sólo el 4,76% presentaba 7 días de internación al momento de la entrevista/observación, el mismo porcentaje que presentaba entre 28 y 32 días de internación.

Ninguno de los niños observados tenía al momento de aplicar el instrumento más de 32 días de internación.

El promedio de días de internación de los niños de la muestra, al momento de la entrevista, fue de 15 días.

**Distribución de la V. “Tiempo de internación del bebé” en las unidades de neonatología al momento de la entrevista medido en días.**



**Gráfico 6:** Distribución de la V. “Tiempo de internación del bebé” en las unidades de neonatología al momento de la entrevista medido en días.

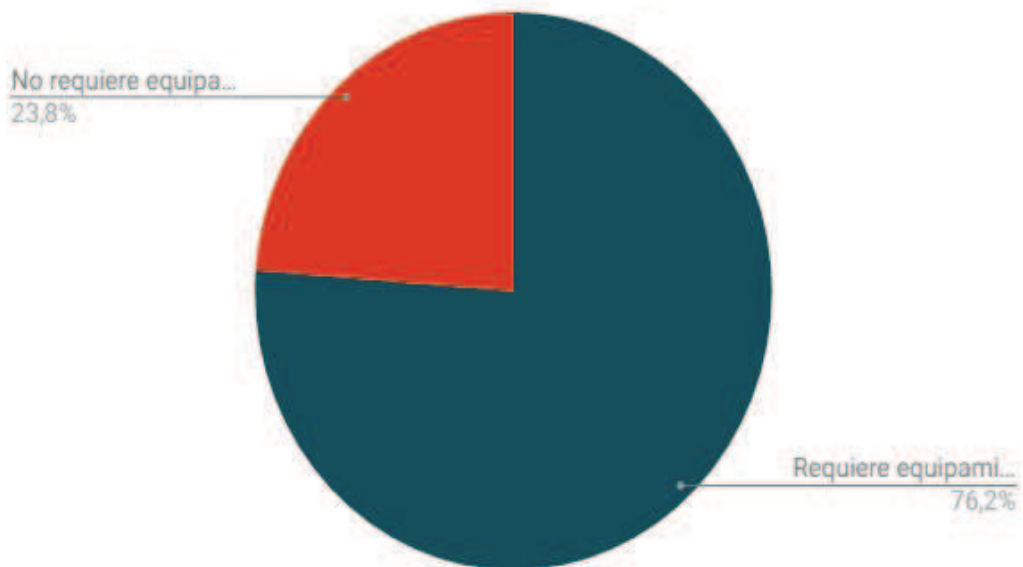
Días de internación	FA	FAc	FR	FRP
7	1	1	0,04	4,76%
08-12	8	9	0,38	38,10%
13-17	6	15	0,28	28,57%
18-22	5	20	0,23	23,81%
23-27	0	20	0,00	0,00%
28-32	1	21	0,04	4,76%
33-37	0	21	0,00	0,00%
38-42	0	21	0,00	0,00%
43-47	0	21	0,00	0,00%

48-52	0	21	0,00	0,00%
53 o más	0	21	0,00	0,00%
Promedio	14,89			
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>		<b>1</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 6:** *Distribución de la V. “Tiempo de internación del bebé” en las unidades de neonatología al momento de la entrevista medido en días.*

En cuanto al requerimiento de equipamiento de soporte vital, el gráfico y la tabla n° 7 muestra que el 76% de los niños lo requerían al momento de realizar la observación/entrevista, mientras que el 24% no lo requerían.

*Distribución de la necesidad de utilización de equipamiento de soporte vital de los niños internados en las unidades de neonatología.*



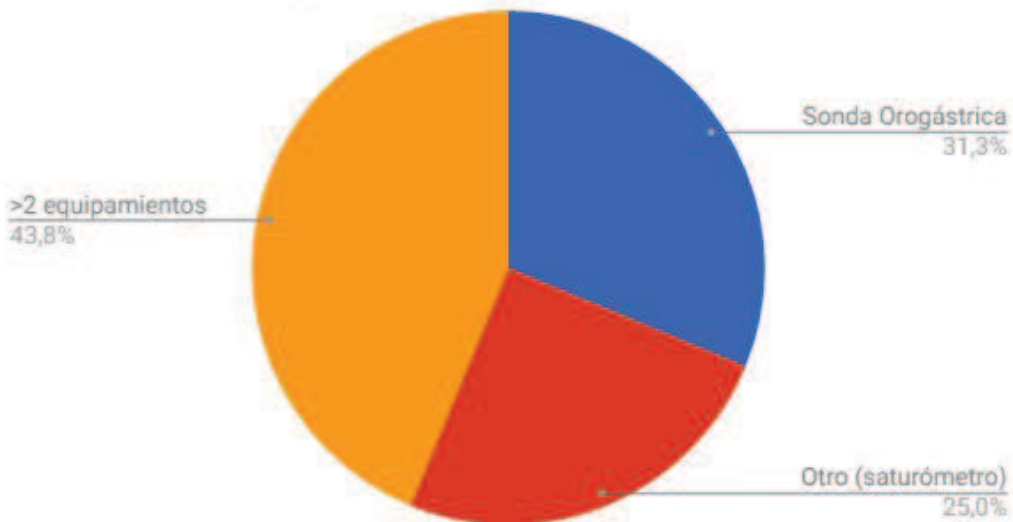
**Gráfico 7:** *Distribución de la necesidad de utilización de equipamiento de soporte vital de los niños internados en las unidades de neonatología.*

Requerimiento de equipamiento/sopORTE vital	FA	FR	FRP
Sí	16	0,76	76,19%
No	5	0,23	23,81%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Tabla 7:** Distribución de la necesidad de utilización de equipamiento de soporte vital de los niños internados en las unidades de neonatología.

Se observa en el gráfico y tabla n°8 que de aquellos que requerían soporte vital, el 43,75% utilizaban más de un equipamiento para su soporte vital, el 31,25% sólo requería sonda orogástrica y el 25% utilizaba sólo el saturómetro como equipamiento de soporte vital.

Distribución del tipo de equipamiento requerido por los niños internados en las unidades de neonatología.



**Gráfico 8:** Distribución del tipo de equipamiento requerido por los niños internados en las unidades de neonatología.

Tipo de equipamiento requerido	FA	FR	FRP
Sonda Orogástrica	5	0,31	31,25%
Otro (saturometro)	4	0,25	25%
>2 equipamientos	7	0,43	43,75%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**Tabla 8:** Distribución del tipo de equipamiento requerido por los niños internados en las unidades de neonatología.

El gráfico 9 muestra que el 47,61% de los niños observados se alimentaban a leche materna, mientras que el 28,57% lo hacía de forma mixta con leche materna y fórmula. Sólo el 23,8% se alimentaba únicamente con fórmula.



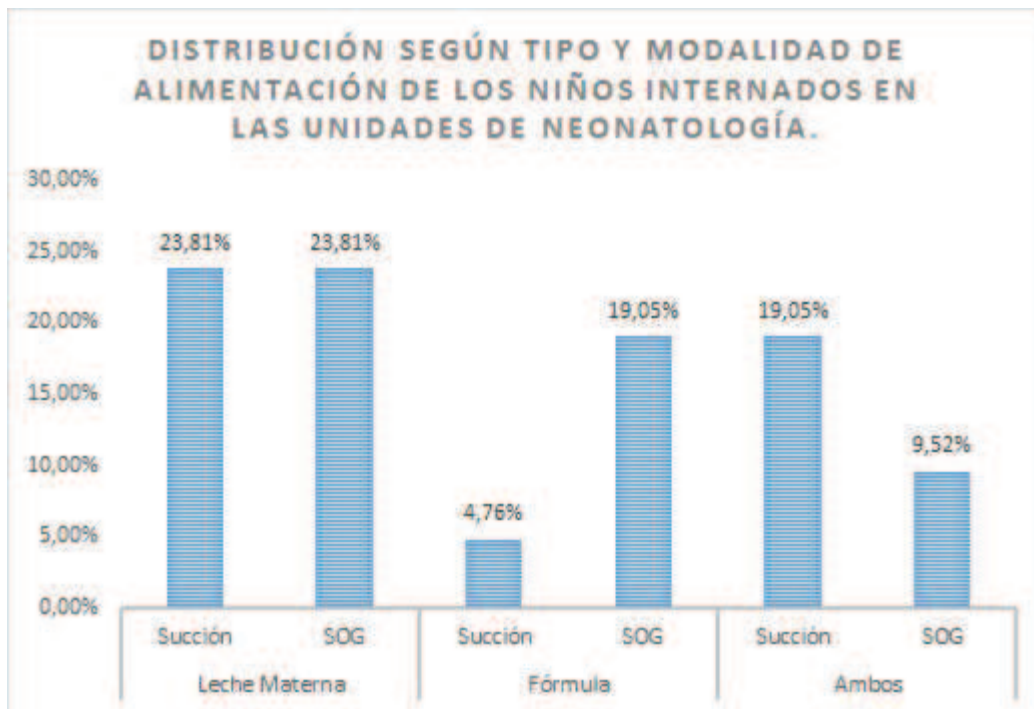
**Gráfico 9:** *Distribución del tipo de alimentación de los niños internados en las unidades de neonatología.*

En relación al medio de alimentación, en el gráfico 10 se observa que los niños internados en las unidades de cuidados neonatales que fueron observados, al momento del trabajo de campo, se alimentaban en un 47,6% a través de la succión y en un 47,62% a través de SOG. 4,8% de los niños utilizaba ambas modalidades de alimentación: SOG y succión. Ninguno de los niños observados utilizaba gastroclisis para su alimentación.



**Gráfico 10:** *Distribución del medio de alimentación de los bebés internados en las unidades de neonatología.*

Se entrecruzan los datos de los gráficos y tablas anteriores y se desarrolló el gráfico en relación al tipo y la modalidad de alimentación. El mismo porcentaje de niños se alimentaba con leche materna por succión y por SOG, este valor fue de 23,81%. En relación a los niños alimentados con fórmula el 19,05% de la muestra lo hacía por SOG, mientras que el 4,76% era por succión. De los niños que tomaban tanto leche materna como fórmula, el 19,05% lo hacía por succión y sólo el 9,52% lo hacía por SOG.

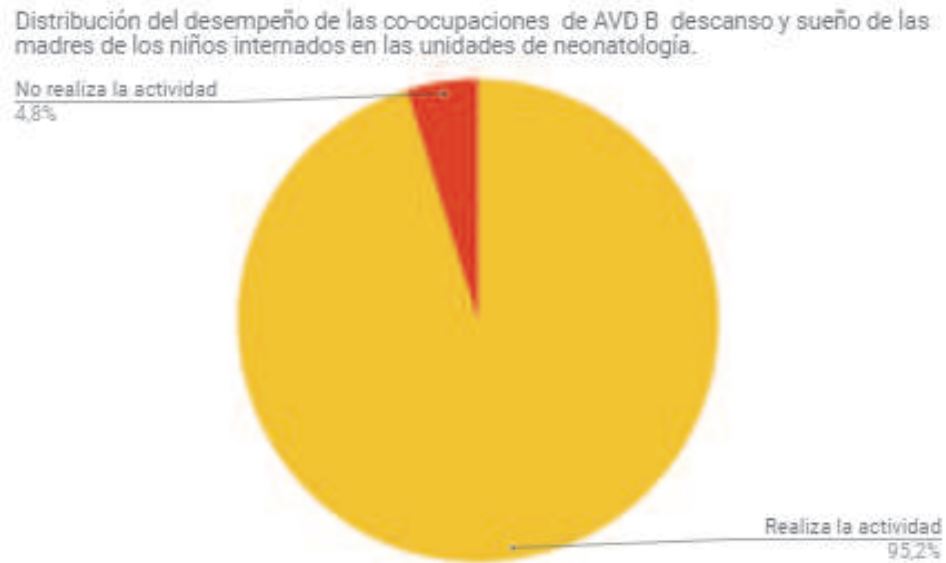


**Gráfico 11:** *Distribución según tipo y modalidad de alimentación de los niños internados en las unidades de neonatología.*

### **Análisis de los resultados para cumplir con los objetivos**

Para cumplir con el objetivo específico nº 1: *“Identificar las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño que las madres y los niños logran desempeñar en las unidades de neonatología”*, se realizó una síntesis de los valores obtenidos del ítem: “Co-ocupación” de la evaluación utilizada “Cuestionario volicional modificado”.

Se tuvieron en cuenta los datos obtenidos del ítem “realiza la actividad: completa/ incompleta/ no realiza” incluido en la evaluación “Cuestionario Volicional modificado” y se organizó la información en el gráfico 12. El 95,2% de las madres observadas realizaron al menos una co-ocupación. El 4,8% (1 sola madre) no realizó ninguna co-ocupación.

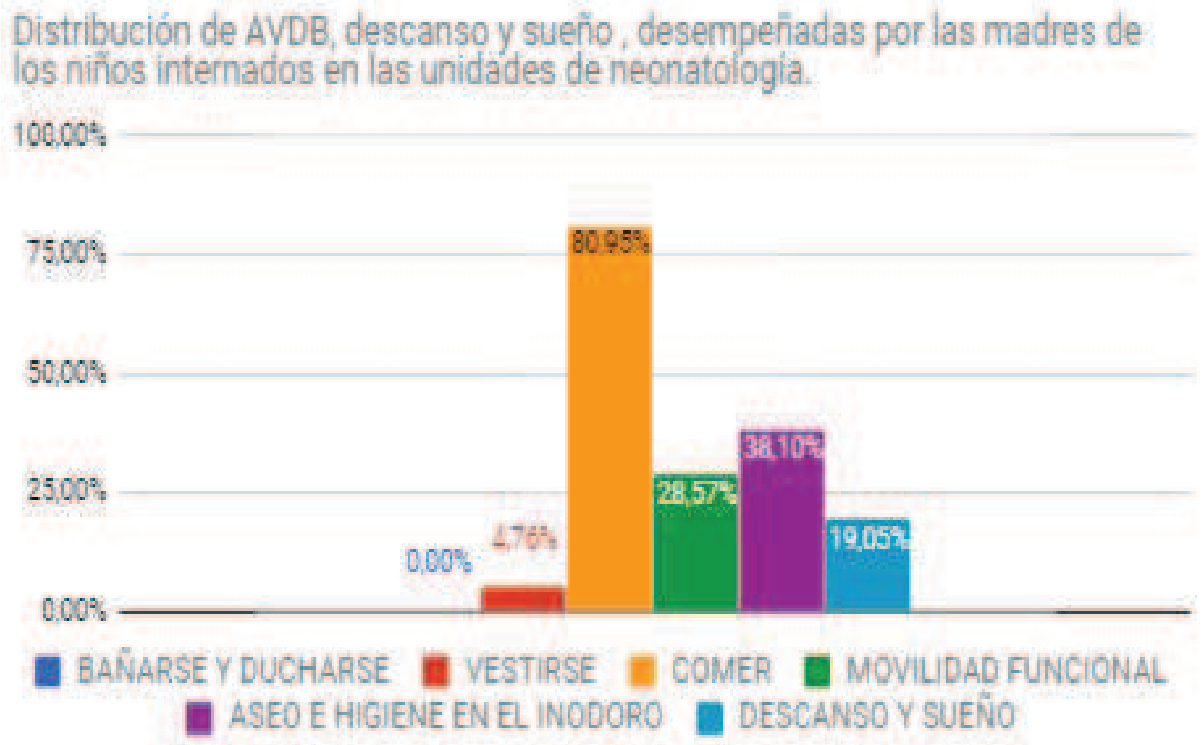


**Gráfico 12:** *Distribución del desempeño de las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.*

El 80,95% de las co-ocupaciones realizadas por las madres en las unidades de neonatología fue la de alimentación de su bebé. El 38,10% fueron actividades de aseo e higiene; el 28,57 % de movilidad funcional; el 19,05% actividades relacionadas al descanso y sueño; y el 4,76% actividades de vestido de su bebé.

Los resultados obtenidos se analizaron en función del total de las actividades realizadas por cada una de las madres, cabe que destacar que algunas madres realizaron más de una actividad.





**Gráfico 13:** Distribución de AVDB, descanso y sueño, desempeñadas por las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.

Para cumplir con los objetivos específicos n° 2 y 3 se analizaron los datos obtenidos de las preguntas n°9 y n°10 de la encuesta.

> “Identificar factores ambientales que interfieren negativamente en las co-ocupaciones de AVDB descanso y sueño, según las percepciones de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología”.

> “Identificar factores ambientales que interfieren positivamente en las co-ocupaciones de AVDB descanso y sueño, según las percepciones de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología”

Se alcanzaron los siguientes resultados:

### Influencia del equipamiento/soporte vital según percepción de las madres

El 57,1% de las madres consideró que la influencia del equipamiento/soporte vital no fue ni positiva ni negativa para el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

El 33,3% de las madres consideró que el equipamiento/soporte vital influyó de manera negativa durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

El 9,5% de las madres consideró que el equipamiento/vital influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

### Influencia de la presencia de profesionales según percepción de las madres

El 65% de las madres consideró que la presencia de otros profesionales influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

El 25% de las madres consideró que la presencia de profesionales durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño no fue positiva ni negativa.

El 10% de las madres consideró que la presencia de otros profesionales influyó de manera negativa durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

### Influencia de la presencia de otros padres según percepción de las madres

El 85,7% de las madres consideró que la presencia de otros padres durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño no fue positiva ni negativa.

El 9,5% de las madres consideró que la presencia de otros padres influyó de manera negativa durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

El 4,8% de las madres consideró que la presencia de otros padres influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

### Influencia de la presencia de luces y sonidos según percepción de las madres

El 57,1% de las madres consideró que la presencia de luces y sonidos durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño no influyó positiva ni negativamente.

El 42,9% de las madres consideró que la presencia de luces y sonidos influyó de manera negativa durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

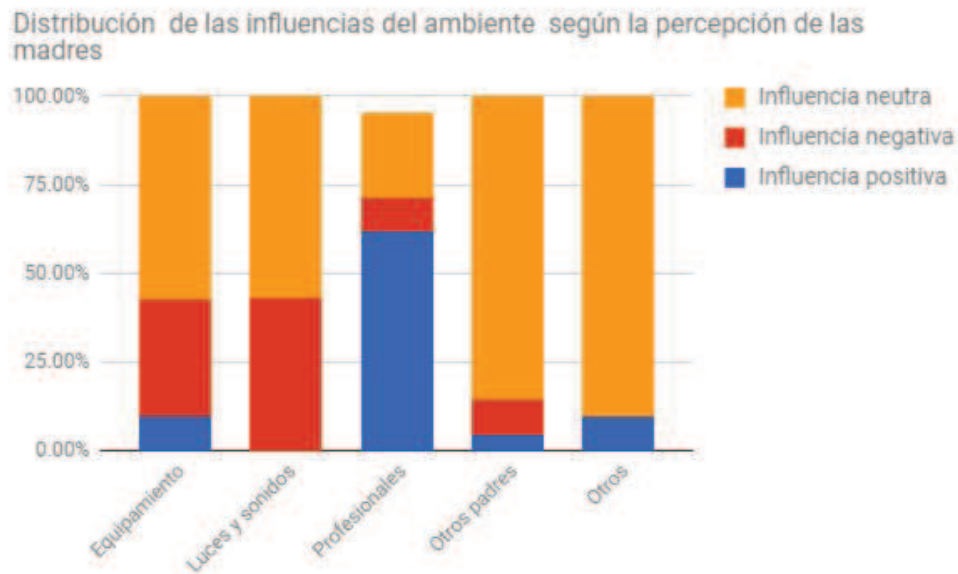
Ninguna madre consideró que la presencia de luces y sonidos influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

#### Influencia de otros factores según percepción de las madres

El 90,5% de las madres no consideraron que otros factores pudieran influenciar positiva ni negativamente durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

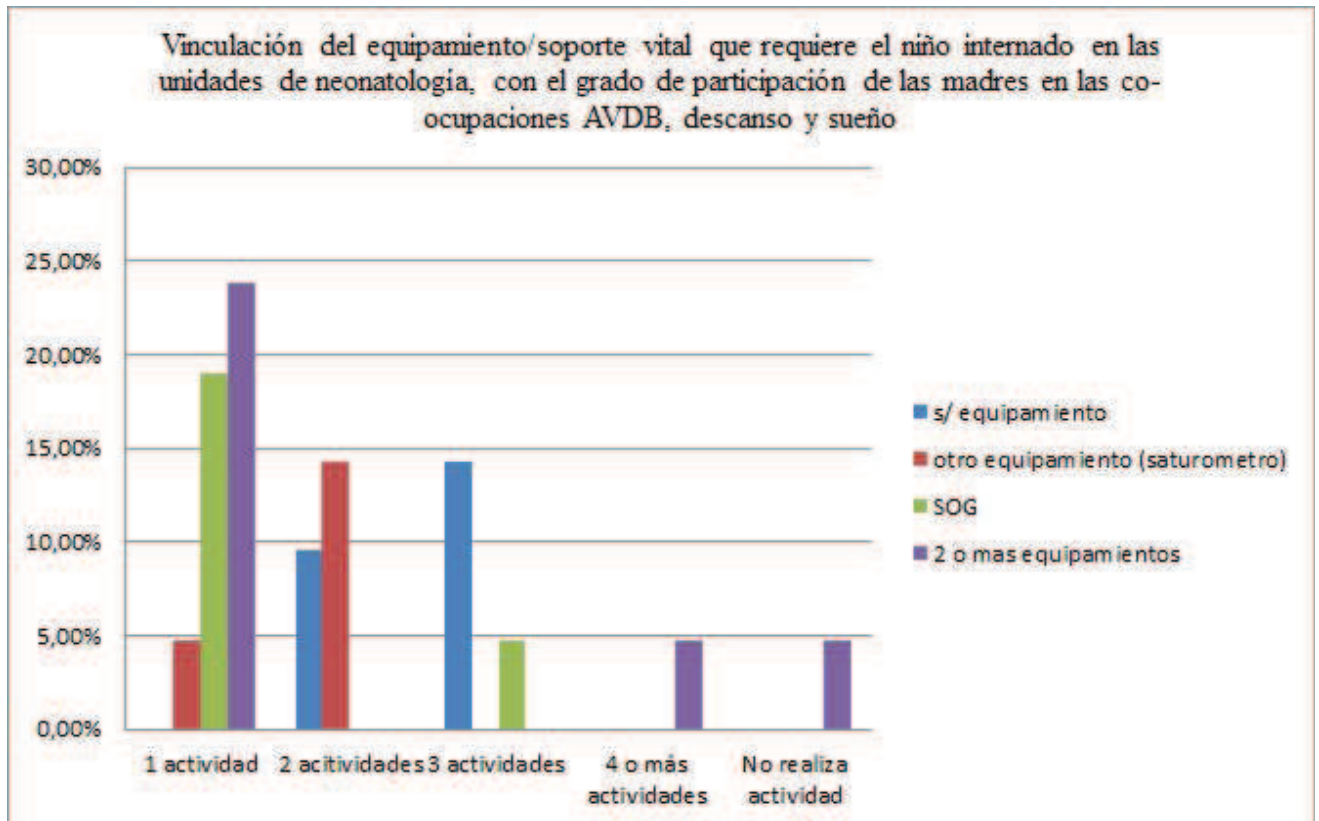
El 9,5% de las madres consideró que la presencia del padre del bebé influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

Ninguna madre consideró que otros factores pudieran influenciar negativamente durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.



**Gráfico 14:** *Distribución de las influencias del ambiente según la percepción de las madres.*

Para cumplir con el objetivo específico nº 4: “*Vincular el equipamiento/soporte vital que requiere el niño internado en las unidades de neonatología, con el grado de participación de las madres en las co-ocupaciones AVDB, descanso y sueño*”; se analizaron los datos obtenidos del entrecruzamiento de las variables 15 a 21: “requerimiento de equipamiento/soporte vital” con las variables 1 a 6 “Desempeño de co-ocupaciones”.



**Gráfico 15:** Vinculación del equipamiento/soporte vital que requiere el niño internado en las unidades de neonatología, con el grado de participación de las madres en las co-ocupaciones AVDB, descanso y sueño

	Desempeño de co ocupaciones				
<b>Necesidad de SOPORTE</b>	1 actividad	2 actividades	3 actividades	4 O MÁS actividades	No realiza actividad

VITAL															
	FA	FR	FRP	FA	FR	FRP	FA	FR	FRP	FA	FR	FRP	FA	FR	FRP
s/ equipamiento	0	0	0,00%	2	0,10	9,52%	3	0,143	14,29%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
SOG	4	0,19	19,05%	0	0	0,00%	1	0,05	4,76%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
2 o más equipamientos	5	0,24	23,81%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	1	0,048	4,76%	1	0,05	4,76%
otro equipamiento (saturometro)	1	0,05	4,76%	3	0,14	14,29%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
<b>TOTAL</b>															<b>21</b>

**Tabla 15:** Vinculación del equipamiento/soporte vital que requiere el niño internado en las unidades de neonatología, con el grado de participación de las madres en las co-ocupaciones AVDB, descanso y sueño

Se relacionó la cantidad de actividades en las que se observó involucrarse a la madre al momento de la observación, con el soporte vital que requería su niño.

El 4,6% de las madres no realizaron alguna actividad, los bebés de dichas madres requerían 2 o más equipamientos de soporte vital.

El 95,24% de las madres desempeñaron alguna co-ocupación. De dichas madres, el 47,62% de las madres desempeñaron una actividad; el 23,81% de las madres desempeñaron

dos actividades; el 19,05% de las madres desempeñaron tres actividades y el 4,76% de las madres desempeñaron cuatro o más actividades.

- Del total de dichas madres (95,24%):

23,81% eran madres que realizaron una sola actividad; y cuyos hijos requerían dos o más equipamientos de soporte vital.

19,05% eran madres que realizaron una sola actividad, y cuyos hijos utilizaban únicamente sonda orogástrica.

4,76% eran madres que realizaron una sola actividad y cuyos hijos utilizaban “otro equipamiento”.

14,29% estaba representado por madres que realizaron dos actividades y cuyos hijos requerían “otro equipamiento”.

9,52% eran madres que realizaron dos actividades y cuyos hijos no requerían uso de equipamiento de soporte vital.

14,29% eran madres que realizaron tres actividades y cuyos hijos no requerían uso de equipamiento de soporte vital.

4,76% eran madres que realizaron tres actividades y cuyos hijos utilizaban únicamente sonda orogástrica.

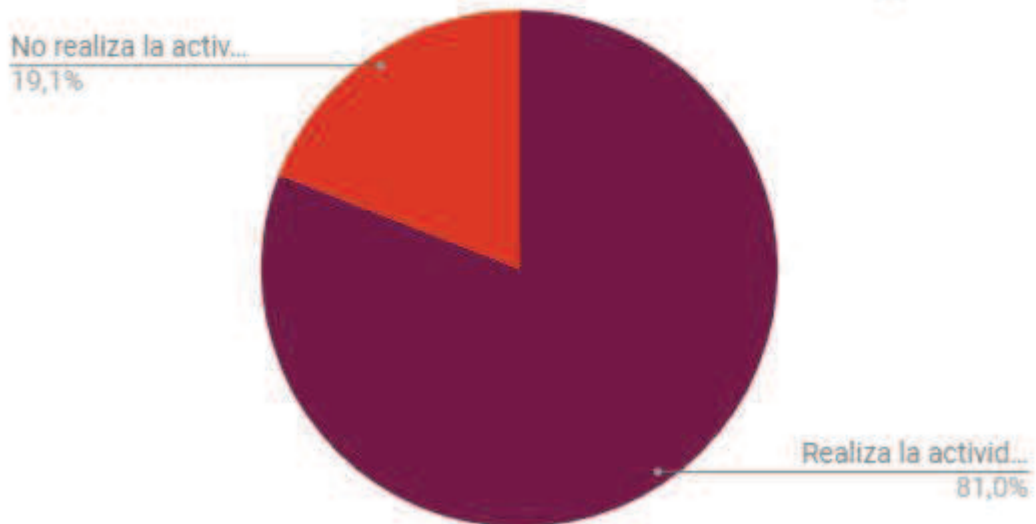
4,76% de las madres desempeñaron cuatro o más actividades, y sus hijos requerían dos o más equipamientos de soporte vital.

Para cumplir con el objetivo específico nº 5: “*Vincular la modalidad de alimentación que utiliza el niño internado en las unidades de neonatología, con la participación de la madre en la co-ocupación de AVDB de comer*” se analizaron los datos obtenidos del entrecruzamiento de las variables 23 a 28 “modos de alimentación del niño” con las variable 3.

Del total de las madres, el 80,95% participa en la actividad de alimentación de su bebé, realizándola de manera “completa”. El 19,5% restante no realiza esta actividad.

El 19,05% de las madres que no participan en esta co ocupación, de éstos un 4,76% está representado por madres cuyos hijos se alimentan con leche materna mediante sonda; 4,76% por madres cuyos hijos ingieren leche de fórmula por succión; mientras que el 9,52% restante por madres cuyos hijos se alimentan con leche de fórmula por sonda orogástrica.

Distribución de la participación en la actividad de alimentación de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.



**Gráfico 16:** Distribución de la participación en la actividad de alimentación de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología.

	Desempeño de co-ocupación comer	
Modo de alimentación	Sí	No



	FA	FR	FRP	FA	FR	FRP
leche materna por succión	5	0,24	23,81%	0	0	0,00%
leche materna por sog	4	0,19	19,05%	1	0,05	4,76%
leche materna por gastroclisis	0	0	0	0	0	0,00%
fórmula por succión	0	0	0	1	0,05	4,76%
fórmula por sog	2	0,10	9,52%	2	0,10	9,52%
fórmula por gastroclisis	0	0	0	0	0	0,00%
ambas succión	4	0,19	19,05%	0	0	0,00%
ambas sog	1	0,05	4,76%	0	0	0,00%
ambas gastroclisis	0	0	0	0	0	0,00%
ambas succión y sog	1	0,05	4,76%	0	0	0,00%
<b>TOTAL</b>						<b>21</b>

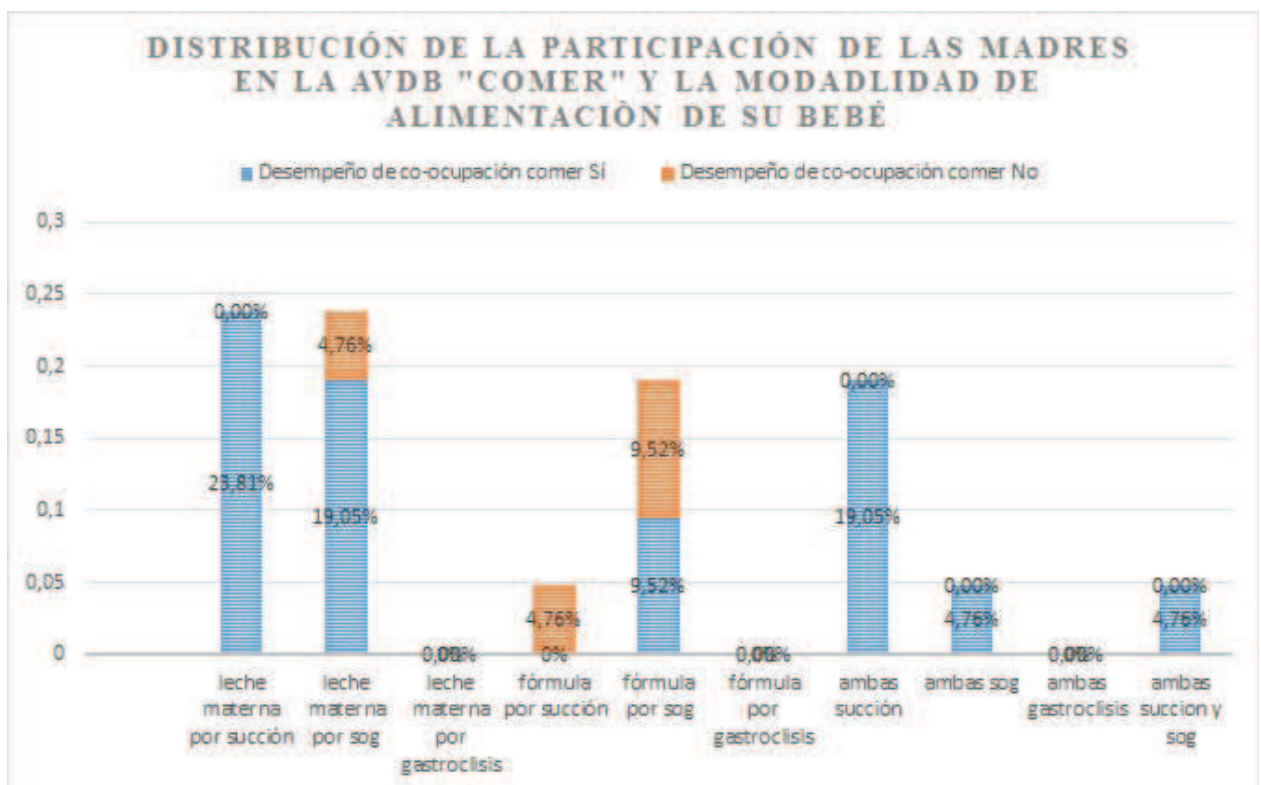
***Tabla 16:*** Distribución del desempeño de la co-ocupación “comer” con la modalidad de alimentación del niño internado.

Del total de las madres que desempeñan la co ocupación de “comer” (80,95%):

- el 23,81% está representado por madres cuyos hijos se alimentan con leche materna por succión.
- 19,05% por madres cuyos hijos se alimentan con leche materna por sonda orogástrica;

- 9,52% por madres cuyos hijos reciben leche de fórmula por sonda orogástrica.
- Otro 19,05% de las madres que desempeñan la actividad tienen hijos que ingieren leche materna y de fórmula por succión;
- 4,76% de las madres tienen hijos que ingieren ambos tipos de leche por sonda orogástrica;
- mientras que otro 4,76% tienen hijos que se alimentan con ambos tipos de leche, tanto por succión como por sonda.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de madres que participan en la co ocupación de alimentación está representado por madres cuyos hijos reciben leche de pecho (leche materna por succión).



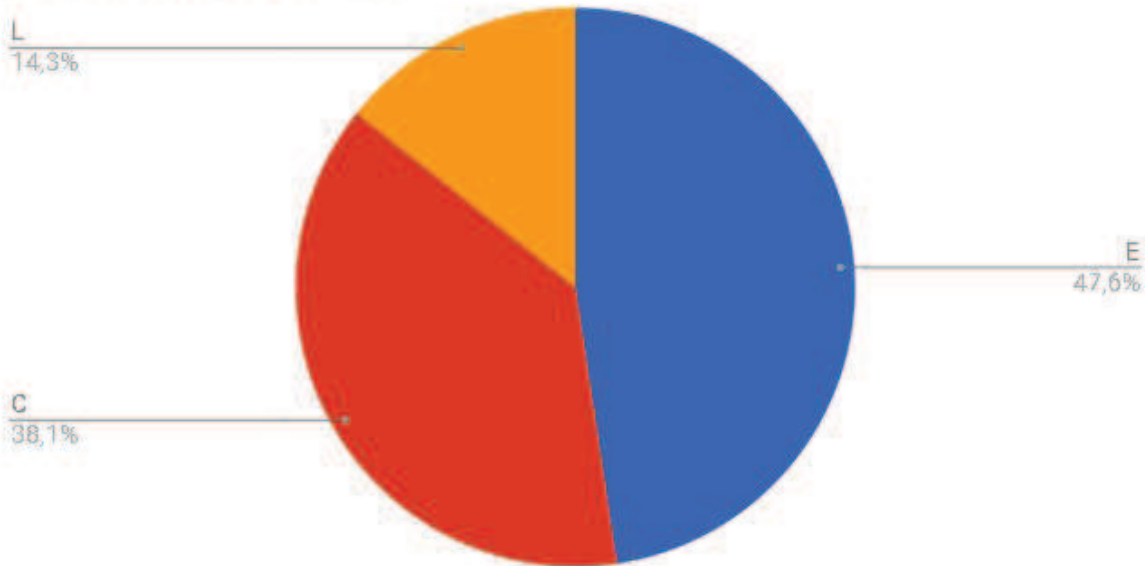
***Gráfico 17: Distribución de la participación de las madres en la AVDB “comer” y la modalidad de alimentación de su bebé.***

Para cumplir con el objetivo general *“Identificar y caracterizar el estadio volicional en el que se encuentran las madres de los niños internados en las unidades de neonatología, en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño”* se analizaron los datos obtenidos de la evaluación del Cuestionario Volicional Modificado.

A partir de la observación y caracterización del comportamiento de las madres de los niños internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martinez de Pacheco en el período enero-marzo 2017, durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño, se alcanzaron los siguientes resultados:

- El 47,6% de las madres de los niños internados en las unidades de cuidados intensivos neonatales se encontraron en el estadio exploratorio del continuo volicional.
- El 38,1% de las madres se encontraron en el estadio de competencia del continuo volicional.
- El 14,3% de las madres se encontraron en el estadio de logro del continuo volicional.

### ESTADIO DEL CONTINUO VOLICIONAL EN EL QUE SE ENCUENTRAN LAS MADRES DE LOS NIÑOS INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATALES



**Gráfico 18:** Estadio del continuo volicional en el que se encuentran las madres de los niños internados en las unidades de cuidados neonatales.

Los siguientes comportamientos, identificados durante las observaciones de las madres en el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño, reflejan acciones relacionadas al **estadio de exploración** del continuo volicional. Las detalladas a continuación fueron acciones realizadas de manera “espontánea” (categorizados según puntaje de la evaluación):

Se observó que las madres “mostraron curiosidad” a partir de las siguientes acciones:

- “se fija si el bebé hizo pis o caca (AeH)”
- “la niña llora, la madre la toma en brazos y la alimenta (c)”
- “la mamá se acerca a la cuna del bebé y se prepara para cambiarle los pañales (AeH)”
- “la mamá observa si el bebé se prende al pecho (c)”

- “la mamá pregunta la enfermera si puede darle de comer (c)”
- “mira a su bebé lo acaricia, y permanece a su lado mientras le pasa la leche por sonda (c)”.

El “inicio de acciones y tareas” se vio reflejado a través de los siguientes comportamientos:

- “se fija si el bebé hizo pis o caca (AeH)”
- “prepara los objetos para cambiarle el pañal al bebé (AeH)”
- “acomoda al bebé en su falda cuando se duerme (DyS)”
- “coloca al bebé en el pecho(c)”
- “lo levanta para que la médica lo ausculte (MF)”
- “le cambia el pañal (AeH)”
- “la mamá lo levanta y lo acomoda (MF)”
- “permanentemente al lado de su bebé observándola”
- “se fija si se hizo caca y lo saca de la cuna para cambiarlo (AeH)”
- “la mamá que acomoda la sábana a su bebé (DyS)”
- “la mamá prepara los objetos necesarios para darle la leche a su bebé por goteo (c) “
- “la mamá pone, y saca a su bebé de la cuna para alimentarla. Se para y la acuna, moviéndose para dormirla (MF)”
- “buena la mamadera, la prepara y luego la limpia (c)”
- “la mama se para, para acunar y dormir a su bebé (DyS)”
- “cuando bebé se duerme, la mamá lo acomoda sobre su falda (DyS)”.

El ítem “Intenta cosas nuevas” se observó cuando la mamá:

- “intenta despertar al bebé para seguir alimentándolo (c)”
- “cambia de pecho, prepara la mamadera (c)”
- “lo intenta despertar para continuar alimentándolo (c)”.

Se observó que las madres “mostraron que una actividad es especial o significativa” cuando la mamá:

- “acaricia al bebé, lo mira (DyS)”
- “todo el tiempo mira a su bebé y le sonrío”
- “habla con otras mamá sobre si su bebé se prende o no al pecho, si está tomando o no (c)”.

Algunas mamás mostraron curiosidad de manera “involucrada”:

- “pregunta a la enfermera si le da de comer (c)”
- “la enfermera le pregunta si el bebé hizo sus necesidades, y la mamá se fija y lo cambia”.

El siguiente comportamiento refleja cómo una mamá “muestra que una actividad es significativa o especial” de manera “dudosa”:

- “si bien fue la mamá la que se dio cuenta que había que cambiarle el pañal, fue el profesional quien la invitó a desempeñar la actividad (AeH)”.

El ítem anteriormente mencionado se observó también de manera “pasiva”:

- “si bien el profesional muestra distintas formas de realizar la actividad, la joven no se muestra interesada mientras la desempeña (MF)”

- “no se muestra conectada con la bebe. La misma se da vuelta mientras la cambia y la mama no hace nada al respecto. Realiza la actividad sin vincularse, aparentemente (AeH)”.
- “pareciera hacerlo sin interés, sin mirar al niño, solo hace la actividad (AeH)”.

Las acciones de las madres relacionadas al **estadio de competencia** del continuo volicional se detallan a continuación:

Las desempeñadas de manera “espontánea” fueron las siguientes.

Se observó a las madres “indicar objetivos”:

- “busca alimentar al bebé (c)”
- “busca agarrarla para darle de comer (MF)”
- “busca higienizar al bebé (AeH)”
- “la mamá coloca al bebé en la cuna para que siga durmiendo (MF)”.

Mostraron “permanecer involucradas” mediante las siguientes acciones:

- “interrumpe la actividad cuando la bebé aparenta no querer tomar más y luego vuelve a retomarla (c)”
- “luego de finalizada la actividad se queda observando a su bebé”.

Se observó “mostrar orgullo” cuando:

- “la madre se muestra muy contenta porque a su anteriores hijos no les había podido dar de mamar (c)”
- “la mama le habla a su bebé y le dije “¿Esta rica?” (c)”.

Se identificó a madres “tratando de resolver problemas”:

- “busca que el bebé se prenda al pecho, le dice “dale, chupá (c).”

- “higieniza a su bebé una vez, se queda junto a la cuna, y vuelve a higienizarlo (AeH)”.
- “la bebé ocasionalmente no se prende al pecho, la mamá la estimula para que agarre (c)”
- “la mamá le dice al bebé “dale, chupa”.

Algunos de estos comportamientos se vieron desempeñados de manera “involucrada”:

Se observó a las madres “Indica objetivos” cuando:

- “la mamá mueve a su bebé para cambiarla, alimentarla, y la acuna (MF)”

Se signó que “Permanece involucrado” cuando:

- “lo hace rápidamente (AeH)”
- “acomoda a su bebé en la cama, y luego acomoda sus sábanas”.

Se observó a la mamá “Trata de resolver problemas” cuando:

- “pide a la enfermera una jeringa ya que no la encuentra, para poder darle la leche a su bebé (c)”
- “consulta a la enfermera si debe seguir pasándole la leche que le quedó en la jeringa y la tira luego de que la enfermera se lo indica”.

Se signó “Trata de corregir errores” cuando:

- “la madre dice “ya se llenó” y la enfermera le contesta “ponelo en la otra teta, hacele provechito (c)”.

Las acciones que demostraron comportamientos correspondientes al **estadio de logro** se vieron reflejadas en las siguientes acciones:

“La madre realiza la actividad hasta completarla”:



- “lo acomoda hasta posicionarlo adecuadamente” (de manera “espontánea”).

La madre “Invierte energía, emoción, atención adicional”:

- “le habla y juega con el bebé aún cuando este está dormido (DyS)”
- “no se observa que la mamá del niño realice una de las AVDB, pero sí que se queda junto a la cuna de su bebé, le habla, le canta, por momento lo toca y apoya sobre la cuna distintos juguetes”.
- “mientras le cambia los pañales le habla a su bebé (AeH)”
- “mira a su bebé, la acaricia, le habla (MF)”
- “la mamá observa a su bebé y permanece junto a él (DyS)”
- “aún cuando el bebé se encuentra dormido, la mamá le habla e intenta jugar con él (DyS)”

La madre “busca responsabilidad adicional”:

- “Termina de darle el pecho, y busca una mamadera para seguir alimentando a su bebé (c)”.
- “la enfermera le pregunta si le dio la medicación y le indica que se lo de por boca (de manera “involucrada”)”.

La madre “busca desafíos”:

- “intenta volver a darle de comer luego de un rato aunque el bebé está medio dormido (c)”
- “la mamá busca higienizar a la bebé de manera correcta y colocarla los pañales adecuadamente (AeH)”.

Asignaturas Metodología de la Investigación– Lic. en Terapia Ocupacional UNSaM.

Prof. Adj. a cargo: Mariela Nabergoi. JTP: Natalia Spallato y J. Manuel Zorzoli,

ATP: Mariana Amaro y Florencia Itovich

Material de cátedra elaborado por: M.M. Bottinelli y equipo

---

## **CONCLUSIONES**

A continuación se detallan las conclusiones alcanzadas luego del análisis de los datos obtenidos a partir del trabajo de campo; describiendo los datos más relevantes y representativos.

Se desarrollan alcances y limitaciones del estudio. Se delimitan posibles líneas de profundización tanto teórica como metodológica, como también se proponen aportes para el desarrollo de la profesión.

### **En relación a los objetivos y lecturas posibles a la luz del marco teórico**

En relación a la caracterización de la muestra, casi el 60% (57,2) de las madres tenían entre 15 y 22 años al momento de la entrevista y ninguna de ellas era mayor de 38 años. Más de la mitad de las madres (57,14) tenía solo 1 hijo.

En cuanto a los niños, cerca del 90% (87,7) de los niños presentó como motivo para su internación una edad gestacional menor a 37 semanas. El promedio de internación de los niños fue de 15 días, siendo que casi el 40% (38,1) estaban internados hacía entre 8 y 12 días. Al momento de la observación/ entrevista, ninguno de los niños observados había estado internado más de 32 días. Asimismo, más del 80% (85) de los niños presentaba muy bajo peso y bajo peso al nacer, es decir entre 1000 y 2499 grs. El 76% de ellos requería, al momento de la entrevista, de algún tipo de soporte vital; y casi el 45% (43,8) de dichos niños requerían más de un equipamiento. En cuanto a su alimentación, cerca del 50% de los bebés se alimentaban con leche materna ya sea por succión o por SOG, y sólo el menor porcentaje (23,8%) se alimentaba únicamente con leche de fórmula.

En cuanto al objetivo de identificar las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño que las madres logran desempeñar, casi la totalidad de ellas (95,2) realizaron al momento de la observación al menos una actividad. De dichas actividades, la observada con mayor frecuencia fue la AVDB de comer (81%), seguido por aseo e higiene, movilidad funcional,

descanso y sueño y, por último, vestido. Ninguna de las madres desempeñó la AVDB de “bañarse, ducharse”.

Egan y Quiroga (2012) destacan que los factores ambientales presentes en las unidades de neonatología repercuten sobre el neurodesarrollo del niño y por ende sobre la interacción con sus padres. En ambos hospitales se observó presencia de sonidos de maquinarias, del personal (constante circulación de profesionales: médicos y enfermeros con mayor frecuencia; kinesióloga; psicóloga, trabajadora social y personal de limpieza ocasionalmente) y música. Se observó también presencia de luminosidad intensa e intermitencia entre los períodos de luz y oscuridad. En relación a ello, llamó particularmente la atención los resultados obtenidos en lo que respecta a la percepción de las madres sobre la influencia de los factores ambientales en el desempeño de co-ocupaciones: el 65% de las madres consideró, al momento de la entrevista, que la presencia de profesionales influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño, mencionando a la enfermera, la kinesióloga y los médicos como principales referentes. De las madres que mencionaron que otros factores ambientales eran positivos, coincidían en que la presencia del padre del bebé influyó de manera positiva durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño. El mayor porcentaje de madres, 57,1% y 85,7% respectivamente, consideró que la influencia del equipamiento/soporte vital y la presencia de otros padres no fue ni positiva ni negativa para el desempeño de co-ocupaciones. En cuanto a la presencia de luces y sonidos, si bien el 57,1% de las madres consideró que no influyó positiva ni negativamente, el 42,9% consideró que influía negativamente durante el desempeño de co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño.

En relación al objetivo de vincular la necesidad de equipamiento de soporte vital y el desempeño de co-ocupaciones, casi el 50% (47,62) de las madres desempeñó tan solo una actividad, de las cuales la mitad estaba representado por madres cuyos hijos requerían dos o más equipamientos de soporte vital. De las madres que realizaron 3 o más actividades, el 75% de ellas tenían bebés que no requerían equipamiento/ soporte vital.

Es notable que una de las madres realizó 4 actividades. Dicha madre no tenía ningún hijo previo (madre primeriza), pertenecía al grupo de madres que presentó menos de 22 años, su niño se encontraba en la terapia intermedia y requería más de dos equipamientos para su soporte vital. Si bien este porcentaje no resulta significativo sobre la muestra total, llama particularmente la atención ya que permite cuestionarse qué factores personales y ambientales favorecieron su desempeño. Los elementos presentes en el contexto, sumado a la cantidad de profesionales y la incertidumbre que produce la situación “puede intervenir con la vinculación madre-bebé como “obstáculo” o como “parte de”” (Galimberti, 2012). Como menciona Parraquini (2008), resulta importante destacar que el impacto del ambiente sobre cada individuo es resultante de la interacción entre las características de la persona y las particularidades del medio.

Según la revisión bibliográfica realizada se concluye que en el contexto de hospitalización se ve obstaculizada la interacción entre la madre y el niño y, con ello, el desarrollo de las co-ocupaciones. Sin embargo, dentro de la investigación los valores observados reflejan que casi el total de las madres desempeñaron al menos una co-ocupación, lo cual contrastaría lo expuesto por la teoría. A pesar de ello, se observó que la participación en co-ocupaciones no mostró una variabilidad en las actividades, siendo la actividad de alimentación la que mayor porcentaje representó; lo cual reflejaría lo mencionado por los autores en cuanto a las influencias del ambiente en la interacción madre-hijo. Esta situación nos permite reconocer que si bien el ambiente influye sobre el desempeño, también tienen una gran importancia las aptitudes y destrezas personales, así como las motivaciones y deseos.

En cuanto al objetivo de vincular la modalidad de alimentación con el desempeño de la co-ocupación “comer”, más del 80% de las madres participa en la co-ocupación realizándola de manera completa. La mayoría de dichas madres alimentaban a sus bebés con leche materna, por succión. De las madres que no desempeñaban la co-ocupación la mayor parte de los niños se alimentaba con leche de fórmula, ya sea por SOG o por succión. Con ello se articula lo mencionado por Gomes et al. (1997 en Dittz, 2006) quienes reconocen que las madres se sienten satisfechas por alimentar a sus hijos dándoles algo que es suyo. En

relación también a esto es interesante destacar que durante el trabajo de campo pudo observarse a una mamá muy emocionada por poder darle el pecho materno a su hijo internado, mencionando que a sus anteriores hijos no había logrado hacerlo.

En relación a lo anteriormente mencionado, se destaca que en ambas unidades de neonatología se observó que los profesionales promovían la lactancia materna (una de ellas contaba con puericultoras en su equipo de trabajo). Ello se vio reflejado en las intervenciones realizadas por los profesionales, quienes educaban y concientizaban a las madres en cómo y por qué era importante dicha práctica. Se observó también el uso de recursos visuales donde se explicaba e informaba sobre la importancia de la lactancia materna y su impacto sobre la salud y desarrollo del niño.

A partir del análisis de los datos obtenidos, se identificó que el mayor porcentaje de las madres observadas (47,6%) se encontraba en el estadio de exploración del continuo volicional; confirmando la hipótesis que llevó adelante la presente investigación: “*Las madres cuyos hijos están internados en las unidades de neonatología de los Hospitales Dr. Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena V. Martínez de Pacheco en el período enero-marzo 2017 se encuentran en el estadio de exploración del continuo volicional en co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño*”. Cabe destacar que cerca del 40% (38,1%) restante se encontró en el estadio de competencia del continuo volicional.

Según el MOHO la volición es el “proceso por el que las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden qué hacer” (Kielhofer, Forsyth y Barrett, 2008, pág. 212), el avance en el continuum volicional provee un “creciente sentido de capacidad y eficacia, una mayor atracción y satisfacción en el hacer, y un creciente potencial de otorgar y realizar valores en lo que uno hace” (De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y., 1998; pág. 7). Teniendo en cuenta que el estadio de exploración se caracteriza por intentar cosas nuevas y consecuentemente aprender acerca de las propias capacidades, preferencias y valores; se podría pensar que una madre primeriza, en cualquier ambiente y situación, está aprendiendo acerca de su rol y sus capacidades para desempeñarlo. Continuando con esta línea, según De

las Heras (2015) en este estadio hay despliegue de un deseo básico de interactuar con el ambiente y la posibilidad de experimentar placer al hacerlo, aunque la persona todavía presenta inseguridad acerca de su capacidad o interés. Es interesante pensar en la presentación de la mayoría de las madres observadas, quienes pudieron desarrollar alguna co-ocupación con su bebé lo que demuestra un deseo de interacción así como cierta inseguridad acerca de sus capacidades, sumado a un ambiente artificial, lo que no favorecía que puedan involucrarse completamente.

Teniendo en cuenta que cada sujeto presenta un desempeño particular influenciado por una multiplicidad de factores podría pensarse en diferentes grados de participación utilizando el concepto de “interacciones comportamentales” planteado por Oiberman (2008) (ya sea de forma visual, corporal o verbal). De esta manera podríamos pensar en interacciones comportamentales visuales cuando por ejemplo la madre “permanece al lado de su bebé observándola”, “todo el tiempo mira a su bebé y le sonrío”, “mira a su bebé lo acaricia, y permanece a su lado mientras le pasa la leche por sonda (c)”, “luego de finalizada la actividad se queda observando a su bebé”, “la mamá observa a su bebé y permanece junto a él (DyS)”. Se podría pensar en interacciones comportamentales de tipo corporal cuando por ejemplo la madre “lo acomoda hasta posicionarlo adecuadamente”, “acomoda a su bebé en la cama, y luego acomoda sus sábanas”, “la mamá coloca al bebé en la cuna para que siga durmiendo (MF)”, “coloca al bebé en el pecho(c)”. Y podría pensarse en interacciones comportamentales de tipo verbal cuando por ejemplo la madre “aún cuando el bebé se encuentra dormido, la mamá le habla e intenta jugar con él (DyS)”, “le habla y juguetea con el bebé aún cuando este está dormido (DyS)”. De esta misma manera podrían pensarse en modalidades de interacción múltiple, como visual y corporal “acaricia al bebé, lo mira (DyS)”, verbal y corporal “busca que el bebé se prenda al pecho, le dice “dale, chupá (c)”, entre otros.

Asimismo, dentro del indicador “*Muestra que una actividad es especial/significativa*”, que implica que la madre muestra, mediante expresiones verbales o no verbales, placer, satisfacción, y un sentido de realización personal al interactuar y/o realizar las actividades de cuidado del bebé. Siendo que considera el afecto que la persona

muestra, y no necesariamente requiere que la persona sea capaz de permanecer involucrada; podrían pensarse en la interacción visual de algunas madres.

La causalidad personal está relacionada a los pensamientos y sentimientos que una persona tiene en relación a sus capacidades, y la percepción de eficacia de estas para responder a las demandas ambientales, junto con los sentimientos de confianza e inseguridad al respecto. Los valores comprenden las ideas y compromisos que determinan la mirada de la persona respecto a lo que es importante y la forma adecuada del hacer. Los intereses son resultado de experiencias de placer y satisfacción en el hacer, su desarrollo está asociado a las oportunidades de participación en ocupaciones. (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2008). En el transcurso del trabajo de campo se pudo observar que las madres no recibían herramientas suficientes sobre cómo otorgar cuidados a su bebé. En algunos casos fue escaso el apoyo por parte de los profesionales (enfermeras, quienes estaban constantemente en las unidades de neonatología), quienes asistían a las madres cuando ellas lo solicitaban o cuando encontraban excesivas limitaciones en su desempeño. Los profesionales que mayores apoyos otorgaban asistían al servicio de neonatología solo una o dos veces por semana (kinesióloga en uno de los hospitales, y psicóloga en el otro).

Teniendo en cuenta que el sentido de competencia aumenta a medida que el cuidador pueda dar respuesta a las necesidades del bebé, surge el interrogante de cómo podrá aumentarlo si no logran interactuar con el niño, y si los facilitadores que provee el ambiente no son suficientes para aumentar los sentimientos de confianza y seguridad, las oportunidades de participación y satisfacción con el hacer, y con ello el sentido de competencia. A su vez, Sluckin (1990 en Dittz, 2006) plantea que las madres tienen mayor competencia si se les fue proporcionada las condiciones favorables. Sería interesante realizar un análisis más profundo e integral acerca de condiciones básicas sobre los cuales se desarrolla el sentido de competencia, teniendo en cuenta aspectos que repercuten en el mismo como el contexto, las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y las características de la persona.

Según Shelton, Jeppson, & Johnson, en Holloway (1994) son los profesionales



quienes deben proveer cuidados a los niños y brindar información a la familia. Es necesario repensar en el rol de los profesionales, desde una perspectiva de derechos y apelando a la posición activa de las familias, como facilitadores del empoderamiento de las familias, brindando información certera y acompañando los procesos subjetivos.

Delval, en Polonio López y Romero Ayuso, (2008) postula que durante la infancia y los primeros años de vida las AVDB requieren del cuidado otorgado por parte de un otro, es interesante poder pensar en que quienes brindan los cuidados a estos niños en gran parte son los profesionales (enfermeras). En ambos hospitales, cada enfermera tenía destinado la atención y cuidados de dos o tres bebés. Se los controlaba continuamente; rotándolos de posición para evitar escaras y cuidando de que el equipamiento funcione correctamente. Además llevaban un registro del suministro de alimentos, medicación, evacuación, peso, saturación, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, etc. La gran mayoría de las AVDB eran realizadas por las enfermeras.

Se podría pensar en quiénes desean y tiene la posibilidad de desempeñar el rol de cuidador, no sólo la madre, sino quizás el padre o un abuelo, y facilitar la adquisición y/o mantenimiento de ese rol. Durante el trabajo de campo se observó escasa presencia de los padres de los niños, sin embargo las madres lo resaltaron como una influencia positiva para su desempeño. También habría que pensar en la posibilidad de concurrencia y permanencia de otros familiares, abuelos, hermanos de los niños, dentro del dispositivo a modo de sostén del cuidador principal, que en su totalidad fue la madre. Cabe destacar que en ambos hospitales se permitía el acceso a otros familiares (tíos, hermanos y abuelos) solo una sola vez a la semana. Asimismo, la residencia que ofrecían los hospitales era solo para madres. Según lo observado, y lo relatado por las enfermeras del hospital Magdalena V. Martínez las madres que se hospedaban en la residencia acudían con mayor frecuencia a ver a sus niños, a diferencia de aquellas que no permanecían allí.

### **Alcances y limitaciones del estudio**

Se observaron limitaciones en relación a los instrumentos de evaluación utilizados.

En lo que respecta a la encuesta, se deberían haber tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Se deberían haber incluido dentro de la pregunta n°4 “¿Cuál es el motivo por el cual su bebé se encuentra internado?” las alternativas de respuesta: “bajo peso al nacer” y “dificultad para controlar la temperatura”.
- Se debería agregar dentro de la pregunta n°5 “¿Cuánto pesó su bebé al nacer?” la posible respuesta “otros” para aquellos bebés que tuvieran un peso que no se encuentre dentro de los parámetros detallados como alternativas de respuesta.
- La pregunta n°7 “¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos?” debería incluir también la posible respuesta “saturometro”, que la fue que se presentó en todas las oportunidades que se seleccionó “otros” como equipamiento requerido por el niño.
- Se debería haber agregado a la pregunta n°8 de la encuesta: “¿De qué manera se alimenta su bebé?” la alternativa de respuesta: “succión de mamadera” o “succión de pecho”.
- Las preguntas n°9 y n°10 “¿Considera que alguno de los siguientes aspectos presentes en la UCIN influyen positivamente/negativamente sobre la interacción con su hijo?” deberían incluir las alternativas de respuesta “ninguno”.

El cuanto al instrumento de observación utilizado: “Cuestionario Volicional Modificado”, se deja constancia que el mismo no resultó ser una herramienta suficientemente objetiva. No demostró ser un instrumento que cuente con categorías adecuadas de descripción y puntuación del desempeño de las madres, que permitan alcanzar conclusiones más certeras. Asimismo, el tiempo de observación que establecía el instrumento resultó ser limitado para la observación del desempeño de las madres.

Cabe destacar que la evaluación facilitó la metodología de recolección de datos para responder a los objetivos de la presente investigación.

### **Recomendaciones para posibles líneas de investigación y profundización**

Sería interesante pensar en la construcción de un instrumento cualitativo que permita describir los comportamientos ocupacionales de las madres durante el desempeño de co-ocupaciones de un modo más objetivo.

Sería interesante tener en cuenta aspectos como el tiempo de internación del bebé y el grado de participación de la madre en las co-ocupaciones. El entrecruzamiento de dichos aspectos podrían advertirnos el impacto que podría tener esta variable en el estadio de participación en el que la madre se encuentra. Más precisamente, podría considerarse qué sucede con el estadio volicional de las madres luego del mes de internación, teniendo en cuenta que el continuum propone un aumento de capacidad y habilidades luego de un tiempo de “exploración”.

Por otro lado, se considera que en una futura investigación o ampliación de la presente, debería tenerse en cuenta si la madre se encuentra en internación conjunta con su bebé. En relación con lo anteriormente mencionado, se debería considerar qué sucede con la rutina y roles con los que la mamá cuenta al momento de la internación de su niño.

Luego de realizar las observaciones, se propone incluir la actividad “administración de la medicación” como una de las co-ocupaciones de la infancia en niños hospitalizados o con situaciones de salud que así lo requieran.

### **Aportes para el desarrollo de la profesión**

A la luz de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta que dentro de las incumbencias de Terapia Ocupacional en neonatología, se incluye el de promover los roles de padre y de madre y el de brindar asesoramiento y asistencia a las familias en relación al desempeño de las AVDB, podría pensarse la importancia de incluir un profesional de esta disciplina como facilitador de aquellas experiencias y conocimientos necesarios para las

madres y familias en lo que refiere a la crianza, estimulación y salud de sus niños (Arellano y Vega, 2005). Más aún cuando dicho rol parental se encuentra modificado por el ambiente (American Occupational Therapy Association, 1993; Christiansen & Baum, 1991; en Anzalone, 1994). Kielhofner, Forsyth y Barrett (2008) mencionan que los roles otorgan identidad a la persona y sentido a las obligaciones que esta conlleva, ¿qué identidad de madres desarrollan estas madres? ¿Qué obligaciones tienen respecto a este bebé? *“El grado con el que las personas pueden sostener un patrón de hacer que represente su identidad ocupacional se denomina competencia ocupacional. Los dos elementos esenciales de la adaptación ocupacional implican la creación de una identidad ocupacional y la capacidad de presentar esta identidad en distintas circunstancias”* (Kielhofner, Forsyth y Barrett, 2005; pág. 215).

Otro aspecto que se debería tener en cuenta a la hora de pensar los procesos de intervención es ¿Qué pasa con la competencia de las madres en los cuidados del niño luego de su alta? ¿Cómo estas madres comienzan a consolidar nuevas formas de hacer? (De las Heras, 20015; pág. 40) ¿Cómo buscan alcanzar un desempeño adecuado a las expectativas de su rol? ¿Cómo continúa el proceso de afianzar habilidades presentes y lograr otras nuevas? (De las Heras, 20015).

Teniendo en cuenta, a su vez, que la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) plantea que el principal objetivo de TO es *capacitar a las personas para participar en las ocupaciones cotidianas* (Resolución 0603-MSGC-2010, pág. 3), podría pensarse el trabajo disciplinar posible en relación a la asesoría a las madres para favorecer su desempeño. Estas serían algunas de las posibles intervenciones de la disciplina dentro del área que fueron mencionadas en la relevancia como posibles contribuciones, así como el aporte científico para sustentar la importancia de la visión de un terapeuta en neonatología.

Aún queda un largo camino por recorrer en lo que respecta al desarrollo de la profesión en el ámbito de la neonatología. Es imprescindible el desarrollo de fundamentos

científicos que sustenten y justifiquen las incumbencias de la terapia ocupacional en dicho ámbito.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Adrados Díaz de Rada, M.J. (2008). En Polonio López, B., Ortega, M.C., Viana Moldes, I. “Terapia Ocupacional en la infancia. Teoría y Práctica”. Capítulo 17: “Unidades de Neonatología”. Edición Panamericana. 1ra. Edición.
- Almohalha L.; Ribeiro Guerra R, M. (2011). Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, V. 22, N°. 2, p. 117-126.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl . 1), S1– S48 . <http://dx .doi .org/10 .5014/ajot .2014 .682006>
- Anzalone, M.E. (1994). Occupational Therapy in Neonatology: What Is Our Ethical Responsibility?. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 48. N° 6. Pàg. 563-566.
- Arellano, V. M.; Vega, M. C. (2005). "Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. N°5.
- Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2° Edición. American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-638. Adaptación al español del documento por: Mercado Padín, R.; Ramírez Ríos, A. Publicación y divulgación: [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com).
- Avilés, C. (2010) “Terapia Ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur”. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol. 10, pág 9-20.

- Barrett, L.; Kielhofner, G. Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional. Willard & Spackman. 10ª edición. Capítulo 18. Pág. 209-230.
- Bottinelli, M. M. (2007) Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Ed., el autor.
- Caretto, V; Topolski, K, F.; McKinney Linkous, C.; Koontz Lowman, D.; McKeever Murphy, S. (2000). Current Parent Education on Infant Feeding in the Neonatal Intensive Care Unit: The Role of the Occupational Therapist. American Journal of Occupational Therapy. Vol 54. N°1. Pág. 59-63.
- Case-Smith, Jane (1987). An efficacy study of Occupational Therapy with high-risk neonates. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 42, N°8, pág. 499-506
- Chern, J. S.; Kielhofner, G.; De las Heras, C.G.; Magalhaes L. C. (1996). The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use. Vol. 50, N° 7. Pág. 516-525.
- Crepeau, Cohn, Schell. (2005). Willard y Spackman: “Terapia Ocupacional”. Capítulos 18 “Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional” Sección I y II (pág. 209-219) Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición.
- De las Heras de Pablo, C. (2015). “Modelo de Ocupación Humana” Parte 1: “Integración de la teoría y la práctica del Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Madrid. Ed. Síntesis.
- De las Heras, C.; Geist, R.; Kielhofner, G.; Li, Y. (1998). Manual de usuario del Cuestionario Volicional. Universidad de Illinois, Chicago. The Model of Occupational Therapy Clearinghouse Department of Occupational Therapy. College of applied health science. Obtenido el día 24 de marzo de 2016.

- De Rose, M. L. (2013). “Promoviendo el desarrollo del Ser Ocupacional desde el período neonatal”. TOG (A Coruña) [revista en internet] 10 (18): [13p]. Obtenido el 19 de marzo de 2016. Disponible en: [www.revistatog.com/num18/pdfs/caso1.pdf](http://www.revistatog.com/num18/pdfs/caso1.pdf)
- Dewire, A.; White, D.; Kanny, E.; Glass, R. (1996). Education and Training of Occupational Therapists for Neonatal Intensive Care Units. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 50, N° 7. Pág. 486-494.
- Díaz, C.N. (2012). Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales. Tesis de grado Lic. Terapia Ocupacional. Universidad Abierta Interamericana.
- Dittz E. S.; Cardoso de Melo, D. C.; Machado Pinheiro Z, A. (2006). A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. Revista Terapia Ocupacional Universidad São Paulo. Vol. 17, N° 1, Pág. 42-47.
- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 58. N° 5. Pág. 509–520.
- Egan, F.; Quiroga, A.; Chattás, G. (2012). Ciudadanos para el neurodesarrollo. Revista de Enfermería neonatal 003 (14) 4-14.
- Entrevista a Lic. Candela Casal realizada el día 15 mayo de 2016.
- Entrevista a Lic. Eugenia Muñoz realizada el día 5 de febrero de 2017.
- Farkas-Klein. (2007) “Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones” Revista de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica. Santiago, Chile. Mayo-Agosto; vol.7 (Nro. 2): pág. 457-467.
- Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales. [www.wfot.org.ar](http://www.wfot.org.ar)



- Fernández, P.; Cruz, N. (2006). Efectos del Ruido en Ambiente Hospitalario Neonatal. Neonatal. Cienc Trab; 8(20):65-73).
- Galimberti, M. (2012) Recién Nacido prematuro internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, estrés maternal y modelos de intervención. Revista de Psicología Cognitiva. Buenos Aires.
- Hamilton-Dodd, C.; Kawamoto, T.; Clark, F.; Burke, J.P.; Fanchiang, S.P. (1989). The Effects of a Maternal Preparation Program on Mother-Infant Pairs: A Pilot Study. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 43, N° 8. Pág. 513-521.
- Holloway, E. (1994). Parent and Occupational Therapist Collaboration in the Neonatal Intensive Care Unit. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 48. N° 6. Pág. 535- 538.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2004). Ley 25.929: Protección del embarazo y del recién nacido. Boletín Oficial 21 sept. N° 30489. Pág. 1. Obtenido el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805>
- Hunter (2001). “Neonatal Intensive Care Unit”. En: CASE-SMITH, “Occupational therapy for children” 4° edición. St. Louise, Missouri.
- Kielhofner, G. (2006) “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”. Capítulo 10 “Modelo de la Ocupación Humana” (pág. 147-170). Panamericana. 3ra. Edición.
- Larguía A., M., Lomuto, C., González, M. et.al. (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia. Buenos Aires.

- Martínez, J. C. “El contacto madre-hijo prematuro piel con piel. Un aporte a la moderna asistencia neonatal” en “Actualizaciones en perinatología”. Cátedra de Perinatología, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Hospital Materno-infantil “Ramón Sardá”. Vol. I N° 1 1991.
- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 306/2002. Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Obtenido el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/74680/norma.htm>.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2010). Resolución 0603.  
Programa de la Residencia de Terapia Ocupacional. Obtenido el 24 de marzo de 2016 desde: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/to.pdf>.
- Motta Robayo, C. L. (2014). Significado para la madre de su participación en el cuidado al neonato prematuro hospitalizado. Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Obtenido el día 6 abril de 2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43093/1/1075223245.2014.pdf>
- Nabergoi, Mariela y cols. (2010) Bibliotecas y lugares de consulta en Terapia Ocupacional”. Material preparado para el Seminario de Investigación en Terapia Ocupacional. Extensión Universitaria. Facultad de Psicología. UBA. 2003. Actualizado en Abril 2010. Mimeo.
- Novoa, J. M.; Milad, M.; Vivanco G.; Fabres J.; Ramírez R. (2009). Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Revista Chilena Pediatría; 80 (2): 168-187.

- Oiberman, A. (2008). Observando a los bebès: estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo. Lugar editorial. Capítulo 3. Pág. 67-76.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Born too soon: The global action report on preterm birth. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra. Disponible en: <http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Clasificacion-CIF.pdf>.
- Papalia, Diane. y otros. (2001). Desarrollo Humano. 8º edición. Colombia, Mc Graw Hill. Cap. 4. Pág. 107-147.
- Parra Falcón, F. M.; Moncada, Z.; Oviedo Soto, S. J.; Marquina Volcanes, M. (2009). Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. Index Enfermería Vol. 18, N° 1.
- Parraquin, L. (2008). Desempeño del Rol Materno en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Trabajo de investigación de Residencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Pizur-Barnekow, K. (2010). Maternal Health After the Birth of a Medically Complex Infant: Setting the Context for Evaluation of Co-Occupational Performance. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 64, N° 4. Pág. 642-649.
- Polonio López, B. y otros. (2008). “Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica”. Capítulo 8: Autonomía personal y actividades de la vida diaria. Ed.Médica Panamericana. Capítulo 8 y 17.
- Pose, G. (2004). Ser padres prematuros. Buenos Aires. Ed. El Candil. Pág. 41-99.

- Rabasa, C., Bossi, L., Santos, P., Rodríguez, S., Fariña, D. (2009) Accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alta complejidad en la Argentina. Scielo [Publicación en Internet] Arch. argent. pediatr. v.108 n.4 Buenos Aires jul./ago. 2010.
- Robinowicz, Evelina. (2012). “La organización psíquica y los vínculos primarios”. Revista Borromeo N° 3. Obtenido el 17 de marzo de 2016 desde <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Organizaci%C3%B3nps%C3%ADquicayv%C3%ADnculosRabinowicz.pdf>
- Rodolfo, M. “Los primeros tiempos de la vida”. Extraído el día 16 de marzo de 2016 [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/102\\_infanto\\_juvenil/material/primeros\\_tiempos\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/primeros_tiempos_de_la_vida.pdf).
- Rogers, J., Holm, M. (2005). Willard y Spackman: “Terapia Ocupacional”. Capítulo 24 “Evaluación de las áreas ocupacionales” Sección I (pág. 315-339) Ed. Médica Panamericana. 10ª Edición.
- Rubio, J.; Varas, J. (1999) El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación, Ed. CCS, Madrid.
- Samaja, Juan Alfonso (1993) Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. EUDEBA. Cap- I, III y IV.
- Schapira, I. T.; Aspres, N. (2004). Estrés en recién nacidos internados en las unidades de neonatología: propuesta para minimizar sus efectos. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá; 23 (3) 113-121.
- Schapira, I.; Parareda, V.; Coria, M. V.; Roy, E. (1994). Propuesta de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá., XIII, N° 3. 101-109.
- Schinitzler, E. (2011). Categorización de unidades o servicios de neonatología. Obtenido el

24 de marzo de 2016. Disponible en:

<http://www.itaes.org.ar/biblioteca/5-2011/ITAES-5-2011-ss-salud.pdf>.

- Scochi C.G.S.; Kokuday M.L.P.; Riul M.J.S.; Rossanez L.S.S.; Fonseca L.M.M.; Leite A.M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. Rev Latino-am Enfermagem. Vol. 11, N° 4. Pág. 539-43.
- Souza Minayo, María Cecilia de (coord); Ferreira Deslandes, Suely ; Cruz Neto, Octavio ; Gomes, Romeu (2003) Investigación social : teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Turner, A. (2003) En Turner, A., Foster, M., Johnson, S. “Terapia Ocupacional y disfunción Física. Principios, técnicas y práctica”. Capítulo 2 “La ocupación como terapia”. Editorial Elsevier. 5ta. Edición.
- Viegas Rech, V. (2004). El comportamiento neonatal de prematuros hospitalizados y la interacción con sus madres. Subjetividad y procesos cognitivos. 303-324.
- Winnicott, D. (1980). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires, Horné. Capítulo 2. Pág. 33-34.

## **ANEXOS**

**PLANILLA OBSERVACIÓN- CUESTIONARIO VOLICIONAL MODIFICADO**

Nombre  
Edad

Observador  
Co-ocupación

Fecha  
Planilla  
Tiempo de  
observación

DvS AeH MF C V ByD

Indicadores	Puntaje			Comentarios
	P	D	I E	
Muestra curiosidad	P	D	I E	
Inicia acciones/tareas	P	D	I E	
Intenta cosas nuevas	P	D	I E	
Muestra preferencias	P	D	I E	
Muestra que una actividad es especial o significativa	P	D	I E	
Indica objetivos	P	D	I E	
Permanece involucrado	P	D	I E	
Muestra orgullo	P	D	I E	
Trata de resolver problemas	P	D	I E	
Trata de corregir errores	P	D	I E	
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	P	D	I E	
Invierte energía/emoción/atención adicional	P	D	I E	
Busca responsabilidad adicional	P	D	I E	
Busca desafíos	P	D	I E	

NO REALIZA ACTIVIDAD
REALIZA ACTIVIDAD INCOMPLETA
REALIZA ACTIVIDAD COMPLETA

## **ENCUESTA PARA MADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

**N° de encuesta:**

**Encuestador:**

**Fecha:**

*Muchas gracias por participar en nuestra investigación “Estudio del estado volicional en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de madres cuyos hijos están internados en unidades de cuidados intensivos neonatales”. Le pedimos por favor que complete los siguientes datos:*

1. Edad \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es el sexo de su bebé?  
Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el motivo por el cual su bebé se encuentra internado? (*marque con una cruz la opción correcta*)
  - a. Su bebé ha nacido antes de las 37 semanas de embarazo.
  - b. Su bebé ha presentado complicaciones en el momento del parto.
  - c. Su bebé presentó enfermedades previas al parto.
  - d. Su bebé presentó alteraciones en el desarrollo de sus órganos
  - e. Otros, \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto peso su bebé al nacer?
  - a. Entre 2499 Grs. y 1500 grs. (Bajo Peso al Nacer)
  - b. Entre 1499 grs. y 1000 grs. (Muy Bajo Peso al Nacer)
  - c. Entre 999 grs. y 500 grs. (Extremo Bajo Peso al Nacer)
6. ¿Hace cuántos días su hijo/a está internado? \_\_\_\_\_ días
7. ¿Su hijo recibe asistencia a través de alguno de los siguientes equipamientos? (*marque*



***con una cruz la/s opción/es correcta/s)***

- a. Sonda orogástrica (SOG)
- b. Vía central o periférica
- c. Ventilación mecánica no invasiva (ARM)
- d. Bigotera con oxígeno
- e. Halo
- f. CPAP
- g. Otros, \_\_\_\_\_

**8. ¿De qué manera se alimenta su bebé? (marque con una cruz la opción correcta)**

8.1 Leche humana

8.1.1 succión

8.1.2 SOG

8.1.3 Gastroclisis

8.2 Formula

8.2.2 succión

8.2.2 SOG

8.2.3 Gastroclisis

**9. ¿Considera que alguno de los siguientes aspectos presentes en la UCIN influyen negativamente sobre la interacción con su hijo? (marque con una cruz la/s opción/es correcta/s)**

- a. Equipamiento necesario para el control de los niños/maquinarias.
- b. Presencia de luces y sonidos.
- c. Presencia de profesionales. ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_
- d. Presencia de otros padres.

e. Otros, \_\_\_\_\_

**10. ¿Considera que alguno de los siguientes aspectos presentes en la UCIN influyen positivamente sobre la interacción con su hijo? (marque con una cruz la/s opción/es correcta/s)**

a. Equipamiento necesario para el control de los niños/maquinarias.

b. Presencia de luces y sonidos.

c. Presencia de profesionales. ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

d. Presencia de otros padres.

e. Otros, \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: *“Estudio del estado volicional en relación a las co-ocupaciones de AVDB, descanso y sueño de madres cuyos hijos están internados en unidades de neonatología”*. Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme una hoja de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Estimado participante,

somos Julieta Jeroncich, Juliana Presa y Paula Símaro, graduadas de la Universidad Nacional de San Martín, que con el fin de la obtención de nuestro título profesional de Licenciadas, estamos realizando una investigación para conocer cuál es el estado volicional en el que se encuentran las madres cuyos hijos están internados en la unidades de neonatología de los hospitales Raúl F. Larcade de San Miguel y Magdalena F. Martínez de Pacheco” Para esta investigación es que solicitamos su valiosa participación, la misma consistirá permitírnos observar la interacción con su bebé dentro de las unidades de neonatología y en responder a una pequeña encuesta.

Su participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas, tanto lo consignado de la observación como la encuesta serán anónimas y confidenciales.

Ante inquietudes acerca del proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el estudio. No obstante, puede retirarse en cualquier momento sin que esto acarree prejuicio sobre su persona.

Si alguna situación durante la encuesta u observación le resulta incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber a las investigadoras, o en su defecto, de no responder.

Reconozco que la información que provea en el curso de la investigación, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Desde ya le agradecemos su participación.

He leído y comprendido los objetivos de la investigación.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este trabajo.

He recibido copia de este procedimiento.

Fecha:

Firma y aclaración del participante:

Firma y aclaración del investigador:

## **Procesamiento de los datos**

### **1. Procesamiento**

- a. **Numeración de planillas:** se consignó en la parte superior de la encuesta y de la evaluación de observación. Se consignó el mismo número a la encuesta y a la evaluación de observación que correspondan a una misma madre, a fin de unificar los datos de cada unidad de análisis.

### **CODIFICACIÓN:**

- V1- V6:
  - No realiza la actividad: se consignó el valor 3.
  - Realiza la actividad incompleta: se consignó el valor 2.
  - Realiza la actividad completa: se consignó el valor 1.
  
- V1: Participación en co-ocupaciones de baño y ducha se consignó el valor ByD.
- V2: Participación en co-ocupaciones de vestido se consignó el valor V.
- V3: Participación en co-ocupaciones de comer se consignó el valor C.
- V4: Participación en co-ocupaciones de movilidad funcional se consignó el valor MF.
- V5: Participación en co-ocupaciones de aseo e higiene se consignó el valor AeH.
- V6: Participación en co-ocupaciones de descanso y sueño se consignó el valor DyS.
- V7:
  - Estadío exploratorio: se consignó el valor E.
  - Estadío competencia: se consignó el valor C.
  - Estadío logro: se consignó el valor L.
    - D1-D14:
      - Espontáneo: se consignó la letra E.
      - Involucrado: se consignó la letra I

- Dudoso: se consignó la letra D.
- Pasivo: se consignó la letra P.
- No se observa: se consignó NO.
- V8-12:
  - Influencia positiva: se consignó el valor 1.
  - Influencia negativa: se consignó el valor 2.
  - No refiere influencia positiva ni negativa: se consignó el valor 3.
- V13:
  - Edad de la madre de 15 a 18 años: se consignó 1.
  - Edad de la madre de 19 a 22 años se consignó 2.
  - Edad de la madre de 23 a 26 años se consignó 3.
  - Edad de la madre de 27 a 30 años se consignó 4.
  - Edad de la madre de 31 a 34 años se consignó 5.
  - Edad de la madre de 35 a 38 años se consignó 6.
  - Edad de la madre de 39 a 41 años se consignó 7.
  - Edad de la madre de 42 a 45 años se consignó 8.
- V15- V21:
  - Requiere del soporte/equipamiento vital: se consignó el valor 1.
  - No requiere del soporte/ equipamiento vital: se consignó el valor 2.
- V23- V28:
  - Recibe ese modo de alimentación: se consignó el valor 1.
  - No recibe ese modo de alimentación: se consignó el valor 2.
- V29:
  - Se consignó F cuando el sexo sea femenino.
  - Se consignó M cuando el sexo sea masculino.
- V30:
  - Se consignó A si el motivo de internación es la edad gestacional inferior a un niño a término (37 semanas).
  - Se consignó B si el motivo de internación es la presentación de complicaciones perinatales.
  - Se consignó C si el motivo de internación es la presencia de patologías previas al parto.

- Se consignó D si el motivo de internación es el desarrollo y maduración esplácnico inferior a lo convencional para un niño a término.
- Se consignó E si el motivo de internación es la suma de dos o más motivos anteriormente mencionados.
- Se consignó F si el motivo de internación es otro.
- V31:
  - Entre 2499 y 1500 gramos: se consignó el valor BP.
  - Entre 1499 y 1000 gramos: se consignó el valor MBP.
  - Entre 999 y 500 gramos: se consignó el valor EBP.

### **TRADUCCIÓN:**

- V13: Se realizó una traducción del valor de la pregunta 1 de la encuesta “edad” al intervalo de la escala de valor que corresponda.
- V14: Se realizó una traducción del valor de la pregunta 2 de la encuesta “cuántos hijos tiene” a la cantidad de hijos que tiene además del niño internado.
- V22: Se realizó una traducción del valor de la pregunta 6 de la encuesta “cantidad de días que su hijo está internado” al intervalo que corresponda.
- V30: Se realizó la siguiente traducción correspondiente a la pregunta 4 de la encuesta:
  - Se consignó que el motivo de internación es la edad gestacional inferior a un niño a término (37 semanas) cuando la madre indique que su bebé ha nacido antes de las 37 semanas de embarazo.
  - Se consignó que el motivo de internación es la presencia de complicaciones perinatales cuando la madre indique presentación de complicaciones al momento del parto.

- Se consignó que el motivo de internación es la presencia de patologías previas al parto cuando la madre indique presencia de enfermedades previas al parto.
  - Se consignó desarrollo y maduración esplácnico inferior a lo convencional para un niño a término si la madre indica que el motivo de internación es la presencia de alteraciones en el desarrollo de los órganos.
  - Se consignó dos o más motivos de internación si la madre indica más de un motivo de internación.
  - Se consignó otros si el motivo de internación es otro.
- V31: Se hizo la siguiente traducción correspondiente a la pregunta 5 de la encuesta:
    - Se consignó “Bajo peso al nacer” si la madre refiere que su niño peso entre 2499 y 1500 gr.
    - Se consignó “Muy bajo peso al nacer” si la madre refiere que su niño peso entre 1499 y 1000gr.
    - Se consignó “Extremo bajo peso al nacer” si la madre refiere que su niño peso entre 999 y 500gr.

### **TABULACIÓN**

- Se tabularon las dimensiones de la variable 7 (V7) en una matriz periférica para obtener el valor de la misma:
  - D1-D5: En el caso de que el valor de estas dimensiones fue Espontáneo, Involucrado o Dudoso se consignó estadio de exploración. Si la madre obtuvo estos valores en actitudes correspondientes al estadio de competencia o de logro, se consignó el nivel más alto. En caso de que el valor de la dimensión fue pasivo o no se observó, no se consignó que la madre esté en el estadio exploratorio.
  - D6-D10: En caso de que el valor de estas dimensiones fue Espontáneo, Involucrado o Dudoso se consignó estadio de competencia. Si la madre obtuvo estos valores en actitudes correspondientes al estadio de competencia



o de logro, se consignó el nivel más alto. En caso de que el valor de la dimensión fue pasivo o no se observó, no se consignó que la madre esté en el estadio competencia.

- o D11-D14: En caso de que el valor de estas dimensiones fue Espontáneo, Involucrado o Dudoso se consignó estadio de logro. En caso de que el valor de la dimensión fue pasivo o no se observó, no se consignó que la madre esté en el estadio logro.
- Se tabularon los factores ambientales en una matriz periférica y se consignaron los datos obtenidos de las preguntas 9 y 10 de la encuesta (obteniendo el dato de influencia positiva o negativa) para obtener el nuevo valor “no refiere influencia positiva ni negativa”.

## **TRABAJO DE CAMPO**