



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL**



INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE COUVADE

AUTORES:

Br. Bottino, Yeshica
Br. Galilea, Paola
Br. Leiza, Pamela
Br. Magnone, Lucía
Br. Oroz, Bettina

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 1
Introducción.....	Pág. 2
Metodología.....	Pág. 3
Resultados.....	Pág. 4
- Distribución según Síndrome de Couvade.....	Pág. 6
- Distribución según síntomas psicológicos del Síndrome de Couvade.....	Pág. 7
- Distribución según signos y síntomas físicos del Síndrome de Couvade.....	Pág. 9
- Distribución según las combinaciones de signos y síntomas del Síndrome de Couvade.....	Pág. 11
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la edad.....	Pág. 13
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación al nivel de instrucción.....	Pág. 14
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la ocupación.....	Pág. 16
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la situación de pareja.....	Pág. 17

- Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la paternidad previa.....	Pág. 18
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación al embarazo planificado.....	Pág. 19
- Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la participación del padre en el embarazo.....	Pág. 20
Discusión.....	Pág. 21
Conclusión.....	Pág. 25
Sugerencias.....	Pág. 26
Comentarios.....	Pág. 27
Anexos.....	Pág. 28

RESUMEN

Para determinar la incidencia del Síndrome de Couvade se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, tomando como universo los padres de los recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA), en el período comprendido entre el 24 de noviembre y el 30 de diciembre de 2011. La muestra fue de 46 padres que cumplieron los criterios de inclusión a los que se les realizó una entrevista, previo consentimiento informado.

Se planteó como objetivo general determinar la incidencia del síndrome en ésta población; y como objetivos específicos caracterizarla, e identificar la presencia de signos y síntomas del síndrome. Para éste último se utilizó la variable Síndrome de Couvade, considerando la existencia del mismo cuando el padre presentó cinco o más signos o síntomas.

Los principales resultados muestran que el 95,6% presentó al menos un signo o síntoma, y la incidencia del Síndrome de Couvade fue del 43,5%. Los signos y síntomas más frecuentes en los padres que lo presentaron fueron: ansiedad (90%), irritabilidad (65%), trastornos del sueño (65%), tensión (65%), cefaleas (55%), aumento de peso (55%), dificultad en la concentración (50%) y aumento del apetito (50%). Al observar las combinaciones de estos signos y síntomas, se encuentra que los psicológicos se manifiestan de manera más frecuente en forma conjunta.

Palabras claves: embarazo, hombre, Síndrome de Couvade.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, como requisito para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería.

Este estudio es cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. En el mismo se determina la incidencia del Síndrome de Couvade en los padres de los recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del H.C.F.F.AA en el periodo comprendido desde el 24 de noviembre al 30 de diciembre de 2011.

El Síndrome de Couvade, se trata de una serie de signos y síntomas físicos y psicológicos que son experimentados por el futuro padre y que desaparecen casi inmediatamente después del nacimiento de su hijo. La incidencia mundial del síndrome es muy variable, y está descrita en varios estudios con referencia epidemiológica, encontrándose entre 11% y 97% (Brennan, 2007).

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la incidencia del Síndrome de Couvade en la población de estudio. Como objetivos específicos se planteó caracterizar la población y determinar la presencia de signos y síntomas.

Para cumplir con el objetivo propuesto se realizaron entrevistas con previo consentimiento, en las cuales se indagó la variable Síndrome de Couvade que determina la existencia del mismo cuando el padre presentó al menos cinco signos o síntomas de veinte consultados.

METODOLOGÍA

La presente investigación se titula: "Incidencia del Síndrome de Couvade", y tiene como pregunta problema ¿Cuál es la incidencia del Síndrome de Couvade en aquellos padres de recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del H.C.FF.AA en el periodo comprendido desde el 24 de noviembre al 30 de diciembre del 2011? Se tomó como universo a estos padres, y se obtuvo una muestra de 46, siendo la unidad de análisis padres de recién nacidos.

Se utilizó una fuente de datos primaria, empleando como instrumento de recolección de información una entrevista estructurada elaborada por el grupo investigador.

Para garantizar las normas éticas se solicitó autorización al Director Técnico y al Jefe del Departamento de Enfermería del H.C.FF.AA, seguidamente se obtuvo entrevista con el Comité de Ética y Científico de dicha institución. Posteriormente se llevó a cabo la recolección de datos mediante la realización de entrevistas confidenciales con previo consentimiento informado (ver anexos N° 1 y 2 del proyecto).

RESULTADOS

Para determinar la incidencia del Síndrome de Couvade, se tomó una muestra de 46 padres, caracterizados de la siguiente manera (ver anexo N° 1):

En relación a la edad, el 58,7% tiene entre 26 y 50 años, seguido por el 34,8% entre 20 y 25 años y el 6,5% entre 14 y 19 años, no encontrando ninguno mayor de 51 años.

La mayoría de los padres, un 30,4% tienen secundaria incompleta, siguiéndole un 26,1% con primaria completa, 10,9% secundaria completa y con el mismo porcentaje escuela técnica incompleta. El 8,7% tienen escuela técnica completa, un 6,5% terciaria incompleta, 4,4% terciaria completa y 2,2% primaria incompleta, no encontrándose ningún padre analfabeto.

En lo que respecta a la ocupación, un 91,3% cuentan con trabajo estable, un 4,4% son estudiantes, encontrándose con el mismo porcentaje, 2,2%, jubilados y desocupados.

En cuanto a la situación de pareja, el 91,3% se encuentra en pareja y a su vez conviven, 6,5% son pareja y no conviven y el 2,6% no son pareja ni conviven.

El mayor porcentaje de los padres, 52,8% tienen hijos previos, mientras que el 47,8% no tienen.

Acerca de la planificación del embarazo, el 60,9% lo había planificado y el 39,1% no lo había hecho.

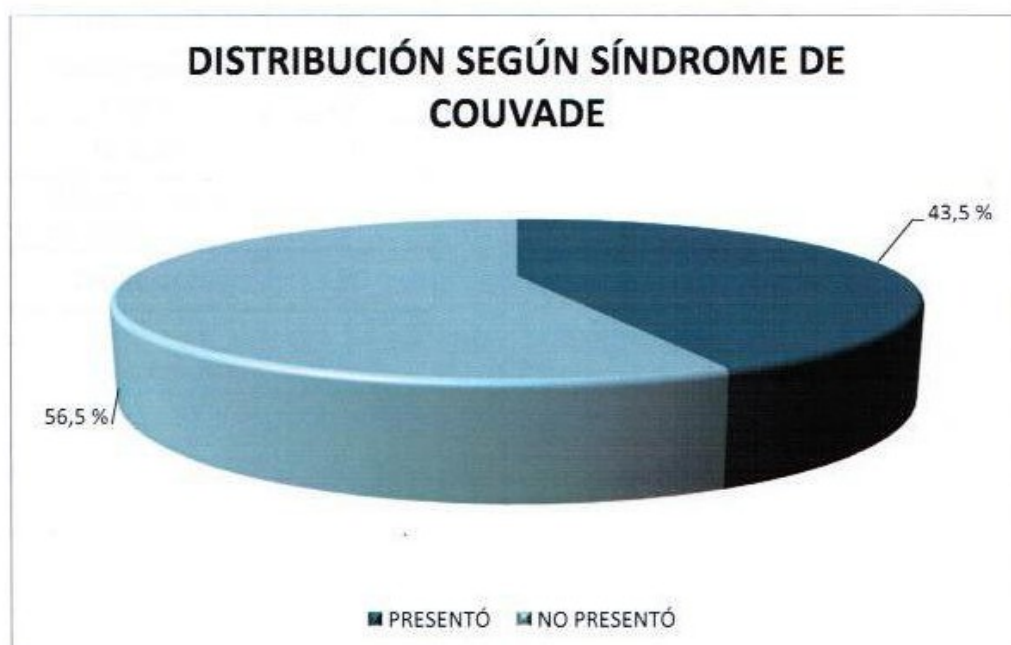
Relacionado a la participación del padre en el embarazo, el 67,4% fue muy participativo, el 28,3% medianamente participativo y el 4,4% poco participativo.

En cuanto a la variable Síndrome de Couvade, se determinó que el 95,6 % de los padres entrevistados presentó al menos un signo o síntoma. La incidencia del Síndrome de Couvade es del 43,5%, que corresponde a 20 padres que presentaron cinco o más signos o síntomas, lo cual está representado en el siguiente gráfico.

TABLA N° 1. Distribución según Síndrome de Couvade.

SINDROME DE COUVADE	FR %
Presentó	43,5
No presentó	56,5
TOTAL	100

GRÁFICO N° 1.

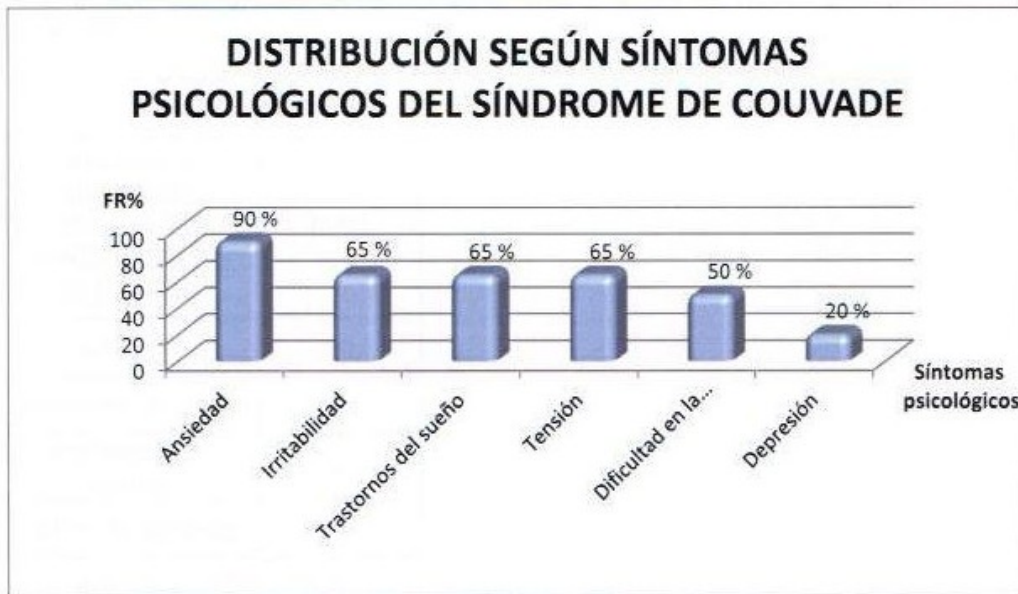


Fuente: Entrevistas realizadas por grupo investigador para trabajo final de investigación (T.F.I), incidencia del Síndrome de Couvade.

TABLA N° 2. Distribución según síntomas psicológicos del Síndrome de Couvade.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE COUVADE	FR%
Ansiedad	90
Irritabilidad	65
Trastornos del sueño	65
Tensión	65
Dificultad en la concentración	50
Depresión	20

GRÁFICO N°2.



Fuente: misma fuente.

Debido a que los padres pueden presentar más de un síntoma el N de este gráfico es el número total de síntomas psicológicos que presentaron los padres con Síndrome de Couvade.

TABLA N° 3. Distribución según signos y síntomas físicos del Síndrome de Couvade

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS DEL SÍNDROME DE COUVADE	FR%
Cefalea	55
Aumento de peso	55
Aumento del apetito	50
Dolor de espalda	40
Vómitos	30
Dolor abdominal	30
Distensión abdominal	30
Dolor en miembros inferiores	30
Nauseas	25
Disminución de peso	20
Diarrea	15
Disminución del apetito	15
Dolor dental	15
Otros	10
Constipación	5

GRÁFICO N° 3.



Fuente: misma fuente.

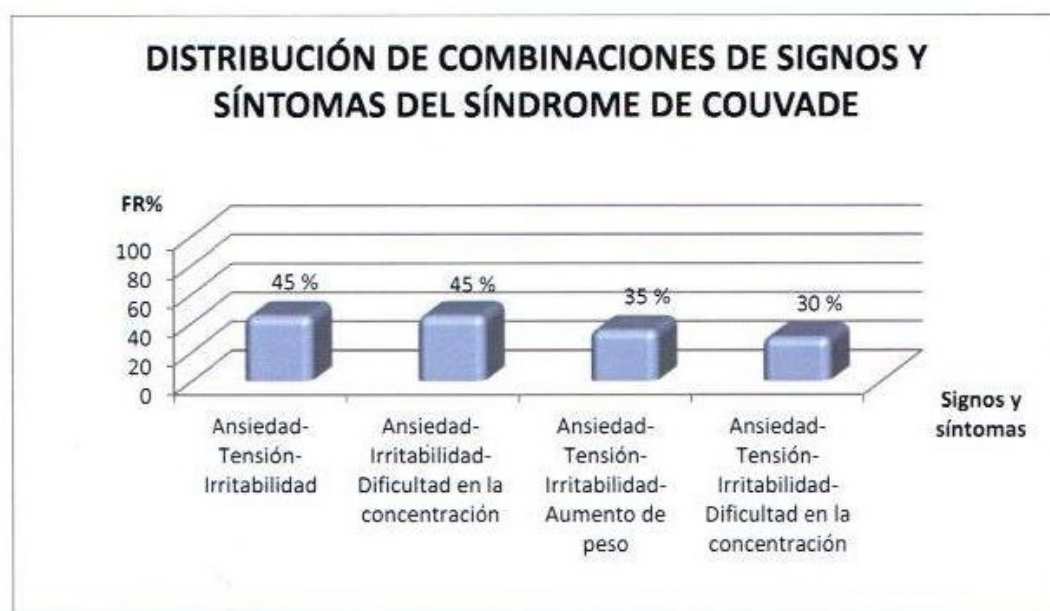
Como en el gráfico anterior, el N es el número total de signos y síntomas psicológicos que presentaron los padres con Síndrome de Couvade.

De estos dos últimos gráficos se desprende que de los padres que presentaron el Síndrome de Couvade, los signos y síntomas de mayor frecuencia son: ansiedad (90%), irritabilidad (65%), trastornos del sueño (65%), tensión (65%), cefaleas (55%), aumento de peso (55%), dificultad en la concentración (50%) y aumento del apetito (50%).

TABLA N° 4. Distribución según combinaciones de signos y síntomas del Síndrome de Couvade.

COMBINACIONES DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE COUVADE	FR%
Ansiedad- Tensión- Irritabilidad	45
Ansiedad- Irritabilidad- Dificultad en la concentración	45
Ansiedad- Tensión- Irritabilidad- Aumento de peso	35
Ansiedad- Tensión- Irritabilidad- Dificultad en la concentración	30

GRÁFICO N° 4.



Fuente: misma fuente.

En este gráfico el N corresponde al número de combinaciones que se repiten.

Al observar cómo se combinan los signos y síntomas entre sí, se encuentra que la mayoría de las relaciones se producen entre los síntomas psicológicos.

Ansiedad, tensión e irritabilidad, así como ansiedad, irritabilidad y dificultad en

la concentración, son las dos combinaciones que más se reiteran, en un 45%.

La conjunción de estos cuatro síntomas se presentó en el 30% de los padres.

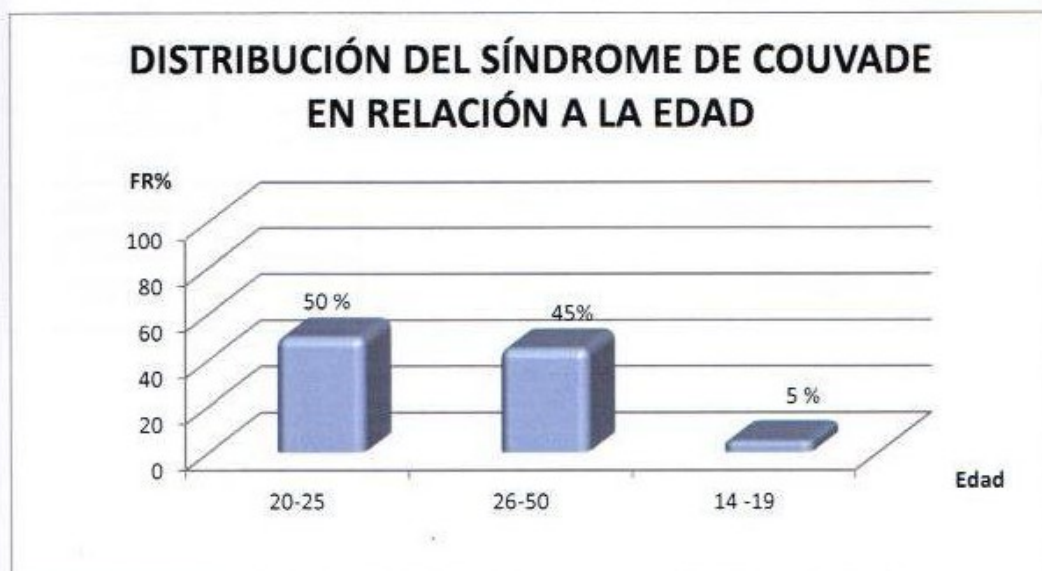
Asimismo se encontró que el 35% de los padres presentó ansiedad, irritabilidad, tensión y aumento de peso.

El mayor número de síntomas conjuntos presentados por un solo padre fue de 14.

TABLA N° 5. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la edad.

EDAD	FR %
14 -19	5
20-25	50
26-50	45
TOTAL	100

GRÁFICO N° 5.



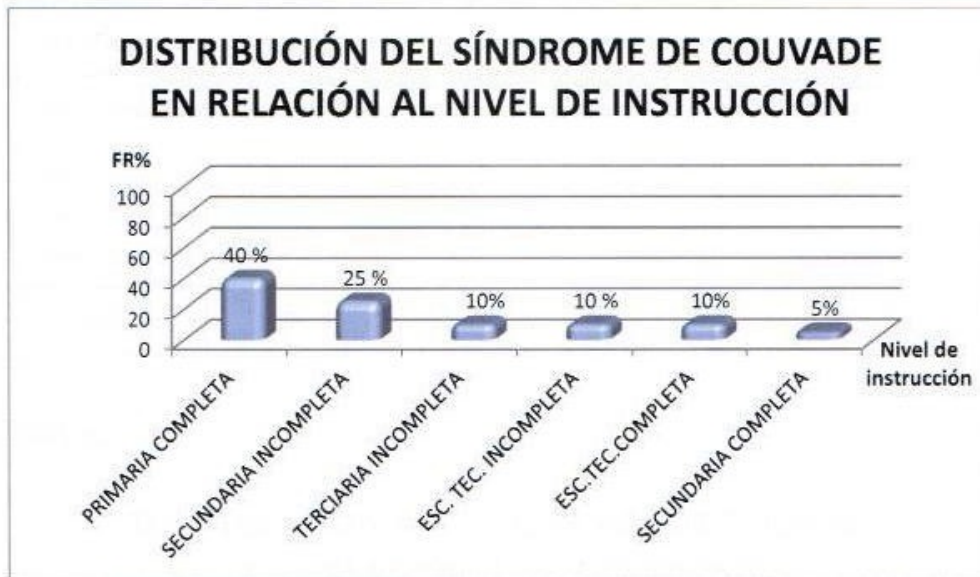
Fuente: misma fuente.

Al considerar la edad de los padres con el síndrome, el 50% son adultos jóvenes, seguido por los adultos medio en un 45%. No existiendo padres mayores a 50 años.

TABLA N°6. Distribución del Síndrome de Couvade en relación al nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FR %
Primaria completa	40
Secundaria incompleta	25
Secundaria completa	5
Terciaria incompleta	10
Escuela técnica incompleta	10
Escuela técnica completa	10
TOTAL	100

GRÁFICO N°6.



Fuente: misma fuente.

En el presente gráfico se observa que los porcentajes mayores del síndrome se encuentran en aquellos padres con primaria completa (40%) y secundaria incompleta (25%). No habiendo padres con síndrome que sean analfabetos, ni presenten primaria incompleta o terciaria completa.

TABLA N° 7. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la ocupación.

OCUPACIÓN	FR %
Desocupado	5
Estudiante	5
Trabajo estable	90
TOTAL	100

GRÁFICO N° 7.



Fuente: misma fuente

En lo que se refiere a la ocupación, el 90% de los padres que presentaron el síndrome cuentan con trabajo estable. No existiendo padres que sean jubilados o presenten trabajo inestable.

TABLA N° 8. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a situación de pareja.

SITUACIÓN DE PAREJA	FR %
Pareja y convivencia	95
Pareja y no convivencia	5
TOTAL	100

GRÁFICO N° 8.



Fuente: misma fuente.

En éste gráfico se destaca que el 95% de los padres que presentaron el síndrome se encuentran en pareja y conviven. No encontrando padres que no estuvieran en pareja.

TABLA N°9. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a paternidad previa.

PATERNIDAD PREVIA	FR %
Si	45
No	55
TOTAL	100

GRAFICO N° 9.



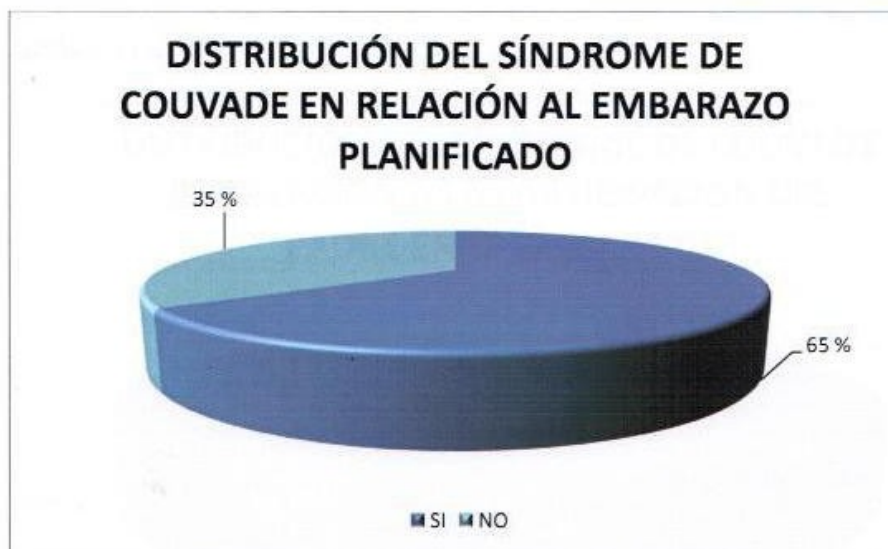
Fuente: misma fuente.

Acercas de la paternidad previa, se encontró que el 55% de los padres que presentaron el síndrome no tenía hijos previos.

TABLA N°10. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a embarazo planificado.

EMBARAZO PLANIFICADO	FR %
Si	65
No	35
TOTAL	100

GRÁFICO N°10.



Fuente: misma fuente.

Este gráfico muestra que el 65% de los padres que presentaron el síndrome habían planificado el embarazo, mientras que el 35% no lo había hecho.

TABLA N°11. Distribución del Síndrome de Couvade en relación a la participación del padre en el embarazo.

PARTICIPACIÓN DEL PADRE EN EL EMBARAZO	FR %
Poco participativo	5
Medianamente participativo	35
Muy participativo	60
TOTAL	100

GRÁFICO N° 11.



Fuente: misma fuente

El presente gráfico revela que el 65% de los padres que presentaron el síndrome fueron muy participativos y el 35% medianamente participativos.

DISCUSIÓN

Los hombres presentan diferentes vivencias frente al embarazo, el parto y la paternidad, las cuales varían de acuerdo a la cultura.

Una manifestación natural que puede darse en los hombres, es la presencia de signos y síntomas que se presentan en la mujer durante el embarazo, sin causa patológica. Esto se denomina Síndrome de Couvade.

La educación y la preparación para la paternidad están muy ligadas a las funciones tradicionales del género masculino, en donde el hombre es el proveedor económico y material del hogar, independiente, autosuficiente y racional, quedando relegado el vínculo más afectivo, tradicionalmente asociado a la madre. Hombres y mujeres se preparan de distinta manera para la paternidad y maternidad y vivencian de forma diferente el embarazo.

En este estudio, el 95,6% de los padres entrevistados presentó al menos un signo o síntoma del Síndrome de Couvade, siendo 14 el mayor número presentado por un padre. Debido a que la etiología de los mismos es variada, para determinar la presencia del síndrome se utilizó como criterio la manifestación de por lo menos cinco signos y/o síntomas, basándonos en un estudio realizado en Reino Unido por Trethowan y Conlon. La incidencia mundial del síndrome es muy amplia y variada debido a su vinculación al momento histórico y las culturas, encontrándose entre el 11 y 97%. En la presente investigación la incidencia del Síndrome de Couvade fue de 43,5%, lo

que refleja los cambios sociales que se han producido a nivel de género, ya que la paternidad no puede concebirse ajena a éste.

Los signos y síntomas característicos del Síndrome se dividen en psicológicos y físicos. Entre aquellos padres que presentaron el Síndrome de Couvade, los síntomas psicológicos fueron los predominantes, encontrando que el 90% presentó ansiedad, seguido por irritabilidad, trastornos del sueño y tensión, con el 65%, y dificultad en la concentración con el 50%.

En lo referente a los signos y síntomas físicos, el 55% presentó cefaleas y aumento de peso, y el 50% aumento del apetito.

Al observar cómo se combinan los signos y síntomas entre sí en los padres con Síndrome de Couvade, se observa que la mayoría de las relaciones se producen entre los síntomas psicológicos, lo cual se corresponde con la incidencia de los mismos. Ansiedad, tensión e irritabilidad, así como ansiedad, irritabilidad y dificultad en la concentración, son las dos combinaciones que más se reiteran, con un 45%. La conjunción de estos cuatro síntomas se presentó en el 30% de los padres. Asimismo se encontró que el 35% presentó ansiedad, irritabilidad, tensión y aumento de peso.

Si bien el objetivo de esta investigación no es relacionar la presencia del Síndrome de Couvade con las características de la población, determinada por la particularidad del lugar donde se realizó el estudio, en referencia a la edad de los padres con síndrome se encontró que el 50% eran adultos jóvenes y el

6 adultos medio, rango de edades a los que pertenecía la mayoría de la población.

Lo que refiere al nivel de instrucción, el mismo tuvo una distribución heterogénea en los distintos niveles. Con el mayor porcentaje se encontraron padres con primaria completa (40%), no hallando analfabetos ni padres con secundaria incompleta y terciaria completa.

30% de los padres presentaron trabajo estable, y el 95% se encontraban en pareja y convivían, lo cual está determinado por la población estudiada, debido a que más del 90% de los hombres presentaban estas características.

Cuanto a la paternidad previa, distintas investigaciones revelan resultados divergentes, en algunas se establece que existe una relación entre esta y el síndrome, y otras lo descartan. En la presente investigación se encontró que la mayoría de los padres con Síndrome no tenían hijos previos (55%).

Investigaciones anteriores discrepan acerca de la planificación del embarazo y su vinculación con la presencia del síndrome. En algunos casos se establece que ocurre más en hombres que no lo tenían planificado, y otras no consideran que la planificación sea un hecho relevante. Al realizar una comparación con los datos obtenidos, se encuentra que la mayoría de los padres lo habían planificado (65 %).

Para algunos investigadores el síndrome expresa la participación subjetiva del padre. Por este motivo se tuvo en cuenta para determinar esta variable, la concurrencia a las consultas pre natales, ecografías, acompañamiento durante

el trabajo de parto o preparación para la cesárea, asistencia a parto o cesárea, y apoyo emocional a la embarazada. Los datos que se obtuvieron muestran que, el 60% de los padres eran muy participativos, seguidos por los medianamente participativos con un 35%.

CONCLUSIÓN

La población obtenida en la presente investigación fue de 46 padres, que se caracterizaron de la siguiente manera: el rango de edad es de 14 a 50 años, en el cual el 58,7% es adulto medio y el 34,8% es adulto joven. En lo que respecta al nivel de instrucción el 30,4% presenta secundaria incompleta y 26,1% primaria completa. Otros datos hallados hacen referencia a que el 91,3% de los padres presentan empleo estable, y con el mismo porcentaje se encuentra aquellos padres que están en pareja y conviven; el 52,8% tiene hijos previos, y el 60,9% había planificado el embarazo. En lo referente a la participación en el embarazo el 67,4% fue muy participativo.

Se determinó que la presencia de signos y síntomas del Síndrome se produjo en el 95,6% de los padres, encontrando que la incidencia del Síndrome de Couvade fue del 43,5%.

El alto porcentaje de padres que presentaron signos y síntomas, así como la alta incidencia del síndrome encontrada, aporta elementos para favorecer la inclusión del padre en el proceso de atención de enfermería, y permite que el equipo de salud tenga la oportunidad de encontrar herramientas para brindarle una atención integral, haciéndolo partícipe de las diferentes etapas del embarazo y contemplando sus propias necesidades e intereses.

SUGERENCIAS

Próximas investigaciones se deberían realizar en una institución que abarcara a mayor cantidad de población en los diferentes sectores sociales y en distintos niveles de atención, para obtener una muestra mayor con características más variadas.

Dado que los signos y síntomas del síndrome se manifiestan durante todo el embarazo, podría investigarse si el síndrome sucede en forma más recuente en algún trimestre en particular.

Por otro lado se podría estudiar si alguna de las variables planteadas en este trabajo se vincula directamente con la presencia del síndrome o favorece el desarrollo del mismo.

COMENTARIOS

La incidencia mundial del Síndrome de Couvade es muy amplia, 11 a 97%, por lo que los resultados de esta investigación podrían haber mostrado números muy dispares. A priori no se tenía referencia en cuanto a que resultados se podía esperar de la misma. De todas formas no dejó de llamar la atención el alto número de padres con Síndrome de Couvade encontrados en la población estudiada.

Por este motivo, una mayor inclusión del padre en el proceso del embarazo y paternidad resulta cada vez más necesaria y la presencia del síndrome refleja esta necesidad en los hombres.

Una posibilidad sería incluir al padre en los controles del embarazo, modificando el formato de la consulta médica con el objetivo de que el padre tenga un espacio para consultar con el profesional de salud sobre lo que le sucede en esta etapa y sus inquietudes. El profesional si considera necesario podría derivar al padre a un integrante del equipo multidisciplinario (Psicólogo, Licenciada en Trabajo Social, Licenciada en Enfermería, entre otros). De esta manera el padre obtendría una mayor contención que lo ayudaría a fortalecer su preparación para el embarazo y paternidad.

Esto podría ser utilizado como punto de partida, para que en el futuro los padres tengan su propia consulta.

ANEXOS

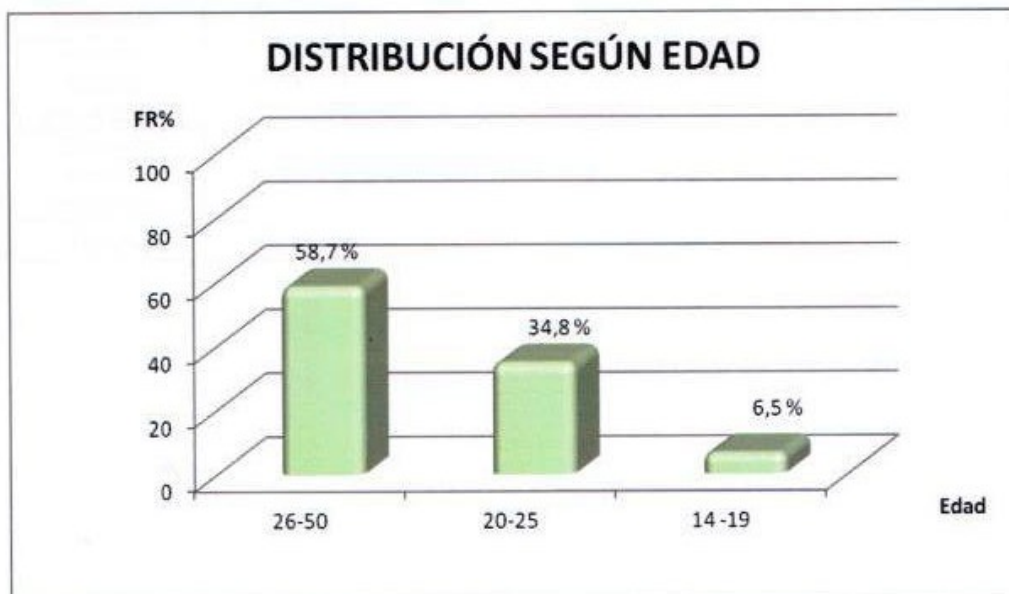
ANEXO N° 1

Caracterización de la población:

TABLA N° 1. Distribución según edad.

EDAD	FR %
14 -19	6,5
20-25	34,8
26-50	58,7
TOTAL	100

GRÁFICO N° 1.



Fuente: Entrevistas realizadas por grupo investigador para TFI, incidencia del Síndrome de Couvade.

TABLA Nº 2. Distribución según nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FR %
Primaria incompleta	2,2
Primaria completa	26,1
Secundaria incompleta	30,3
Secundaria completa	10,9
Terciaria incompleta	6,5
Terciaria completa	4,3
Escuela técnica incompleta	10,9
Escuela técnica completa	8,7
TOTAL	100

GRÁFICO N° 2.

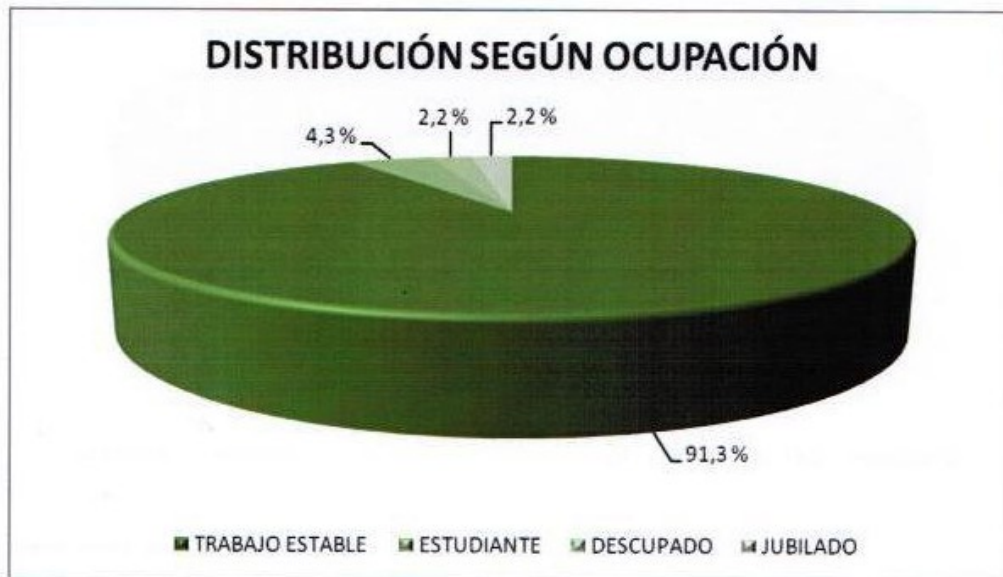


Fuente: misma fuente.

TABLA N° 3. Distribución según ocupación.

OCUPACIÓN	FR %
Desocupado	2,2
Jubilado	2,2
Estudiante	4,3
Trabajo estable	91,3
TOTAL	100

GRAFICO N° 3.

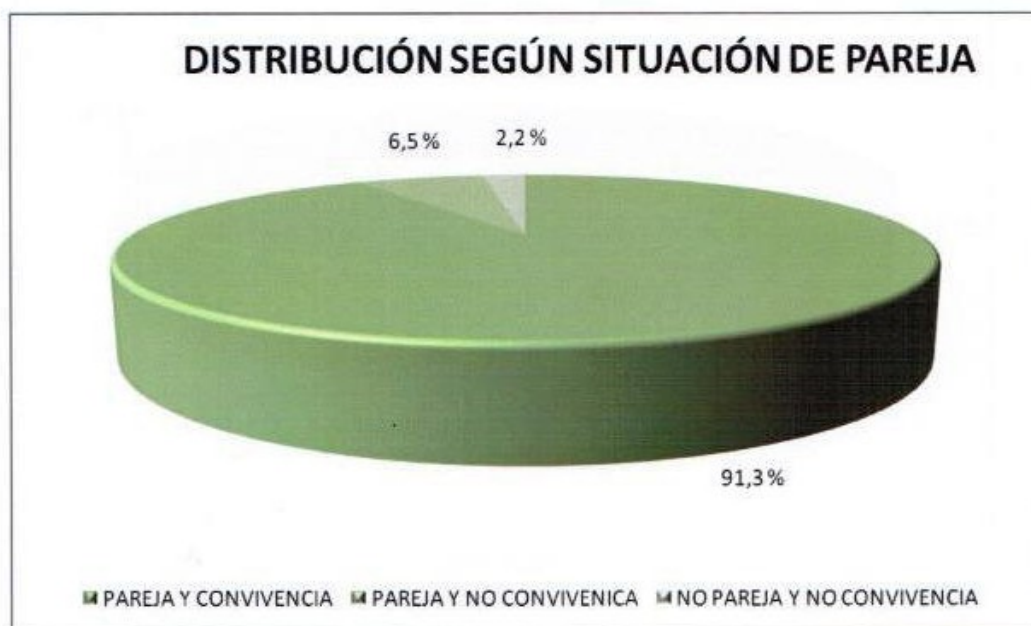


Fuente: misma fuente.

TABLA N° 4. Distribución según situación de pareja.

SITUACION DE PAREJA	FR %
Pareja y convivencia	91,3
Pareja y no convivencia	6,5
No pareja y no convivencia	2,2
TOTAL	100

GRÁFICO N° 4.

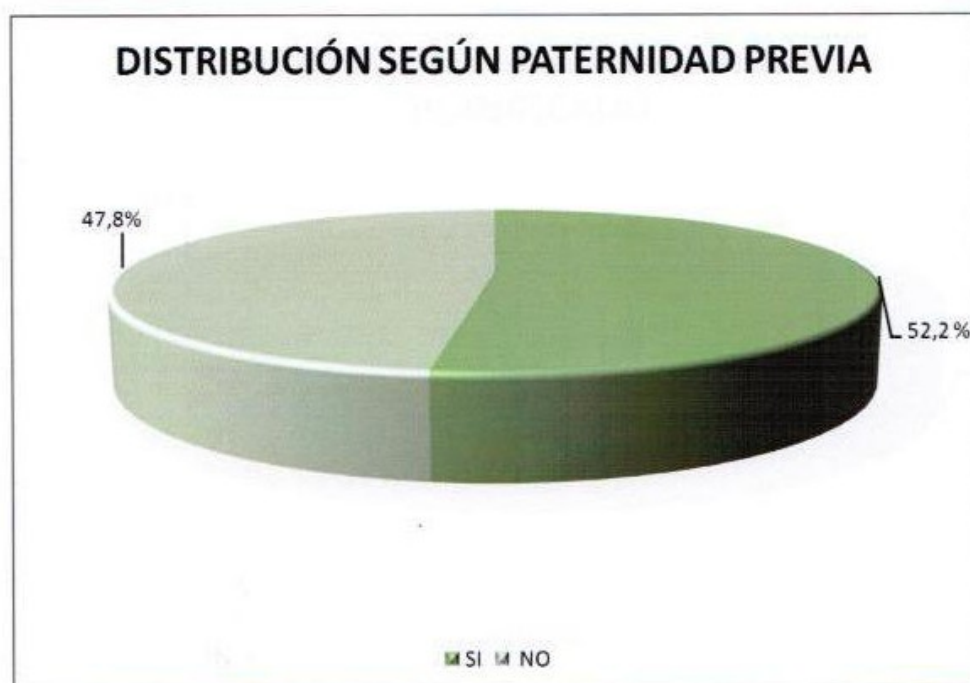


Fuente: misma fuente.

TABLA N° 5. Distribución según paternidad previa.

PATERNIDAD PREVIA	FR %
Si	52,2
No	47,8
TOTAL	100

GRÁFICO N° 5.



Fuente: misma fuente.

TABLA N° 6. Distribución según embarazo planificado.

EMBARAZO PLANIFICADO	FR %
Si	60,9
No	39,1
TOTAL	100

GRÁFICO N° 6.



Fuente: misma fuente.

ABLA N° 7. Distribución según participación del padre en el embarazo.

ARTICIPACION DEL PADRE EN EL EMBARAZO	FR %
Poco participativo	4,3
Medianamente participativo	28,3
Muy participativo	67,4
TOTAL	100

RÁFICO N° 7.



ente: misma fuente.

ANEXO N° 2
PROYECTO INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE COUVADE

RESUMEN DEL PROYECTO

Para determinar la incidencia del Síndrome de Couvade se plantea como pregunta problema ¿Cuál es la incidencia del Síndrome de Couvade en aquellos padres de recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA) en el transcurso de 5 semanas a partir del momento de otorgada la autorización?

Se planteó como objetivo general determinar la incidencia del síndrome en ésta población; y como objetivos específicos caracterizarla, e identificar la presencia de signos y síntomas del síndrome. Para éste último se utilizará la variable Síndrome de Couvade, considerando la existencia del mismo cuando el padre presente cinco o más signos o síntomas.

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, tomando como universo los padres de los recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del H.C.FF.AA en el transcurso de 5 semanas a partir del momento de otorgada la autorización.

Se tomará una muestra no probabilística intencional con aquellos padres que cumplan con los criterios de inclusión.

Se utilizará como instrumento una entrevista estructurada mediante la cual se estudiarán las siguientes variables: edad, situación de pareja, nivel de instrucción, ocupación, paternidad previa, participación del padre en el embarazo, embarazo planificado, Síndrome de Couvade.

Luego de la recolección de datos se procederá al procesamiento de los mismos. Una vez caracterizada la población se trabajará con la variable Síndrome de Couvade y se contabilizará en cada entrevista, la cantidad de signos y síntomas presentados por cada padre. De ésta manera se determinará la cantidad de padres que presentaron el síndrome. A continuación se procederá a determinar la frecuencia de los signos y síntomas presentados, discriminándolos entre físicos y psicológicos y buscando las relaciones más frecuentes entre ellos. Se tabularán y graficarán los datos obtenidos utilizando tablas univariadas, gráficos de barra y diagrama de sectores según el tipo de variables.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia del Síndrome de Couvade en aquellos padres de recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA) en el transcurso de 5 semanas a partir del momento de otorgada la autorización?

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el modo en como actuaba el hombre en décadas pasadas respecto a la actualidad, ha cambiado sustancialmente. La paternidad y la masculinidad eran conceptos prácticamente opuestos, identificándose la masculinidad con independencia y autosuficiencia, distando drásticamente del concepto de paternidad que conecta al hombre con un lugar más sensible y afectuoso.

Históricamente el padre se mantenía alejado durante el embarazo, parto y durante la infancia temprana considerando que su papel era menos importante, debido a que se hacía énfasis en el binomio materno infantil. Sin embargo, desde hace unos años esto ha ido cambiado paulatinamente, posibilitando un mejor desarrollo de la paternidad desde un lugar "nuevo", más participativo, desde la planificación del embarazo, el involucramiento durante el desarrollo del mismo, la preparación para el nacimiento, el propio nacimiento y la crianza de los hijos.

Los cambios psicológicos que el hombre puede tener durante el embarazo, pueden ir de la mano con una serie de cambios físicos, acompañando los cambios que la mujer va experimentando durante la gestación. Dichos cambios constituyen el llamado Síndrome de couvade.

El síndrome de couvade es un fenómeno global que ocurre en todos los países del mundo industrializado, a pesar de que no se clasifica en el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales: DSM - Versión 4 (American psiquiátrica Association, 2000), o la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1993). Esto sugiere que estamos frente a una manifestación natural del embarazo (Brennan et al, 2007a.), con repercusiones en los síntomas físicos y psicológicos y sin causa patológica (Klein, 1991; Mason & Elwood, 1995).

Chalmers y Meyer (1996), reportaron síntomas similares asociados con el síndrome de couvade. Ciento quince padres caucásicos de origen africano (edad media = 28) fueron seleccionados en dos hospitales de Johannesburgo, con un embarazo planeado en el 74% de la muestra. Los síntomas reportados incluyen couvade física, aumento de peso (17%), náuseas (13%), dolor de

espalda (11%) y pérdida de peso (7%). Los síntomas psicológicos incluyen trastornos del sueño (22%), ansiedad en el último trimestre (20%), cansancio extremo (13%), labilidad emocional (13%) e irritabilidad (7%). Estos resultados fueron similares a los mostrados por el estudio de Tsai y Chen (1997). La muestra estuvo conformada por un grupo de 150 hombres casados, cuyas mujeres se encontraban en el tercer trimestre del embarazo y una segunda muestra de 150 hombres casados, cuyas mujeres no estaban embarazadas. Para la recolección de datos se utilizó la versión traducida de un checklist de 22 síntomas somáticos. 68% de la muestra tuvo un gran número de síntomas físicos y psicológicos, en comparación con el grupo control.

El único estudio realizado en Portugal para el síndrome de couvade por Gómez (2000), donde fue estudiado un grupo de padres con sus parejas embarazadas y otro cuyas parejas no están embarazadas, reveló que los síntomas no están relacionados con la edad, el estado de la planificación del embarazo, o la paternidad. Una de las causas probables de la aparición del síndrome de Couvade es su asociación con síntomas psicológicos como la ansiedad en el embarazo y el parto (Bogren de 1983, Clinton, 1987). Para otros investigadores (Clinton 1986, Clinton de 1987, Condon, 1993; Newmark & Cronenwett, 1974; Drake, Verhulst, y Fawcett, 1988; Elwood y Manson, 1994; Fekertich y Mercer, 1989; Gómez y Leal, 2007; Lemmer, 1987; Lorensen, Wilson y White, 2004; Masoni, Trimarchi, De Punzio, y Fioretti, 1994; de mayo, 1980.1982; Piccinini, 2004, 1983; RaphaelLeff, 1991, Weaver y Cranley), el síndrome puede expresar la participación subjetiva del padre. La cual no es sólo acerca de la supervisión, sino un compromiso emocional. Así se entiende la participación de los padres a través de la colaboración en actividades relacionadas con las mujeres embarazadas, los preparativos para el nacimiento, apoyo emocional a la madre, así como las preocupaciones y las angustias de los padres (May 1982). El grado de participación depende de factores como la personalidad, las expectativas de los roles sexuales, la experiencia previa con los servicios hospitalarios o que el embarazo fue planeado y deseado (May y Perrin, 1985).

Los estudios sobre la participación prenatal son escasos, la gran mayoría se han realizado después del nacimiento (Coley, 2001; Deutsch, Servis, y Payne, 2001; Elkins, Megue, y Iacono, 1997; Marsilio, Amato, día, y

Cordero, 2000). Los datos disponibles indican que en la mayoría de los casos la participación de los padres comienza en el embarazo (Beaton, Doherty, y Ruerter de 2003, Klaus y Kennel, 1993). Los estudios ya clásicos de May (1980,1982), también reveló la existencia de participación de los padres durante el período de embarazo.

Los resultados de un estudio de 230 parejas en Noruega por Lorensen, Wilson, y White en el 2004, muestran que la participación de los padres durante el embarazo fue mayor en los niños primogénitos, en comparación con el segundo hijo. Los investigadores de este estudio, sugieren como una posible causa de una mayor participación, el entusiasmo y la novedad del primer hijo. Piccinini (2004), en su estudio acerca de la participación de los padres durante el embarazo, muestra que la alta incidencia de la implicación emocional reportados por los padres es referente al tercer trimestre de embarazo, ya que es un período marcado por la proximidad del nacimiento.

En un estudio realizado en Lisboa con 200 futuros padres cuyas parejas se encontraban en cualquier etapa del embarazo, se utilizó un cuestionario, en el cual la versión traducida de El Inventario de Sintomatología (Negro, Holditch Davis, Sandelowski, y Harris, 1995) presenta una lista de 42 síntomas físicos y emocionales comunes en el embarazo, los cuales se dividen en tres categorías: 29 síntomas físicos, síntomas afectivos 9 negativos y 4 positivos.

Los resultados fueron:

La muestra tiene una edad promedio de 31,9 (mínimo 17 y máximo 51 años), el 86% están casadas o viven en unión, 15% son solteros y 3% divorciados. El 31,5% de la muestra cuenta con 12 años de escolaridad, el 30% tienen 9 años de escolaridad, el 19,5% tienen 17 años de la educación, el 2% de 19 años y sólo el 1,5% tienen cuatro años de escolaridad. En cuanto a la planificación del embarazo, la mayoría de los sujetos (79%), era embarazo planificado, mientras que el 21% no tenía previsto. Encontró que el 99% de la muestra deseaba el embarazo, con sólo el 1% (2 sujetos de la muestra) que no lo deseaban.

En cuanto la distribución de la muestra según la edad gestacional, la mayoría de la muestra está en el tercer trimestre del embarazo, con un 80% de los sujetos; siguiéndose el segundo trimestre, con un 12,5% y 7,5% en primer trimestre del embarazo.

cual permite establecer herramientas para generar instancias educativas, y poder brindarle una atención integral, ya sea de manera individual o como parte del trinomio.

FUNDAMENTO TEÓRICO

La incorporación de la perspectiva de género, como concepto relacional, permite comprender las relaciones de desigualdad social, las cuales están determinadas por factores, políticos, económicos y sociales como edad, etnia, religión, etc.

Según esta perspectiva, *"género pasa a ser una forma de denotar las "construcciones culturales", la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres"*²(Joan Wallach Scott).

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, el cual se basa en las diferencias que distinguen ambos sexos, es una forma primaria de relaciones de poder, es decir, es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el mismo. Los cambios que se producen en la disposición de las relaciones sociales corresponden a cambios en las representaciones de poder.

Según Scott, los conceptos de género estructuran la percepción y la organización de toda la vida social. En este sentido el género comprende cuatro elementos interrelacionados, de los cuales ninguno opera sin los demás, pero no lo hacen de forma simultánea.

Primero: símbolos culturales que evocan representaciones múltiples, por ejemplo Eva y María, símbolos de la mujer en la tradición cristiana. Lo que interesa es cuáles son las representaciones simbólicas que se evocan, cómo y en qué contexto.

Segundo: conceptos normativos acerca de las interpretaciones de los significados de los símbolos, con el fin de limitar y contener las posibilidades metafóricas. Esos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman el significado de lo masculino y femenino.

² Material brindado por docentes del Taller de Género y violencia doméstica, Facultad de Ciencias Sociales. Scott, Joan. El género una categoría útil para el análisis histórico. Tomado de: Marta Lamas: El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México, 1996. Pág. 5

Tercero: el género se construye a través del parentesco, pero también mediante la economía (mercado de trabajo y educación), y la política.

Cuarto: el cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva. Las identidades genéricas se relacionan con las actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales históricamente específicas.

Tradicionalmente las discusiones sobre género se limitaban a los asuntos relacionados con las mujeres. La relación de los hombres con el ejercicio de poder opacó el hecho de que existen malestares y sufrimientos en el universo de los varones, el cual es un tema de reciente interés.

Según Víctor Seidler³, sociólogo inglés, en el seno familiar muchas veces se le dice a los niños que son "malos" y "sinvergüenzas", lo cual lleva a un sentimiento de culpa. Por este motivo, los chicos deben aprender a frenar su naturaleza debido a que si no lo hacen perderán el control de sí mismos y harán cosas de las cuales se arrepentirán. Como los "chicos son malos" por naturaleza, se podría decir que la masculinidad es algo que nunca se puede subsanar, cambiar o transformar, por no decir disfrutar, celebrar o reconocer como fuente de placer y satisfacción. Convertir a los hombres en "objetos malos", puede dar curso a que todo lo que está "mal" en relación a la pareja, se pueda atribuir a los hombres, produciendo que todas las causas de desdicha e infelicidad de la mujer sea producto de la ineptitud de los hombres con los que se relaciona. La lógica moral de esta posición se refuerza con la idea de que el hombre es el causante de la subordinación de la mujer y de su opresión.

Sin embargo, la identidad de género masculino debe verse como un fenómeno plural, que no siempre es seguido por todos los hombres, aunque en una gran mayoría sean matizados por él. Es probable encontrar variaciones en función del grupo sociocultural de pertenencia, edad, actividades y prácticas en las que se encuentran los hombres (Rivera y Ceciliano 2005)⁴.

Seidler sostiene que no existe una sola masculinidad, sino formas y significados de ser hombre, que dependen de un período y una cultura determinados, es decir, que están contruidos históricamente.

³ Seidler, V.: "La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social". Ed. UNAM/Paidós/PUEG/CIESAS. México, 2000. Pág. 173, 174 y 175.

⁴ SALGUERO VELÁSQUEZ, María Alejandra. "Identidad de género masculino y paternidad. Enseñanza e Investigación en Psicología" [en línea] 2008, vol. 13 [citado 2011-09-05]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29213204>. ISSN 0185-1594. Pág. 241

La masculinidad se construyó ligada a la razón y la instrumentalidad, en oposición a la naturaleza, la emoción, la sexualidad y el cuerpo, relacionados con la supuesta esencia femenina. Los hombres deben enfrentarse al hecho de que los sentimientos se encuentran sexualizados, se considera a la suavidad, la ternura y la vulnerabilidad como signos de tendencias homosexuales, y los hombres utilizan, para defenderse de esto, la conversión de los sentimientos en enojo o ira. La agresión no es solamente una manera de controlar a las mujeres, sino también una manera de controlar su propia vida emocional.

Algunos significados asociados a la masculinidad se centran en el poder, el dominio, la superioridad, la fortaleza, la virilidad y la carencia de emociones y sentimientos. Pero también existen alternativas con respecto al cuidado del otro y la empatía, los cuales son rasgos que se asocian a lo femenino, pero que también forman parte de la masculinidad, en el cual se integra el aspecto doméstico que se asocia con la familia (matrimonio y paternidad), lo que constituye el núcleo de los afectos, el amor, la autoridad, la protección y el respeto como parte de la responsabilidad (Fuller 1997, 2000)⁵.

La construcción de la identidad en los hombres constituye un proceso complejo y en ocasiones contradictorio. Se enfrentan a exigencias sociales en las que se plantea un "deber ser" como hombres, donde lo que importa es el éxito en el ámbito público, el trabajo y la obtención de bienes. Lo cual resulta muy costoso y en ocasiones imposible de alcanzar, no siempre obtienen el éxito público a través del trabajo y en ocasiones sus ingresos no les permiten cumplir con su responsabilidad familiar. A lo cual se le suma que su pareja cuestionan cada vez más su actuación como hombres, no sólo con el plano económico, sino también en el plano familiar y emocional. La adquisición de bienes les proporciona una sensación de éxito y poder, aunque generalmente se logra a base de sacrificios, y los confronta con sus expectativas de hombre "triunfador". El hecho de que sus parejas ocupen puestos en el mercado laboral y tengan ingresos económicos, genera en estos hombres un cuestionamiento respecto de los lugares y funciones genéricamente asignadas⁶.

En conferencias, programas y eventos realizados en América Latina, se ha reconocido la necesidad de promover un papel activo de los varones en la

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem. Pág241 y 242.

construcción de la equidad de género. Las conferencias internacionales del Sistema de Naciones Unidas (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, 1994 y IV Conferencia sobre la Mujer, Beijing, 1995); los programas de OPS/OMS en América Central (Panamá, 2005); los eventos académicos con apoyo de las agencias de cooperación (Santiago de Chile, 1998; Oaxaca, 1998 y Brasilia, 2003), han generado un clima propicio para el cuestionamiento de los modelos hegemónicos de masculinidad. Sin embargo, los programas de asistencia al desarrollo aún no han logrado alternativas para una participación protagónica de los varones, tanto en el cuidado familiar como en las relaciones laborales⁷.

En lo que refiere a las políticas públicas uruguayas se ha ido integrando la categoría género de forma incipiente, sin embargo las acciones y programas implementados se han formulado desde la Agenda Mujer. Dicha agenda se ha constituido en las áreas de salud sexual y reproductiva, de políticas de ascenso y retribución en el mundo laboral, denunció la violencia doméstica y mostró la iniquidad que viven las mujeres. Las políticas sociales orientadas al combate de la pobreza y la inclusión del enfoque de género han tomado a las mujeres como protagonistas. De esta forma, las acciones respecto a la promoción de la lactancia materna, la disminución de la mortalidad infantil, los programas de planificación familiar, la inclusión de las propias madres como atributarias de las asignaciones familiares, los programas de atención a la infancia (CAIF, guarderías comunitarias, merenderos y escuelas de tiempo completo), han incorporado a las mujeres desde su condición de madres y mayoritariamente desde sus roles tradicionales. No obstante, hay una clara ausencia de programas y acciones orientadas a varones. En este sentido, hay una necesidad de integrar al varón en los programas, ya sea para informarlos o sensibilizarlos⁸.

Entendiendo a familia como un *"subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la*

⁷ Guida, C., Martínez, I., Salles, G., Scarlatta, L. "De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en los sectores de pobreza extrema". Ed. Trilce. Uruguay 2007. Pág. 15.

⁸ Ibidem. Pág 20, 21 y 22.

*determinación del estado de salud o enfermedad*⁹, se puede afirmar que la salida de la mujer al mundo de lo público ha generado cambios dentro de la familia, modificando las posiciones de los miembros que la componen, especialmente a nivel de la pareja. Lo cual pone en cuestión la división de tareas dentro del hogar (hombre proveedor y vinculado al mundo público, mujer nutridora vinculada al mundo doméstico). Simultáneamente pone en tela de juicio la estructura de poder intrafamiliar ordenada en torno a la figura del hombre como jefe de hogar¹⁰.

La división de tareas por género y la estructura de poder jerárquico constituyen las bases de la familia nuclear. La modificación en la división de tareas y en las formas de ejercicio del poder en la familia entre hombres y mujeres producen conflictos, los cuales se manifiestan a nivel de la pareja, y a nivel de las relaciones entre las distintas generaciones. Las familias se ven enfrentadas a problemas como son el cuidado de niños, jóvenes y ancianos, la realización de tareas domésticas, la necesidad de desempeñarse adecuada y productivamente en el trabajo, en un mundo competitivo y excluyente. Dichos conflictos requieren de flexibilidad y creatividad por parte de los miembros de la familia para generar alternativas. La imposibilidad de lograr soluciones desembocan, en muchos casos, en divorcio de la pareja o en la disolución de la familia¹¹.

En Uruguay se han producido cambios sustantivos en la dinámica poblacional y en las configuraciones familiares (Filgueira y Peri, 1993). En lo que refiere al tipo de familia "ideal" que existe en el imaginario social, con padre, madre e hijos, llamada nuclear completa, es a la disminución de las mismas. Percibiéndose nuevas expectativas en relación a los roles de varones y mujeres en las familias. Los cambios producidos reflejan marcadas transformaciones en el mundo del trabajo y del empleo, en los roles sociales, en las expectativas reproductivas y en la convivencia. Entre ellas se puede destacar las expectativas de las mujeres de sectores medios de aplazar la maternidad hasta alcanzar metas laborales y académicas; el incremento de

⁹ Cano, J., Zurro, A. "Atención primaria. Conceptos, organización y prácticas clínica". Volumen I. 5ª edición. Ed: Elsevier. España, 2003. Pág. 132.

¹⁰ Isis internacional. "Familias siglo XXI". Ediciones de las mujeres N° 20. Santiago de Chile, Chile, 1994. Pág. 60.

¹¹ *Ibidem*.

divorcios y el aumento de la cohabitación prematrimonial; el incremento de los nacimientos fuera del matrimonio, la disminución de los hijos deseados; nuevas uniones familiares con hijos de uniones anteriores; y la persistencia de un importante grupo de hogares extensos¹².

Lo antes citado adquiere relevancia, si consideramos que la familia cumple un papel importante como núcleo básico de la sociedad. Es en el ámbito familiar donde se perciben las primeras formas de relación social, no sólo a través de discursos, sino a través de las actuaciones entre el padre y la madre, en las que se establecen los espacios, tiempos y actividades genéricamente diferenciadas, y donde los hijos construyen su identidad aprendiendo las formas en las que se relacionan hombres y mujeres en los espacios de socialización. Es en estos espacios donde se fundan las representaciones de género del "ser hombre" y del "ser mujer" que influirán en su vida (Schmukler 1989)¹³.

Y aunque la familia vive hoy un proceso de transición y el llamado modelo tradicional de familia se desdibujó de manera notable en las últimas décadas, la presencia del padre, madre u otros adultos significativos cuidadores y continentes, es fundamental para el proceso de subjetivación y socialización¹⁴.

Según Seidler, en sociedades donde existe un dominio masculino no autoritario, la paternidad se convierte en un signo de masculinidad. Y afirma que es necesario abordar la paternidad como una relación, indagar cómo se sienten los hombres frente al embarazo, qué tipo de relación establecen con sus hij@s y como cambian en el tiempo.

"La modernidad ha construido en nuestra cultura un modelo hegemónico de masculinidad que, si bien incluye la función y el ejercicio de la paternidad, no tiene la fuerza simbólica como para que los varones organicen su subjetividad en torno a ser padres. No hay significación imaginaria que de forma a un mito social varón = padre, ni la paternidad le da sentido a la masculinidad (...) las representaciones de paternidad proponen para el género

¹² Op. Cit 7.

¹³ Op. Cit 4. Pág. 244.

¹⁴ Amorín, D., Berrío, F., Carril, F., Guida, C., Lopez, A., Paredes, M., Pérez, R., Ramos, V., Varela, C., Vitale, A. "Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya". Tomo I. Estudio cualitativo. Ed. Trilce. Montevideo, Uruguay. 2006. Pág. 160.

*masculino un modelo en el que, por la identificación de la masculinidad con la independencia, la autosuficiencia y la racionalidad, los ha mantenido alejados tanto de aspectos de su propia afectividad, como de la crianza y del sostén emocional de sus hijos/as*¹⁵.

Sin embargo, la paternidad es un proceso de relación en la que se construye la identidad como personas de los participantes, y dicho proceso no puede concebirse al margen de la construcción del género masculino (Figueroa 2001)¹⁶. El marco genérico donde se construyen los hombres, el modo en el que se valoran, actúan y piensan, y como consideran las relaciones con los demás, es el marco donde se construyen los padres. La forma como llegan los hombres a ser padres y se relacionan con sus hijos, está fuertemente influida por las identidades de género masculino (Nauhuarat 1999)¹⁷.

Hombres y mujeres enfrentan de forma diferente al embarazo, y les afecta la vida y la sexualidad de manera distinta también. Al varón se lo prepara para la convivencia social, se magnifica su virilidad, se sobre exige un determinado comportamiento sexual, se reduce la expresión de sentimientos, se estimula su libertad, se refuerza su entrenamiento en el sexo, pero nunca se piensa en qué piensa el hombre con la llegada de un hijo. Poco se prepara al hombre para las vivencias y responsabilidades de este evento vital, se pierde de vista la educación y preparación de la paternidad.

Existen variaciones en la reacción de los hombres frente al embarazo, May distingue tres tipos, el compañero observador, el expresivo y el instrumental¹⁸.

El observador está presente pero no realiza acciones que demuestren su interés, sino que espera a ver que pasa. El hombre expresivo es reactivo y participante, quiere ser parte activa del embarazo y estar presente en todos los momentos importantes. La reacción instrumental es la del hombre que se ve a sí mismo como la persona que ayuda a que todo salga bien, está en acción y demuestra sus emociones actuándolas, sin hablar mucho de lo que siente.

¹⁵ *Ibidem*. Pág. 207.

¹⁶ *Op. Cit* 4. Pág. 240.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Maldonado- Duran, Lecannelier. "El padre en la etapa perinatal", *Perinatol Reprod Hum*, Volumen 22, N° 2. 2008; 22: 145-154. Pág: 148.

Frente al anuncio del embarazo se felicita al futuro padre, se le pregunta siempre por la salud de su esposa y después del parto por el recién nacido, quedando el hombre en segundo plano. Durante el proceso de embarazo, parto y crianza del hijo, hay modificaciones en los sentimientos, afectos y sexualidad masculina que se podrían definir como paternaje¹⁹:

P: preocupación por todo lo que implica el embarazo (él pasa a un segundo plano).

A: asistir a consultas de atención prenatal cuando la gestación no la lleva él, ni le pagan el día para asistir a esos servicios. Socialmente no está contemplado en las disposiciones legales.

T: terminar con apuro algunos proyectos antiguos o recientes en función de la gestación. Temor a no saber ser padre, ¿quién lo enseña?

E: espera de 9 meses sin gran participación, pues el proceso ocurre en ella. Él solo debe esperar a recibir el fruto de su acción fecundante.

R: relaciones de pareja cambian y se modifican, pues se modifica el pensamiento femenino, su forma de ver las cosas, de pensar y sus valores cambian en función del futuro hijo.

N: necesidades sexuales cambian con su pareja (en dependencia del tiempo de gestación), lo cual es personalizado. Las necesidades sociales y familiares cambian (crisis de la familia por incremento). La responsabilidad masculina es fundamentalmente de proveedor (buscar cuna, alimentos, dinero, etc.).

A: ansiedades, inquietudes y preocupaciones masculinas, sobre el rol paterno, cómo prepararse, qué imagen seguir, a quién acceder en caso de duda, cómo ser un buen padre. Dichas inquietudes no se

¹⁹ González, I., González, R., Miyar, E., "Padre o progenitor. El paternaje, su conceptualización". Revista cubana de Medicina General Integral. Volumen 18, N° 4. Cuba, 2002. Pág 2 y 3.

teriorizan, pues el proceso del embarazo es femenino y lo han dejado fuera, pero además los estereotipos sexistas no lo permiten.

juicios externos sociales, ya sea del padre o de los amigos que pertenecen a una sociedad donde solo se le asigna al hombre el papel de resolver lo económico, lo material, y donde se le inculca que el embarazo no es su problema. La esposa no siempre le da participación, y si le hace preguntas, él no sabe qué responder. Por otra parte, ocurre también que la apariencia femenina cambia. Según avanza la gestación su cuerpo se deforma y el hombre quiere ver los cambios físicos, pues los considera consecuencia de su acción masculina de fecundar y ella no lo deja. Su función se reduce a la de macho-proveedor.

El erotismo se modifica con el paso del tiempo según trimestres de la estación. Durante el primer trimestre su libido no se modifica, pero hay disminución de las relaciones sexuales por modificaciones en la mujer.

En el segundo y tercer trimestres en el hombre hay disminución de la libido, y las relaciones sexuales disminuyen, ya sea por cambios físicos femeninos, o por temor a dañar al feto o la madre. Hay modificaciones de las posiciones coitales debido a los cambios corporales femeninos. Igualmente en el posparto, hay cambios físicos producidos por la cicatriz de la episiotomía, la amplitud de la vagina y por el propio proceso del maternaje femenino, que modifican el erotismo de la pareja.

Fuller (2002) propone diferentes dimensiones de paternidad²⁰, encontrándose:

- La natural: última prueba de virilidad y capacidad de fecundar a una mujer.
- La doméstica: mantiene a una familia y a una pareja unidas.

²⁰ Op. Cit 7. Pág. 16

- La pública: proveer a la familia de recursos materiales y simbólicos obtenidos en la esfera laboral, vincular a los hijos con el dominio público.
- Y el trascendental: perpetúa su apellido y asegura la trascendencia a través de la descendencia.

Se han producido transformaciones en el ejercicio de la paternidad, y la evidencia más notoria se encuentra en las prácticas de crianza de los hijos. Actualmente encontramos nuevas modalidades de interacción entre las funciones y roles materno y paterno. En la literatura angloamericana se ha comenzado a utilizar los términos *nurturing* y *parenting* para describir las actividades de crianza, educación, nutrición material y emocional, continencia y límites que recaen indiscriminadamente en padres y madres: *"Los numerosos estudios dedicados a la relación padre/ bebé, analizada en el transcurso de sus primeros meses, son tajantes: los padres se comportan maternalmente tan bien como las mujeres"* (Badinter, 1993:214)²¹.

La paternidad presenta tareas psicológicas, que son de suma importancia, entre las cuales se encuentra el resolver la propia ambivalencia hacia el embarazo y el bebé; establecer un apego con el feto; redefinir la identidad del hombre para convertirse en padre; lograr la convicción interna de que puede cuidar al feto y futuro bebé; dar apoyo a su compañera y preparar un "nido" psicológico y real para el niño; y asumir nuevas responsabilidades como padre.

Sin embargo, el concepto de responsabilidad paterna varía de acuerdo a las clases sociales, etnias, configuraciones familiares y a las prácticas sociales de género. Engendrar no es ser padre, ser padre es ser responsable, lo cual significa reconocer públicamente la obligación de formar, orientar y proveer. La paternidad es un vínculo netamente social, donde se actúan y reproducen las jerarquías de género, clase y raza prevaletentes en la sociedad. Engendrar un ser no define el vínculo padre-hijo; esto debe ser convertido en paternidad a través del reconocimiento público y de la responsabilidad²².

Por lo cual se deben buscar estrategias para integrar a los padres ausentes, apostando a la educación; incorporando educación sexual y para la familia en la educación formal; alentando las licencias por paternidad e

²¹Op. Cit. 14. Pág. 155.

²² Fuller, N. "Masculinidades. Cambios y permanencias". Pontificia Universidad Católica del Perú. Ed. Copyright. Perú. 2002. Pág 440, 441 y 457.

incorporando otras acciones como autorización en los trabajos para concurrir al médico con los hijos, a las reuniones de padres de la escuela; incorporar piezas publicitarias con varones desempeñando tareas domésticas; entre otras. Dichas medidas podrían ayudar a sentar nuevas bases de legitimación social de las formas de paternidad emergentes, contribuiría a una nueva cultura laboral que disminuiría el conflicto entre el trabajo y la familia. Se buscaría lograr un reconocimiento social de nuevas paternidades y de las formas de organización familiar, que distribuyan de manera equitativa las tareas y disfrutes del mundo privado²³.

En lo que refiere al parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). El protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar además en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo y hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro²⁴.

El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el bebé y crea lazos afectivos con este.

Convertirse en padre no es un acontecimiento aislado, sino que es un proceso gradual que consiste en irse familiarizando con las exigencias y los placeres del nuevo papel. Los cambios que experimenta el hombre como consecuencia del embarazo no son independientes de los de la futura madre, y el comportamiento del padre se comprende mejor al considerarlo en relación al adoptado por la madre durante el embarazo.

Las formas en que los hombres experimentan el embarazo y el parto varían según las culturas. Algunos pueblos primitivos marcan con ceremonias

²³ Op. Cit. 7. Pág. 29 y 30.

²⁴ Bernal, Z., García, D. "Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio". Revista cubana de Salud Pública. Volumen 36, N° 4. Cuba. 2010. Pág. 5 y 6.

especiales la transición a la paternidad, fenómeno designado en el nombre de covada, término derivado del vocablo francés couver (incubar, empollar) y que fue aplicado por el antropólogo inglés Sir Edward Taylor en 1865: en algunas sociedades primitivas cuando las mujeres van a parir, los hombres se acuestan de modo ritual, simulando los dolores del parto, con el fin de establecer en la sociedad quién es el padre, y para atraer a los malos espíritus a la cabaña del padre para que descargaran su furia sobre él, dejando a la madre a una distancia segura para que tenga al bebé en paz²⁵.

En otras culturas la covada asume un aspecto más teatral, en los erickalavandu, tribu de la India meridional, consiste en que la mujer le informa a su marido cuando comienza con los dolores de parto, y éste se coloca de forma inmediata la ropa de su mujer, se pinta en la frente la marca característica que llevan usualmente las mujeres, y se retira a un cuarto oscuro para acostarse, cubriéndose a lo largo con un paño. Cuando el bebé nace, se lo lava y se lo acuesta en un catre al lado del padre²⁶.

La covada no es una costumbre aislada y excepcional, sino una forma ritualizada generalizada con distribución temporal y geográfica, por lo que es ritual de la covada es citado por numerosos autores clásicos con diferentes ejemplos. Desde el enfoque antropológico se pueden encontrar dos formas de la covada, prenatal o pseudomaternal y posnatal o dietética²⁷.

La covada prenatal tendría como objetivo la transferencia mágica de los dolores durante la gestación y el parto al padre. Y en la covada posnatal el padre es considerado como debilitado y sufriente en el postparto, se lo acuesta y se le proporciona un régimen alimenticio especial para recuperar sus fuerzas, se lo mimó y se lo reconoce.

Una versión occidental de la covada es la que el psiquiatra británico, W. H. Trethowan, denomina como síndrome de couvade, y se trata de una serie de síntomas físicos que son experimentados por el futuro padre y que

²⁵ Parke, R. "El papel del padre", serie Bruner. Ed Morata, 2ª edición. Madrid 1986. Pág. 37, 38 y 39.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Serra, Cristobal, Serra, Carmen. "Síndrome de la Couvade". Medicina Balear. Volumen 22, Nº 1. 2007.

Página web: http://www.medicinabalear.org/numeros%20anteriores/revistas/VOL22/vol22_n1/couvade.pdf

Pág. 45.

entre 11% y 50% (Dickens & Trethowan, 1971; Trethowan & Conlon, 1965). La incidencia mundial varía entre 11% y 97%(Brennan et al., 2007a)³².

El síndrome de couvade no es exclusivo en hombres que esperan a su primer hijo, sino que afecta igualmente a hombres con hijos anteriores. Sin embargo Clinton (1986), Condon (1987), e Ferketich e Mercer (1989), demostraron estadísticamente una relación significativamente positiva entre la ocurrencia del síndrome y el número de hijos previos³³.

Clinton (1986), encontró una correlación positiva entre el síndrome y las minorías étnicas, la prematuridad, el estado de salud previo al embarazo, la situación afectiva con la embarazada, estrés y preocupación, embarazo no planificado, inseguridad económica, bajo nivel educativo y religión³⁴.

Los síntomas más comunes son el aumento de peso, alteraciones gastrointestinales (náuseas y vómitos), cefaleas, algias dentales, disminución del apetito. Dichos síntomas físicos pueden acompañarse de depresión, insomnio, tensión, irritabilidad e incluso tartamudez.

Las emociones son capaces de modificar el equilibrio endócrino, el flujo sanguíneo, la presión arterial, cambian la respiración y afectan el estado físico en general. Por lo tanto, Maldonado (1997) sostiene que el aumento significativo en el apetito y el peso, náuseas y vómitos, dolores de estómago y dental, somnolencia, y palpitaciones son síntomas expresados por el cuerpo para expresar los conflictos experimentados por el padre durante el embarazo³⁵.

³² Ibidem.

³³ Ibidem. Pág. 3.

³⁴ Ibidem. Pág. 4.

³⁵ Piccinini, da Rosa, Ribeiro, Sobreira, Tudge. "O Envolvimento Paterno durante a Gestação". *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), pp.303-314. 2004.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del Síndrome de Couvade en los padres de los recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del H.C.FF.AA en el transcurso de un mes a partir del momento de otorgada la autorización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población.
- Identificar la presencia de signos y síntomas del Síndrome de Couvade.

METODOLOGÍA

VARIABLES

Edad:

Definición conceptual: tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: años cumplidos hasta el momento de la entrevista.

Tipo de variable: cuantitativa continua.

Categoría:

14 – 19 (adolescente)
20- 25 (adulto joven)
26-50 (adulto medio)
51-65 (adulto presenil)
> 66 (adulto mayor)

Situación de pareja:

Definición conceptual: relación entre dos personas de tipo afectivo, que implique o no convivencia en el hogar, independientemente del tipo de vínculo (legal o de hecho).

Definición operacional:

En pareja y conviven: se considera aquella pareja que viven bajo un mismo techo.

En pareja y no conviven: refiere a aquella pareja que por diferentes motivos, ejemplo noviazgo, problemas económicos; no conviven.

Separados y conviven: personas que dejaron de ser pareja, pero que por diferentes motivos aún viven bajo el mismo techo.

Separados y no conviven: representa a las personas que fueron pareja, en la actualidad ya no lo son y no viven juntos.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

Son pareja	Sí No
Convivencia	Sí No

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: nivel máximo alcanzado por el individuo en la educación formal.

Definición operacional: último año aprobado de la educación formal.

Tipo de variable: cualitativa ordinal.

Categoría:

Analfabeto

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria incompleta

Terciaria completa

Escuela técnica incompleta

Escuela técnica completa

Ocupación:

Definición conceptual: trabajo, empleo u oficio que realiza una persona.

Definición operacional:

Estudiante: Persona que al momento de la entrevista esta concurriendo a algún centro de enseñanza formal.

Desocupado: De acuerdo con la definición internacional un desocupado es toda persona que para un período de referencia dado cumple simultáneamente con las siguientes características:

- no tener trabajo
- estar disponible para trabajar
- estar realizando gestiones concretas para lograr un trabajo.

Jubilado: Persona que recibe una transferencia de un organismo de previsión social público o privado por concepto de jubilación. El jubilado ha trabajado en el pasado y/o ha contribuido al sistema de seguridad social; lo que le ha generado el derecho a recibir una prestación del sistema. Esta prestación se llama jubilación y se puede tramitar cuando: a) el trabajador llegó a determinada edad y alcanzó el mínimo de años de trabajo requerido; b) siendo activo y contribuyente al sistema, el trabajador quedó incapacitado para trabajar.

Pensionista: Persona que recibe una transferencia de un organismo de previsión social público o privado en concepto de pensión. A diferencia del jubilado, el pensionista recibe una transferencia (pensión) sin haber contribuido en el pasado al sistema de seguridad social; por lo menos el tiempo mínimo que se exige para acceder a la jubilación. La diferencia entre ser pensionista y jubilado radica en haber contribuido o no a la seguridad social. Hay tres mecanismos por los cuales una persona que no contribuyó al sistema de seguridad social puede acceder a una pensión: a) por tener edad avanzada y no tener otros ingresos; b) por haber "heredado" una jubilación; c) por tener alguna discapacidad que afecta la actividad laboral.

Trabajo estable o asalariado: vínculo formal puede determinarse en función de alguno de los siguientes criterios:

- Pago ininterrumpido de salarios.
- Garantía de reintegración en el empleo al término de la contingencia o un acuerdo respecto a la fecha de reintegración.
- Percibir una compensación sin obligación de aceptar otros trabajos durante el tiempo que se defina.

Entonces se deben considerar exclusivamente como personas con empleo a aquellas que si bien no están trabajando en el período de referencia, mantienen un vínculo formal y seguro volverán a trabajar en él.

Trabajo inestable o sub empleo: Ocupados que trabajando menos de 40 horas a la semana, manifiestan el deseo de trabajar más horas y están disponibles para hacerlo.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

Estudiante:	Sí No
Desocupado:	Sí No
Jubilado:	Sí No
Pensionista:	Sí No
Empleo estable:	Sí No
Empleo inestable:	Sí No

Embarazo planificado:

Definición conceptual: decisión de la pareja para la concepción, gestación y llegada del bebé.

Definición operacional: decisión de la pareja para la concepción, gestación y llegada del bebé.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

SI

NO

Paternidad previa:

Definición conceptual: presencia de hijos previos al actual.

Definición operacional: presencia de hijos previos al actual del entrevistado.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

SI

No

Participación del padre en el embarazo:

Definición conceptual: intervención del padre en actividades relacionadas al embarazo.

Definición operativa: se asignó una escala numérica para evaluar la participación del padre en el embarazo a efectos de operativizar las variables, en escala ascendente del 1 al 3, la cual resulta de la suma de las dimensiones de la variable. Los mismos llevan el valor de 1 cuando es positivo y de 0 cuando es negativo.

Acompaña a consultas prenatales: se considera que hubo acompañamiento cuando asistió a la mitad más uno de los controles realizados por la embarazada. En caso de que el hombre no recuerde el número de consultas prenatales realizadas por la mujer, sólo se considerará acompañamiento cuando haya concurrido a por lo menos 5 consultas.

Acompaña a ecografías: se considera que hubo acompañamiento cuando asistió a la mitad de las ecografías realizadas. En caso de que el hombre no recuerde el número de ecografías realizadas por la mujer, sólo se considerará acompañamiento cuando haya concurrido a por lo menos 2 de las mismas.

Acompaña a trabajo de parto / preparación pre operatoria de cesárea programada: se encuentra presente en dichas instancias.

Asistencia al parto/ cesárea: se encuentra presente durante el parto o cesárea

Apoyo emocional: manifestación por parte del padre de haber brindado apoyo emocional a la mujer durante el embarazo.

Tipo de variable: cualitativa ordinal.

Categoría:

Poco participativo: 0 a 1

Medianamente participativo: 2 a 3

Muy participativo: 4 a 5

Síndrome de Couvade:

Definición conceptual: es una serie de síntomas físicos que son experimentados por el padre durante el transcurso del embarazo, que desaparecen casi inmediatamente después del nacimiento, los cuales son acompañados con frecuencia por alteraciones psíquicas.

Definición operativa: presencia de 5 o más signos y/o síntomas del Síndrome de Couvade en el transcurso del embarazo.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categoría:

Psicológicos

ansiedad	Sí No
incapacidad en la concentración	Sí No
irritabilidad	Sí No
disturbios del sueño	Sí No
depresión	Sí No
obsesión	Sí No

Físicos

mareos	Sí No
náuseas	Sí No
decaimiento del apetito	Sí No
aumento del apetito	Sí No
dolor abdominal	Sí No
distensión abdominal	Sí No
aumento de peso	Sí No
disminución de peso	Sí No
diarrea	Sí No
constipación	Sí No
dolor de espalda	Sí No
dolor en miembros inferiores	Sí No
dolores dentales	Sí No

Universo

Todos los padres de recién nacidos en el sector de alojamiento conjunto del H.C. FF.AA en el transcurso de cinco semanas a partir del momento de otorgada la autorización.

Muestra

Se utilizara una muestra no probabilística, intencional de los padres comprendidos en la población que cumplan los criterios de inclusión.

Unidad de análisis

Padres de recién nacidos.

Criterios de inclusión

- Ser progenitor del recién nacido.
- Que se encuentre presente en el alojamiento conjunto al momento de realizar las entrevistas.
- Padres dispuestos a la entrevista.

Criterios de exclusión

- Padre que acompaña a mujer y/o hijo hospitalizados por complicaciones.
- Padres que no estén dispuestos a la entrevista.

Instrumento

Se utilizara una fuente primaria obteniéndose la misma a través de datos recolectados por el equipo investigador mediante la realización de una entrevista estructurada utilizando un formulario (Ver anexo 1). Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se utilizará un consentimiento informado (Ver anexo 2).

Plan de análisis de los resultados

Luego de la recolección de datos se procederá al procesamiento de los mismos, contabilizando la población entrevistada, y determinando sus características según su distribución en cada categoría de las variables definidas. De esta forma se caracterizará la población de estudio. Se trabajará con la variable Síndrome de Couvade y se contabilizará en cada entrevista, la cantidad de signos y síntomas presentados por cada padre. De ésta manera se determinará la cantidad de padres que presentaron el síndrome. Luego de identificada esa población se contabilizará nuevamente su distribución en cada categoría de las variables. A continuación se procederá a determinar la frecuencia de los signos y síntomas presentados, discriminándolos entre físicos y psicológicos y buscando las relaciones más frecuentes entre ellos. Se tabularán y graficarán los datos obtenidos utilizando tablas univariadas, gráficos de barra y diagrama de sectores según el tipo de variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorín, D., Berriel, F., Carril, F., Güida, C., Lopez, A., Paredes, M., Pérez, R., Ramos, V., Varela, C., Vitale, A. "Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya". Tomo I. Estudio cualitativo. Ed. Trilce. Montevideo, Uruguay. 2006. Pág. 155 - 207.
- Baiochi, Mieli, Navajas, Rubino de Azevedo. "Síndrome de Couvade". Escola Paulista de Medicina- Universidade Federal de Sao Paulo. Femenina. Volumen 23, N° 10. 1995. Pág. 880 - 889.
- Bernal, Z., García, D. "Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio". Revista cubana de Salud Pública. Volumen 36, N° 4. 2010. Pág. 5 - 6.
- Cano, J., Zurro, A. "Atención primaria. Conceptos, organización y prácticas clínica". Volumen I. 5ª edición. Ed: Elsevier. España, 2003. Pág. 132.
- Ferreira, Liliana Sousa, Leal, Isabel e Maroco, João. "Síntomatología de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez". Psic., Saúde & Doenças. [En línea]. 2010, vol.11, n°2 [citado 05 Agosto 2011], p.251-269. Disponible en:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086.
- Fuller, N. "Masculinidades. Cambios y permanencias". Pontificia Universidad Católica del Perú. Ed. Copyright. Perú. 2002. Pág 440 - 457.
- González, I., González, R., Miyar, E., "Padre o progenitor. El paternaje, su conceptualización". Revista cubana de Medicina General Integral. Volumen 18, N° 4. 2002; Pág 2 - 3.
- Güida, C., Martínez, I., Salles, G., Scarlatta, L. "De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en los sectores de pobreza extrema". Ed. Trilce. Uruguay 2007. Pág. 15 - 30.
- Isis internacional. "Familias siglo XXI". Ediciones de las mujeres N° 20. Santiago de Chile, Chile, 1994. Pág. 55 - 63
- Maldonado- Duran, Lecannelier. "El padre en la etapa perinatal", Perinatol Reprod Hum, Volumen 22, N° 2. 2008; 22: 145-154.

- Material brindado por docentes del Taller de Género y violencia doméstica, Facultad de Ciencias Sociales. Scott, Joan. "El género una categoría útil para el análisis histórico". Tomado de: Marta Lamas: "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual". México, 1996. Pág. 5 - 18.
 - Argimon Pallas, Gimenez Villa. "Métodos de investigación clínica y epidemiológica". Ed Elsevier, 3ª edición. Madrid 2004. Pág. 29-32.
 - Parke, R. "El papel del padre", serie Bruner. Ed Morata, 2ª edición. Madrid 1986. Pág. 37 - 39.
 - Piccinini, da Rosa, Ribeiro, Sobreira, Tudge. "O Envolvimento Paterno durante a Gestação". *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2004. 17(3), pp.303-314.
 - SALGUERO VELÁSQUEZ, "Identidad de género masculino y paternidad. Enseñanza e Investigación en Psicología" [En línea] 2008, vol. 13 [citado 05 setiembre 2011]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29213204>. ISSN 0185-1594. Pág. 240 - 244.
 - Seidler, V.: "La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social". Ed. UNAM/Paidós/PUEG/CIESAS. México, 2000. Pág. 173 - 175.
- Serra, Cristobal, Serra, Carmen. "Síndrome de la Couvade". *Medicina Balear*. Volumen 22, Nº 1. [En línea]. 2007. [citado 03 marzo 2010]. Disponible en: <http://www.medicinabalear.org/numeros%20anteriores/revistas/VOL22/n1/couvade.pdf>. Pág. 40 - 45.

ANEXO N°2

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por estudiantes de la Facultad de Enfermería (UDELAR). El objetivo de este estudio es determinar la incidencia del Síndrome de Couvade en los hombres durante el embarazo de su pareja, entendiéndose el Síndrome como una serie de síntomas físicos que son experimentados por el futuro padre que desaparecen casi inmediatamente después de que su mujer ha tenido al bebé, los cuales son acompañados con frecuencia por alteraciones psíquicas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO N°3

CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	2010				2011		
	Marzo	Junio	Octubre Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero Abril	Mayo Junio
Búsqueda bibliográfica	■	■					
Elaboración del protocolo		■	■				
Corrección del protocolo				■			
Selección de datos					■		
Recopilación y análisis						■	
Elaboración del informe preliminar							■
Entrega del informe final							■