



REPRESENTACIONES SOCIALES QUE ELABORAN LOS PADRES Y MADRES
EN LA INTERACCIÓN CON SUS BEBES HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DE LA
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

VICTORIA EUGENIA DURAN MORALES

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SANTIAGO DE CALI

2012

REPRESENTACIONES SOCIALES QUE ELABORAN LOS PADRES Y MADRES
EN LA INTERACCIÓN CON SUS BEBES HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DE LA
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

VICTORIA EUGENIA DURAN MORALES

Proyecto del trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesor de Investigación

Jhon Gregory Belalcazar

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SANTIAGO DE CALI

2012

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. JUSTIFICACIÓN	10
2. ANTECEDENTES	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
4. OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GENERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
5. MARCO DE REFERENCIA	29
5.1 MARCO GEOGRAFICO	29
5.2 MARCO CONCEPTUAL	29
5.2.1. El Bebé Prematuro	29
5.2.2. El Bebé Recién Nacido	30
5.2.3La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)	32
5.2.4.La Teoría Sistémica de la Familia	33
5.2.4. Las Representaciones Sociales y Familia	34
6. MARCO TEORICO	38
6.1.1. El Constructo de Red Social	39
6.1.2. Modelo Sistémico de la Enfermedad	44
6.1.3. Representaciones sociales	45

6.1.4. El Vínculo Afectivo	46
7. DISEÑO METODOLOGICO	48
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	50
7.3 POBLACIÓN	51
7.4 MUESTREO INTENCIONAL	52
7.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
7.5.1 Diarios de Campo	55
7.5.2 Entrevista	60
8. ANALISIS E INTERPRETACIÓN	62
8.1. Análisis cualitativo de las categorías	65
8.2 Fase 1.Shok: Producido por conocimiento de la enfermedad o Condición del hijo	76
8.3 Fase 2. Culpa	78
8.4 Fase 3. Vacío: Negación o aceptación del hecho	81
8.5 Fase 4. Impotencia	83
8.6 Fase 5. Incertidumbre	86
9. DISCUSIÓN	87
10. RECOMENDACIONES PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN SALA DE UCIN	94

11. CONCLUSIONES	98
12. BIBLIOGRAFIA	100

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Codificación de padres o madres. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Fundación Clínica Valle del Lili. 2011.	53
Tabla 2. Actividades realizadas durante la primera salida de Campo. Febrero 22 a febrero 23 de 2011.	55
Tabla 3. Actividades realizadas durante la segunda salida de Campo.	56
Tabla 4. Guía de actividades realizadas en campo. Marzo 01 a Marzo 25 de 2011.	58
Tabla 5. Actividades realizadas en campo. Marzo 01 a marzo 25 de 2011.	59

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. El ciclo de adaptación	75

RESUMEN

Esta investigación inicia con un trabajo de observación que se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales –UCIN- de la Fundación Clínica Valle del LiLi, a los padres y madres en interacción con sus bebés hospitalizados, inicialmente se desarrollaron unos talleres en encuentros grupales de tipo psicoeducativo que tenían como propósito lograr que los progenitores ubicaran a sus hijos como individuos centrados en su familia, por lo que paulatinamente se pudo lograr el fortalecimiento de vínculo afectivo como mediador de la evolución positiva en el estado de salud de los bebés, la ampliación y fortalecimiento de las redes sociales y posteriormente la construcción de un ciclo de adaptabilidad mediante las representaciones sociales o significados que le dan a su situación en la interacción con el neonato que permitirá a los profesionales de la salud mental desarrollar estrategias de afrontamiento que se pueden ejecutar en las salas de UCIN.

Palabras clave: Bebe prematuro, vínculo afectivo, representaciones sociales, UCIN.

INTRODUCCIÓN

El resultado de esta investigación proporciona un aporte fundamental para la formación integral del futuro psicólogo de la UNAD y tiene como objetivo hacer un reconocimiento de las representaciones sociales que emergen de los procesos de interacción entre los padres, madres y sus bebés que se encuentran hospitalizados en la UCIN de la Fundación Clínica Valle del Lili. El significado y organización de las representaciones permitirá posteriormente reconocer un ciclo de adaptabilidad que ubica las diferentes reacciones emocionales por las que atraviesan los padres y madres en relación con su hijo recién nacido y que se encuentra en un estado de prematuridad o enfermedad, este proceso es común para los progenitores y permitirá una vez reconocido en el ambiente hospitalario de la UCIN, generar estrategias de afrontamiento que se pueden llevar a cabo por especialistas en salud mental para reducir el impacto por la dolorosa e inesperada situación disminuyendo el sufrimiento psicológico y protegiendo la salud mental de padres, madres y bebés.

La importancia de esta temática radica en la situación de crisis por la que atraviesan los padres y madres de los bebés, debido a la larga estancia hospitalaria que es completamente necesaria a causa del nacimiento prematuro o la enfermedad del bebé. De acuerdo a ello se puede analizar en sus argumentos y el relato de sus experiencias los posibles recursos que se pueden aprovechar para disminuir los niveles de ansiedad y angustia que generan este tipo

de situación, para que de este modo se pueda propiciar la mejoría del estado de salud del bebe mediante su interacción y vinculación afectiva.

Las actividades realizadas a lo largo de la investigación pretenden la inclusión del bebe recién nacido dentro de un núcleo familiar, siendo esta su red social principal que lo percibirá como un sujeto activo de la sociedad, por lo tanto se aborda una metodología cualitativa desde la comprensión de la realidad social de los padres y madres que permitieron el análisis de la narración de sus experiencias, la observación participante y la participación en talleres grupales adecuados para la comprensión de sus temores y angustias y el inicio en un proceso de adaptación y afrontamiento ante la nueva situación de crisis.

1. JUSTIFICACION

Son diversos los motivos que pueden propiciar que el embarazo en una mujer finalice prematuramente o que el proceso de gestación este a termino pero con el nacimiento de un bebe enfermo, esta inesperada situación genera una “crisis” que altera no solo el equilibrio psicológico de la familia sino también el normal desarrollo del bebe. La interrupción temprana del proceso de gestación trae como consecuencia el nacimiento de un bebe prematuro o pre-termino, es decir, cuando el nacimiento se produce antes de las 37 semanas, por lo que sus órganos están inmaduros al igual que sus sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) o por enfermedad del bebe, generando un impacto que irrumpe con las expectativas y la ilusión que han tenido los padres y madres de su embarazo y un hijo idealizado dentro de la normalidad social que ellos conocen.

Cuando se menciona que los padres y madres atraviesan por una crisis se hace un apego total a la definición propuesta por Slaikeu (2000)

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”

Los progenitores esperaban luego de un proceso de gestación llevar a su hijo a casa y ahora toda esa ilusión se ha visto aplazada indefinidamente para ser sustituida por una

estancia hospitalaria y sobre todo para delegar la responsabilidad del cuidado de su hijo a otros, sin contar con el gran impacto que les produce el conocerlo físicamente cuando el ideal que tenían de su bebe era otro, para este tipo de situación en particular dada la prematuridad o enfermedad del bebe, se habla de *crisis circunstancial* porque es un suceso precipitante que tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa del ciclo vital en el que se halla. Dada la importancia del tema, se puede mencionar que para él bebe inicia una vida extrauterina dotada de mucho retos y complejidades orgánicas y psicológicas y para los progenitores inicia también una nuevo punto de partida cargado de angustia y experiencias nuevas, las crisis circunstanciales tienen unas características muy definidas que se mencionaran a continuación para darle mayor comprensión a la temática y Slaikou (2000) las expone de forma siguiente:

- 1- Aparición repentina: En tanto que la lucha con los conflictos del desarrollo, por lo general, se desenvuelve en el curso de algunos años, las crisis circunstanciales parecen atacar todas al mismo tiempo, desde ninguna parte.
- 2- Imprevisión. En tanto que individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida, y, de ese modo, prevenir una crisis, pocos son los que están preparados para una crisis circunstancial o que creen que ésta les puede ocurrir. En la mayor parte de los casos, la gente tiende a pensar que “eso le sucederá a alguien más”
- 3- Calidad de urgencia. Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia comienzan como urgencias que requieren atención inmediata.

- 4- Impacto potencial sobre comunidades enteras. Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas de modo simultáneo, y se requiere la intervención en grandes grupos de personas en un periodo relativamente corto.
- 5- Peligro y oportunidad. En tanto que el peligro puede ser la principal distinción de las crisis circunstanciales, debemos recordar que, de la desorganización que sobreviene, debe surgir con el tiempo alguna forma de reorganización.

Por lo tanto es de vital importancia que en las salas de UCIN de la Fundación Valle del Lili se cuente con profesionales de la salud mental que puedan ayudar a los padres y madres a retomar el equilibrio que necesitan para el afrontamiento de la crisis, teniendo en cuenta que la presencia de enfermedad o situación de prematurez de sus bebés deteriora la calidad de la interacción social de la familia y por ende va reduciendo el acceso a su red social, lo que a su vez impactará la salud del infante. Entonces, propiciar, fomentar y consolidar ambientes adecuados para la formación de vínculos y lazos emocionales, a través de la interacción o intercambio bidireccional y recíproco entre los padres y madres con sus bebés hospitalizados está implícitamente asociado a la necesidad de la investigación, puesto que si se logra aliviar paulatinamente la incertidumbre que sienten los padres por la condición inesperada de su hijo se permea la evolución de su estado de salud, el desarrollo físico y psicosocial del bebé.

De acuerdo a lo anteriormente planteado, el sistema de creencias que poseen los padres y madres frente a la nueva situación de su hijo adquiere una gran importancia, teniendo en cuenta sus tradiciones, valores, cultura, religión, visión del mundo o paradigma social, que

influyen directamente sobre el imaginario que estos poseen acerca de: el bebé, la hospitalización, la prematuridad, la enfermedad del bebé, el resto de la familia y el riesgo de muerte. A propósito David Reiss citado por Rolland (2000) señala que:

Las familias en tanto unidad, desarrollan paradigmas o creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo. Estas creencias determinan el modo en que las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por ésta es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.

En el momento de un diagnóstico médico el principal desafío evolutivo con que se enfrenta la familia es la creación de un significado para la enfermedad, un significado que fomente un sentimiento de capacidad y control en un contexto de pérdida parcial, posibilidad de mayor deterioro físico o muerte (P.170)

Durante el proceso de estancia hospitalaria se hace un movimiento general al interior de la familia que incide en cada uno de sus miembros, por lo que la interacción entre ellos es el punto central de referencia para la comprensión del aporte que realiza esta dinámica en el proceso de evolución y recuperación del bebé. En esta transición, el bebé recién nacido ha dejado de ser un proceso de gestación para convertirse en un actor participante de un núcleo

familiar y social, por lo tanto es de vital importancia la intervención que tengan sus padres en el proceso de recuperación, que inicia mediante las interacciones afectivas en el proceso de reparación psicosocial que se ha visto impactado por la interrupción abrupta del embarazo y/o patología del bebe y es en este punto donde la investigación arroja sus resultados porque de acuerdo a toda la información que aportan en el relato de sus experiencias es posible realizar la construcción de un ciclo de adaptación en el que ingresan los padres y madres y mediante estrategias psicosociales se les pueda guiar hacia su afrontamiento en beneficio de su salud mental.

2. ANTECEDENTES

El desarrollo del vínculo afectivo puede describirse como el progreso de la interacción psicológica de la madre con el feto, que se hace gradual y permanente y es la base de la futura relación afectiva con el bebé. Según Sptiz, citado por (Brazelton & Cramer, 1993, pág. 140) el proceso “de” amoldamiento consiste en una serie de intercambios entre dos socios, la madre y el hijo, que se influyen recíprocamente de una manera circular. A estos intercambios algunos autores los han denominado “transaccionales”. Es por ello que para la investigación es de vital importancia reconocer cuales son las interacciones que se están mediando desde las representaciones sociales que elaboran los padres y madres de sus bebés en el proceso que inicia en el deseo e idealización de un hijo hasta el desarrollo de la hospitalización en la UCIN de la Fundación Valle del Lili que se puede presentar en dos momentos: **a.** Desde el periodo neonatal (intervalo de tiempo entre el nacimiento y los 28 días de edad) o posterior, debido de la prematuridad por diferentes causas que aunque en algunas ocasiones son desconocidas hay condiciones maternas que pueden aumentar el riesgo del nacimiento de bebés prematuros, como por ejemplo: infecciones en el útero, sangrado o placenta previa, abuso de sustancias psicoactivas, estrés psicológico de la madre, entre otras y teniéndose en cuenta que entre menor sea la edad gestacional del bebé mayor riesgo tiene para su salud debido a la inmadurez de sus órganos **b.** Por enfermedad del bebé, puede no ser prematuro pero de acuerdo a su patología necesita los cuidados y tecnología que ofrece la UCIN para su recuperación. Para la comprensión y abordaje de esta temática se ha considerado diverso material bibliográfico y experiencial de otras instituciones hospitalarias que permitirá direccionar hacia un punto de partida para la

interacción de la unidad investigativa con los padres, madres, bebés y por supuesto clasificar categóricamente sus argumentos para considerar finalmente herramientas psicológicas que les permita afrontar este momento de crisis y que redunde en beneficio de la familia. De acuerdo a lo anterior se cuenta con material producto de la experiencia como el que se describirá a continuación:

De acuerdo con la Especialista en Psicología Médica Perinatal, Muniagurria, (1998) en el simposio de seguimiento neonatal realizado en Argentina y su estudio sobre Intervenciones Psicosociales en la UCIN – “Cuidando al recién nacido y sus padres, se debe prestar una especial atención al “otro cuidado” que deben recibir el neonato y sus padres para abordar y elaborar la difícil experiencia de la hospitalización, con el menor costo emocional posible debido al riesgo psíquico al que se ven expuestos sus padres por el impacto emocional de la interacción, logrando de este modo la sobrevivencia y la calidad de la vinculación padres-bebé.

La Dra Muniagurria, da semejante importancia tanto a la intervención médica precoz con el objeto de brindar cuidados intensivos neonatales que apunten a lograr la sobrevivencia del bebé, el riesgo psíquico al que se ven expuestos sus padres por el impacto de la internación del hijo, demanda también, de cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la sobrevivencia y calidad de la vinculación padres-bebé. Por lo tanto se plantea tres cuestionamientos que ayudarán a conceptualizar la especificidad de la asistencia psicosocial:

- Por qué hay que cuidar a los padres?: Por que deben vincularse con su hijo en riesgo vital a pesar de estar atravesando por doble crisis: la crisis evolutiva que implica todo nacimiento y la crisis accidental provocada por la necesidad de internación del bebe.
- De qué hay que cuidarlos? De que la intensidad de sus emociones no los desorganicen masivamente, pudiendo provocarse un alejamiento emocional permanente del vínculo con su hijo. Además de ayudarlos a elaborar el duelo por el “hijo que no fue”, para que pueda transitar la vinculación con el “hijo real”, en forma mas saludable.
- Quienes cuidan emocionalmente a los padres? Todo el equipo de salud desempeña función psicosocial con los padres, cada uno desde su especificidad, con más o menos presencia directa de acuerdo a los momentos emocional que éstos esten atravesando. La función del especialista, será la de reducir los factores de riesgo psicosocial en juego en los protagonistas de la crisis (padre-madre-hijo); estimular un “apego seguro” facilitar la tarea de los profesionales directamente involucrados con la problemática de supervivencia del niño.

El artículo de Torres (2004) publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría, revisa la evolución psicológica del embarazo normal, examinando las cuatro etapas del proceso de duelo provocadas por la noticia de un embarazo de alto riesgo o por el nacimiento de un niño con dificultades, donde detalla el mecanismo psicológico principal utilizado por los padres en cada una de ellas. Además de enfatizar que el cuadro de duelo es mucho más claro cuando los padres evidencian el diagnóstico durante el parto, sobre todo, porque han tenido el tiempo suficiente para la elaboración de sus papeles y para el pleno desarrollo de

sus fantasías de un niño perfecto a quien cuidar y con el cual corregir sus propias limitaciones y frustraciones. La presencia del hijo defectuoso o enfermo destruye de manera súbita esa fantasía y los precipita más claramente hacia la reacción de duelo, que es aún más intensa cuando el niño debe ser separado de la madre y llevado a una unidad de cuidados especiales, frecuentemente en un piso distinto o en un hospital diferente. Un duelo tiene cuatro etapas claramente diferenciadas: negación, rabia y rechazo, depresión, resolución del conflicto.

La monografía de Atehortúa (2005) sobre la estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, explica ampliamente los beneficios de la estimulación temprana en la prevención de posibles alteraciones motoras, psicológicas, cognoscitivas y sociales en las futuras etapas del desarrollo y en la pronta recuperación del neonato, aunque el texto propone un plan de cuidados de enfermería como material de referencia para este tipo de intervención, realiza un interesante aporte sobre la vinculación de los padres como propósito y acción del plan de cuidados de intervención, fortaleciendo la educación familiar para reforzar la relación madre – hijo e incrementando de este modo las visitas de la madre a la UCIN, con lo cual se mejora el desarrollo motor, el sensorial y la ganancia de peso.

Por su parte el Dr Larguía (2007) y la Asociación de Profesionales del Hospital Materno Ramón Sarda en Buenos Aires, Argentina, han publicado diversas revistas y libros donde estimulan e informan permanentemente a los padres sobre los diferentes procesos que se

realizan durante la hospitalización de los neonatos y los trascendentes primeros años de vida. De acuerdo a su modelo denominado “Maternidad Centrada en la Familia” reconocido por la Organización Panamericana de la Salud, reforzando lo vincular y viabilizando el máximo desarrollo de las potencialidades de los niños nacidos prematuros, incluyendo aspectos preventivos y anticipatorios de situaciones conflictivas que pretenden mejorar la calidad de vida de las familias.

La Dra Nora Riani- Llano (2007), Médico pediatra, Especialista en Bioética del Centro Médico Imbanaco en Cali, mediante su artículo propone una interacción mas humanizada entre el personal medico-asistencial y los familiares de los bebes hospitalizados en las UCI neonatales apoyandose en la Sociedad Colombiana de Pediatría quien defiende su compromiso con la crianza humanizada, y como capítulo de ella, la Asociación Colombiana de Neonatología, cuando menos, deba asumir el reto de participar activamente en todos los ámbitos y aprovechar cada instancia, en el establecimiento de sólidos cimientos para dicha crianza. La Dra Riani incluye al personal médico asistencial como un ente transformador en cada paciente y su estancia hospitalaria convirtiendo este momento de crisis en una oportunidad excepcional de interacción y de aporte, impactando no solo al paciente y su familia, sino tambien la comunidad y la sociedad.

En el 2011 como proyecto de prácticas profesionales en Psicología se dio inicio al trabajo de campo en la UCIN, el propósito inicial era la realización de un trabajo de observación para ubicar una problematica y planear la intervención, evidentemente el

contexto estaba abierto para trabajar desde cualquier frente: bebés, padres y personal asistencial, aunque la experiencia fue muy enriquecedora desde el ámbito de intervención clínico-social con el soporte teórico de la Universidad y la supervisión de los especialistas en salud mental de la clínica, conformado por psiquiatras y psicólogas, fue surgiendo la idea de crear y desarrollar un grupo psicoeducativo para padres y madres, esto con el fin de hacer de un modo más didáctico el tratamiento de temas que era difícil comunicar y comprender para ellos y que por su actual condición de vulnerabilidad no se atrevían a tocar en otro contexto, por lo que se abrió el primer taller con material audiovisual para hablar de lo más básico: ¿qué era un bebé prematuro?, las máquinas a las cuales estaban conectados sus hijos y posteriormente se les alentaba a compartir sus experiencias y sobretodo conformar un ambiente de confianza, se establecieron en el grupo objetivos, metas y a medida que se iban desarrollando los talleres en cada uno surgían nuevas inquietudes y nuevos temas, además de las intervenciones individuales como factor clave. Siempre se iniciaba la entrevista con preguntas sencillas sobre su bebé y automáticamente surgían una serie de relatos cargados de emociones que se podían contener en ese momento o luego en el grupo. Este último factor fue clave para proponer la tesis actual, pues resultaba muy llamativo escuchar casi los mismos relatos y en muchas ocasiones la utilización de los mismos términos en personas de Pereira, o Timbá o Cali, no había distinción en ello, por el contrario abrió una gran oportunidad para estudiar todos esos argumentos y poder realizar un planteamiento que sirva de base para otros profesionales que desarrollen sus facultades en las salas de UCIN y es lo que se pretende dar a conocer en la presente investigación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diariamente son remitidos a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) de la Fundación Clínica Valle del Lili aproximadamente entre 3 y 4 bebés provenientes de maternas hospitalizadas por alto riesgo fetal, de otras instituciones hospitalarias caleñas, y también de distintas regiones del País, lo anterior, gracias al nivel de complejidad hospitalaria y a la preparación del personal médico y asistencial para la atención especializada de los bebés que requieran este tipo de internación.

Los padres y madres de los bebés hospitalizados en la UCIN pueden permanecer las 24 horas en las salas, lo que permite el intercambio afectivo y físico con ellos en diferentes momentos de la internación, vale destacar que es: desde el nacimiento del neonato o posterior traslado de bebés prematuros o enfermos de otras instituciones hasta la estancia hospitalaria que requiera antes de su alta o fallecimiento, generando gran interés para la unidad investigativa y reconociendo la necesidad de un acompañamiento permanente de especialistas en el área de la salud mental que proporcione herramientas y fortalezca recursos psicológicos y la ampliación de las redes sociales para los padres y madres permitiendo una mejor adaptación en este momento de crisis, generando mayor bienestar que redunde en la vinculación con su bebé y favorezca su proceso de recuperación.

El nacimiento de bebés prematuros o enfermos es una complicación que ocurre todos los días en la práctica clínica y es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo, como aporta Rovetto (2011):

En los sectores más pudientes económicamente la prematurez está asociada a tratamientos de infertilidad que llevan a embarazos múltiples, detección más temprana del sufrimiento fetal y más cesáreas electivas, edad más avanzada de la madre por la entrada de la mujer en el mercado laboral, mayor ingesta de alcohol y uso de drogas de abuso. En las familias de menor ingreso económico se asocia principalmente al pobre cuidado prenatal.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (Beck, Wojdyla, Say, & Beltran, 2010) en informe de incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad (enfermedad) y mortalidad maternas, se estima que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones de cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%).

En Colombia específicamente en el 2010, se registraron 16 muertes por cada mil nacidos vivos, Según el Departamento Administrativo Nacional de estadística, DANE. De estas muertes, el 63% ocurre en el primer mes de vida.

En la región el Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo Garcia” adelanta un programa de seguimiento a Recién Nacidos de Alto Riesgo, logrando reducir hasta en un 40% la mortalidad neonatal –muertes en el nacimiento y primer mes de vida-

Esta problemática trasciende las estadísticas y deja entrever como una situación tan repetitiva afecta el sistema, partiendo de un proceso natural para la mujer y repercutiendo en su hijo, pareja y red social. Por lo que se le da alto valor a lo que los padres y madres interpretan desde su imaginario como el proceso de gestación, desde el momento de la idealización y luego la concepción de un hijo, cuyo proceso trae consigo un sinnúmero de sensaciones que según sus manifestaciones vienen acompañadas de gran expectación y cambio. Según (Rotenberg, 2007, p. 62) el embarazo es una constatación de la propia fertilidad de la pareja, puede ser la confirmación de una búsqueda anhelada, o una llegada anticipada, quizás no decidida conscientemente, pero luego aceptada. Para otros, si no fue buscado plantea una disyuntiva.

Desde el momento de la concepción e inicio del desarrollo fetal en el vientre materno su progenitora se vincula paulatinamente con su bebe a través de los cambios corporales que experimenta, los sonidos que registran los ultrasonidos y los movimientos que realiza su bebe y que son perceptibles a la vista y al tacto, a propósito (Rotenberg, 2007, p. 64.) menciona que: la mujer siente cambios en su cuerpo y en su interioridad espiritual: comparte su cuerpo con un ser pequeñito, totalmente indefenso. Es una vivencia muy fuerte. Sus decisiones también lo involucran a él, depende de ella la continuidad de su existencia.

Todo este proceso se va realizando mediante caricias, cantos, arrullos, chequeos médicos y la preparación amorosa de toda la indumentaria que utilizará el bebé una vez se haya concluido el periodo de gestación, en este desarrollo involucra a su pareja, aunque según (Rotenberg, 2007, .p. 65), para el hombre también es una experiencia fuerte, pero de otra manera. No sólo por el impacto emocional que implica la paternidad, sino también por las transformaciones en el cuerpo de su mujer. El cuerpo conocido por él pasa a albergar al hijo de ambos transformándose en un cuerpo maternal que le produce sensaciones nuevas y diferentes. De igual forma la madre demanda de su pareja su atención, cuidado y protección.

Teniendo en cuenta la influencia que ambos padres ejercen en el proceso de gestación Marjorie J. Kostelnik (2009) afirma:

“los miembros de la familia contraen un apego de larga duración con él: constituyen un vínculo con el pasado y una perspectiva del futuro. Ellos representan las más tempranas relaciones sociales, modelos de conducta y de papeles, de valores y creencias, además de estimularlos en el aspecto intelectual. En la familia se familiarizan con actitudes hacia otros, con la educación el trabajo y la comunidad, además, la mayoría de los factores ambientales se canalizan por medio de la familia.” (p.16)

El bebe representa para sus padres entre otros aspectos, la ilusión de tener un hijo, la extensión corporal de ellos haciendo comparaciones con las características físicas, la prolongación de la descendencia familiar y los objetivos y metas que planean para el futuro con el nuevo integrante en la familia. Según (Rotenberg, 2007, p.70) La familia representa

la posibilidad de la filiación y transmisión: es un sistema simbólico que mantiene al ser humano en una red intersubjetiva determinando relaciones de parentesco. Estas relaciones marcan ciertas funciones esperadas y también prohibiciones, de acuerdo al lugar que se ocupe en el entramado significativo.

La problemática que es objetivo de estudio en esta investigación se ubica sobre esa línea que separa el deseo fundado de los padres y madres de los bebés hospitalizados en la UCIN de la Fundación Valle del Lili con la idealización de tener un bebé sano o un embarazo a término para encontrarse en algunas ocasiones con un bebé real, es decir, que no tiene las características esperadas por sus padres, al ser prematuro o tener alguna enfermedad, porque un bebé que nació con problemas y precisa según (Rotenberg, 2007) cierta atención médica especializada por lo cual debe quedar en el hospital, es un bebé que de algún modo interrumpe el ciclo natural de la contención y el calorcito materno. Rompe en alguna medida las expectativas que tenían los padres y deberán reacomodarse a la situación, si pueden. Si un bebé nace prematuro o a término pero enfermo y necesita de un período en la incubadora se genera una distancia física en un momento donde el encuentro corporal es muy importante. De igual manera, requiere de un ambiente hospitalario con personal médico y asistencial especializado para suplir las necesidades de cuidado e incluso la supervivencia y por lo tanto sitúa o ubica a los padres en el afrontamiento de: a) La interrupción prematura del embarazo; b) la prematurez o enfermedad del neonato; c) El impacto que producen los equipos que están conectados al bebé; d) la separación que involucra la hospitalización, donde es forzoso que los padres y madres trasladen a personas extrañas parte de su responsabilidad para atender al bebé; e) la estancia hospitalaria en la

Unidad de Cuidados Neonatales; f) el riesgo de muerte del bebe; g) las alteraciones en el vínculo afectivo entre los padres y el bebe.

A partir de este momento inicia un proceso para los bebes y sus padres que contempla el impacto generado por la interrupción abrupta del embarazo o la enfermedad del bebe y la hospitalización donde sus padres se cuestionan sobre: ¿Qué hicimos para que se adelantará el parto? ¿En que nos equivocamos o que hicimos mal? ¿Es un bebe muy pequeño y frágil, sobrevivirá? ¿Me lo podré llevar a casa? ¿Siente dolor? ¿Cómo funcionan todos esos equipos? ¿Podre amamantarlo? ¿Estorbo en la UCIN?

Consecuentemente con lo expuesto, en la presente investigación se ha realizado un análisis de las experiencias narradas por los padres y madres en el proceso de interacción con sus hijos en los diferentes momentos de la hospitalización, teniendo en cuenta los significados o representaciones que ellos identifican en la nueva situación de crisis que altera el equilibrio psicológico por los sentimientos de culpa, rabia, impotencia y confusión que los abruman, porque como manifiesta (Larguía, Shapira, & Aspres, 2008) el ideal familiar y social se ve sacudido y las expectativas de celebración mudan temporalmente hacia la incertidumbre, por lo que la interacción que se gesta entre los padres y su hijo va repercutiendo en todos los aspectos del desarrollo individual del bebe y por supuesto deja un impacto de sufrimiento psicológico en los padres que puede ser temporal o permanente, es por ello la intención de categorizar las representaciones que permitan crear estrategias psicológicas que se puedan utilizar antes del primer impacto por la separación de su hijo y se pueda lograr paulatinamente la adaptación de los padres y madres a la estancia

hospitalaria, el reconocimiento de su hijo indistintamente de su apariencia, una vinculación afectiva y por supuesto como promoción y prevención de la salud mental.

El contexto donde se sitúa la investigación es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por lo que se plantea el siguiente tema de investigación:

Representaciones sociales que elaboran los padres y madres en la interacción con sus bebés hospitalizados en la UCIN de la Fundación Valle del Lili.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Reconocer las representaciones sociales que emergen de los procesos de interacción entre los padres y el bebé que se encuentra hospitalizado en la UCIN de la Fundación Valle del Lili.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reconocer el vínculo afectivo que se construye en la interacción entre el bebé y sus padres dado la idealización de un hijo hasta el nacimiento de un bebé prematuro o enfermo.
- Conocer las significaciones que los padres le dan al proceso que está viviendo el bebé desde su idealización hasta la hospitalización.
- Identificar en el bebé internado en la UCIN diferentes reacciones como resultado de la interacción recíproca con sus padres en diferentes momentos de la hospitalización
- Validar el concepto de representación social para la comprensión o abordaje de esta situación en un ambiente hospitalario de recién nacidos.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO GEOGRAFICO

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la Fundación Clínica Valle del Lili, en el Municipio de Santiago de Cali en el Departamento del Valle del Cauca

5.2 MARCO CONCEPTUAL

La presente investigación inicia con la revisión de los significaciones básicas que describen al bebe prematuro o enfermo y el contexto donde se encuentra, incluyendo a la familia en interacción y las diferentes representaciones sociales alrededor de la nueva situación de crisis que puede repercutir directamente sobre el estado de salud del bebe.

5.2.1 El bebe prematuro. El concepto de prematurez abordado por (Ramirez, 2002) señala que la OMS define a un recién nacido pre-término como a todo aquél nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días) y con un peso inferior a 2.500 Kg. Sin embargo la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquel recién nacido menor de 38

semanas. Esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas, teniendo en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación con la edad gestacional. Las causas de embarazos prematuros son:

- Factores maternos y obstétricos: adolescencia, incompetencia cervical, placenta previa.
- Factores sociales: primípara, tabaquismo, trabajo
- Factores fetales: gemelaridad, malformaciones, infección fetal.

5.2.2. El bebe recién nacido enfermo. Es el lactante que debe estar bajo estrecha observación de personal sanitario cualificado debido a una mayor probabilidad de morbimortalidad. Algunas de sus posibles causas por las cuales deba estar hospitalizado en la UCIN son:

- Recién nacido pretérmino
- Recién nacido postérmino
- Niños que pesan menos de 2.500 kg.
- Los que presentan historia de enfermedad neonatal
- Los que presentan mal estado al nacimiento
- Los nacidos de madre con: infección, drogadicción, adolescencia, malnutridas, escasa ganancia de peso
- Niños con malformaciones o sospecha
- Incompatibilidad de grupo
- Nacidos con complicaciones obstétricas: rotura prematura de membranas, placenta previa.

El bebe prematuro o con algún tipo de enfermedad necesita del contacto y el cuidado de sus progenitores como generador principal y participativo en el proceso de recuperación, teniendo en cuenta el proceso de individualización y socialización, citado por (Marjoie J. Kostelnik, 2009) como dos funciones del desarrollo social que entran en acción desde el primer día de vida. La socialización es el proceso que incluye la capacidad de cooperar en un grupo, de regular la propia conducta conforme a las normas sociales y de llevarse bien con los demás. La individualización es el proceso mediante el cual se desarrolla el yo o la identidad personal y ocupa un lugar en el orden social. Integra las emergentes capacidades perceptuales, cognoscitivas, emocionales y de retención para formar una personalidad unificada o la autoidentidad en el niño pequeño. Debe efectuarse la individualización para que se realice el apego, o preferencia por un adulto en particular.

Es por lo anteriormente planteado, que este tipo de situaciones generan una crisis en el interior de la familia, donde la prioridad inicial es la atención biomédica para el bebe sin embargo, no se puede dejar de lado a la familia como prestador de cuidado para adaptarse a la nueva condición que los une, por lo que se utilizará el modelo sistémico de la enfermedad descrito por (Rolland, 2000) para ahondar sobre los sistemas de creencias o representaciones sociales que se suscitan en la configuración de la capacidad de respuesta y la adaptación de la familia.

5.2.3 La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Es un área dedicada exclusivamente al cuidado del bebé enfermo o prematuro donde existe un grupo de trabajo altamente especializado en su cuidado y lo constituyen: Pediatras Neonatólogos (Pediatras entrenados durante años exclusivamente para cuidar bebés enfermos). Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Respiratorios, Nutricionistas, Psicólogas, Trabajadores Sociales y Médicos de todas las especialidades que cuentan con equipos de la tecnología más avanzada para procurar su mejoría.

La UCIN cuenta con equipos necesarios para supervisar la condición clínica del bebé y está dotada de incubadoras, mesas de calor radiante y cunas térmicas para atender cuidados que están dirigidos a:

- Mantener la temperatura
- Lograr una alimentación adecuada
- Garantizar el oxígeno, mediante el Ventilador o Respirador que provee oxígeno y aire a los pulmones a través de un tubo pequeño que se introduce por la boca hasta la tráquea (tubo endotraqueal) y ayuda a respirar al bebe cuando éste no puede hacerlo por sí mismo.
- Controlar mediante monitores los signos vitales como los latidos del corazón, la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria, la concentración de oxígeno en la sangre y le ayudan a los médicos y enfermeras a vigilar el estado de salud del bebé.

- Fototerapia porque el hígado del prematuro es inmaduro por lo que cierta sustancia que se encuentra en la sangre, la “bilirrubina” aumenta y el bebé se ve amarillo, por lo que se utiliza tipo de lámpara para reducir el color.

5.2.4. La teoría sistémica de la familia. Según el modelo sistémico de la enfermedad, expuesta por (Rolland, 2000) se destaca sobre todo la interacción y el contexto; el comportamiento individual se considera dentro del contexto donde ocurre. Desde esta perspectiva, función y disfunción se definen en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación: en este caso, un problema de salud.

El proceso de prematuridad o de enfermedad del bebé encierra una serie de períodos que tienen demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas, que le exigen a las familias fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes, para lo cual (Terán., 2009) en el servicio de Neonatología del Hospital Clínico de San Carlos en Madrid, ha descrito de acuerdo a su experiencia unas fases de gran contenido psicológico inclusive si desde el embarazo se espera un bebé con alguna patología:

Primera fase: El conocimiento de la enfermedad, no sólo afecta a los padres si no también a la familia, lo que hace que ésta, no se encuentre en condiciones de dar todo el apoyo, que los padres necesitarían en ese momento.

Segunda fase: Es de negación de aceptar el hecho.

Estas fases bien se podrían apoyar en la Fase de Crisis propuesta por (Rolland, 2000), la cual describe que comienza con un periodo sintomático anterior al diagnóstico efectivo, en que el individuo o la familia (en este caso) tienen la sensación de que algo anda mal, pero la índole exacta o el alcance de problema no están claros. Este periodo inicial es con frecuencia de angustiosa vulnerabilidad e incertidumbre, todas las experiencias parecen más intensas y los miembros de la familia buscan a tientas maneras de reafirmar el control. Se puede realizar mediante una serie de tareas: primero, los miembros de la familia deben aprender algunas ideas sistémicas, de manera que puedan considerarse a sí mismos como una unidad funcional, tal como, la reasignación de roles, la comunicación y la amenaza de pérdida. Segundo, Los miembros de la familia deben lograr una comprensión psicosocial de la enfermedad en términos sistémicos. Su percepción de sí mismo como un sistema dentro del contexto de los patrones de demandas prácticas y emocionales de la enfermedad en el transcurso del tiempo proporciona la base para un sistema viable familia-enfermedad. Tercero, la familia debe crear un significado para la enfermedad que maximice la preservación de su sentimiento y dominio y capacidad.

5.2.5. Las Representaciones Sociales y familia. La representación siempre es de carácter social, por ello, según (Abric, 2001. P. 13) es una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí,

por lo tanto, funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas y es precisamente estas realidades las que se pretenden destacar en los padres y madres de los bebés hospitalizados en la UCIN para enfatizar en las interacciones que se propician y como éstas pueden incidir en la recuperación del bebé, bien sea en la maduración de sus órganos por prematuridad o en la evolución de su patología.

Por su parte David Reiss (1981) citado en (Rolland, 2000) mostró que las familias, en tanto unidad, desarrollan paradigmas o creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo. Estas creencias determinan el modo en que las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud, el siguiente caso ilustra este punto:

Caso No. 2. “La señora “Jully”, mujer adulta de 26 años con su bebé en la UCIN por sangrado cerebral, en intervención individual señala: “Yo trato siempre de ser positiva, pensar que mi hijo se va a salvar y va a salir bien librado de esta situación, me lo voy a llevar a casa...Mientras que si pienso cosas malas creo que de verdad le van a suceder”

Arthur Kleinman (1988) citado en (Rolland, 2000) expuso con elocuencia “la necesidad de crear sistemas de significados o modelos explicativos para dar respuesta y adaptarse eficazmente a la enfermedad. Distingue tres niveles de significado en relación con las afecciones físicas: *la dimensión biológica* de la enfermedad (disease) se refiere a la descripción e interpretación exclusivamente biomédica de la afección del paciente. *La dimensión simbólica de la enfermedad (illness)*, que es la experiencia humana de los símbolos y el sufrimiento, típicamente en alguna forma simbólica. La dimensión simbólica de la enfermedad representa una síntesis de significados biológicos, personales, familiares y culturales que se combinan para formar un sistema más o menos coherente. (p-170)” Esta descripción se asocia con la siguiente interpretación:

Caso No.3. “La señora “Luz” adulta, proviene de Popayán para el tratamiento de su bebe en la UCIN por trasplante de medula, refiere que se siente muy consternada, desea llevarse su bebe a casa, compartir con ella, que la visiten todos sus primos y sobre todo acostarla en su cuna con sus muñecos”

En el tercer nivel, el de la dimensión social de la enfermedad (sickness), representa los significados que han quedado asociados a un problema físico como resultado de fuerzas mayores, sociales, macrosociales, económicas, políticas o institucionales.

Para realizar un análisis de estas interpretaciones se abordaran *las Narrativas de la enfermedad*, descritas por (Rolland, 2000) donde la historia o narrativa que los miembros de la familia elaboran acerca de una experiencia de enfermedad es una síntesis de su intento de

generar orden a partir del caos y el temor, y de sus creencias y temas familiares centrales.

La narrativa típica muestra el esfuerzo por contestar preguntas como: ¿Por qué a mí? ¿Por qué a nosotros?, ¿Por qué ahora? Y ¿Qué puedo/Podemos hacer?

6. MARCO TEORICO

Este se ubica en el contexto hospitalario de la UCIN de la Fundación Clínica Valle del Lili, por lo que en adelante se describirá el constructo de red social como apoyo primordial para la recuperación de salud del bebe hospitalizado y como la interacción que tenga con sus padres repercute además en: el fortalecimiento del vínculo afectivo y simultáneamente en los recursos psicológicos como preservación de la salud mental y por ende padres y madres como actores fundamentales en la consolidación de la red social personal alrededor de sus bebes. Los padres y madres de los bebes intervienen según Lindermann citado por (Sluzki, 1998) en la co-determinación de los efectos a corto y largo plazo de una situación en crisis, por lo tanto esta red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad , de acuerdo a ello, se destaca que la recuperación y desarrollo del neonato hospitalizado en la UCIN está influenciada por todos los individuos que tienen interacción con él.

A partir del concepto de red social se considera que la institución de salud se constituye en apoyo primordial para la recuperación de la salud del neonato y queda entonces incluida en esa red. Esta investigación asume este concepto como parte del modelo sistémico y de las representaciones sociales.

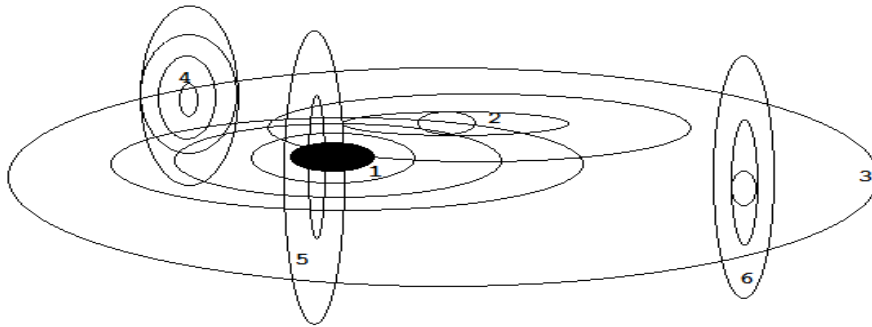
6.1.1. El constructo de red social. Según (Sluzki, 1998) el supuesto conceptual de “red social personal” o “red social significativa” no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluye a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales. Este nivel intermedio de la estructura social resulta crítico para una comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de promoción del bienestar, de desarrollo de la identidad y de consolidación de los potenciales de cambio, y, complementariamente, ilumina también los procesos de adaptación constructiva y de cambio.

En el concepto de red social aparecen otros autores que aportan en el entendimiento de este constructo, como:

- Kurt Lewin (1952), cuya teoría del campo incluye explícitamente variables centradas en las relaciones sociales informales.
- Jacob L. Moreno (1951), el creador del psicodrama, desarrolló el concepto de psicología geográfica y una técnica socio métrica, el socio grama, para esbozar un mapa de la red de relaciones –del tipo de “quien conoce a quien”-en grupos y en comunidades.
- Elisabeth Bott (1957), a su vez, llevó a cabo en Inglaterra un estudio acerca de las relaciones externas de familias urbanas, y durante ese proceso desarrolló metodologías pioneras para analizar las prácticas de interacción informal de la red familiar extendida, diferenciando la composición de la red, la estructura de la red y los contenidos de las

interacciones (aspectos tales como el apoyo que se brindan, la información práctica, los consejos, etc.).

El sistema de redes de un individuo según (Sluzki, 1998) está conformado por:



1. La red social personal, con el informante en el centro, y sus círculos concéntricos de relaciones con intensidad e intimidad decreciente.

2. Una de las muchas redes de las que el individuo es miembro periférico (la red perteneciente a uno de los miembros periféricos de la red del informante).

3. Una de las muchas redes supra individuales a las que miembros les pertenecen sin conocerse entre sí (red de todas las personas que son feligreses de una misma iglesia, o miembros de un mismo club, o alumnos de una misma escuela, o miembros de una misma minoría).

- 4 Una de las muchas redes de las que el individuo no es miembro, aun cuando algunos miembros de su red lo son

- 5 Una de las muchas redes de las que el individuo no es miembro, aun cuando algunos miembros de su red lo son.

- 6 Una de las muchas redes de las que ni el individuo ni otros miembros de su red forman parte, pero cuyas vicisitudes pueden afectar indirectamente a la red del individuo (Sluzki, 1998)

De acuerdo al anterior diagrama y teniendo en cuenta sus características, (Sluzki, 1998) plantea cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social, es decir, que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es salutogénica; mientras que, la presencia de enfermedad en una persona deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social. Esta doble acción permite perfilar círculos virtuosos en los que la presencia de una red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social, así como círculos viciosos en los que la presencia de una enfermedad crónica –o un déficit o una dificultad crónica de cualquier tipo- en una persona afecta negativamente a la red social de esa persona, lo que a su vez

impactará negativamente en la salud del individuo o del grupo íntimo, cosa que a su vez aumentará la retracción de la red, y así, en espiral de deterioro recíproco.

De cómo la red afecta la salud del individuo. (Sluzki, 1998) plantea algunos procesos mediante los cuales la presencia o ausencia de una red social activa y accesible afecta positiva o negativamente la salud de un individuo:

- En un nivel atávico de base evolutiva, la reacción de alarma o reacción psicofisiológica de alerta ante lo desconocido, riesgo que se mitiga con la presencia de figuras familiares, por lo que se puede aplicar este principio de acompañamiento permanente de los padres a los bebés reduciendo el nivel de angustia que genera la falta de información
- En un nivel existencial, en los seres humanos las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros. Las relaciones sociales favorecen una organización de la identidad a través de los ojos (y las acciones) de los otros. De ésta deriva la experiencia de que “estamos ahí para alguien” o “sirviendo para algo”, lo que a su vez otorga sentido y estimula a mantener las prácticas de cuidados de salud y, en última instancia, a seguir viviendo.
- En un nivel de práctica social, la red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos. Es decir,

la red social que en este caso en primera instancia corresponde al cuerpo médico y asistencial, actúan como monitores de la salud del bebe y funcionan como conectores de los padres.

- La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobriedad: rutina de alimentación, sueño, adhesión a régimen medicamentosos y, en general, cuidados de salud.

De cómo la enfermedad de un individuo afecta a su red. La presencia de una enfermedad, impacta las interacciones entre el individuo (y su familia inmediata) y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados.

- Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo, por lo que generan en los demás conductas evitativas.
- La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla.
- La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y, como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red.
- La presencia de enfermedad en una persona reduce su posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad en la danza interpersonal de la interacción social, es decir, la persona enferma tiene menos posibilidad de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que la cuidan.

- Los comportamientos de cuidados para con gente con enfermedades crónicas resultan poco gratificantes. Con independencia de que se sepa racionalmente que la persona que se cuida no va a mejorar rápidamente, o, aun más, su salud va a continuar declinando dada la naturaleza progresiva de su enfermedad, la falta de evidencia de mejoría contribuye a descorazonar a muchos de los miembros de la red envuelta directa e indirectamente en sus cuidados.

6.1.2 Modelo Sistémico de la enfermedad. Según (Rolland, 2000) El apego excesivo de la familia, quizá disfuncional en otras circunstancias, puede resultar adaptativo durante una crisis de salud en la que suele ser necesario que los miembros de la familia cooperen estrechamente y suspendan las fronteras normales a fin de facilitar la respuesta y la adaptación a corto plazo. Las pautas transaccionales dentro de la familia y entre la familia y otros sistemas (por ejemplo, las instituciones de salud) se consideran básicas en la conformación del comportamiento individual. Además, para la teoría sistémica, los individuos están interrelacionados de manera tal que un cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a los otros miembros, lo que a su vez afecta al primero en una cadena circular de influencia. Como toda acción en una secuencia es también una reacción, se considera que la causalidad es circular y no lineal. Por lo tanto, la interacción es el elemento central de toda indagación biopsicosocial de orientación sistémica. En los casos de enfermedad física, particularmente en las afecciones crónicas y con riesgo de vida, el

foco principal es el sistema creado por la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y otros sistemas biopsicosociales.

El modelo sistémico de la enfermedad pone el acento en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales que las diferentes afecciones imponen en el transcurso del tiempo y los componentes clave del funcionamiento familiar

6.1.3. Representaciones sociales. Según Denise Jodelet citado por (Moscovici, 1986) las representaciones sociales son imágenes que condensan un conjunto de significados, lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas. Es por ello que (Abric, 2001) describe que toda representación está organizada alrededor de un núcleo central, que en la presente investigación corresponde a la interacción entre los padres y madres y su bebé hospitalizado en la UCIN.

Este núcleo central está constituido por uno o varios elementos que en la estructura de la representación ocupan una posición privilegiada: son los padres y madres los que dan su significación a la representación. Es determinado en parte por la naturaleza del objeto representado; por otra parte por la relación que el sujeto –o el grupo– mantiene con dicho

objeto, y finalmente por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo.

El núcleo central-o núcleo estructurante- de una representación garantiza dos funciones esenciales:

- Una función generadora: es el elemento mediante el cual se crea, se transforma, la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor,
- Una función organizadora: es el núcleo central que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación. Es en este sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación.

Será en la representación el elemento que más resistirá al cambio. En efecto cualquier modificación del núcleo central ocasiona una transformación completa de la representación.

6.1.4 El Vínculo afectivo. El objetivo del vínculo afectivo según (Perinat, 2007) es regular la distancia entre la criatura y la persona vinculante en este caso la materna, cuyo efecto es hacer que el bebe recupere su tranquilidad mediante el abrazo, el tono de apaciguamiento, etc., repercutiendo en el plano psicológico y permitiendo que el bebe recobre el sentimiento de seguridad que ha perdido en el nacimiento e inmediata hospitalización. El fortalecimiento de este vínculo no pudo darse naturalmente en el momento del alumbramiento debido al nacimiento prematuro del neonato o enfermedad del

bebe que para ambos casos tuvo que ser alejado del calor de su madre y como describe (Agudelo, 2008) el vínculo que establece el recién nacido con sus padres se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante el periodo de gestación, es decir, que cuando el niño nace afronta su primera separación, es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectiva. El padre se debe vincular al máximo en las actividades del cuidado del niño para continuar desarrollando lo que ya ganado desde la gestación.

El bebe en esta edad se encuentra en el periodo de adquisición de la confianza básica, por lo cual sus necesidades tales como proximidad física, alimentación, vestido, calor y arrullo, entre otras, deben ser satisfechas en el momento que lo desee, para que pueda confiar en los demás cuando sea mayor. Además de esto es preciso darle algo más, como son las manifestaciones amorosas táctiles, visuales y auditivas

Es por lo anteriormente planteado que la investigación apunta al análisis de los argumentos y relatos de las experiencias de los padres y madres en la interacción con sus bebés en un ambiente hospitalario de UCIN, con el fin de lograr establecer una ruta común de manifestaciones y comportamientos que inciden en el estado de salud de sus hijos y teniendo como uno de sus propósitos generar nuevas redes que impacten el sistema social por el fortalecimiento del vínculo entre neonatos y padres.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo de Investigación. Se ha llevado a cabo sobre la base de la investigación cualitativa, Bonilla-Castro & Sehk, (2005) describen que la investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva. Es decir, a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas en ellas y no deductivamente, con base en hipótesis formuladas por el investigador externo. Por lo que esa interacción entre los bebés y los padres y madres que se da en un contexto hospitalario permite reconstruir el significado y el conocimiento de su realidad ante esta nueva e inesperada situación dando paso al análisis de las interpretaciones que se han elaborado y que repercuten en la dinámica familiar y el estado de salud del neonato.

La investigadora cumple una función muy importante por que como indica (Bonilla-Castro & Sehk, 2005, pag. 133) el investigador cualitativo es el principal instrumento en el proceso investigativo, quien debe estar cercano a la situación bajo estudio y a las personas involucradas en ella, y debe ejercer continuamente sus habilidades reflexivas y evaluativas para el análisis de los datos.

Para lograr la comprensión de los datos obtenidos y cumplir con los objetivos propuestos se realizará una sistematización de la información, que según Alfonso Ibáñez citado por Cifuentes (1999) “la sistematización como opción investigativa” **racionaliza** la realidad, a partir de la experiencia, buscando respuestas a interrogantes. Por su parte Rosa Torres también citada por el mismo autor, considera a la sistematización como “forma colectiva de construcción de saberes sobre las prácticas sociales populares, tendientes a su explicación y comprensión más profunda, al fortalecimiento de los procesos organizativos existentes y la cualificación de quienes intervienen”

Por su parte Felix Cadena citado por (Cifuentes, 1999) plantea que la sistematización tiene un carácter dialéctico que, como proceso, contempla tres funciones: describir hechos y procesos de la realidad; explicarlos en función de las necesidades, y promover la instrumentación de la acción para la transformación.

La sistematización de experiencias se sustentará sobre la integración de los enfoques críticos e histórico-hermenéutico porque los primeros contextualizan la intencionalidad de la sistematización y los segundos según Jorge Posada citado por (Cifuentes, 1999) privilegian la comprensión, la significatividad, la relevancia sociocultural del proceso de conocimiento.

El enfoque utilizado en la sistematización se ajusta a los objetivos de la investigación porque permite destacar las voces de los padres y madres y el sentido que le dan al proceso en interacción con sus bebés hospitalizados, permitiendo relacionar la construcción de conocimiento con la potenciación de la experiencia y generar nuevos conceptos e interpretaciones.

7.2. Tipo de Investigación y análisis de la información. La fuente primordial de la investigación son los argumentos expuestos por los padres y madres en las entrevistas narrativas por lo que se ha realizado un análisis categórico para la descripción de los mismos, para un mayor aprovechamiento de esta herramienta se hará apropiación del análisis del discurso propuesto por Fairclough (1992), citado por (Santander, 2011), sobre la base de la Gramática Sistémico Funcional (GSF) agrega una dimensión adicional a las metafunciones del lenguaje –la función ideacional (afirmando que el discurso contribuye a la construcción de sistemas de creencias)- y propone un modelo tridimensional que considera tres niveles de análisis: el análisis textual, el de la práctica discursiva y el de la práctica social; siendo el primero de carácter descriptivo, el segundo interpretativo y el tercer explicativo. Para ello propone siete categorías de análisis, entre las cuales se destaca la intertextualidad que, como el mismo Fairclough señala, es la propiedad de los textos de esta constituidos con fragmentos de otros textos.

7.3 Población. Los bebés hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Fundación Valle del Lili y sus padres y madres.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se ha trabajado con dos poblaciones en dos momentos consecutivos y complementarios en un mismo contexto: La Unidad de Cuidado intensivo Neonatal.

Con la primera población se logró establecer un diagnóstico que mostró la necesidad de la creación de encuentros individuales y grupales de tipo psicoeducativo para padres y madres que permitan el fortalecimiento de redes sociales del neonato y una mayor vinculación afectiva en beneficio del estado de salud del bebé. Para el logro del objetivo se debía reunir las siguientes características:

1. Presenciar diferentes momentos de la estancia hospitalaria
2. Visitas frecuentes al bebé
3. Previa relación de confianza con la investigadora
4. Disponibilidad de los padres y madres para participar en los encuentros individuales y grupales

El resultado de los encuentros individuales y grupales se vio reflejado en:

1. La interiorización del concepto de individuo con referencia al neonato, teniendo en cuenta su vinculación dentro de un núcleo familiar y la interacción con los miembros.

2. Una mejor comprensión del lenguaje médico y hospitalario que se utiliza en la UCIN mediante explicaciones sencillas de los conceptos referentes al bebe prematuro, procedimientos médicos y los equipos que permiten la maduración orgánica del bebe.

3. Concientización respecto a la instancia hospitalaria vs la importancia de la maduración de los órganos del bebe en un ambiente hospitalario

4. Durante las intervenciones individuales y grupales, los padres y madres manifestaron la necesidad de comunicación con otras personas en situaciones similares que les permita hacer un acompañamiento mutuo en esta situación de crisis

La segunda población ha sido conformada por los padres y madres de los bebés hospitalizados en la UCIN y que han aportado su disponibilidad para la observación de la dinámica familiar e intervenciones individuales que dan cuenta de las representaciones sociales que se han construido de acuerdo a la interacción con sus bebes.

7. 4 **Muestreo Intencional.** Este tipo de muestreo se ajusta al tipo de investigación cualitativa que se está adelantando, porque se determinó configurar una muestra inicial de informantes que han vivido la experiencia de tener a sus bebes en el contexto hospitalario de la UCIN y han participado activamente en la recolección de la información.

Participaron como voluntarios 26 padres y madres entre 18 y 32 años de edad, lo que facilitó la realización de las entrevistas individuales, la observación de campo y la realización de talleres de grupo.

Las entrevistas se realizaron individualmente en diferentes sesiones, teniendo en cuenta los horarios en que los padres y madres visitaban a sus bebés en la UCIN.

Por razones éticas, durante la toma de información a cada padre o madre le será asignado un nombre diferente para proteger su identidad y asegurar la confiabilidad de la información. (Tabla 1)

Tabla 1. Codificación de padres o madres. “Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Fundación Clínica Valle del Lili”. Cali 2011.

Padre o Madre	Edad	Procedencia
Alberto	54	Pereira
Maria del Carmen	26	Timba
Ana Belly	18	Pereira
Leydi	24	Cali
Maria del Socorro	29	Cali
Viviana	18	Timba

Jully	26	Palmira
Eduardo	31	Palmira
Lorena	21	Pereira
Dora	32	Pereira
Dina	28	Cali
Yamileth	29	Cali
Gloria	27	Jamundi
Milton	41	Buenaventura
Sandra	31	Buenaventura
Luis	26	Pereira
Walter	28	Palmira
Jhon Jairo	26	Puerto Tejada
Luz Adriana	32	Pereira
Maria Del Pilar	29	Cali
Margot	34	Cali
Alberto	34	Cali
Luz Mery	31	Puerto Tejada
Alejandra	29	Yumbo
Yessica	19	Cali

7.5 Recolección de la Información. Esta fase fue definitiva para la investigación porque los padres y madres manifestaron a través de entrevistas y encuentros grupales, sus

conocimientos previos y adquiridos frente a la situación orgánica de su bebe, sus actitudes, las prácticas sociales, las frustraciones, la vulnerabilidad y por otro lado las fortalezas y potencialidades que han ido adquiriendo en el proceso de hospitalización, por lo tanto los instrumentos para la recolección de la información de acuerdo al tipo de metodología son: la observación participante, talleres o encuentros grupales y entrevistas informales conversacionales.

Según Bonilla-Castro & Sehk, (2005)

La observación participante permite conocer directamente el contexto en el cual tienen lugar las actuaciones de los individuos y, por lo tanto, le facilita acceder al conocimiento cultural de los grupos a partir de registrar las acciones de las personas en su ambiente cotidiano.

En la observación participante se establece una relación de confianza con las personas objeto de estudio, determinando que, cuando y a quien observar registrando las actividades en diarios u observadores de campo.

7.5.1. Diarios de Campo

Tabla No. 2. Actividades realizadas durante la primera salida de campo. Febrero 22 a Febrero 23 de 2011

OBJETIVOS
- Hacer un reconocimiento del contexto físico de la UCIN.

- Presentarme ante la Jefe de la Unidad de Neonatos y el personal asistencial a cargo
- Obtención de información sobre las necesidades del servicio de Neonatos
- Reconocimiento de las salas donde están hospitalizados los bebés
- Presentación formal como practicante de psicología ante los padres y madres de los bebés hospitalizados con la disposición de acompañamiento en el proceso de estancia hospitalaria

REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS DE INFORMACIÓN

- Principales patologías de los bebés
- Dificultades que se presentan con los padres y cuales son sus necesidades
- Horarios de visitas

INSTRUMENTOS

- Observación y registro en Diarios de Campo
- Reunión con la jefe del servicio

Tabla No. 3. Actividades realizadas durante la primera salida de campo. Febrero 22 a Febrero 23 de 2011

PLAN BÁSICO SEGUIDO

1. Contacto formal con la Jefe del servicio de Neonatos Diana Betancourth.
2. Contacto formal con el personal asistencial
3. Contacto formal con los padres y madres de los bebés hospitalizados
4. Reflexiones colectivas con la jefatura del servicio sobre la forma como se puede intervenir con los padres y madres y como ellos pueden percibir la intervención y su interés en la misma.

ACCIONES ADELANTADAS

1. Se realizó reunión con la jefe del servicio de la unidad de neonatos donde se especifica la disposición de trabajar durante 10 meses con el propósito de realizar acompañamiento a los padres y madres en los diferentes momentos de la hospitalización.
2. Se hizo un reconocimiento total de la UCIN, desde el punto de vista locativo, asistencial y de la población que asiste.
3. Se exploraron las necesidades del servicio, horarios en que se encuentran los padres y madres, las patologías de los bebés, identificando en primera medida la necesidad de un acompañamiento continuo debido al sufrimiento en los padres y madres por la larga estancia hospitalaria, el riesgo ante la muerte y otras situaciones que puedan estar afectando la interacción del cuerpo médico y asistencial con el tratamiento.

BALANCE GENERAL

1. Se detectaron los principales temas que se deben abordar con los padres en la entrevista a profundidad y que están relacionados con su bebe y el proceso inesperado que están afrontando desde el parto.
2. Se estableció una relación de confianza con el personal asistencial que aporta mediante su experiencia mayor información para el abordaje con los padres y madres.
3. Se identifican los horarios de mayor concurrencia en la unidad y que pueden ser aprovechados para la observación participante y las entrevistas.

Tabla No. 4. Guía de actividades realizadas en campo. Marzo 01 a Marzo 25 de 2011

OBJETIVOS

- Presenciar la interacción de los padres y madres con los bebes que están en las incubadoras
- Verificar si los padres y madres hacen pausas para descansos y alimentos
- Presenciar la interacción de los padres y madres con el personal medico y asistencial
- Presenciar los momentos en que los padres ingresan y cuando se despiden de sus bebes
- Presenciar de que forma afecta el fallecimiento de un bebe a los padres y madres de los bebes hospitalizados.
- Conocer como es la interacción y comunicación entre los padres y madres de diferentes bebes hospitalizados.

CRONOGRAMA

- 01 -04 de Mar. Ingreso a la UCIN entre las 07:00 am a 09:00, verificar interacción de los padres con el personal asistencial por cambio de turno
- 07 – 11 de mar. Ingreso a la UCIN entre las 05:00 pm y 07:00 pm. Observar estado físico de los padres y madres, con el propósito de detectar agotamiento físico, fatiga y otras señales de cansancio que sean evidentes.
- 14 – 18 de Mar. Ingreso a la UCIN entre las 07:00 am y las 8:45 am. Los padres y madres ya identifican a la investigadora por lo que se realiza una observación más detallada. Algunos padres y madres llegan temprano y permiten implícitamente que se pueda observar su interacción con su bebe.
- Entre el 21 – 25 de mar. Ingreso a la UCIN entre las 5.00 pm y 07:00 pm. Observar la dinámica general en la UCIN con el propósito de verificar si hay algún aspecto que se esté obviando en los datos que se analizarán y pueda tener gran importancia.

Tabla No. 5. Actividades realizadas en campo. Marzo 01 a Marzo 25 de 2011

ACCIONES ADELANTADAS

Recolección de Información

- 01 -18 de mar. Se analiza que la dinámica familiar al interior de la UCIN es muy similar, es decir, desde el primer momento que llega él bebe a la sala y otros

momentos de la hospitalización se destacan aspectos como: primer impacto, incredulidad, culpa, impotencia, leve adaptación, incertidumbre.

- 21 – 25 de marzo. Los padres y madres se adaptan a la observación de la investigadora y previa relación de confianza se inician las intervenciones individuales que permiten hacer un diagnóstico en el contexto de la UCIN.

BALANCE GENERAL

1 Se avanza en la comprensión de la problemática

2. Se recogió información sobre la percepción de los padres y madres frente a su situación y el contexto

3. Se incluye dentro del material de estudio los cuidados del cuidador, es decir los padres y madres que están demasiado tiempo en UCIN sin los descansos ni alimentación adecuado.

4. De acuerdo a la interacción con los padres y madres, se destacan temas en común y que sirven de base para proponer el tópico central en las entrevistas.

7.5.2. Entrevista. La entrevista se usa para generar conocimiento social y en esta investigación específicamente se basa en la convicción de que las comunidades o los grupos sociales objeto de estudio narran sus vivencias con palabras y significados que son particulares a sus experiencias y estilos de vida, las cuales reflejan la perspectiva sobre el mundo que habitan, esta visión se complementa con espacios colectivos de encuentros en talleres grupales que permiten la reconstrucción de experiencias

Las narraciones descritas por los padres y madres entrevistados reconstruyen toda una serie de representaciones y significados que le dan a su nueva situación y que es abordada desde el momento en que lo idealizaban o proyectaban en su vida en pareja, pasando por todo el proceso de gestación donde influye con gran importancia su contexto social y por supuesto el nacimiento de su bebé con la sorpresa de que es un bebé prematuro o enfermo y vulnerable que no estaba en sus planes y redimensiona todo su futuro a partir de este momento.

El tópico central de la entrevista fue: “Hábleme sobre el motivo por el cual su bebé está en la UCIN y lo que ha significado para usted y su familia todo este proceso”

8. ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Aunque la atención de los bebés hospitalizados en la sala de UCIN, se basa primordialmente en los cuidados médicos y asistenciales que se requieran para el manejo de su patología, se considera que el bienestar que se les puede proporcionar no solo comprende el aspecto orgánico, es decir, que mediante el trabajo de campo realizado por parte de la unidad investigativa en el contexto de la UCIN, se considera a través de la descripción del relato de las experiencias de los progenitores con relación a la hospitalización de su bebé que la actual situación dolorosa e inesperada no aleja a los padres y madres de especial atención sino por el contrario los involucra en un suceso bidireccional que actúa en doble vía: padre= madre y bebé, contando también con recursos psicológicos que pueda extender a sus bebés y de este modo incrementar los lazos materno-filiales a través del fortalecimiento de los vínculos afectivos apropiados y que luego puede evidenciarse en su corporalidad a través de las diferentes manifestaciones físicas de la triada, a manera de ejemplo se cita la siguiente situación: en el momento en que la madre es enterada que su bebé debe estar internado en la UCIN, su patrón de sueño, alimentación y descanso se altera, disminuyendo los tiempos para sueño y descanso además de largas horas de inanición, solo cuando logra involucrarse mejorando la adaptabilidad en la nueva situación de crisis logra organizar sus tiempos y acceder a una nueva rutina que le permita sostenerse físicamente y transmitir a su bebé su disposición de cooperación a través de los diferentes contactos y vínculos que van estableciendo, cuando se suma el padre, éste continúa como protector y generalmente su posición frente a la hospitalización de su hijo contenedor de la

madre, cuando falta la madre por situaciones como: que está en otra ciudad, hospitalizada o fallecida, se identifica que éste “aplaza” temporalmente la realización del duelo con actitudes esperanzadoras por la salud de su bebe y puede continuar con los cuidados esperados en la UCIN; por su parte el bebe responde satisfactoriamente a los estímulos de sus padres y soporta los tratamientos médicos y los molestos métodos invasivos, aun así la ganancia de peso, la alimentación y respiración por sí mismo constituye una meta diaria.

En este momento de la investigación se puede evidenciar que aunque la pretensión de la hospitalización en la UCIN es la atención integral médica para él bebe debido a su condición de prematuro o enfermo, no se habla de un ser aislado sino por el contrario de un individuo inserto en un sistema familiar que necesita continuar con su proceso de desarrollo y recuperación, de ahí la importancia de analizar este tema a la luz de la Teoría Sistémica de la Familia para promover el funcionamiento saludable de ésta y la adaptación a situaciones de discapacidad o enfermedad graves, crónicas o con riesgo para la vida, en los casos en que él bebe no sobreviva por el estado crítico de su salud, los padres y madres puedan trabajar sobre un mejor afrontamiento en el duelo y una mayor adaptación por que como progenitores han aportado lo que ha estado a su alcance para ayudar a su bebe.

Para analizar el entramado de significaciones que le dan los padres y madres a la nueva situación que ha traído consigo la hospitalización de su bebe en la UCIN y que ha alterado y por supuesto “pausado” sus planes e idealización sobre el futuro de sus vidas con el nuevo integrante de la familia, se ha elaborado una tabla de categorías con elementos

comunes que se encontraron en los diferentes relatos de los padres y madres a través de las intervenciones individuales y grupales y que abre una nueva alternativa para la comprensión y abordaje de situaciones similares en las salas de UCIN. La alternativa que se menciona es un proceso por el que atraviesa la triada y se describirá a través de un ciclo de fases que una vez conocido por el personal experto en salud mental se pueden desarrollar estrategias para una mayor adaptabilidad. Antes de ello se hará referencia a las categorías que motivaron la creación del ciclo de adaptación y que se presume es de gran importancia para conocer las diferentes reacciones y comportamientos de los padres y madres en los diferentes momentos de la hospitalización y que pueden por supuesto motivar la creación de estrategias y métodos de afrontamiento que se pueden poner en marcha gracias al equipo de salud mental interesado en propender la salud mental inclusive en situaciones adversas pero destacando los recursos psicológicos de los afectados.

Las categorías de mayor prevalencia en el análisis de los argumentos fueron:

1. Shok
2. Culpa
3. Vacío
4. Impotencia
5. Incertidumbre

8.1 Análisis cualitativo de las categorías.

Una parte importante de la investigación buscaba reconocer las representaciones sociales que emergían de los procesos de interacción entre los padres y madres y el bebe que se encuentra hospitalizado en la UCIN, indistintamente del motivo de la

hospitalización, es decir, si estaba en la sala por su prematurez o porque estaba enfermo, en ambos casos se lograba vislumbrar las reacciones de los padres siendo semejantes en la forma de abordaje por el choque psicológico. Aunque la percepción de la unidad investigativa se volcó inicialmente en la atención y apoyo psicológico para el bebe únicamente, mediante la observación participante y las interacción con los padres se logró identificar que si se le daba igual importancia a los progenitores conociendo sus frustraciones, sus necesidades y validando sus sentimientos, la intervención que se realizará con ellos repercutiría directamente sobre el estado de salud de sus bebes, de ahí la importancia de conocer ese significado que tenía para ellos la situación de la hospitalización en la UCIN. Con el propósito de cualificar estos significados o representaciones se adelantó luego de la conformación de los talleres grupales una serie de entrevistas individuales, las cuales se realizaron en todos los padres y madres dispuestos a cooperar con la investigación, no se tuvo en cuenta parámetros demográficos sino por el contrario fue importante encontrar argumentos similares o sentimientos comunes en una situación que todos compartían “tener a su bebe hospitalizado en la UCIN”. Las categorías clasificadas para el análisis se pueden identificar en los siguientes relatos:

SUJETO	SHOCK: CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DEL HIJO	CULPA	VACÍO: NEGACIÓN O ACEPTAR EL HECHO	IMPOTENCIA	INCERTIDUMBRE
S1	“Me tuvieron que adelantar el	Razón indirecta: “Yo	Mi hermana es	“nos trasladaron	“ estoy muy estresada con

	parto porque me dio preclancia, me hicieron cesárea y el niño nació con hemorragia cerebral, estaba muy chiquito”	solo pienso porque sucedió esto, yo comía bien, descansaba, nosotros somos muy sanos, nunca me imagine que algo así pudiera pasarnos porque a mí?	fisioterapeuta y hemos buscado mucho en el internet formas de estimularlo y yo le hablo y yo sé que él me escucha y va a salir adelante “hace unos días pensábamos que nos llevábamos un bebe enfermo pero yo me iba a volver experta en cuidarlo”	para acá y pasan los días, los médicos nos dicen que está estable, yo no me muevo de aquí ni un instante y cuando mi esposo me recoge en la noche solo hago llorar”	esto, porque es la <u>incertidumbre de que va a pasar</u> ”
S2	“Rompí fuente antes de tiempo y los niños estaban muy chiquitos”	Razón Directa: Yo tengo la culpa de que ellos ahora estén separados...” “consumo droga...consumí como hasta los cinco meses de embarazo “Ahora Damian está sufriendo por mi culpa y está separado de su hermano”	“Damian está aquí porque está muy complicado, yo no entiendo muy bien pero tiene problemas con el corazón y la digestión”		“Los médicos me explican que no se sabe cuánto tiempo va a estar aquí, solo que hay que esperar”
S3	“tuve placenta previa y él bebe nació de 7	Razón Indirecta: Yo anhelaba	“El niño esta con todo su sistema	“ya he tenido 2 embarazos anteriores y	“yo estoy muy desesperada y le ruego mucho a

	meses, era chiquitico, fue una gran sorpresa para nosotros haber pasado por todo esto”	mucho tener un bebe y por eso lo seguí intentando, la ginecóloga me decía que lo mejor era operarme para no tener más hijos pero yo sabía que algún día iba a poder	alterado, no comía, ni respiraba, parecía como dormidito y era tan pequeño que la verdad yo nunca había visto un bebe tan pequeño y mucho menos me imagine que pudiera ser mío”	los he perdido – llanto- no me puedo resignar a que este bebe no este y no sé que mas puedo hacer, él es un milagro, ya le dije que se llama Santiago?	Dios que este si me lo deje”
S4	“Nació muy prematuro solo tenía 27 semanas, era chiquitico”		“la verdad nadie creía que iba a sobrevivir pero ahí va luchando”	“los médicos dicen que hay que ser muy paciente, pero mire ya llevo un mes y creo que nunca vamos a salir de aquí”	“yo lo acompaño todo el tiempo casi ni salgo de la sala y ya me siento muy agotada esta es una situación que uno no espera”
S5	“Nació por parto normal pero cuando me lo mostraron se veía como raro, con la cabeza alargada”	Razón Indirecta: “Yo no sé porque me paso esto a mí, es mi segundo hijo y yo soy una buena madre, yo tengo otra niña de 3 años y es normal” Razón directa: “Nosotros somos del Cauca y tenemos unas tradiciones, mi abuela me dijo que no tomara leche en los	“Me da mucha tristeza que se vayan a burlar de él, yo no lo he dejado ver de nadie en la familia “	“La Dra dice que hay que esperar las secuelas y ahora que ya les dije del consumo, dicen que debí haberlo hecho antes porque se hubiese podido hacer mas estudios”	“Yo no sé cuánto tiempo más debe estar aquí el niño, me toca dejar también a la otra niña solita y siento que la estoy descuidando”

		<p>primeros meses de embarazo y yo lo hice” “No se lo he dicho a nadie pero mi esposo consume marihuana y yo sabía.... El niño tiene un retraso y el médico dice que tal vez tienen los ojos achinados y los ojos así por mis rasgos pero yo sé que es por la droga</p>			
S6	<p>“Nosotros llegamos aquí trasladados del hospital de Jamundi, tuve cesárea, es mi primer hija y nació muy chiquitica apenas de 32 semanas”</p>	<p>Razón directa: “ A mí me da mucho pesar, yo la verdad no la quería tener, creo q por eso es como un castigo”</p>	<p>“Cuando la ví por primera vez en las ecografías ya me ilusione y espero que solo crezca y no le vaya a pasar nada malo” “ “El médico me dice que ellos así chiquiticos son muy inestables pero yo se que va a poner bien”</p>	<p>“Es muy difícil para mí verla así, las enfermeras la alimentan por sonda y están pendientes de todo, a mi me han enseñado a hacerlo y por lo menos me dejan cambiarle el pañal pero yo quiero ya poder hacer todas esas cosas por mi hija”</p>	<p>“Llevo 8 días aquí en la UCIN y aunque ella ha crecido un poquito me parece que el tiempo pasa tan lento como si no avanzará, ha ganado peso pero lo pierde rápidamente, yo que tengo que tener paciencia”</p>
S7	<p>“Tuve 3 hijos, el más pequeño se me murió y los dos que me quedaron esta</p>	<p>Razón indirecta: Yo sé que no tengo la culpa de esto porque asistí a</p>	<p>“Cuando se me murió mi niño horas después de nacido, sentí mucho temor</p>	<p>“Mi esposo y yo estamos aquí todo el tiempo, la verdad no he tenido tiempo</p>	<p>“ Los médicos siempre han sido muy claros con nosotros y sabemos todos los riesgos que</p>

	aquí en la UCIN”	<p>todos los controles y estuve acostada el mayor tiempo posible, pero en este momento no puedo pensar en mi hijo que se me murió porque me lastima mucho, estoy muy angustiada por mis otros dos niño”</p>	<p>de perder a los otros dos, aunque son un poquito más grandes de todos modos tienen alto riesgo, porqueno están muy inmaduros”</p>	<p>para descansar, mi hijo mayor también vino a conocer a sus hermanitos y hemos ido a todos los talleres que dictan las enfermeras, también la rehabilitadora me ha enseñado a masajearlos sin estimularlos demasiado, a veces creo que no puedo ayudarlos”</p>	<p>pueden tener, como que se pueden infectar, el peso y la alimentación, por eso no sabemos cuánto tiempo tienen que estar aquí, yo voy a descansar cuando me los pueda llevar y me voy a acostar a hacer la dieta como si acabaran de nacer”</p>
	Lleva 1 mes y medio hospitalizado	<p>Razón Directa: “Yo me siento muy mal porque yo se que tengo la culpa de que esto le haya pasado, la ginecóloga que me llevaba el control me decía que yo estaba muy estresada y que todo se lo pasaba al niño</p> <p>Razón Indirecta: “y es que nosotros vivíamos en la casa de los</p>	<p>“.. pero definitivamente me ha cambiado mucho la vida, el pensar que mi hijo pueda faltar</p>	<p>“Él ha ido avanzando, ya por lo menos lo sacan por ratico de la incubadora y me lo dejan alimentar</p>	<p>“esta en lista de espera” “... Tiene que estar hospitalizada para todos los controles y protegerla de que se descompense”</p>

		papás de él y ellos no me quieren yo tengo otra hija y ahí mismo esta la microempresa donde nosotros trabajamos”			
S9	<p>Mi hija ya no es un neonato, ya tiene 4 meses y esta es su segunda hospitalización porque esta en lista de espera para un trasplante de médula, ella nació normal por parto vaginal es mi primer hija y casi no me puedo embarazar.”</p> <p>“...ella estaba bien la teníamos en casa y cuando tenía mas o menos un mes se puso pálida y se me desmayo</p>	<p>Razón indirecta.” yo no se porque si la estábamos esperando tanto tenía que nacer así”</p> <p>“Yo me siento muy sola y me pregunto porque, porque nos pasó esto, nosotros somos buenas personas, mi esposo es muy trabajador</p>	<p>“yo trabajo con pacientes con cáncer y se como es esto por eso tengo tanto miedo”</p>	<p>“ahora mi hija no puede estar acostada en su cunita, su cuarto esta solo y todos su muñecos sobre su cunita...yo quisiera acostarla ahí y que todos sus primos la visiten</p>	
S10	<p>“Yo llegué hace ocho días a la clínica, mi hija tiene hidrocefalia</p>	NO REFIERE	<p>“Ayer le drenaron una gran cantidad de liquido”</p>	<p>“Ahora me siento muy asustada porque no sé que va a suceder con mi hija, aunque ya la cabecita no esta tan</p>	<p>“Mi mamá me dice que tengo que ser fuerte por la niña pero me angustia mucho que no se que vaya a pasar con ella”</p>

				grande el neurólogo me ha dicho que hay que esperar... , me siento desesperada y cansada porque no me muevo de aquí para nada”	
S11	“Nunca pensé estar en esta situación” “Ayer que fue el parto pues estuve muy asustada todavía no salgo del impacto”	Razón Indirecta: “lo que mas duro me dio fue la desilusión que le causé a mi papá, yo era hija única si me entiende, eso me duele mucho”	“la niña está muy chiquitica los médicos me dicen que ella va a estar bien pero que tengo que esperar que crezca un poquito y que suba de peso”	Me siento muy mal de estar aquí sola como en un sueño, ahora no sé que voy a hacer cuando me la entreguen.	Mi papá ahora me apoya pero tengo mucho miedo por la niña, que algo le vaya a pasar y todo ese poco de cables que la tienen conectada, yo la quisiera tener en la casa pero tengo mucho miedo de no poder cuidarla, con todo lo que le hacen aquí

Este estudio no era fácil de concretar, porque en el proceso de que los padres y madres generaran conocimiento sobre ellos mismos teniendo como referente la interacción con sus bebés en el proceso de hospitalización también estaban las condiciones sociales, es decir, durante el proceso de gestación estaban dentro de lo socialmente establecido para un embarazo y un hijo normal pero ahora ese ideal se ve interrumpido por la distancia física con su bebé, una apariencia física inesperada, cables, luces y procedimientos médicos. En este punto básicamente radicó la dificultad de la delimitación categórica, con la que se pretendía tener un mayor aprovechamiento para finalmente lograr la adaptación de la triada sin mayor costo psicológico.

Para delimitar teóricamente el estudio, se trabajó con la dinámica y transformación de las representaciones sociales en el análisis del discurso que como afirma Abric, (2001) “El estudio del pensamiento ingenuo, del sentido común se torna esencial en adelante. La identificación de la visión del mundo que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición es reconocida como indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales”

“

La revisión posterior de los argumentos permitió:

1. Clasificar las categorías más relevantes para la construcción de un ciclo de adaptabilidad de los padres y madres en la hospitalización de sus bebés en las salas de la UCIN. Este ciclo permitirá conocer las reacciones que se esperan en los diferentes momentos de la hospitalización y por ende que el equipo de salud mental pueda trabajar en modo preventivo para la preservación de la salud mental. Este es el factor más importante de la investigación, puesto que luego de un arduo trabajo de intervención terapéutica individual, manejo de grupo, observación participante y potencialización de habilidades de escucha y discernimiento del dolor humano se logra encaminar los esfuerzos para constituir unos parámetros que se pueden convertir en un modelo de aplicabilidad en las salas de UCIN, lo que resta es la constitución de un grupo interdisciplinar (neonatólogos, pediatras, enfermeras, terapeutas, psicólogos, psiquiatras) que aporten su experiencia y conocimiento para abordar el grupo familiar constituido por padre, madre y bebé, de igual forma se le dará una mirada desde el ámbito psicológico para iniciar con este gran aporte.

2. En relación con el planteamiento del problema. El análisis de las representaciones que elaboran los padres y madres tiene propiedades cualitativas, que hacen necesario un abordaje totalizante, para poder medir sus diferentes efectos. La necesidad de lograr esta visión integral permite reconocer el vínculo afectivo que se ha visto sacudido por la interrupción abrupta y traumatizante tanto para los padres como para los bebés y que se pretende continúe su fortalecimiento a pesar de las condiciones clínicas que requiere la hospitalización. Conocer e identificar con los padres y madres las significaciones que le dan al proceso que está viviendo su hijo y que ha modificado totalmente el hijo idealizado, aunque el duelo no es uno de los objetivos de esta investigación, cabe destacarlo en este momento porque en la medida en que los padres y madres puedan verbalizar sus sentimientos pueden paulatinamente cambiar las cogniciones preconcebidas para la adquisición de otras que tienen que ver con su nueva realidad.

El vínculo afectivo toma gran fuerza en la investigación y aunque no constituye el motor principal de la misma, se considera la fuente de energía principal en la tríada a la que se está impactando, es decir, podemos reducir la ansiedad de los padres, lograr la adaptación de los padres a la nueva situación de crisis, mejorar las condiciones de la estancia hospitalaria, ampliar las redes de apoyo para los padres, pero el vínculo afectivo es lo que traen de forma innata cada uno de ellos de acuerdo a su condición de padre, madre o hijo y lo que se debe hacer desde el punto de vista psicológico es reencontrarlo cuando está temporalmente suspendido, fomentarlo y arraigarlo en cada uno de ellos. Por su parte el bebé, en el momento del nacimiento cuenta con unos reflejos naturales que lo hacen buscar la proximidad con su madre, que evocan en ella

unas respuestas que están determinadas por su propia situación emocional que esta viviendo, por su personalidad y por las representaciones que tenga de su bebe.

3. En relación con la unidad investigativa. Las consideraciones anteriores se tuvieron en cuenta gracias a la intervención psicológicas de tipo psicoeducativo, la observación participante y las entrevistas narrativas, pero se destaca la participación del grupo médico asistencial, este equipo de trabajo tiene muy poca rotación en la sala de UCIN, lo que permitió contrastar el diseño del ciclo de adaptabilidad por el que atraviesan los padres y madres con la percepción que médicos y enfermeras tenían a través de sus experiencia, teniendo en cuenta que la UCIN no cuenta con asistencia permanente del área de salud mental, han desarrollado sus propias estrategias de contención para ellos y para los asistentes en las salas. Estas estrategias han tenido éxito en la medida en que se van presentando las situaciones pero no de modo preventivo que tendría un impacto mayor para evitar el daño psicológico que en muchas ocasiones es permanente.
4. En relación con los resultados. Indudablemente el estudio logró una comprensión detallada de los efectos psicológicos, físicos y sociales tanto en padres y madres como en los bebes hospitalizados en la UCIN. Esta comprensión fue gracias a la conexión directa con los participantes en la investigación que permitieron abrir la puerta de su dolor y su frustración para compartir sus experiencias a través de la narración de sus historias de vida.

Teniendo en cuenta que en los diferentes momentos de la hospitalización padres, madres y bebés, atraviesan por un proceso que el fin último es la adaptación, se mostrará a continuación un ciclo que se ha diseñado gracias a las categorías anteriormente planteadas y que con su análisis se construyó la temática para la investigación.

El ciclo de adaptación está enmarcado en las siguientes fases (Figura 1):



8.2 Fase 1.Shok: Producido por conocimiento de la enfermedad o condición del hijo.

La primera reacción que se observa es de shok, y es el primer momento posterior al parto donde los padres y madres no pueden creer que estén atravesando por esta situación y que su hijo deba ir a una sala de UCIN, se evidencia en las diferentes manifestaciones que tienen ante la condición de su bebé que aunque en algunas ocasiones se esperaba por su desarrollo en la etapa prenatal genera un gran impacto y conmoción “**es increíble que esto me esté pasando**” muchas veces responden con incredulidad y piden otras opiniones médicas, la situación está rodeada por gran confusión. Los padres y madres necesitan gran acompañamiento en estos momentos para lograr la contención y ayudarlos a reorganizarse en este momento de caos es importante.

S1:”Me tuvieron que adelantar el parto porque me dio preclancia, me hicieron cesárea y **el niño nació con hemorragia cerebral, estaba muy chiquito**”

Las madres exteriorizan corporal y verbalmente con mucha más facilidad y fluidez la sensación que les produce el conocer el estado de salud y ver a sus bebés por primera vez, además de afrontar los procedimientos médicos que son necesarios para el tratamiento de la patología o la continuidad con el desarrollo orgánico, cuando el padre hace parte del vínculo familiar funciona como protector de la madre y contenedor de las emociones de ésta.

En los siguientes argumentos se puede notar la diferencia entre una madre que está acompañada por su pareja: S3:

“tuve placenta previa y él bebe nació de 7 meses, era chiquitico, ***fue una gran sorpresa para nosotros haber pasado por todo esto***”

Mientras que la S11 se encuentra sin acompañante en sala de partos y tuvo el primer afrontamiento sin apoyo familiar:

“Nunca pensé estar en esta situación. “Ayer que fue el parto **estuve muy asustada todavía no salgo del impacto**”

Es muy frecuente que los padres y madres en esta etapa sean incapaces de verbalizar sus sentimientos, aunque se puede observar un vacío en su mirada acompañado de un llanto incontenible y la incapacidad para reaccionar son la forma que tiene su mente para protegerla de un acontecimiento traumático o como lo señala (Brainsky, 2000, p. 136) “adaptarse a la realidad, e incluso modificarla y hacerla mas tolerable”. En este momento de la crisis es posible que los padres y madres tambien se sientan desorientados y alejados de los hechos, por lo que son incapaces de comprender todos los detalles de la situación por la cual atraviesan. En la medida en que se pueda intervenir psicológicamente a los padres y madres desde el primer momento del ciclo, se podrá mejorar la interacción con ellos y logrando entre otras entender y comprender el nivel de comunicación con su bebe, ayudarles a identificar los diferentes estados del mismo y animarlos a realizar la interacción verbal y el contacto visual formas de estimulación reciproca.

El personal asistencial permanentemente dictan charlas educativas sobre los diferentes tratamientos y procedimientos que se le realizan al bebe y es partir de este momento que sus progenitores deben retomar la calma para adquirir el nuevo lenguaje y prepararse para los diferentes momentos cargados de emociones y altibajos alrededor de la salud del pequeño y que inicia en el proceso de la hospitalización. A continuación se describirá la segunda fase del ciclo para continuar con este entramado de categorías que se gestan alrededor de la hospitalización de los bebes en las salas de UCIN:

8.3 Fase 2. Culpa

La culpa es la segunda fase del proceso de adaptación y es un sentimiento de culpabilidad en este caso al creer que ha hecho o dejado de hacer algo por su hijo. En este momento se hace mucho más evidente el temor de la madre por tener o no continuidad en la construcción del vínculo materno con el bebe y el padre aunque percibe a su hijo como frágil y vulnerable se mantiene aliado con su pareja y responde ante el proceso que ella tenga, por ende las manifestaciones de las madres repercuten en los primeros contactos con su bebe, se debe proteger el bienestar psicológico de los padres para evitar una ruptura definitiva del vinculo con su bebe en este momento del ciclo. Es sorprendente que durante la investigación fue frecuente encontrar a madres y padres tan culpabilizados por la situación de sus bebes que manifestaban no sentirse con la disposición de ingresar a las salas y participar de los cuidados de sus hijos, o madres de bebes que provenían trasladados de otras regiones pasaban semanas sin tener contacto con sus hijos, luego de hablar con

ellas se lograba percibir todo un discurso cargado de responsabilidad y culpa por el estado de su hijo.

En esta fase es común encontrar frases como: “yo sé que es mi culpa”, “Es un castigo”, “no me cuidé lo suficiente”, por lo que se evidencian razones indirectas donde la madre o el padre no identifican la causa de la hospitalización o estado del bebe o razones directas donde los padres se hacen responsables y fomentan sentimientos, de culpa, desasosiego y desesperanza por el estado de salud de su hijo.

El discurso de la S5 tiene gran contenido narrativo con componente de culpa:

Razón Indirecta: “**Yo no sé porque me paso esto a mí**, es mi segundo hijo y yo soy una buena madre, yo tengo otra niña de 3 años y es normal”

Razón directa: “Nosotros somos del Cauca y tenemos unas tradiciones, **mi abuela me dijo que no tomara leche en los primeros meses de embarazo y yo lo hice**” “No se lo he dicho a nadie **pero mi esposo consume marihuana y yo sabía**.... El niño tiene un retraso y el médico dice que tal vez tienen los ojos achinados y los ojos así por mis rasgos pero yo sé que es por la droga”

La S2 manifiesta:

Razón Directa: “**Yo tengo la culpa** de que ellos ahora estén separados...” “consumo droga...consumí como hasta los cinco meses de embarazo “Ahora **Damian está sufriendo por mi culpa y está separado de su hermano**”

Por su parte la S6 refiere:

Razón directa: “A mí me da mucho pesar, yo la verdad no la quería tener, creo que por eso **es como un castigo**”

En este momento del ciclo de adaptabilidad los padres y madres intentan encontrar el origen de la situación que los aqueja y que los obliga a separarse de su hijo. En muchas ocasiones esa búsqueda absoluta del motivo que explique lo inadmisibles de la situación que se vive, no encuentran sin embargo la respuesta que permita ordenar los sentimientos de enojo, frustración y angustia que van surgiendo, por lo que es apropiado orientarlos sobre la base médica de la patología o nacimiento prematuro de su hijo, lo que será adecuado como estrategia para tranquilizarles de que nada de los que hayan hecho pudo causar esta situación y encontrar apoyo en otros padres que ya han superado esta etapa.

Una vez superada esta etapa cargada de dolor y angustia los padres y madres se van preparando para interiorizar un poco más la situación de su bebé y pueden aparecer dos manifestaciones de forma separada o continua: la negación o aceptación del estado por el que atraviesa su bebé y que lo mantiene alejado de su hogar y su protección:

8.4 Fase 3. Vacío: Negación o aceptación del hecho

La tercera fase es de –Vacío- y es un momento de pausa mental, los padres y madres inconscientemente necesitan un tiempo y generalmente se desconectan del sufrimiento por el cual atraviesan y su mente como mecanismo de defensa los defiende de este dolor psicológico. En esta fase pueden ocurrir dos situaciones, una en que la madre o el padre entran en negación ante el estado de salud de su hijo, muy a pesar de las explicaciones médicas o como lo expone (Brainsky, 2000, p. 155) “la negación anula la percepción de eventos externos doloroso para el yo” y otra de aceptación del hecho donde a pesar del agotamiento psicológico y físico conciben la larga estancia hospitalaria como una opción en el proceso de recuperación del bebé o tienen la muerte como una posibilidad debido al estado crítico de su hijo.

A propósito de la S1-Este bebé tiene hemorragia cerebral y está comprometido el sistema respiratorio y digestivo, según el parte médico, el niño no tiene opciones de sobrevivir- aun

así su madre manifiesta: “Mi hermana es fisioterapeuta y hemos buscado mucho en el internet formas de estimularlo y **yo le hablo y yo sé que él me escucha y va a salir adelante.**”

Después de una semana de intervención individual y acompañamiento psicológico que permitió la catarsis de la paciente refiere: Hace unos días pensábamos que nos llevábamos un bebe enfermo pero yo me iba a volver experta en cuidarlo, **ahora me dicen que ya no se puede hacer nada que la muerte es inminente**” Evidentemente se ha generado una transición de negación a otra de aceptación donde esta madre puede aceptar la situación de su bebe y nombrar la muerte como un hecho inminente.

S6: “Cuando la vi por primera vez en las ecografías ya me ilusione y espero que solo crezca y no le vaya a pasar nada malo” “El médico me dice que ellos así chiquiticos son muy inestables pero **yo sé que va a poner bien**” Esta bebe nació de 24 semanas y aunque tiene muy pocas probabilidades de desarrollo extrauterino y su madre ha sido informada de toda la situación correspondiente, no lo acepta como un hecho.

Este es el momento del ciclo más adecuado para fortalecer el contacto con él bebe y aunque está acompañado de temor y angustia por parte de los padres y madres, se puede permitir una mayor familiaridad con la incubadora y todos los demás equipos médicos que son nuevos para ellos además del personal asistencial y médico que forma parte su nuevo contexto social. Es imprescindible esta etapa porque los padres y madres son protagonistas

activos en la recuperación de su hijo y es vital que ellos puedan recuperar la confianza en sus funciones como padres facilitando la evolución progresiva del bebe, de igual forma no todos los bebes tienen posibilidades de vida pero es posible trabajar con los padres y madres desde la realidad médica y permitirles desarrollar sus potencialidades, una vez afrontada esta fase los padres y madres están un poco más preparados para continuar con su proceso de seguir siendo progenitores de un bebe prematuro o enfermo y es importante continuar con el acompañamiento psicológico para atravesar la siguiente fase que es mucho más compleja, la de impotencia.

8.5 Fase 4. Impotencia

Es la incapacidad o falta de poder para realizar o hacer algo. En este momento del ciclo las madres y padres experimentan gran impotencia al creer que su intervención en el proceso de recuperación se reduce a estar en la sala de UCIN acompañando a su bebe y que no pueden hacer nada, pero es de gran provecho este periodo para fortalecer lo que (Larguía, Shapira, & Aspres, 2008, p.31) describe como: “ el sostén afectivo, esta simple acción, resulta a las claras el medio más directo y eficaz en la comunicación y en el desarrollo del vínculo padres-hijo a pesar de tanta interferencia inevitable”

S4: “los médicos dicen que hay que ser muy paciente, pero mire ya llevo un mes y creo que nunca vamos a salir de aquí”

Una de las mayores quejas de las madres durante el proceso de la hospitalización está en la incapacidad de poder alimentar y atender a sus bebés y aunque son constantemente motivadas por el personal asistencial de participar en su cuidado, se percibe frecuentemente el aislamiento al que ellas se someten para reafirmar que este rol está precedido por una persona distinta.

Ejemplo de ello se puede advertir en la S6: **“Es muy difícil para mí verla así, las enfermeras la alimentan por sonda y están pendientes de todo, a mí me han enseñado a hacerlo y por lo menos me dejan cambiarle el pañal pero yo quiero ya poder hacer todas esas cosas por mi hija”**

S7: “Mi esposo y yo estamos aquí todo el tiempo, la verdad no he tenido tiempo para descansar, mi hijo mayor también vino a conocer a sus hermanitos y hemos ido a todos los talleres que dictan las enfermeras, también la rehabilitadora me ha enseñado a masajearlos sin estimularlos demasiado, a veces creo que no puedo ayudarlos”

Los padres y madres pueden permanecer en la sala de UCIN las 24 horas del día y aunque se promueve el autocuidado materno acompañado de buena alimentación y periodos de descanso se utiliza las experiencias de otros padres en los talleres grupales para motivar a las que atraviesan por este ciclo a realizar acciones con sus bebés como:

- Hablarles

- Acariciarlos
- Calmarlos después de los procedimientos médicos
- Darle su toque al espacio donde se encuentra con su bebe, decorándolo a su gusto
- Tomarle fotografías
- Ayudar a las enfermeras en el proceso de alimentación

Fase 5. Incertidumbre

La quinta fase a la que se denominado –incertidumbre- es el resultado de un largo y doloroso proceso en el que se ven inmersos madres, padres y bebes, es la finalización de un circulo que inicia una y otra vez, teniendo en cuenta los altibajos orgánicos del bebe y el estado emocional de los padres, como se puede denotar en las siguientes narraciones:

S1: “estoy muy estresada con esto, porque es la incertidumbre de que va a pasar”

S2: “Los médicos me explican que no se sabe cuánto tiempo va a estar aquí, solo que hay que esperar”

S4: “yo lo acompaño todo el tiempo casi ni salgo de la sala y ya me siento muy agotada esta es una situación que uno no espera”

En este periodo del ciclo se evalúa con los padres el proceso que han tenido ellos como activos cuidadores de sus bebés y como perciben a sus hijos después sus estímulos, reconociendo y valorando el entorno familiar como apoyo emocional y social.

9. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” este concepto está profundamente ligado con la pérdida de la salud, la cual en este momento hace total referencia a diferentes momentos del ciclo vital, es decir la pérdida de la salud de un bebé recién nacido y que se extiende a su madre y su padre. Se parte de estos conceptos básicos sobre la salud de las personas en diferentes momentos de su vida, para hacer un énfasis especial, porque esta es lo más importante y valioso que tienen los seres humanos, es su integridad misma; los deseos, anhelos metas, objetivos y proyectos de vida que tienen que ver con materialidades y con otros seres humanos que aparecen y desaparecen a lo largo de la vida se pueden reemplazar o modificar, pero la salud una vez que se recibe se puede hasta perder definitivamente y finalizar con la vida del ser humano.

La salud física es la vida misma y su complemento es la salud mental que le permite al individuo un equilibrio para poder interactuar con otros como seres sociales, haciendo alusión a esto se entra en materia del tema que ocupa la investigación con el propósito de haber rescatado la importancia que tiene la preservación de la salud en los individuos y la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud mental para aportar a su conservación. Cuando una mujer inicia su proceso de gestación, físicamente en su cuerpo se empiezan a percibir los cambios de un ser humano que crece en su vientre, estos

cambios físicos están acompañados de un sinnúmero de pensamientos y sentimientos que la abordan y que incluye ideales de acuerdo a su modelo de crianza, pero hay otros que son solo suyos y que seguramente no son compartidos con sus seres queridos, ella se comunica con su bebe en el vientre y al mismo tiempo imagina como será su rostro, su cabello, si será doctor o doctora cuando sea grande, a que colegio irá, inclusive si el hijo no es deseado paulatinamente ella va elaborando formas de conectarse con él. Cuando la materna tiene el apoyo de su pareja, es el gran momento para demandar todo su cuidado y protección y lo va incluyendo en la diada y complicidad que tiene con su bebe, permitiéndole acariciar su vientre, buscar nombre y juntos hacen los planes para el futuro, pero cuando la mujer no tiene pareja, todos los sentimientos de soledad y vacío por la falta de protección se van desplazando para en algún momento de su embarazo unificarse con el hijo que lleva en el vientre y solidificar de igual forma el vínculo madre-hijo.

Cuando llega el momento del parto y el alumbramiento de su bebe no es lo que esperaban, el vínculo que traían queda abruptamente roto, madre e hijo tenían una vida en común y aparece la primera separación, la del cuerpo, dando inicio a un doloroso pero necesario proceso de adaptación lleno de angustia, momentos de desesperación y tristeza para la triada: madre, padre e hijo. Madre e hijo son apartados, las ilusiones de ésta se encuentran desvanecidas y por el contrario incurre en un estado de *shok*, no sabe lo que está ocurriendo, está totalmente invadida por el temor a lo desconocido y no logra dimensionar lo que le está ocurriendo a su hijo, generalmente en estos casos toda la explicación médica del bebe la recibe el padre y éste tiene la gran responsabilidad de contener a su compañera y darle a conocer lo que ha logrado comprender de lo que le está

sucediendo a su hijo. Definitivamente es una crisis circunstancial por la que están atravesando y su comportamiento es de gran confusión, llanto, conmoción y una gran experiencia de sufrimiento que no pueden verbalizar. Inicialmente el padre es dirigido a la UCIN y puede ver por primera vez a su hijo desprotegido del vientre materno y rodeado de cables, luces, ruidos y en una caja transparente que lo mantiene alejado de su calor y su protección, el personal asistencial le informa a la madre en qué situación encontrará a su hijo pero su actual estado no le permite la comprensión para lo que tendrá que enfrentar cuando también observe a su hijo en la sala.

Propuesta de intervención

Lo ideal sería trabajar con los progenitores antes del parto, si el alto riesgo es detectado a tiempo y se espera que el neonato ingrese a la sala de UCIN, anticipadamente se le debe enseñar la sala a los padres y las condiciones en que su hijo se encontrará con el propósito de que el equipo de salud mental intervenga conteniendo sus temores y permitiéndoles mediar la comunicación con el parte médico para resolver todas sus inquietudes. De este modo el impacto será menor, su ansiedad por lo inesperado podrá ir sucumbiendo y los padres podrán recuperarse con mucha más prontitud para reconstituir en menor tiempo los lazos afectivos con su hijo que es vital en el inicio de la hospitalización.

Cuando el alto riesgo no es detectado a tiempo, se le debe dar información a los padres del estado de salud de su hijo en forma dosificada, para darles tiempo de comprender e interiorizar la información, siempre en compañía del servicio de salud mental dispuesto para la contención emocional y como intermediario del servicio médico para explicarles las veces que sea necesario.

En ambos casos indagar sobre los recursos sociales, que puedan servir de sostén a los nuevos padres.

Cuando los progenitores ya han superado la primera fase, llega como una tormenta *la culpa*, los padres y madres están totalmente invadidos por la angustia y no pueden creer que esto les este pasando, surgen preguntas como ¿Qué hicimos mal? ¿Fue mi culpa? “No me cuide lo suficiente...” “Mi abuela me dijo que no tomara leche en los primeros días y yo lo hice” los padres están muy expuestos al riesgo psicosocial por la situación y la inatención en este momento podría requerir abordajes más especializados. El bebé continua en su lucha por la recuperación de su salud y la madre en este momento del ciclo pierde su autocuidado, como si fuera una forma de pagar por lo que está sucediendo a su hijo, el parto esta reciente y la madre no concibe irse a su casa a descansar y recobrar su salud, ella está todo el tiempo sentada y su patrón de sueño y alimentación también esta alterado. Cuando las madres vienen trasladadas de otras ciudades generalmente no tienen una red de apoyo.

Propuesta de intervención

Es necesario indagar sobre otros familiares cercanos a los padres que puedan ampliar las redes de apoyo y brindar soporte afectivo, además de ayudar a la madre en los traslados clínica-vivienda y proponer relevos para las visitas del bebe, aunque en la sala de UCIN

solo pueden ingresar los padres, la madre se sentirá respaldada al saber que sus seres queridos están en la sala de espera

- Respetar el mecanismo protector del psiquismo y estar atento para escuchar los sentimientos sobre los hechos que los aquejan en el momento en que se sientan listos para la comunicación verbal.
- Facilitar la comunicación con el área asistencial
- Estimular al paciente a hablar sin forzarlo, porque en este momento los padres lamentan la pérdida de su hijo idealizado como un niño perfecto y visualizan la reorganización de sus vidas alrededor del cuidado a un hijo prematuro o enfermo.

El susto de los padres y madres ya ha ido pasado un poco y sobreviene la fase de *vacío*, se ha denominado de este modo porque los progenitores experimentan una pausa mental en el afrontamiento de esta crisis y la decisión de lo que debe o no hacerse por su hijo no depende de ellos, su cuidado lo estaba asumiendo completamente el servicio de neonatología, pero ya es el momento de que puedan interactuar con sus bebés de forma más continua y permanente. En este período del ciclo de adaptación se pueden apreciar dos situaciones: una en que a pesar de las explicaciones médicas a los padres se le hace muy difícil asimilar la nueva realidad y su mente está blindada por este mecanismo de defensa psicológica, el miedo es desbordante y prefieren no saber. Es necesario de igual forma darle el tiempo a la familia para asimilar lo que ha sucedido por lo que se puede dar la otra situación que es aceptación del hecho, algunos padres han consentido toda la ayuda

informativa y empiezan a admitir lo que le está sucediendo a su hijo, por lo que se involucran con mucha más seguridad permitiendo la vinculación afectiva.

Propuesta de intervención

- Invitar a los padres y madres a que participen de las charlas educativas que dirige el material asistencial y les permite conocer cada vez las ayudas médicas que tienen en la sala de UCIN.
- Invitar a los padres y madres a participar en los talleres grupales con apoyo psicológico, este factor es clave porque ellos pueden identificar sus temores con los de otros padres que ya han pasado por esta fase y se pueden percatar que a pesar del sufrimiento que tienen a medida que pase el tiempo se hace más tolerable y los fortalece para continuar acompañando a sus hijos.
- Es importante que los padres y madres se sientan comprendidos, aceptados y apoyados una vez se vaya reduciendo la intensidad del choque emocional.
- Fomentar el contacto físico entre ambos padres (tocar/abrazar) puesto que funciona como un calmante natural en esta situación de crisis.
- Motivar el auto cuidado materno y proponer estrategias para que los padres puedan turnarse en la sala de UCIN.

Luego de esta fase de vacío surgen preguntas como ¿y ahora qué hago? Y aparece *la impotencia* para este momento ya han transcurrido un par de semanas y lo que antes era

una situación inesperada ahora se ha convertido en una rutina, los padres y madres ya se sienten agotados y sus fuerzas y motivación sobre lo pueden hacer por sus hijos empieza a decaer. Aunque distribuyen su tiempo para las visitas en la UCIN y las otras actividades fuera de la clínica, como el trabajo, el hogar y los otros hijos, su preocupación principal continúa siendo el bebe hospitalizado. La madre ya está un poco mas recuperada físicamente y la comunicación empieza a ser un poco más fluida, “ella tiene necesidad de ser escuchada” y es clave la intervención psicológica porque facilitando el uso de la palabra se utiliza también un recurso deliberativo y se puede promover mayor sintonía con su hijo. fortaleciendo mucho más el vinculo afectivo.

Propuesta de intervención

- Demostrarle a los padres un interés real por comunicarse con ellos
- Hacer seguimiento individual y de los talleres grupales
- Validar sus sentimientos
- Explorar con ellos las rutinas para fomentar el autocuidado
- Fomentar la capacidad de resolución de problema

Para concluir el ciclo de adaptación surge *la incertidumbre*, cuando se estaba analizando la propuesta de este ciclo de adaptación, surgió la inquietud más importante ¿Cuándo retoman el equilibrio? y definitivamente esta crisis es tan fuerte que puede reiniciar el ciclo en cualquier momento de la hospitalización de su bebe por los continuos altibajos que tienen en su salud los pequeños. Por ello no ha planteado la

última fase como el final sino por el contrario cargada de incertidumbre porque ellos manifiestan **¿ y ahora que va a pasar?** , es frecuente encontrar diferentes quejas somáticas y pueden re-experimentar sentimientos de culpa, vacío, impotencia.

10. RECOMENDACIONES PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN SALA DE UCIN

Se trata de una sistematización que se ha realizado al proceso que han llevado los padres y madres que se encontraban en la sala de la Unidad de Cuidados Intesivos Neonatales de la Fundación Valle del Lili durante el proceso de observación e intervención psicoeducativa y terapéutica en el periodo de prácticas profesionales entre los meses de febrero 2011 y febrero de 2012.

Se ha llevado a cabo en primera instancia un periodo de observación de los padres y madres en la interacción con sus bebés hospitalizados, teniendo en cuenta que había familias parentales, monoparentales, con sujetos en edades promedio entre los 18 y 32 años y en todas las etapas de la hospitalización del bebé, es decir que gracias a la rotación de bebés provenientes de diferentes regiones del país se pudo establecer diferencias en las reacciones que tenían los padres y madres desde las primeras horas de nacimiento del bebé hasta una hospitalización superior a los dos meses, la UCIN no cuenta con servicio psicológico permanente para brindar contención psicológica a los padres y madres que lo requieran, las

diferentes situaciones que se presentan con ellos son atendidos por el personal asistencial y médico de la sala, quienes tienen una amplia experiencia con los servicios neonatales, sólo en situaciones extremas es requerido el especialista en salud mental.

De acuerdo al agotamiento psicológico y estrés laboral al que se ve expuesto el personal asistencial, fue de gran acogida por su parte la intervención psicológica en la UCIN, lo que permitió gracias a su información y experiencia establecer un diagnóstico para del mismo modo plantear un plan de trabajo que consistió en la creación y puesta en marcha de un encuentro grupal de padres y madres, con el propósito de tratar diferentes temáticas de tipo psicoeducativo que les permitiera concebir la necesidad de vincularse afectivamente con sus bebés y por ende beneficiar su estado de salud. El encuentro de padres y madres se realizó en el contexto hospitalario y paulatinamente fueron surgiendo otros temas que fueron clave para lograr una mayor adherencia al tratamiento de sus hijos y disminuir la ansiedad por la larga estancia hospitalaria, además de ampliar las redes sociales alrededor de los bebés por lo que fue de gran impacto:

1. Que los bebés fueran concebidos como miembros de un núcleo familiar (algunos no tenían nombre por el temor que sentían sus padres de concebir la muerte como una posibilidad)
2. Que las madres y padres se vincularan con otros que están atravesando por situaciones semejantes, logrando la contención entre ellos.
3. Lograr que los padres (hombres) pudieran verbalizar en grupo sus emociones y descargar su posición de protector de la madre para ser acogido por otros.

4. Utilizar palabras sencillas para explicar los procedimientos y posibles riesgos en el proceso de cada bebe, lo que facilitó que los padres y madres disminuyeran su ansiedad, lo que se pudo evidenciar en un cambio de actitud respecto a la estancia hospitalaria, “entre mas información tengan los padres y madres menor es su ansiedad, además que se están involucrando completamente en el proceso”

5. Se utilizó material audiovisual y se estableció el objetivo en común de todos los padres y madres “todos los que estamos aquí tenemos en común que nuestro hijo está en la UCIN”

Posterior a los talleres grupales se realizó intervención terapéutica individual supervisada con los padres y madres lo que permitió trascender en los procesos individuales y proponer una tesis central que consistió en el análisis de sus experiencias que argumentaban verbalmente e identificar como veían ellos a sus bebes y lo que les estaba sucediendo, es decir, conocer que interpretaciones o significaciones le estaban dando para poder utilizar esta información en beneficio de fortalecer sus recursos psicológicos que finalmente redundaba en beneficio del estado de salud de su bebe.

En este momento de la investigación se concluye que la intervención por parte de los especialistas de la salud mental con estos padres y madres se debería hacer desde el instante de alarma de alto riesgo en su embarazo y posterior internación, independientemente de la procedencia étnica y tradiciones culturales que tengan los padres y madres se pudo observar que el comportamiento ante una situación semejante es de gran impacto y aunque hayan

variaciones en los significados que le den de acuerdo a las características mencionadas, el impacto que genera ante la prematuridad o enfermedad de su hijo se puede aminorar y por el contrario se puede fomentar el autocuidado materno, el vínculo del padre con la diada (madre-hijo), el fortalecimiento de la familia en un proceso de enfermedad y unos padres preparados para la llegada de un hijo real y disminuir la impresión ante un hijo idealizado.

Las representaciones que los padres y madres manifestaron en las diferentes actividades realizadas con ellos permitieron fijar un ciclo que aunque es vivenciado por cada uno de acuerdo a sus experiencias previas, sus expectativas para el futuro, sus respectivos modelos de crianza y por supuesto el entorno social y cultural del cual provienen, es común en el proceso de hospitalización de sus bebés: se percibe claramente que el bebé que está en la incubadora no es el que ellos esperaban, teniendo en cuenta que el hijo es una extensión de sus padres, el orgullo de la familia, por lo que la primera fase es de shock, por la primera impresión que les produce ver al bebé en condiciones de vulnerabilidad, la segunda fase es de culpa, los padres y madres buscan consciente o inconscientemente una respuesta ante el estado de salud de su bebé y consideran que está en ellos la responsabilidad de que su fruto no esté sano, la tercera fase es de vacío, en este momento del proceso puede ocurrir que uno o ambos padres no acepten el estado de su hijo o que por el contrario reconozcan a pesar de su dolor que se encuentra en estado crítico concibiendo la muerte como una posibilidad, la cuarta fase es de impotencia porque médicamente no pueden hacer nada para ayudarlos, muchos padres y madres sienten que estorban en la UCIN y la última fase es de incertidumbre porque aunque esperan ansiosamente los progresos del bebé, saben que el tiempo de hospitalización no se puede definir, cada bebé tiene un ritmo para responder a los tratamientos.

11. CONCLUSIONES

- Se logro evidenciar mediante observación que los bebes responden ante los estímulos de los padres, reconocen su voz, sus caricias y sus arrullos, cuando el cuidador principal se acerca a la incubadora el ritmo cardiaco se acelera.
- Cuando se re-establece el vínculo afectivo de los padres y madres con el bebe hospitalizado el peso y la evolución médica del neonato avanza mucho más rápido en comparación de otros bebes que no tienen como cuidador principal a sus padres.
- La madre puede reconocer que el hijo que ha tenido no es el que esperaba pero necesita tiempo para adaptarse a la nueva situación después de la crisis y continuar con el fortalecimiento del vínculo afectivo, manifestado en su deseo de protección, permanencia en la sala de UCIN y desafiando su agotamiento físico y psicológico para proveer de sus cuidados a su hijo.

- Se identificaron diversas frases que representan las significaciones que le dan los padres y madres en la interacción con sus hijos en el proceso de hospitalización y que permitieron trazar una línea común de afrontamiento en este tipo de situaciones.

- Se optimizaron los canales de comunicación y se logro mejorar las relaciones efectivas entre los padres y madres de los bebes hospitalizados en la UCIN y el personal médico-asistencial que permitió una participación activas de los progenitores en los cuidados del bebe.

12. BIBLIOGRAFIA

Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.

Así Vamos en Salud. (Agosto de 2011). *Seguimiento Al Sector Salud en Colombia así vamos en salud*. Recuperado el 08 de 11 de 2011, de Como Va la Salud en Colombia: http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/publicaciones/salud/AVS_2010.pdf

Atehortúa, S. I. (2005). *La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., & Beltran, A. P. (01 de 01 de 2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 1 de 04 de 2012, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>

Bonila-Castro, E., & Sehk, P. R. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogota D.C.: Grupo Editorial Norma.

Brainsky, S. (2000). *Manual de Psicología y psicopatología dinámicas*. Bogota: Carlos Valencia Editores.

- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). La Relación más Temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial. En T. B. Brazelton, & B. G. Cramer, *La Relación más Temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial* (pág. 43). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Cifuentes, G. R. (1999). *La sistematización de la práctica del trabajo social*. Buenos Aires: Lumen/HV Manitas.
- Larguía, M., Shapira, I., & Aspres, N. (2008). *Guía para Padres de Prematuros*. Buenos Aires: Hospital Materno Infantil R. Sarda.
- Marjoie J. Kostelnik, A. P. (2009). *El desarrollo social de los niños*. Mexico D.F.: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social, II*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Muniagurria, G. (1998). *Psicología online*. Recuperado el 06 de 05 de 2011, de Psicología online: <http://psicologia-online.com/colaboradores/gabriela/cnr.htm>
- Ramirez, J. N. (2002). *Neonatología*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Roques, V. (2005). *Manual para Padres con Niños Prematuros*. Madrid: Ibañez&Plaza Asociados S.L.
- Rotenberg, E. (2007). *Hijos Difíciles Padres Desorientados/Padres Difíciles Hijos Desorientados*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Rovetto, P. (11 de 05 de 2011). *KIEN&KE*. Recuperado el 07 de 11 de 2011, de KIEN&KE: <http://www.kienyke.com/2011/05/11/el-costoy-el-dolor-de-cuidar-un-prematuro/>
- Sluzki, C. E. (1998). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistemica*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

Terán., M. A. (01 de 09 de 2009). *Neonatología Centrada en la Familia*. Recuperado el 05 de Octubre de 2011, de www.se-neonatal.es/Portals/0/relacion.pdf: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/relacion.pdf>

Torres, M. G. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol XXXIII/ No. 3 , 285.