

**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA NARRATIVA DE LAS
MAMÁS EN SITUACIÓN
CRÍTICA EN TORNO AL
NACIMIENTO”**

ALUMNA: María Eugenia Bocci

DIRECTORA: Lic. Beatriz Sabah

Mendoza, Marzo de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal de Evaluación:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Beatriz Sabah

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el esfuerzo realizado, por su apoyo, amor y comprensión.

A mis nonos por estar presentes siempre que los necesite, brindándome su fuerza y cariño.

A mi hermano Fernando por su paciencia y compañía.

A mis amigas de toda la vida: Anita, Caro, Lore, Nadia y Sole por ser el pilar indispensable y estar siempre a mi lado.

A mis queridas amigas, compañeras y futuras colegas, por todos los momentos compartidos durante estos años.

A mi Directora de Tesina, Lic. Beatriz Sabah por su conocimiento y gran colaboración.

A mi Co- Directora de Tesina, Lic. Vanina Guajardo por su enseñanza, dedicación y aliento.

A la Dra. Graciela Amigorena, Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ítalo Alfredo Perrupato y a todo su equipo por darme la oportunidad de trabajar junto a ellos.

A todas las mamás que me permitieron entrar en su mundo e hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

A este tribunal, por hacerse el espacio para escucharme en mi último examen de mi carrera y el primero del resto de mi vida.

A todos los ya nombrados, a todos los que preguntaron y escucharon la historia de mi Tesina.

Gracias, muchas gracias.

RESUMEN

El presente trabajo pretende lograr un acercamiento al relato de las mamás que tienen sus hijos internados en Neonatología, para poder identificar los factores concretos que influyen en su estadía. Es por ello, que se ingreso al Servicio de Neonatología del Hospital Doctor Ítalo Alfredo Perrupato de San Martín, Mendoza, donde se trabajo conjuntamente con las mamás; generando un espacio de contención, asesoramiento e información, con el fin amplio de hacer un aporte en dicha área.

Se presenta el marco epistemológico desde el cual nos posicionamos, se realiza un recorrido teórico sobre la historia y funcionamiento de la Neonatología, la psicología del embarazo, el nacimiento prematuro, como así también las modificaciones que se producen en la familia tras la internación del bebé; brindando el marco legal que avala esta situación.

En una segunda parte se expuso una breve reseña del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. I. A. Perrupato y se realizó el análisis del relato de las mamás a partir de los diferentes ejes temáticos.

Por último se desarrollaron conclusiones que permitieron acercarse a la narrativa de las mamás en situación crítica en torno al nacimiento, donde la utilidad del rol del psicólogo quedo comprometida.

ABSTRACT

The present work tries to give an approximation to the narrative of mothers who have their children in Neonatology, with the purpose of identifying the concrete factors which affect their stay there. For this reason I came into the Neonatology Service in Doctor Ítalo Alfredo Perrupato Hospital in San Martín, Mendoza. Where I have worked with the mothers generating a contención space and giving them information in order to make a contribution to this area.

The epistemological frame is shown. A theoretical course is given about neonatology's history and performance of neonatology, the pregnancy's psychology, the premature birth, as well as the modifications that the family suffers after the baby goes inside the Hospital giving them a legal reference of this new situation.

A brief descripción about neonatology Service in A. Í. Perrupato Hospital and the analysis of the mothers' report from the main points are shown in a second part.

Finally the conclusions which allow an approach to the mothers' reports in critical situations about birth are developed here. The use fulness of psychologist roll is clearly seen.

ÍNDICE

Hoja de Evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	10

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Marco Epistemológico: Construccinismo Social y la Narrativa.....13

Marco Epistemológico.....	14
Construccinismo Social.....	14
La Narrativa.....	17
- Variables del discurso.....	21
- Modalidades del funcionamiento cognitivo.....	23

Capítulo II: Conociendo Neonatología: Historia, definiciones y modos de funcionamiento.....26

Historia de la Neonatología.....	27
Neonatología en la Argentina.....	30
Definiendo Neonatología.....	32
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.....	32
- ¿Qué bebés necesitan cuidados especiales?.....	33

Capítulo III: Focalizando en la mamá: Ciclo vital, embarazo y crisis.....36

Ciclo vital.....	37
- Etapas del ciclo vital.....	38
Psicología del embarazo.....	40
- La transición del parto.....	42

Crisis.....	44
- Tipo de crisis.....	44
Nacimiento Prematuro.....	46
Capítulo IV: Internación del bebé: Modificaciones en la familia.....	50
Nacimiento e Internación.....	51
Respuestas emocionales de los padres.....	52
La residencia de madres.....	55
- Los grupos como herramienta.....	55
Constitución del psiquismo y vinculo temprano.....	57
Otras investigaciones a partir de Freud.....	57
- Aportes de René Spitz.....	57
- Aportes de Donald Winnicott.....	57
- Jonh Bowlby: el concepto de apego.....	58
- Aportes de Daniel Stern.....	59
La díada madre- bebé.....	59
Maternidades centradas en la Familia.....	62
Marco Legal.....	63
- Contexto Internacional.....	63
- Contexto Nacional.....	63

SEGUNDA PARTE: PARTE APLICADA

Capítulo V: Servicio de Neonatología del Hospital Dr. I.A. Perrupato.....	68
Servicio de Neonatología del Hospital Dr. I.A Perrupato.....	69
Datos Estadísticos del Hospital Dr. I. A. Perrupato.....	71
Recursos Humanos.....	72
Equipos utilizados en el Servicio de Neonatología.....	72

Capítulo VI: Marco Metodológico.....	76
Tipo de estudio.....	77
Descripción de la muestra.....	77
Instrumentos de Evaluación.....	78
Procedimiento.....	80
Capítulo VII: Trabajo de Campo: Presentación y Análisis de los resultados.....	80
Introducción.....	81
Descripción de los diferentes ejes temáticos.....	81
- Neonatología.....	81
- Alta.....	86
- Residencia de madres.....	88
- Familia.....	93
- Vínculo madre- bebé.....	96
- Esperanza y posibilidad de proyectar.....	98
- Médicos.....	99
- Otras temáticas.....	101
- Satisfacción con la información recibida y lo trabajado en conjunto.....	102
Conclusiones.....	104
Bibliografía.....	108
Anexos.....	115

INTRODUCCIÓN

Al transcurrir los meses, el embarazo se produce y la mamá comienza a idealizar el momento del nacimiento y el encuentro con el hijo. Es el deseo- anhelo el de convertirse en madre de un bebé sano.

Cuando se trata de un bebé prematuro, con alguna malformación o enfermedad, irrumpe y desgarrar el estado ilusorio y expectante de la mamá sumergiéndola en un estado de profunda angustia y confusión.

El bebé es necesariamente separado de sus padres para ser internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con el objeto de recibir la asistencia médica intensiva necesaria para aumentar sus posibilidades de sobrevivida.

Ninguna pareja, ninguna persona está preparada para tener un hijo que nace demasiado pequeño o demasiado inmaduro. Esto causa un profundo trastorno en la familia, lo cual produce una intensa sacudida emocional en los padres.

El estrés es su estado emocional predominante y los obsesionan la sensación de culpa, especialmente a la madre, que siente que ha hecho las cosas mal y la búsqueda de las causas del fracaso.

Debido a esto es que me resulta de sumo interés conocer el relato, la forma de significar los acontecimientos de las mamás en esta situación crítica y así poder ofrecer herramientas de trabajo eficaces para poder transitarla.

Las preguntas que guiaron la investigación fueron las siguientes:

- ¿Cómo es la experiencia de las mamás al tener sus hijos internados en Neonatología?
- ¿Cómo es su estadía en el Hospital? ¿Cómo influye su relación con las otras mamás, médicos y enfermeros?
- ¿Cuál es la recurrencia en su relato?
- ¿Cómo influye en ellas la pérdida de su cotidianeidad?
- ¿Qué influencia ha tenido la propia relación de pareja en esta situación?
- ¿Es diferente la estadía de acuerdo a la cantidad de días que la mamá permanece en el Hospital?

De estos interrogantes surgieron los siguientes objetivos de investigación:

- Conocer y evaluar la narrativa de las mamás que tienen sus hijos internados en Neonatología.
- Lograr un acercamiento al relato de las mamás en esta situación particular.
- Identificar aspectos concretos que influyen en su estadía.
- Crear un espacio significativo de contención y asesoramiento, permitiendo que las madres expresen sus angustias, temores y fantasías.
- Mejorar la información y conocimiento que los padres requieren durante la internación de su bebé.

El incentivo fundamental de la elección de la temática radica en la preocupación personal por identificar los factores concretos que influyen en su estadía, para poder generar un espacio a la salud psíquica de las mismas y de esta forma realizar un abordaje preventivo.

A partir de todo lo expuesto se decidió organizar esta tesina en dos partes.

La primera corresponde al Marco Teórico y se encuentra dividido en cuatro capítulos. Estos son respectivamente: Marco Epistemológico: Construcción Social y la Narrativa; Conociendo Neonatología: Historia, definiciones y modos de funcionamiento; Focalizando en la mamá: Ciclo vital, embarazo y crisis e Internación del bebé: Modificaciones en la familia.

En la segunda parte nos referimos a la parte aplicada, esta también se encuentra dividida en capítulos, siguiendo el orden correspondiente encontramos: Servicio de Neonatología del Hospital Doctor Ítalo Alfredo Perrupato, Marco Metodológico y Trabajo de campo: Presentación y Análisis de los resultados.

Posteriormente las conclusiones, luego se encuentra la bibliografía.

Finalmente encontramos anexos, los cuales incluyen el material utilizado en el trabajo de campo.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

**MARCO EPISTEMOLÓGICO:
“CONSTRUCCIONISMO SOCIAL Y LA
NARRATIVA”**

Marco Epistemológico

El presente trabajo constituye una aproximación al relato de las mamás que tienen a sus hijos internados en Neonatología. Dicha aproximación se enmarca en los parámetros que nos brindan tanto el construccionismo social como la narrativa. Es por esto que propongo primeramente una introducción a las mencionadas perspectivas a fin de brindar un marco epistemológico desde el cual situarnos para abordar la temática.

El construccionismo social

El construccionismo social considera el discurso sobre el mundo como un dispositivo de intercambio social y no como una reflexión o mapa del mundo. Ubica al conocimiento, por lo tanto, dentro del proceso de intercambio social. Plantea que todos los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de la realidad, producto de la interacción y negociación interpersonal, en donde el significado no sería un producto de la mente, sino que sería creado y sólo posible en el contexto del discurso que lo sustenta. (Gergen, 1985).

Puede comprenderse el construccionismo en relación a dos grandes tradiciones intelectuales: el empirismo, denominado también perspectiva exogénica y el racionalismo (perspectiva endogénica). La primera propone al conocimiento como una copia de la realidad, mientras que la segunda sostiene que el mismo depende de procesamientos internos al organismo mediante los cuales puede organizar la realidad para hacerla entendible.

El construccionismo intenta superar esta dualidad objeto- sujeto desarrollando una teoría alternativa del funcionamiento de la ciencia y desafiando la idea de conocimiento como representación mental. Su principal teórico: Kenneth Gergen, propone que el conocimiento no es algo que 'la gente posee en algún lugar de sus cabezas', sino algo que la gente genera conjuntamente. A sus ojos, las significaciones, así como el sentido de sí mismo y las emociones nacen de un contexto intrínsecamente relacional. Él sitúa decididamente al construccionismo social en la era postmoderna, definiendo al modernismo como una visión del mundo enraizada en los siglos XVI Y XVII, y con una visión centrada en el yo, (yocentrista). (Elkaim, 1996).

En su intento por explicar los procesos mediante los cuales las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven incluyéndose a sí mismos, el construccionismo toma en cuenta cuatro hipótesis (Gergen, 1985)

La primera hipótesis expresa que lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como 'hombre', 'mujer', 'amor maternal' o 'enojo' están definidas desde un uso social de los mismos y se revelan como construcciones que cada individuo realiza en función de los discursos culturalmente disponibles.

La segunda hipótesis alude a los términos con los cuales comprendemos el mundo como 'artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados'. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Ejemplo: "niño, amor, etc. varían en su sentido según la época histórica.

En tercer lugar plantea que el grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra, depende de las vicisitudes de procesos sociales como la comunicación, la negociación o el conflicto y no de la 'validez empírica' de la perspectiva en cuestión. Propone, por tanto un cuestionamiento del concepto de verdad.

Por último, admite que las formas de comprensión negociadas tienen una importancia significativa en la vida social en virtud de su conexión integral con otras muchas actividades sociales. Sostiene que las descripciones y las explicaciones del mundo constituyen en sí mismas formas de acción social y, al formar parte de varios patrones sociales a la vez, sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Propone como ejemplo la gama de expresiones faciales y posturas corporales que acompañan a un saludo, sin las cuales éste resultaría artificial.

El construccionismo Social nos remite a los intercambios que se dan entre personas situadas históricas y culturalmente en una sociedad dada, es entonces a través de esos intercambios relacionales, en las conversaciones entre los observadores y los observados, como se construyen significados que se cruzan, contactan y articulan. (Montero Ferreira, 2005:180). Todo conocimiento, sostienen

los construccionistas, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente, y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. (Rozo Castillo, 2002)

Resulta interesante, además, mencionar algunos aspectos del carácter que lo intrapsíquico adquiere en esta perspectiva. El construccionismo considera, consecuentemente con lo desarrollado hasta ahora, que la vida interior de las personas no es tan privada, ni tan interna, lógica, ordenada y sistemática como se ha supuesto tradicionalmente (Shotter, 1996 citado por Chirino Borsani 2009). En otras palabras, el construccionismo plantea que el nivel en donde el significado es generado y actualizado es externo al individuo, perteneciendo a la dimensión interpersonal-social. Desde este punto de vista, el self es una construcción en el diálogo (Fishbane, 2001, citado por Díaz Olguín 2007), un producto del diálogo entre el individuo, él mismo y los otros. Gergen llama a este concepto postmoderno del sí mismo el “self relacional”: una intersección vacía cuyos límites difunden mucho más allá de la corporalidad del individuo. Dado que el self es dialógico, estaría narrativamente fraccionado, es decir, compuesto por múltiples “voces” muchas veces contradictorias, que si bien no tendrían una integración centralizada, si estarían ordenadas jerárquicamente (Hermans, 1996; Hermans, Rijks y Kempes, 1993; Lysaker y Lysaker, 2001 citado por Díaz Olguín, 2007)

Sin embargo, si bien los construccionistas le dan centralidad a la relación, sostienen que esta no debe reemplazar al individuo como “lo verdaderamente real”. (Warhus, 2001).

El yo será entendido para los construccionistas como una narración que se hace inteligible en el seno de las relaciones vigentes, es decir, un relato de relatos en tanto el sustrato del yo esté situado a partir de relatos familiares. Serán los relatos los medios por los cuales el ser humano se hace inteligible hacia él mismo y hacia los otros. El construccionismo apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que le contamos a los otros. Del mismo modo, las narraciones hacen que los hechos sociales, por un lado sean visibles y por otro establecen particularmente expectativas para los acontecimientos futuros. (Bravo Urzúa, 2002).

La narración se convierte en uno de los principales objetos de estudio del Construcciónismo Social, puesto que es en ella en donde se encuentra el universo que habita cada sujeto. A continuación se expondrá en profundidad la temática.

La Narrativa

Narrativa proviene del verbo “narrar”, que es definido por la Real Academia española como “contar, referir lo sucedido, o un hecho o una historia ficticios”. Es decir que la narrativa se acerca a lo que entendemos como relato, como historia contada.

Fernández Moya en su libro “En busca de resultados” cuando habla de la narrativa cita a Carlos Sluzki (1999), quién en su libro La red social: Frontera de la práctica sistémica plantea que:

“La narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (incluyendo conversaciones y acciones) y contextos incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en los actores cambia el guión (y viceversa), todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores (y viceversa), etc. A su vez, este conjunto actores- guión-contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quien la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen- reafirman, solidifican- la historia, y forman, por lo tanto, parte del sistema “narrativa” (Fernández Moya, 2006: 128)

Montero Ferreira, (2005) en una investigación que realiza con una comunidad indígena, publicada por la Revista Trabajo Social, sostiene que para comprender la narrativa es importante entender las propiedades que se le asignan:

- La primera de ellas hace referencia al hecho de que es inherentemente secuencial, sus componentes son actores, personajes con una trama que propone construir y dar sentido a las relaciones en una situación que cambia y requiere nuevos pensamientos o acciones.

- La segunda propiedad de la narrativa es que puede ser real o imaginaria. Su sentido y la referencia de un relato, guardan entre sí una relación que va más allá de la verdad o falsedad de las oraciones. Los tiempos diacrónicos y sincrónicos del análisis de la narrativa cuentan la historia en donde la tradición y las convenciones de costumbres, ritos, creencias, se hunden en las raíces de la herencia cultural.
- La tercera propiedad hace referencia a cómo abordar lo excepcional y lo inusual en la narrativa. Lo que se llama corriente o habitual de una cultura es lo esperado desde afuera para los observadores, pero las situaciones contextualizan las acciones sociales y la interacción conversacional. De manera diferente, cuando surge lo excepcional, aparece la historia que describe un modo posible que le da sentido o significado a ese relato.

Estas propiedades definen la realidad como acuerdos narrativos coorganizados en conversaciones. La realidad que vive cada persona se basa en acuerdos y consensos con las personas que le rodean. El mundo que se narra se conforma entonces a partir de las continuas interacciones en donde se negocian los significados y las creencias de los sujetos acerca de sí mismos y de los otros, de los sucesos, las cosas, los acontecimientos. También a través de los relatos las personas dan cuenta de su “ser y estar” en el mundo, estableciendo pautas de temporalidad y de sentido.

Este mismo autor cita a Teresa Cabruja quién expresa:

“Cuando nos referimos a la narrativa o, más concretamente, al uso de narraciones, ¿Estamos aludiendo a la representación de la realidad, a su reflejo? O por el contrario, ¿estamos señalando el carácter construido de la realidad?”.

La narrativa no es un aditamento de la realidad, es una mediación necesaria a la que se recurre para dar cuenta de ella. La realidad es lo que es, independientemente de nuestras descripciones o explicaciones.

La narrativa no es por lo tanto una técnica de conversación, su sentido lo aporta la visión de construir procesos y realidades.

White y Epston (1993), precursores de lo que hoy conocemos como Terapia Narrativa, sostienen que las personas, “en un esfuerzo por dar sentido a sus vidas, se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea” (White y Epston, 1993: 27). Sostienen además que las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, al igual que aquellas que la persona prevé ocurrirán en el futuro, son conectadas entre sí en una secuencia lineal que permite que la narración pueda desarrollarse.

Siguiendo con la propuesta de los autores anteriormente citados, el éxito de la narración de la experiencia como autonarración o relato daría a las personas un ‘sentido de continuidad’ en sus vidas y las personas se apoyarían en ella para ‘ordenar’ la cotidianidad e interpretar posteriores experiencias. Puesto que todos los relatos tienen un comienzo (o historia), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales esta tan determinada por el pasado como moldeada por el futuro.

Las personas adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos y esos relatos dan forma a sus vidas y a sus relaciones. (White y Epston, 1993:91)

La fijación del significado es un logro al que se llega a través de actos de negociaciones personales y comunales, el significado es determinado en el ámbito social de la vida y el cuestionamiento del significado es una característica de ese ámbito. (White, 1993: 271). White afirma que ‘el significado’ se consigue a través de la estructuración de la experiencia en relatos, y que la representación de esos relatos es constitutiva de las vidas y las relaciones. “Como esta narración de la experiencia depende del lenguaje, al aceptar esta premisa estamos también proponiendo la idea de que asignamos significado a nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje.” (White, 1993: 43).

En este sentido es que la palabra del otro recobra todo su verdadero valor, despojándose de la pretensión empirista de la ciencia positiva. Recobra su valor en tanto relato que, desde la particularidad, remite a anteriores relatos que tienen su raíz en lo social.

El relato de cada persona es único, y los significados que le atribuye a los acontecimientos van a depender de la forma particular en que cada persona signifique los acontecimientos que está relatando. Esta forma particular de significar los acontecimientos depende, en gran medida, del sistema u organización de significados que fue adquiriendo a lo largo de la vida, en el convivir con otros, en los espacios de encuentros y desencuentros que tuvo o tiene con otros. Así, la vida de cada uno de nosotros es una historia construida en la cual somos actores/actrices principales. El relato resultante es un medio para dar sentido a nuestra experiencia y se halla, por tanto, influido sobre todo por factores culturales y sociales. (Zlachevsky Ojeda, 2003: 48).

Un sistema de significados no se construye, por tanto, en solitario, sino que va emergiendo en la convivencia conjunta y dando lugar a una 'significación común', desde la cual los 'personajes' interpretan los hechos y pueden anticipar con relativa certeza lo que es posible esperar de sí mismo y de otro, en el dominio de existencia en que conviven. Al mismo tiempo "les crea una serie de expectativas de lo posible o imposible de encontrar en el espacio de encuentro común y articula lo que pasa a ser 'la realidad' de los acontecimientos, de los hechos, de las cosas, para cada dominio de existencia" (Zlachevsky Ojeda, 2003: 50).

Siguiendo con esta idea y para dejar una síntesis de lo anteriormente nombrado me gustaría tomar a White y Epston (1993) quienes citan a Brooks y el mismo expresa:

"Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y que oímos contar, con las que soñamos o imaginamos, o con las que nos gustaría contar. Todas ellas son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en un episódico, a veces semiconsciente, pero virtualmente ininterrumpido, monólogo. Vivimos inmersos en la narrativa, recontando y reevaluando el significado de nuestras acciones pasadas, anticipando el resultado de nuestros proyectos futuros, situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas".

La autonarración se refiere a la explicación que se presenta en un sujeto acerca de su relación entre acontecimientos vitales o los sucesos de su vida cotidiana, no es una función individual interna sino que es como una forma social de dar cuenta

de sí mismo o en su extremo es en definitiva un discurso público o social. Existiría una multiplicidad de yoos en tanto distintas relaciones, ya que las personas pueden autonarrarse de muchas maneras dependiendo del contexto relacional. (Bravo Urzúa, 2002).

Variables del discurso

Daniel Gumilla (2009) en su Tesina titulada: “Particularidades del Relato Depresivo: un aporte desde la Terapia Narrativa”, a fin de poder analizar en profundidad el discurso toma a Sluzki, (1992) y hace la siguiente caracterización de las variables que se deben tener en cuenta, me gustaría a continuación nombrarlas y contextualizarlas en nuestro tema en particular:

Personajes:

Los personajes de los relatos pueden ser los mismos sujetos o sus familiares, o hasta algún personaje de ficción con el cual identifica su problemática, de cualquier manera, este personaje posee un tipo determinado de actuar, de pensar, una personalidad que lo caracteriza y un rol en la historia. (El personaje es la mamá que se encuentra en una situación crítica transitando un proceso evolutivo que no era el que imaginaba. Si es su primer hijo el nacimiento se convierte en una incertidumbre y piensa q ha hecho las cosas mal. También encontramos aquellas mamás que a esta situación se les suma la preocupación por sus otros hijos).

Tiempo:

El sujeto puede incluir en su relato al tiempo como una variable fluctuante o como algo más bien estático. El terapeuta puede utilizar preguntas para vislumbrar si el sujeto es capaz de darle temporalidad al relato, ya que hay casos donde el sujeto se expresa como si el tiempo fuera infinito. (Esta variable es muy significativa para las mamás que tienen sus hijos internados en neonatología, ya que lo que anhelan constantemente es obtener el alta para poder irse del Hospital, las mamás muchas veces cuentan los días, las horas y los minutos porque su estadía se convierte en una larga espera. Además la misma ansiedad y todo lo que la situación implica genera la sensación de que el tiempo no pasa nunca).

Espacio:

Puede pasar que el relato pueda transmitir hechos carentes de contexto, y es allí donde el terapeuta podrá intervenir con preguntas hacia una adecuada contextualización de los hechos.

La introducción de la idea del espacio nos permite especular sobre la forma en que el contexto afecta y es afectado por los eventos, históricamente y en el presente. (El Hospital le ofrece a las mamás un espacio para que puedan albergarse, “la casita de las mamás”, cuenta con camas, cocina, baño y comedor. Sin embargo este espacio físico es compartido por muchas de ellas, lo que genera alguna vez dificultades en la convivencia, por las costumbres que cada una lleva consigo. El hecho de que cada una rompe con su cotidianidad, con su lugar físico y sus costumbres es algo que genera malestar y si a esto le sumamos la ausencia de agua caliente en la ducha del baño el malestar se agudiza ya que quedan insatisfechas las necesidades básicas).

Causalidad:

Tomamos esta categoría porque está asociada a uno de los conceptos fundamentales de la teoría interaccional, la noción de la puntuación de la secuencia de hechos, descrita por Watzlawick, Beavin y Jackson e incorporada como uno de los axiomas de la comunicación.

A partir de esta noción observamos que en los relatos hay elementos, hechos o sucesos que son causa o efecto de otros, y esto es factible de cambio, lo cual nos lleva a considerar esto como una variable de suma importancia. (La puntuación de la secuencia de hechos junto con la técnica de redefinición fueron herramientas fundamentales para trabajar con las mamás).

Interacciones:

Esta variable es importante ya que no solo se debe recurrir a las características personales de los personajes, sino también a sus pautas de interacción, que nos hablarán de las propias del sujeto.

Esta variable también nos ayuda a vislumbrar intenciones o efectos que quiere obtener un personaje determinado, y también cuáles son sus conflictos. A partir de las interacciones se puede observar también la dinámica de roles, cuales son las reglas de estas pautas interaccionales según el sujeto. (Muchas de las mamás pudieron contar su historia, relatando

aspectos de su familia, de sus formas de relacionarse con su pareja y sus hijos. También la interacción que se producía entre ellas, generaba un nuevo aprendizaje).

Valores:

El relato presenta siempre normas morales evocadas por el mismo relato, pero estas normas son susceptibles de cambios, por eso estos cambios axiológicos, deben ser parte de nuestro análisis, ya que aquí también puede operar el terapeuta. (En la medida que comparten las mamás se ponen en juego una serie de valores entre ellos: la solidaridad, la bondad y el respeto).

Modo de contar:

Esto reviste especial importancia, ya que el sujeto puede contar una historia donde el mismo sea un objeto y otros incluyendo los síntomas sean los actores, o bien puede ser un agente activo y por ende ser responsable de sus acciones y efectos. Esto va a hacer variar mucho la visión que el mismo sujeto tenga de sus propias potencialidades y capacidades.

Modalidades del funcionamiento cognitivo.

La perspectiva narrativa constituye, junto al construccionismo social, el lugar elegido desde el cual abordar los relatos de las mamás, ya que responde a una particular concepción de conocimiento que Bruner supo diferenciar del paradigmático o lógico-científico.

Son dos las modalidades del funcionamiento cognitivo humano; dos modalidades de pensamiento, que brindan, a su vez, dos modos característicos de ordenar la experiencia y construir la realidad, afirma Bruner. Estas dos formas de pensamiento son complementarias e irreductibles entre sí. El intento de reducir una modalidad a la otra o de ignorar una a expensas de la otra, dice, haría perder la rica diversidad que encierra el pensamiento humano.

Un buen relato y un argumento bien construido son clases naturales diferentes, ya que las dos maneras humanas de conocer difieren fundamentalmente en sus procesos de verificación y lo que intentan convencer. Los argumentos deben convencer de su verdad, los relatos, de su semejanza con la vida. (Balbi, 2004: 312)

El pensamiento paradigmático o lógico científico busca categorizar, conceptualizar y organizar el conocimiento en sistemas generales de explicaciones de modo de establecer relaciones causales, dando como resultado ‘teorías sólidas’, ‘pruebas lógicas’ y ‘argumentaciones firmes’. El lenguaje que utiliza busca niveles de abstracción cada vez más altos, rechazando todo aquello en lo que intervengan los sentimientos o las explicaciones particulares” (Zlachevsky Ojeda, 2003: 50).

Se centra en prácticas lingüísticas que se basan en el modo indicativo para reducir la incertidumbre y la complejidad, se excluyen los significados alternativos mediante el uso unívoco de las palabras. Representa a la persona como un escenario pasivo, donde alguna fuerza o fuerzas internas o externas a la persona actúan sobre ella, y que éstas son las que moldean y constituyen la vida. Excluye al observador de lo observado en aras de la objetividad. (White y Eptson, 1993:93)

El pensamiento narrativo está centrado en las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y en las intenciones. Sitúa los acontecimientos y las experiencias en el tiempo y en el espacio, centrándose en las particularidades. Produce, por lo tanto ‘buenos relatos’ al ocuparse tanto de las acciones e intenciones humanas, como de las vicisitudes del transcurso de una vida. (Zlachevsky Ojeda, 2003: 50).

Se centra en prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades, para introducir la perspectiva múltiple. Estas prácticas lingüísticas tienen en cuenta la complejidad y la subjetividad de la experiencia. En vez de preferir el uso unívoco de las palabras, se aprovecha de su polisemia. Sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo. El modo narrativo redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el “observador” como el “observado” se sitúan dentro de la narración científica que se está desarrollando. (White y Eptson, 1993: 94)

Siguiendo a los autores anteriormente nombrados sostienen que una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

1. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona.
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.

3. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
5. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos.
6. Fomenta el sentido de la autoría y la re- autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
7. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierta en autor privilegiado.
8. Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

Para terminar este capítulo me gustaría citar a Juan Balbi (2004), en su libro la “Mente Narrativa”, sostiene que una característica distintiva de la experiencia humana es su condición narrativa, pero es conveniente recordar que la experiencia vital es siempre más extensa y rica que el discurso en el que aparece estar contenida. En cada historia de vida narrada quedan excluidas porciones importantes de sentimientos efectivamente ocurridos; y esta exclusión atencional específica, como un aspecto característico de la coherencia interna de cada sistema personal, tiene lugar en función del mantenimiento de un sentido estable y continuo de la propia identidad narrativa.

En palabras del autor:

“Quien suponga que puede llegar a comprender en profundidad un problema humano sólo por la forma en que el protagonista lo relata está pecando de ingenuidad. Quien crea que se producirán cambios significativos y duraderos por cambiar los contenidos de esos relatos está simplificando excesivamente una de las profesiones más complejas que alguien puede encarar, la de psicoterapeuta. No nos dejemos tentar por propuestas reduccionistas que nos alejen del estudio de nuestros dominios más específicos y más preciados: la mente subjetiva, la conciencia y la identidad personal.” (Balbi, 2004: 339)

CAPÍTULO II:

**CONOCIENDO NEONATOLOGÍA:
“HISTORIA, DEFINICIONES Y MODOS DE
FUNCIONAMIENTO”**

Contando ya con un marco epistemológico desde el cual posicionarnos para abordar la temática, me propongo ahora emprender un camino de precisiones conceptuales para delinear mejor la perspectiva a desarrollarse sobre la temática.

Historia de la Neonatología

Toda actividad humana y sobre todo la ciencia, deriva de un trabajo de generaciones anteriores. La neonatología, como todas las ciencias, no está exenta de un pasado. Creo que conocerlo nos permite entender y comprender mejor nuestra función, es por ello que a continuación presento la historia de la neonatología en el mundo.

En la Antigüedad, los bebés eran abandonados si no se los podía criar por pobreza extrema o si no se quería repartir la herencia entre más hijos. El nacimiento de un romano, por ejemplo, no se limitaba a ser un hecho biológico. En esa cultura, los recién nacidos podían ser aceptados o expuestos (colocados en la puerta del domicilio o de un basurero público). A diferencia de lo que sucedía con los egipcios, germanos y judíos, que criaban a todos sus hijos, los romanos exponían o ahogaban a criaturas malformadas o si los suponían hijos de adulterio. (Vega, 2006: 17)

En la Edad Media, desde el siglo V hasta el VIII, la esperanza de vida era muy débil (30 años), la tasa de mortalidad infantil alcanzaba un 448 por mil. Las obras de arte de esa época ilustran el foco de tensión entre las costumbres anteriores y la de dar más lugar e importancia al cuidado de los niños pequeños. La mortalidad infantil era considerable, aumentando por las pestes, entre 1348 y 1430; el infanticidio, a veces por sofocación, no era excepcional. Los recién nacidos en ámbitos de pobreza extrema, sobre todo las niñas, eran frágiles y pocos deseados. Cuanto más pobres, más rápidamente se los colocaba como criados. Los numerosos abandonos provocaron la creación de hospicios como el San Gallo, en Florencia, en 1445. (Vega, 2006: 18)

Según documentos de 1698 es posible vincular la Edad Moderna con una creciente preocupación por cuidar a los hijos. El cuidado de la salud del niño es una preocupación que aumenta a lo largo del siglo XVII. Liberar al niño de la enfermedad y la muerte prematura será una nueva meta para los padres y madres, a diferencia de lo

que sucedía tiempo atrás, cuando los padres, en esas circunstancias, se disponían a engendrar otro hijo porque la vida era dura y debía perpetuarse la estirpe. La nueva concepción de vida y tiempo muestra el deseo de prolongar la existencia individual y aliviar el sufrimiento. (Vega, 2006: 18)

La Edad Contemporánea muestra nuevos signos de esta tensión. Es a la escuela francesa de obstetricia a la que debemos los primeros grandes avances de una incipiente neonatología y es en la cátedra del profesor Stephane Tarnier en París de donde emergen los grandes avances que sientan la especialidad. Es en 1880 cuando se patenta la primera incubadora cerrada en París, el modelo se denomina Tarnier-Martín. (Martínez, 2008: 153). Esta invención incendió una gran excitación profesional y popular sobre la expectativa de reducir la mortalidad del niño que nacía prematuramente. El nacimiento de la medicina neonatal se ubica, entonces, en el siglo XIX. (Vega, 2006: 19)

La escuela francesa, liderada por Tarnier y su discípulo Pierre Budín, quienes son hoy considerados los padres de la neonatología, sientan las bases de la alimentación del prematuro. Igualmente es a Tarnier a quien se debe la utilización de oxígeno en prematuros. Pierre Budín publica su libro referente a “lactantes con problemas nacidos de parto prematuro” y diferenció a los lactantes pequeños y grandes para la edad gestacional. A Budín también se le deben las observaciones referentes a la temperatura baja y la mortalidad del prematuro, siendo uno de los pioneros en transportar niños con botellas de vidrio con agua caliente para evitar que se enfriaran. (Martínez, 2008: 153).

Además Budín trazó un diagrama y Ballantyne diseñó un programa para el seguimiento del cuidado materno- infantil en París. Estos logros dieron un nuevo impulso a la tarea de preservar la vida del niño, lo que coincide con una época en la que el niño era exhibido orgullosamente. En ese tiempo se ubican los espectáculos de los niños en incubadoras que hacía en Berlín Martín Couney, médico que trabajaba con Pierre Budín. No se veía al niño como portador de sufrimiento sino como alguien lúdico y divertido. (Vega, 2006: 19). Los médicos alemanes permitieron a Couney utilizar niños prematuros dentro de las incubadoras durante el tiempo de la exposición, Couney cobraba para permitir que el público viera a los niños prematuros en las incubadoras y no permitía que las madres cuidaran de estos niños durante el tiempo de exposición. (Pallás Alonso, 2007: 2)

Cuando quiso hacer estas exposiciones en Inglaterra, la sociedad inglesa se negó a prestar a sus niños, entonces se reclutaron niños en Francia y había que trasladarlos. Esta situación obligó a inventar la incubadora de agua caliente, que resultó más práctica para el transporte. (Vega, 2006: 19)

El fin del siglo XIX y comienzos del siglo XX se caracterizaron por el diseño de equipos y reportes de sobrevivencia de lactantes pequeños al nacer, lo que junto a la popularidad adquirida en las diversas exposiciones de la época lograron cambiar la perspectiva de la opinión pública referente a los cuidados neonatales.

La neonatología moderna nace con Julius Hess en Chicago en 1914 quien tuvo el mérito de inaugurar la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro en el hospital Michael Reese. En 1930 se funda la Academia Americana de Pediatría. En 1952 la Dra. Virginia Apgar, describe el score de Apgar en la atención inmediata del neonato, considerada también junto a Hess como los padres de la neonatología moderna. (Martínez, 2008: 154)

Fue en la década del '60 cuando crecieron los cuidados intensivos y especiales sobre los bebés recién nacidos. En la década del '70 se desarrolla en Francia el concepto de perinatalidad, inspirado en ideas de Pinard de principios de siglo, poniéndose el acento en la consulta médica previa a la concepción, a la vigilancia médica del embarazo y a la facilitación de los nacimientos en lugares técnica y humanamente adaptados. Se logró disminuir la tasa de mortalidad en las unidades de cuidado neonatal: antes de 1970 morían el 80% de los niños recién nacidos, después de 1980, el 80% sobrevivían en buenas condiciones. Los siguientes 25 años trajeron mejoras en la ventilación (asistencia respiratoria) y los sistemas de soporte de vida, lo que contribuyó a aumentar la supervivencia de niños comprometidos con patología neonatal e inmaduros. Los niños que nacen a partir de 1985 superan en 20 años a la de los nacidos a comienzos de siglo. (Vega, 2006: 20)

Se llega así a nuestros días, en pleno siglo XXI la neonatología se caracteriza por una alta tasa de sobrevivencia y una cada vez mejor calidad de vida. Hoy las terapias aplicadas se basan en medicina basada en evidencia científica con un fuerte concepto de racionalidad terapéutica. Los esfuerzos están centrados en la atención del prematuro extremo y del niño con malformaciones congénitas en quienes se ha desarrollado toda una terapia anticipatoria para minimizar secuelas que afecten su

calidad de vida. La neonatología moderna además ha desarrollado junto a los médicos obstetras una integración bajo el concepto de lo que hoy llamamos Medicina Perinatal, en el cual ambos profesionales se dedican en forma complementaria y conjunta al paciente prenatal, permitiendo así anticiparse y planificar de mejor forma las terapias a implementar tanto en embarazos de riesgo como en embarazos con diagnóstico prenatal de anomalías. (Martínez, 2008: 156)

Neonatología en Argentina.

Una vez que ya hemos conocido la historia de la neonatología en el mundo, me gustaría a continuación presentar la historia de neonatología en la Argentina. Para ello es que tomo a la Lic. Edith Ylalí Vega (2006), en su libro “El psicoterapeuta en neonatología”.

En la Argentina, la neonatología comienza en la década del '60. En la década del '40 el cuidado estaba centrado en el bebé, este modo de asistencia deterioraba el vínculo materno- filial, ya que dificultaba o impedía la lactancia. Juan J. Murtagh funda el Comité que dentro de la Sociedad Argentina de Pediatría sería la semilla de la Perinatología. En 1968 Alfredo Larguía en la Maternidad Sardá, Jacobo Halac en Córdoba y Vicent Climent en La Plata lideraron los grupos que gestarían la neonatología moderna del país. Pocos años después, el desarrollo de una terapia intensiva Neonatológica muy tecnificada, logra la sobrevivencia de bebés muy prematuros y/o con enfermedades neonatales graves. El 1° Congreso Argentino de Perinatología se llevó a cabo en 1975, y desde ese momento se realiza ininterrumpidamente cada tres años.

Hace apenas 30 años se consideraba a los niños prematuros como muy frágiles y débiles, por lo que se aconsejaba “tocarlos” y “manejarlos” lo menos posible, dilema que permanece hasta hoy con respecto a dónde y cuándo intervenir. En el mundo desarrollado, desde hace poco más de diez años, el 80% de los recién nacidos que pesan entre 750 y 1000 gramos tienen expectativa de supervivencia. En nuestro país la tasa de mortalidad neonatal promedio muestra un decrecimiento del 27% en el período de 1990-1999.

Existe una gran disparidad entre la alta calidad del cuidado de las Unidades de Cuidado Neonatal y el soporte que se le ofrece a la familia para que pueda sostener después del alta los cuidados requeridos. Uno de los problemas que surgieron a partir del desarrollo de nuevas tecnologías fue la dificultad de realizar un adecuado programa de seguimiento que contemple la complejidad de la situación: la vulnerabilidad del niño, el estrés de la familia y la extensión del horario de emergencias por discapacidad.

Esto implica una modificación en la concepción de la organización de las unidades de cuidado neonatal. Los cuidados fetales y neonatales del siglo XXI no pueden seguir basándose solamente en cuidado óptimo del feto o el recién nacido, considerado como “tratamiento del paciente”. El cuidado debe centrarse en la familia, con el feto o el recién nacido incluido en ella.

Actualmente distintos lugares de nuestro país cuentan con centros especializados públicos y privados. Alguno de ellos, más dotados técnicamente y/o incluyendo equipos de psicólogos que, incorporados a la tarea cotidiana de cuidado, facilitan el diálogo institución- familia- bebé. En la Argentina, las provincias del Chaco – pionera en el desarrollo de tecnologías que facilitan el contacto piel a piel-, Neuquén y nuestra Provincia, se ocupan de mejorar las condiciones perinatales. También se ocupan de ello, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Maternidad Sardá, los hospitales Garrahan, de Clínicas, Pirovano, Fernández, Italiano, Fundación Hospitalaria, Naval, Sanatorio Otamendi; en el Gran Buenos Aires: Hospital Ana Goitía Avellaneda, Materno Infantil de San Isidro; en la Provincia de Buenos Aires: los hospitales de Azul, de San Nicolás y de San Andrés de Giles, entre otros. Este desarrollo activó la crítica a la separación del bebé de su madre argumentando que alteraba la relación madre-bebé y producía efectos negativos, aumentando, por ejemplo, el riesgo de infecciones en recién nacidos de alto riesgo

El hecho de enfatizar los factores sociales no significa que éstos sean la única y ni siquiera la principal causa de los padecimientos. La vinculación entre contexto social y salud pública es un hecho real y debe reconocerse. La prevención de la discapacidad psíquica se puede lograr entonces con medidas de apoyo a la familia, como por ejemplo, atención pre y posnatal.

Definiendo Neonatología.

Ya nos hemos referido a la neonatología a nivel mundial y en nuestro país, ahora nos vamos a focalizar en sus diferentes aspectos.

La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina “natos” que significa nacer y “logos” que significa tratado o estudio, es decir el “estudio del recién nacido”. (Manual de Enfermería en Neonatología, 2008)

En el libro “Los hijos de las máquinas” (1993), en el capítulo Neonato a término Cavedagni, Benini y Zorzi plantean que para una clasificación objetiva del neonato que constituye el primer y fundamental criterio de evaluación, es necesario tener en cuenta por lo menos dos elementos de base: el peso al nacer y la edad gestacional. Según el criterio temporal de la edad gestacional se define:

- **Neonato a término:** El nacido entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional.
- **Pretérmino:** Es el nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.
- **Postérmino:** El nacido luego de las 42 semanas de edad gestacional.

La clasificación que toma en cuenta la relación peso/edad gestacional elaborada sobre la base de estándares de crecimiento intrauterino, prevé:

- **AEG:** Adecuados para la edad gestacional: Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas del crecimiento intrauterino.
- **PEG:** Pequeños para la edad gestacional: Cuando el peso está bajo el percentil 10 de las curvas de crecimiento intrauterino.
- **GEG:** Grandes para la edad gestacional: Cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Los recién nacidos que necesitan cuidados médicos intensivos ingresan en un área especial del hospital denominada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La UCIN combina tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados

para brindarles cuidados especializados a los pacientes más pequeños. Aurelia Gonzalez (1996) la define como “*un espacio donde se lucha por la vida desde el punto de partida de la vida misma, sin dejar de estar muy próxima de la muerte*”.

¿Qué bebés necesitan cuidados especiales?

La mayoría de los bebés que ingresan en la UCIN son prematuros (es decir, nacen antes de las 37 semanas de embarazo), tienen bajo peso (menos de 2250 gramos o 5,5 libras) o padecen un trastorno médico que requiere cuidados especiales. Los bebés que nacen de embarazos múltiples (mellizos, trillizos, o más) con frecuencia ingresan en la UCIN, puesto que tienden a nacer antes y ser más pequeños que los bebés de partos de un único feto. Los bebés con trastornos médicos como por ejemplo, problemas cardíacos, infecciones o defectos congénitos, también reciben cuidados en la UCIN.

Los siguientes son algunos factores que pueden poner a un bebé en situación de alto riesgo y aumentar las probabilidades de su ingreso en una UCIN. Sin embargo, cada bebé debe ser evaluado individualmente para determinar la necesidad de admisión. Los factores de alto riesgo incluyen:

- **los factores maternos:**

- edad menor de 16 o mayor de 40 años
- consumo de drogas o alcohol
- diabetes
- hipertensión (presión sanguínea alta)
- hemorragias
- enfermedades de transmisión sexual
- gestación múltiple (mellizos, trillizos o más)
- escasez o exceso de líquido amniótico
- ruptura prematura de las membranas (también llamadas saco amniótico o bolsa de aguas)

- **los factores del parto:**

- sufrimiento fetal/asfixia en el nacimiento (cambios en los sistemas orgánicos debidos a la falta de oxígeno)
- parto en presentación pelviana (de nalgas) u otra presentación anómala

- meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico)
 - circular de cordón (cordón alrededor del cuello del bebé)
 - parto con fórceps o por cesárea
-
- **los factores del bebé:**
 - nacimiento con menos de 37 o más de 42 semanas de gestación
 - peso al nacer menor que 2500 gramos o mayor que 4000 gramos
 - bebé pequeño para la edad gestacional
 - administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos
 - defectos congénitos
 - dificultad respiratoria, incluidas la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración)
 - infecciones como por ejemplo, herpes, estreptococos grupo B, clamidia
 - convulsiones
 - hipoglucemia (bajo nivel del glucosa en sangre)
 - necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia por vía endovenosa o medicamentos
 - necesidad de tratamiento o procedimientos especiales, como por ejemplo, transfusiones de sangre

(Enciclopedia de Salud del Hospital de Niños Patrocinado por the Dyer Family Foundation, 2009).

Una vez que el niño es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se lo coloca en cunas térmicas o incubadoras que controlan de forma automática el calor administrado según sus necesidades térmicas. Mediante sistemas no invasivos, es decir no dolorosos para el bebé porque están pegados a la superficie de la piel, se los conecta a monitores que mantienen informados a los enfermeros y médicos, traduciendo en números el correcto funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Puede apreciarse la frecuencia cardíaca, respiratoria, su nivel de oxigenación y su presión arterial. (Asociación Argentina de Padres de Niños prematuros, 2007.)

La UCIN presenta un alto grado de complejidad debido a la presencia de:

- 1- Nuevas Patologías
- 2- Tecnología avanzada.

El nivel de complejidad de la asistencia varía según el tipo de patología y el grado de prematuridad del bebé y las particularidades de la relación entre padre, madre, bebé e institución. (Vega, 2006: 39)

CAPÍTULO III:

**FOCALIZANDO EN LA MAMÁ: “CICLO
VITAL, EMBARAZO Y CRISIS”**

Ciclo Vital

A los fines de contextualizar lo que implica el embarazo de la mujer en el sistema familiar es que pretendo desarrollar las etapas del ciclo vital.

La estructura del sistema conyugal se modifica con el transcurso de los años como un proceso natural, al cual se lo denomina “ciclo vital familiar”. En éste se dan períodos de estabilidad y de crisis, propias del desarrollo.

Según Lyman Wynne el criterio central para el paso de una etapa a otra, es el de llegada y alejamiento de los miembros de la familia, es decir, los cambios en su estructura y composición, sea por nacimientos, muertes, matrimonios, divorcios y traslados. Otro criterio para el paso a otra etapa responde a los cambios evolutivos del sistema.

Cada uno de estos sucesos en el ciclo, son vividos por la pareja como crisis, situaciones estresantes que dificultan las tareas de ajuste y resolución de problemas. Para transcurrir adecuadamente a través del ciclo vital, es necesario que el sistema modifique sus reglas de acuerdo a las exigencias contextuales.

A medida que pasa el tiempo, el sistema se va transformando. Con el nacimiento de los hijos, se producen nuevos cambios en la familia y surgen nuevas dificultades a resolver. Los requerimientos de alimentación y crianza de los hijos promueven modificaciones en las transacciones de la pareja no solo conyugal, sino ahora también parental. Deben aparecer nuevas funciones, por lo tanto, el funcionamiento conyugal debe modificarse para enfrentar los requerimientos de la paternidad. (Minuchin, 1974).

Esta dinámica familiar de: estabilidad – crisis – cambio – estabilidad se reproduce en cada una de las etapas: con el surgimiento y estabilidad de la pareja, con la llegada de los hijos, el inicio de la escolaridad, la adolescencia, el destete de los padres y el nido vacío.

A continuación desarrollaremos las distintas etapas propuestas por Minuchin y Fishman (1974, 1981) y las tareas que deben concretar los cónyuges para lograr un funcionamiento adecuado.

Etapas del Ciclo Vital:

I. Formación de la pareja:

El sistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse, con el objetivo de establecer una relación continuada. Cada uno aporta un conjunto de expectativas que espera ser cumplida a lo largo de la relación. Lo cierto es que muchas parejas inician su vida matrimonial sin haberse puesto de acuerdo con respecto a la cotidianidad en pareja.

Implícita o explícitamente deben resolver una gran cantidad de situaciones que hacen a la vida cotidiana, como por ejemplo: donde vivirán, el grado de influencia que ejercerá la esposa en la vida del marido y viceversa, quien trabajará y quién permanecerá en el hogar, si los dos trabajan como repartir las tareas hogareñas. A medida que se va construyendo la nueva relación, la pareja debe elaborar una modalidad de encarar los desacuerdos, tarea necesaria para lograr una íntima asociación.

En esta primera etapa los cónyuges deben conformar su estructura a través de transacciones y pautas de relación en la que se va co-construyendo reglas sobre la intimidad, tareas cotidianas, relaciones con la familia de origen, jerarquías y como negociar y enfrentar conflictos. Para la subsistencia del sistema es importante la construcción de pertenencia y lealtad entre los cónyuges; éstas son dos tareas necesarias para el funcionamiento del sistema.

Cada cónyuge trae consigo un conjunto de valores y expectativas, una idea de lo que es ser pareja, su mapa de la realidad, compuesto por costumbre, rituales, reglas y creencias aportadas por la familia de origen. La pareja debe negociar estas ideas o modos de hacer y sentir la realidad, así como también debe negociar las diferencias, sutiles y gruesas, que existen entre ellos como individuos. Debe desarrollar pautas de acomodación y establecer reglas de funcionamiento, las mismas pueden ser explícitas o implícitas.

Otras de las tareas que debe realizar la pareja es la redefinición de las reglas de relación entre ellos y con los otros sistemas de relación, delimitar las fronteras con otros sistemas. Debe crear un territorio psicosocial propio con cierta independencia de la influencia parental y de los hijos, esta delimitación fomenta la creación de nuevos lazos. Los cónyuges deberán negociar las tareas y funciones de cada uno como individuos y de la pareja como sistema de relación. Una de las tareas principales de la pareja es lograr una versión propia, particular de la vida matrimonial.

2. Familia con hijos pequeños:

Se amplía el sistema, apareciendo nuevos roles y funciones. El holón conyugal debe diferenciar sus funciones, de padres y esposos a la vez. Para ello, es necesario un delineamiento de fronteras. La paternidad desorganiza la intimidad de la pareja, y modifica las reglas de funcionamiento. Es importante lograr trazar límites que permitan el acceso del niño a ambos padres, pero a la vez que lo excluyan de la relación conyugal.

El tipo de relación que se establece entre los esposos antes de la llegada de los hijos es de a dos, pero con el nacimiento del primer hijo, la pareja se encuentra automáticamente en un triángulo. Esto se puede volver patológico, desarrollándose procesos de triangulación, como la involucración del niño en el conflicto parental. Esto puede provocar nuevos problemas en la relación o revivir conflictos no resueltos; en los que utilizan al hijo como chivo expiatorio para no enfrentarse a la pareja para resolver sus dificultades.

La llegada de los hijos modifica la distancia interpersonal entre los cónyuges, lo cual requiere un cambio de posición entre ellos. En relación a esta distancia, en un extremo encontramos a miembro de la pareja sobre involucrado con los hijos en detrimento del interés hacia el cónyuge.

3. Familia con hijos en edad escolar o adolescentes:

La satisfacción en este período intermedio dependerá del grado de satisfacción alcanzado en los ámbitos personales y de pareja. En esta etapa se hace un balance de los mundos público y privado, de la dedicación al otro a través de los años. La tarea es construir nuevamente un espacio íntimo, negociar acuerdos y lograr la redistribución de espacios y tiempos.

4. Familia con hijos adultos:

En esta etapa se restituye la unidad original pero en condiciones sociales totalmente distinta. Marido y mujer están frente a frente durante todo el día y es necesario redefinir los tiempos y espacios.

Si la comunicación entre los esposos se construyó primordialmente en base a los hijos, con su partida, la pareja puede quedar incapacitada para funcionar como una organización dual y aparece así la amenaza de divorcio.

En la etapa del nido vacío toda la familia ingresa en un período de crisis. El matrimonio entra en un estado de conflicto en que deben renegociar las reglas de relación, deben

reorganizar su espacio, y la posibilidad de reencuentro dependerá del encuentro al inicio de su ciclo vital y de los proyectos compartidos.

Como podemos observar anteriormente el embarazo junto al nacimiento de un bebé es una crisis vital normal que afecta a toda la familia. A continuación nos focalizaremos en la psicología del embarazo.

Psicología del Embarazo.

Cuando una mujer comprueba que está embarazada se produce una mezcla de sentimientos: miedo, alegría, preocupación, etc. Los temores se mezclan con las ilusiones. La futura mamá experimenta altibajos en su humor, y debe hacerse a la idea del cambio en su vida a partir de este acontecimiento. Cada una tendrá su propia experiencia debido a los planes que tenía para embarazarse, lo generalizado tiene que ver con esto de “darse cuenta” que algo cambio, que su vida se modifico para siempre.

A medida que avanza el embarazo, con los controles médicos y las ecografías, los padres comienzan a hacerse una imagen de su bebé, le atribuyen un sexo, un nombre, y en ocasiones ya sueñan con la futura profesión de su hijo.

Pittman (2002), plantea que el embarazo puede generar temores, la mayoría se relacionan con el miedo a crecer y hacerse adulto. Además sostiene que las mujeres temen perder sus atractivos físicos, y tanto ellas como los hombres temen perder su movilidad profesional y social.

Según Raquel Soifer (1977), durante el embarazo se presentan diversas ansiedades en la madre. Los incrementos de la ansiedad durante el embarazo se pueden detectar en ciertos movimientos específicos que se clasifican de la siguiente manera:

- a)** Comienzo de la gestación;
- b)** Formación de la placenta (2° y 3° mes);
- c)** Percepción de los movimientos fetales (3 y medio meses);
- d)** Instalación franca de los movimientos (5 meses);
- e)** Versión interna (6 y medio meses en adelante);
- f)** Comienzo del noveno mes;
- g)** Últimos días antes del parto.

Estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y pueden llegar a producir sintomatología física propia, o llegar a producir el aborto o parto prematuro, se caracterizan por fantasías bien determinadas y específicas.

Al comienzo de la gestación se observa que la mujer presenta una hipersomnia, siente que necesita dormir mucho más de lo habitual y que está con sueño todo el día, este síntoma revela que ha comenzado la regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto.

Las manifestaciones externas de esta regresión son el ensimismamiento de la mujer y algunos posibles síntomas físicos como náuseas, malestares o somnolencia durante los primeros meses indican que algo nuevo está pasando.

El segundo y tercer mes de embarazo corresponde a la placentación. Este período es el que corresponde al peligro de aborto. En esta época, pueden comenzar síntomas como la diarrea o la constipación. Ambas disfunciones asustan a la embarazada, dado que ésta acostumbra a asociarlas conscientemente al peligro de aborto.

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir del cuarto mes (3 meses y medio de gestación). Pero no en todos los casos la conciencia registra esa situación, siendo frecuente que recién empiecen a sentirse en el quinto mes

La ansiedad dominante de todo el embarazo y que irrumpe en forma intensa frente a la percepción de los movimientos fetales es la ansiedad culposa por experimentar una unión tan íntima y personal, tan de a dos, tan exclusiva, en la que ningún otro puede interferir.

Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

Para Soifer en el parto prematuro hay una relación estrecha entre la percepción de la versión y la crisis de ansiedad. El análisis que realizó de esta situación reveló siempre el incremento de la ansiedad a niveles insostenibles.

Un vez producido el advenimiento precoz, la familia debe ser adecuadamente amparada, ya que el hecho en sí muestra que está en crisis y que se trata de una crisis entre una tendencia productiva y otra que lleva a la inercia como única defensa.

Cuando no se produce el parto prematuro, encontramos las ansiedades del comienzo del 9° mes. En este momento surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a

desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan y el cuerpo debe cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación. Todo esto intensifica las ansiedades que, además, van exacerbándose por la noción de proximidad del parto y la incertidumbre de cuándo será, si saldrá todo bien, etc.

La transición del parto.

Pittman expresa: *“Ambos progenitores tejen fantasías en torno al niño aún no nacido, le atribuyen rasgos físicos y de personalidad, le eligen un nombre y hasta planifican su futuro. Hay fantasías de gloria y perfección, así como de infestaciones monstruosas. Algunas mujeres temen el parto, algunos hombres temen que el niño no sea verdaderamente su hijo, algunos padres y madres temen que nazca horriblemente deforme. El parto suele ser menos aterrador y el niño más aceptable, de lo que se espera.”* (Pittman, 2002: 205)

Bagarozzi y Anderson plantean que cada cónyuge lleva al matrimonio su propia representación interna del hijo y la hija ideales y el rol que, según se espera, cada niño ha de desempeñar en la familia en relación con cada uno de sus padres y sus hermanos.

El nacimiento del primer hijo representa en el desarrollo de la familia, un período crítico que requiere el dominio de una serie de tareas evolutivas familiares. Cada cónyuge aporta al matrimonio su representación cognitiva ideal de cada hijo que nace dentro del sistema familiar. La percepción que se tiene de cada hijo depende de diversos factores. Por ejemplo, el sexo del niño, su aspecto físico, su orden de nacimiento, los sueños, las esperanzas, aspiraciones y conflictos personales de los padres, etc., son todos factores que influyen en la construcción del ideal del progenitor respecto de un hijo determinado. Además, cada ideal se acompaña de ciertas expectativas relativas a los roles y guiones específicos. De todos los hijos se espera que cumplan estos roles y representen los guiones que les corresponden, a efectos de ajustarse al modelo que tiene cada progenitor de la familia ideal.

Algunas de las necesidades y expectativas de los padres que esperan la llegada de un hijo son tan comunes que resultan universales:

- Los padres esperan un hijo normal: La mujer embarazada está en un “estado de buena esperanza”, lo que espera no es un hijo en abstracto, sino un hijo en particular, que ya tienen en sus mentes y por muchos temores irracionales que albergan de que algo puede salir mal, la imagen que se han formado siempre será de un hijo ideal.
- Los padres requieren realizarse creativamente: No solo esperan tener un hijo sano y normal, sino también sienten la necesidad de crear algo bueno. El parto es el acto

arquetípico de creación. El nacimiento de un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre y un sentido de plenitud y bienestar en la mujer. Los padres se reproducen a sí mismos cuando traen un hijo al mundo.

- Los padres desean descendencia: La importancia de que este factor sea tal vez más importante para el hombre que para la mujer, el sentimiento de continuidad personal y el orgullo que este engendra, contribuye notablemente a configurar el significado del nacimiento que esperan. (Gomez Perez,2008)

Como podemos observar las expectativas van siempre unidas a esperanzas y a creencias, sentimientos y emociones ligadas a un proceso de acontecimiento natural, humano y de sentimientos positivos, en los que la pareja y la familia, en general, no se encuentra preparada para situaciones de urgencias ni de enfermedades especiales, puesto que, en muy contadas ocasiones, es conocido, asumido y esperado previamente la existencia de un acontecimiento negativo en torno al nacimiento.

Pittman al respecto expresa: *“Algunos bebés presentan lesiones patentes y, unos pocos, lesiones muy graves. Cualquier defecto congénito modifica drásticamente la situación. Aun cuando el niño sea prematuro o gemelo, este hecho puede modelar por completo la identidad del bebé y causar tanta angustia y revoloteo en torno a él, que probablemente el niño será demasiado protegido por sus progenitores (con el consiguiente resentimiento de éstos) y desatendido por otras personas.”* (Pittman, 2002: 207)

“La llegada de un niño discapacitado o con problemas a la familia, puede ser empleada como munición para una batalla familiar, o bien como una bandera blanca para una tregua.” (Fernández Moya, 2002: 236)

“Las circunstancias que vivimos son el fruto de la relación entre nuestras propias elecciones y los hechos fortuitos que nos sorprenden. Evidentemente no tenemos el control absoluto sobre lo que sucede en nuestras vidas. Un ejemplo de ello son las situaciones críticas de nacimiento”. (Vega, 2006: 12)

Ninguna pareja, ninguna persona está preparada para tener un hijo que nace demasiado pequeño, demasiado inmadura o con alguna enfermedad. Esto causa una profunda crisis en la familia. A continuación desarrollaremos el concepto de crisis.

Crisis

Webster conceptualiza al término “crisis” como: *“un estado de cosas en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otro”*

Caplan lo entiende como *“la situación vivida por una persona cuando se enfrenta a una dificultad amenazante de pérdida imaginaria o real sin los recursos suficientes ni medios directos para poder controlarla”* Además sostiene que se produce:

- Un conflicto entre lo esperado y la evidencia de la realidad.
- La exigencia por la necesidad de una adaptación instantánea para entender la problemática generada.

Derivándose de estos hechos la desorientación y el sentimiento de amenaza por la pérdida de un ideal, generando angustia y haciéndose entonces necesaria la reelaboración de las necesidades familiares, conyugales y personales más profundas. (Citado por Gomez Perez, 2008)

Y Pittman agrega: *“La crisis es el punto de viraje en el que las cosas mejoran o empeoran”*. *“Se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema. Ese estado de crisis es señalado por cambios no específicos en el sistema... Las reglas se confunden. Tanto las expectativas como las prohibiciones se relajan. Las metas y los valores pierden importancia e incluso pueden desaparecer. Se reviven los conflictos irresueltos, que acaparan excesiva atención. Aumenta la tensión entre los miembros de la familia”*.

“...los miembros de la familia quizás quieran eliminar la tensión de algún modo disfuncional que la reducirá sin solucionar el problema. Quizá decidan disolver la familia, echar a alguien, obtener un divorcio”. (Pittman, 2002:26).

Según este autor cada crisis es única y específica de cada sistema. Las situaciones tensionantes son vividas de manera diferente por cada individuo y repercuten de una manera específica en cada familia.

Tipos de Crisis:

Pittman propone cuatro categorías de crisis basadas en la naturaleza de la tensión:

- I- Crisis de Desarrollo: Éstas son crisis universales y por lo tanto pueden prevenirse. Se presentan durante el cambio de etapas en el ciclo vital de la familia. Entre ellas

encontramos: el matrimonio, nacimiento de los hijos, el comienzo de la etapa escolar, la pubertad, independencia de los hijos, envejecimiento y nido vacío.

- 2- Crisis Estructurales: Son aquellas crisis concurrentes en las que se exacerbaban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia. Aunque éstas sean tensiones extrínsecas, la crisis es en esencia una exacerbación de una pauta intrínseca. La crisis nada tiene que ver con la tensión y no es un esfuerzo por evitar, comprender o cambiar nada. Estas familias sencillamente funcionan de este modo: de vez en cuando, como respuesta a fuerzas misteriosas dentro de la familia, repiten la vieja crisis familiar. Este funcionamiento caracteriza a las familias disfuncionales. La crisis no es un esfuerzo para generar cambios; si bien éste es necesario y evidente, los miembros del sistema invierten su energía en evitar el cambio.
- 3- Crisis de Desvalimiento o de Cuidado: Las crisis de cuidado ocurren en familias en las cuales uno o más miembros son no funcionales y dependientes. El miembro funcionalmente dependiente mantiene amarrada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención. Un ejemplo de ello son: los ancianos, enfermos convalecientes, inválidos. Este cuidado puede ser dispensado dentro de la familia, lo cual puede agotar los recursos de ésta, que acaso necesite gente de afuera para que la ayude. La crisis de desvalimiento más grave tiene lugar cuando la ayuda que se necesita es muy especializada o difícil de reemplazar.
- 4- Crisis inesperadas: esta clase de crisis está caracterizada por situaciones que generan que el sistema adopte transitoriamente y de manera adaptativa una organización diferente. Entre estas situaciones encontramos: enfermedades, accidentes, pérdida de trabajo, fallecimiento, mudanzas, etc. Para resolver adecuadamente esta crisis es necesario que todos los miembros de la familia realicen un esfuerzo común para definir la tensión y los cambios que ésta requiere. El verdadero problema aparece cuando en un sistema disfuncional los miembros de éste se centran en la búsqueda de culpables de las situaciones que producen la crisis.

A partir de lo expuesto se desprende que a la crisis de desarrollo que implica el nacimiento, se suma la crisis inesperada, ya sea porque este nacimiento se produce antes o el bebé nace con alguna enfermedad y unida a estas también encontramos la crisis de cuidado, ya que nace un miembro de la familia no funcional y dependiente.

Según Minuchin corresponde a *Stress en los momentos transicionales de la familia* y sostiene:

“Existen muchas fases en la evolución natural de una familia que requieren la negociación de nuevas reglas familiares. Deben aparecer nuevos subsistemas y deben trazarse nuevas líneas de diferenciación. En este proceso, se plantean inevitablemente conflictos. Idealmente, los conflictos serán resueltos por negociaciones de transición y la familia se adaptará con éxito. Sin embargo, si no se los resuelve, los problemas transicionales pueden plantear dificultades aun mayores.” (Minuchin, 1974: 103)

Un ejemplo de esta situación lo constituye el Nacimiento Prematuro, el adelantamiento del embarazo es la causa más frecuente de internación en neonatología. De la totalidad de nacimientos por año en la Argentina- que es de alrededor de 750.000,- la proporción de bebés que pesan menos de 2.500 gramos al nacer es cercana al 10%. Los que pesan menos de 1500 gramos es de alrededor del 2%, es decir, que por año nacen aproximadamente 13.500 prematuros menores de 1.500 gramos. (Rodríguez, Cernadas, 2006: 17)

En el trabajo de campo que se realizó en el Hospital Dr. Ítalo Perrupato encontramos que el mayor porcentaje en cuanto a los niños que ingresaron a los servicios de neonatología correspondía a bebés prematuros. Es por lo mismo que considero necesario realizar una exposición del tema.

Nacimiento Prematuro.

Para la clínica médica el bebé prematuro es aquél que no ha cumplido con el proceso de maduración biológica, por lo que es pre-maturo.

Es decir que el *neonato pretérmino* es designado prematuro por sus características de inmadurez estructural y la característica principal es la condición, en sí patológica, de no transcurrir el último trimestre de embarazo dentro del útero materno.

La definición propuesta desde 1961 por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud es la de “*recién nacido de peso inferior a 2500 gr. y nacido antes de 37 semanas de gestación*”. (APAPREM, 2007).

Los términos de prematuro y pretérmino se suelen confundir y se hacen sinónimos. Pero se da preferencia a la edad gestacional sobre el peso, ya que la inmadurez va más ligada a la edad gestacional que al peso al nacer. Entonces se considera prematuro a todo niño cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación, teniendo en cuenta que un embarazo

normalmente es de 37 a 42 semanas. La edad gestacional se puede calcular tomando como punto inicial la fecha del último período menstrual.

Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas; en este caso se trata de un bebé pequeño con relación a su edad gestacional.

La medicina aun no ha podido definir claramente las causas, pero existen múltiples trastornos que se asocian a una mayor frecuencia de partos prematuros. De los factores más relacionados se destacan infecciones (en especial urinarias y genitales), problemas nutricionales durante el embarazo (por ejemplo, un deficiente aumento de peso), hipertensión arterial grave, diabetes, embarazo múltiple, placenta previa, desprendimiento de placenta. También existen diversos aspectos de desventaja social, que en ciertas poblaciones están fuertemente asociados a prematuridad. (Rodríguez, Cernadas, 2008: 18).

El Doctor Vicente Roqués (1999) plantea que no todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una Sala de Neonatología.

Estos bebés presentan un riesgo elevado de padecer anomalías en su desarrollo, el cual aumenta conforme disminuye el período de gestación y el peso al nacer. (Sánchez-Caravaca, 2006)

Es frecuente que el bebé, en especial si es muy pequeño, presente uno o más trastornos derivados de su propia inmadurez. La Dra. Diana C. Rodríguez y el Dr. José M. Ceriani Cernadas en su libro “Bebés prematuros” (2006), describen brevemente las características de las afecciones más frecuentes:

- *Respiratorias*: en general los pulmones completan su maduración recién alrededor de las 35 a 36 semanas de embarazo (ocho meses). En algunos casos la maduración se produce antes y en otros se demora hasta las 37 semanas. Es decir que es necesario que trascorra el 90% de la gestación para que los pulmones alcancen una maduración apropiada. Esto explica, entre otros motivos, por qué los problemas respiratorios son tan habituales y ocupan un lugar muy preponderante en el cuidado de los prematuros.

- *Ictericia:* Es muy probable que el bebé se vea amarillo. Esta coloración de la piel se debe a un aumento en la sangre de un pigmento del organismo: la **bilirrubina**. La causa es la inmadurez del hígado, que es el órgano que se encarga de procesarlo, y también de la escasa función del intestino, que es por donde principalmente se elimina. La ictericia suele aparecer después del primer día, pero puede hacerlo antes, en especial en los prematuros extremadamente pequeños. Es el trastorno más frecuente que padecen los recién nacidos y no suele representar un problema grave en la medida en que sea detectado tempranamente y tratado en forma correcta.
- *Digestivas:* La inmadurez del sistema gastrointestinal es una de las características más notorias de los prematuros. Los trastornos son más frecuentes cuando menor es el tiempo de la gestación, en especial en los bebés que nacen con un peso inferior a 1.000g. Cuando el bebé no tiene deposiciones o su estado general es delicado, es necesario posponer el inicio de la alimentación láctea hasta que se pueda comenzar a probar la tolerancia. Este tiempo es variable, entre un par de días y más de una o dos semanas. Reciben una alimentación preparada que se administra por una vena. Esta técnica se llama **alimentación parenteral** y se mantiene hasta que se pueda dar un buen volumen de leche. Los bebés más maduros pueden alimentarse desde el comienzo a través de una **sonda**, que se coloca por la boca o nariz y queda alojada en el estómago.
- *Inmunitarias:* Al igual que otros sistemas, el sistema inmune de los prematuros pequeños es deficiente, por lo cual son mucho más susceptibles a padecer infecciones. Estas pueden ocurrir desde el nacimiento o luego de un par de semanas (que es lo más frecuente). Las infecciones que se detectan pronto se curan bien.
- *Del Corazón:* El ductus arterioso persistente (DAP) es una enfermedad cardíaca que se observa comúnmente en prematuros. Antes del nacimiento, una arteria llamada ductus arteriosus o conducto arterial hace que la sangre no pase por los pulmones, ya que el feto recibe el oxígeno que necesita a través de la placenta.

Normalmente, el conducto se cierra poco después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber el oxígeno. En los bebés prematuros, el conducto no siempre se cierra adecuadamente, lo cual puede llevar a insuficiencia cardíaca.

- *De la Sangre:* La anemia es un trastorno presente en los bebés prematuros, esto significa que no tienen suficientes glóbulos rojos. Normalmente, el feto almacena hierro durante los últimos meses del embarazo y lo utiliza después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Los bebés prematuros pueden no haber tenido suficiente tiempo para almacenar hierro. Si el bebé es anémico, suele desarrollar problemas de alimentación y crecer más lentamente. La anemia también puede agravar los problemas cardíacos o respiratorios.
- *Del Sistema Nervioso:* La inmadurez de las arterias del cerebro hace que estas sean más débiles y no respondan bien ante ciertos cambios que se producen en el organismo de los bebés prematuros, por ejemplo baja presión arterial, infecciones, trastornos respiratorios graves, etc. Esto ocurre con mayor frecuencia en los prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional.

La asistencia al neonato prematuro reviste por ende problemáticas complejas, dada la variedad y la gravedad de las patologías y la invasividad de las terapias y aparatología que deben aplicarse. (G. Fava Vizziello, C. Zorzi, M. Bottos, 1993)

CAPÍTULO IV:

**INTERNACIÓN DEL BEBÉ:
“MODIFICACIONES EN LA FAMILIA”**

Nacimiento e Internación

La llegada de un hijo implica una valoración social muy importante, el niño es recibido como portador de los emblemas familiares, el apellido y el porvenir del grupo. Tales razones explican por qué resulta tan perturbador el nacimiento de un niño con dificultades, se trate de recién nacidos prematuros extremos o enfermos. El ideal familiar y social se ve sacudido y las expectativas de celebración se transforman en la incertidumbre por las posibilidades de supervivencia. El hijo que nace es alguien muy diferente del hijo deseado y fantaseado. (Gonzalez, Larguía y Lomuto, 2007).

El período de internación puede variar desde algunos días hasta varios meses, depende de la gravedad de la enfermedad, de las complicaciones y del curso, del peso y la edad gestacional del neonato. (Fava Vizziello, Zorzi y Bottos, 1992) La internación produce una intensa sacudida emocional en los padres y en sus familias, intentarán hallar en principio el origen de la situación de urgencia que obliga a separarlos del recién nacido. Tendrá lugar una espera inquietante y pasiva donde la asistencia requerida proviene de la medicina y de la tecnología, las que intentarán reparar alguna de las condiciones que ellos no pudieron garantizar para el cuidado y la salud de su hijo. Nada puede estar más alejado del ideal parental, que un niño necesita del apoyo de otros especialmente de las máquinas. (Gonzalez, 1996).

La vivencia de los padres respecto a estas máquinas es ambivalente, ya que por una parte existe una expectativa casi mágica hacia las máquinas gracias a las cuales su hijo sobrevive y que los obliga a una delegación completa, y por otra parte, coexiste un sentimiento de rechazo debido a la distancia que las mismas interponen entre ellos y el hijo, y el consecuente sentido de exclusión. (Fava Vizziello, Zorzi y Bottos, 1992)

“Cada padre reacciona frente a la enfermedad de su hijo en función de su personalidad y de sus vivencias interiores. Cada uno de ellos espera recibir un neonato bello, regordote y sano, y se encuentra en cambio, con un niño nacido con semanas de anticipación y tal vez con malformaciones múltiples. Todas las esperanzas, las vivencias alegres de los meses pasados se van al tacho.” (Zorzi, 1992: 81)

Los padres sienten haber perdido el niño de sus fantasías, pero también sienten que han perdido a este pequeño bebé que pasa a ser posesión de la Unidad de Cuidados Intensivos donde su personal podrá ser alternativamente envidiado, odiado o amado por ellos según los distintos momentos que les tocará vivir. (Martínez, 1993). Atraviesan estados emocionales que pueden ir desde la confusión hasta la evitación. El primer contacto con el niño puede llenarlos

de temor y de angustia. Las características externas del recién nacido lo colocan en una situación poco atractiva, conservan aún rasgos fetales, están extendidos de espaldas, con una hipotonía axial y una motricidad espontánea y desordenada que lo hacen difícil de manipular, además el cuerpo del niño está conectado a monitores, el contacto físico intermediado por médicos y enfermeras, incubadoras, sondas y respirador. Los padres ven allí un niño que no les devuelve nada de su propia imagen.

El estrés es su estado emocional predominante y los obsesionan la sensación de culpa, especialmente a la madre, que siente que ha hecho las cosas mal y la búsqueda de las causas del “fracaso”. Las pequeñas frustraciones son magnificadas y la falta de sueño y sentirse físicamente exhaustos agravan aún más la óptica con la que enfrentan los problemas cada día.

Respuestas emocionales de los padres.

En el manual para padres con niños prematuros (1999), encontramos que existen una serie de emociones o etapas de adaptación que en ocasiones no están definidas. Es frecuente que no ocurran correlacionadas, pero pueden experimentarse a la vez.

- **Estupor y negación**

En principio existe una especie de shock, incredulidad en creer que esto esté pasando (“esto no me puede estar ocurriendo a mí, esto no puede ser cierto”). Estos sentimientos y la incapacidad para reaccionar son la forma que tiene su mente para protegerla de un acontecimiento traumático. Puede que también se hayan sentido desvinculados de los hechos y desorientados, incapaces de comprender todos los detalles de lo que estaba sucediendo. Es probable que quieran que el médico y las enfermeras le den pruebas de los problemas o que les confirmen que lo que están diciendo es verdad.

- **Culpabilidad**

Está relacionada con una posible responsabilidad. Muchas madres preguntan si son culpables del parto prematuro o de que su hijo este internado en la UCIN. Se culpan a sí mismas, haciendo constantes preguntas del tipo “¿Y si...?”, tales como “¿Y si me hubiera cuidado más?” o “¿Y si hubiera consultado antes al médico?”. Estas dudas de la madre sobre sí misma consumen mucha energía que podría emplear mejor en cuestiones más importantes sobre sus necesidades o las de su familia.

- **Ira**

La ira es una reacción común frente a la oportunidad pérdida de haber tenido un hijo “normal”. Se pueden poner furiosos porque el niño es muy pequeño y está enfermo. Su ira

puede ir dirigida a distintas personas: su médico, su marido o pareja, Dios, los padres de niños sanos, contra sí misma e inclusive contra el mismo niño. Puede también encolerizarse con el personal sanitario con relación al tratamiento de su hijo. La causa de esta cólera es el dolor, el sufrimiento y la frustración.

- **Temor y ansiedad**

El comienzo traumático de la vida de un hijo puede hacer que se preocupen en exceso de su futuro y la salud del niño, aunque haya mejorado lo suficiente para irse a casa. En un principio puede angustiarles: cuando suena el teléfono pensando que desde el hospital les darán una mala noticia, al entrar al hospital por si algo malo acaba de pasar, por la posibilidad de no encontrarlo en la incubadora. Más tarde pueden sentir ansiedad por las visitas al médico, las intervenciones quirúrgicas o las evaluaciones acerca de su hijo.

- **Preocupación**

Casi todos los padres ante un niño pequeño tienen miedo sobre su vida, sufren lo que se llama “aflicción anticipadora”, una manera de prepararse emocionalmente para el caso de que el niño se muera. Ayuda a desahogar el dolor que se siente pero les causa problemas, se tarda en poner nombre al niño ya que se considera más tolerable su muerte si no tiene nombre. También Puede preocuparles el daño emotivo a largo plazo que tendrá la UCIN sobre el niño. Investigaciones científicas han demostrado que los procedimientos dolorosos no causan ningún efecto emocional a largo plazo. Pueden sentir miedo aunque el niño esté mejorando e inclusive ya de alta, en su domicilio. Son reacciones normales porque aún mantienen en su mente las escenas retrospectivas de la UCIN.

- **Pesadumbre**

Durante el embarazo se han tenido muchas esperanzas y sueños sobre el niño sano, de gestación completa y con ciertas características físicas, que se frustran en el momento del parto. A menudo las madres pueden sentirse como si no fueran mujeres completas o madres. Es normal este sentimiento de pesadumbre por la pérdida de estos sueños, lo mismo que ocurre con la pérdida de una persona querida.

- **Tristeza**

Frecuentemente los padres sienten tristeza por la situación que atraviesa el bebé. Este sentimiento puede tardar en desaparecer. Si no lo hace es probable que se trate de una depresión debida al acontecimiento traumático.

- **Soledad**

Este sentimiento se observa en los padres con hijos internados en la UCIN, ya que rompen su forma habitual de vida al tener que estar en el hospital, y por lo tanto no tienen acceso a la red de apoyo formada por compañeros de trabajo y amistades que tenían antes de que se diera la situación de la internación.

En la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá titulada “Contención de padres en crisis” (2007), Gonzalez, Larguía y Lomuto agregan en cuanto a las reacciones más frecuentes en los padres :

- Intento de “negociar” cambios en el diagnóstico y/o pronóstico.
- Sentimiento de ser diferente conducente a aislamiento.
- Desorientación y dificultades para la comprensión de la realidad.

Edith Ylalí Vega (2006) en su libro “El psicoterapeuta en neonatología” plantea *características de la comunicación en distintos momentos de la internación en UCIN* y entre ellas encontramos:

- **La incertidumbre:** Cuando los padres y madres se enteran que deben separarse de sus hijos porque estos se quedan en la UCIN, la información genera nuevos interrogantes. El momento más relevante, y que va a ser recordado a lo largo de toda la estadía en UCIN, es la comunicación del diagnóstico. Tan pronto como es posible los padres necesitan conocer qué les espera a corto y largo plazo, y de este modo poder comenzar a ordenar el caos que los rodea. Ellos necesitan tiempo para ajustar qué está sucediendo y fundamentos para saber cómo seguir construyendo la siguiente fase de cuidado.
- **La esperanza:** Los progenitores que permanecen con su bebé en la UCIN atribuyen sus padecimientos a circunstancias desgraciadas, frente a las cuales se sienten pocos agentes, o sienten culpa por algo que hicieron mal y en este caso toma el significado de castigo. Pero en ambos casos una característica que se observa es la pasividad, y a veces la agresividad. Cuando pasa más el tiempo de la internación, lo que ayuda a tolerar la incertidumbre es la esperanza. La esperanza puede tomar dos direcciones:
 - Alcanzar una dimensión religiosa en la cual los padres y madres esperan ser auxiliados por un ser trascendente a ellos mismos, con el cual pueden dialogar a través de plegarias o rezos;

- O una esperanza depositada en el plano de lo humano entendida como recuperar fuerzas o destrabar lo que impide el bienestar.
- **La involucración:** A lo largo de la internación en UCIN y a medida que el equipo reconoce a los progenitores como expertos, éstos pueden involucrarse más en el cuidado del bebé. Este reconocimiento crecerá con la mayor fluidez en la comunicación. Cuando un bebé está internado en la UCIN, la institución, a través del equipo que asiste, es mediadora de los primeros vínculos. Facilita u obstaculiza, según brinde herramientas para afrontar y dar significado a la situación. Por otro lado, la personalidad de los padres es también un factor mediador.

La residencia de madres.

Tiene como objetivo brindar alojamiento a las mamás que viven en domicilios alejados o con dificultades en el transporte. Así se busca que la madre participe en el cuidado de su hijo mientras esté se encuentra internado y se encuentre en el Servicio siempre que se la solicite. Esta situación la lleva a relacionarse con otras mamás que se encuentran en la misma situación, lo que genera que compartan y expresen diferentes sentimientos y emociones, que se aconsejen y sientan que no son las únicas que atraviesan esta crisis. Es por esto que a continuación voy a desarrollar este tema.

Los grupos como herramienta.

Detectar las motivaciones para utilizar al grupo con objetivos terapéuticos, tiene antecedentes antiguos. Sin embargo, es en el siglo XX que se utiliza al grupo con un sentido de actividad planificada bajo la guía de un profesional y con ello tratar problemas psicológicos. Desde los primeros grupos descritos en 1930 por J. Moreno para el tratamiento de los trastornos de personalidad, a la actualidad, hubo un crecimiento notable de las aplicaciones posibles. Podemos decir que es posible aprender a utilizar con mayor eficacia el contexto grupal como instrumento psicoterapéutico. (Vega, 2006: 75)

En un hospital el trabajo grupal puede realizarse tanto con los padres y madres, como con las enfermeras y el equipo médico. En nuestro caso se trabajó con el grupo de madres.

Yalom, 1985 (citado por Vega, 2006), identifica diferentes factores que se pueden dar en el grupo de madres, entre ellos nombra:

- **Universalidad:** Se refiere a la experiencia de no ser únicos en la desgracia. El sentimiento de singularidad a menudo aumenta por el aislamiento social, lo que dificulta la validación consensual franca y sincera que se da en una relación cercana. Ningún hecho o pensamiento humano es totalmente ajeno a la experiencia de otros. A medida que los progenitores, descubren que su situación tiene semejanza con la de otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician con la catarsis y aceptación por parte de otros padres y madres. (Muchas veces cuando ingresaba una nueva mamá a la casita se encontraba muy angustiada, la experiencia de las otras mamás servía para tranquilizarla e infundirle esperanza, ya que ellas también habían llegado de la misma manera y actualmente se encontraban mucho mejor.)
- **Impartir información:** Se refiere a toda la información que se brinda en grupos. (Cada mamá aporta con su experiencia y transmite nueva información).
- **Altruismo:** Genera la experiencia de ayudar y aliviar a otros padres que se sienten impotentes e inútiles.
- **Conducta de observación:** Se refiere al aprendizaje que se produce por ver a otros realizar las cosas de cierta manera. (Por ejemplo: cuando alguna mamá no sabía cómo calmar a su bebé, o como darle el pecho, observaba aquella que sabía cómo hacerlo.)
- **Cohesión Grupal:** Es el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo; o es la atracción que ejerce el grupo a sus miembros. Es causa determinante y efecto de la aceptación mutua de los integrantes. (Esta cohesión se podía observar cada vez que a una mamá le daban el alta de su bebé, pedía los teléfonos para seguir en contacto y saber sobre la salud de los bebés de las mamás que aún permanecían en la casita).

Cuanto más dolorosa es la experiencia, más alivio se produce por el hecho de compartirla y tener libertad de expresarla. Es peor el miedo a la soledad de no poder compartir el dolor, que el dolor mismo. (Vega, 2006).

Ya nos referimos a todo lo que se genera con la internación del bebé, a continuación desarrollaremos la formación del vínculo de temprano que es tan importante como con cualquier recién nacido.

Constitución del psiquismo y vínculo temprano.

Distintos autores, desde los más diversos enfoques se han ocupado de explicar en qué consiste la relación entre madre e hijo. El interés radica en el papel fundamental y fundante que se le adjudica.

Desde el psicoanálisis, Freud desarrolla en el “Proyecto de una Psicología para Neurólogos” (1985) la idea de Desamparo Originario. Dice que el cachorro humano es incapaz, a causa de su inmadurez, de llevar a cabo la acción específica necesaria para cancelar la insatisfacción proveniente de la tensión endógena que le producen sus necesidades de hambre y abrigo. El infante logra cancelar la insatisfacción a través del auxilio ajeno externo, inscribiéndose así la primera experiencia de satisfacción, cuyo efecto es estructurante para el aparato psíquico.

Otras investigaciones, a partir de Freud

Numerosos psicoanalistas utilizaron sus experiencias clínicas como contexto de descubrimiento. Han reconocido como fundamental la temprana relación madre- bebé en la formación psíquica del infans. (Jaimsky, 2008) Entre ellos encontramos:

- **Aportes de René Spitz (1930-1940)**

Spitz estudio en profundidad la relación madre- hijo, sostiene que es la primera relación social del individuo. Sus estudios revelaron la dependencia física y emocional del bebé, demostrando los efectos devastadores que produce la desnutrición afectiva. Sus principales conclusiones fueron que los niños con privación afectiva presentaban depresión anaclítica o cuadros aún más graves e irreversibles como el marasmo y la muerte. (Jaimsky, 2008: 107).

- **Aportes de Donald Winnicott (1950-1960)**

Este autor propone el concepto de “holding” el cual hace referencia al sostén psicológico, necesario para el desarrollo emocional del niño. Este es presentado como un aspecto de la función materna correspondiente a las primeras etapas de la vida de su hijo. El término “madre suficientemente buena” describe una compleja teoría sobre la dependencia propia de la primera infancia. (Jaimsky, 2008: 66) Dicha función la agrupa en tres categorías:

- I. El sostenimiento (Holding): incluye la forma en que es sostenido el niño y también el sostén psicológico.

2. La manipulación (Handling)
3. La mostración de objetos (realización), la cual promueve en el bebé la capacidad para relacionarse con los objetos.

La teoría de Winnicott pone especial énfasis en los aportes de un medio ambiente suficientemente bueno para un desarrollo sano. Y considera que al principio el ambiente es la madre. Jerarquiza los cuidados y el sostén maternos. Cuidados ambientales que si fallan producen perturbaciones en el desarrollo. (Jaimsky, 2008: 107)

- **Jonh Bowlby: el concepto de apego. (1950-1960)**

Bowlby (1969) formuló el concepto de “attachment o apego” para definir, el vínculo que une a la madre con la cría. El apego es el vínculo afectivo que une a una persona específica, claramente diferenciada y preferida, vivida como más fuerte y protectora y que las mantiene unidas a lo largo del tiempo.

El apego hace referencia a que el infante humano llega al mundo predispuesto a participar de la interacción social, es decir, presenta tendencias innatas al contacto social. Además plantea que el afecto que surge de dicho contacto buscado es la seguridad.

Durante la infancia temprana (y más tarde en formas menos explícitas y más modificadas) el apego se identifica con:

- Interés insistente en *mantener proximidad* con una o con unas pocas personas seleccionadas.
- La tendencia a usar a estos individuos como una *base segura de la cual explorar* los entornos desconocidos.
- Y una huida hacia la figura de apego como *un refugio de seguridad en momentos de alarma*. (Jaimsky, 2008:63)

Según Bowlby el niño dispone de dos grandes tipos de conductas que favorecen el contacto con la madre:

- I. Conductas de señales: el llanto, la sonrisa, el balbuceo y, posteriormente el llamado y determinados gestos, cuyo efecto es llevar a la madre hacia el hijo; no obstante, las circunstancias en que se emite cada tipo de señal y los efectos de cada una de ellas sobre los distintos componentes de la conducta materna difieren ampliamente.

2. Conductas de acercamiento: cuyo efecto es llevar al niño hacia la madre o mantenerlo próximo a ella son:

- La succión no alimenticia o aferramiento del pezón
- El acercamiento en sí (conducta que incluye la búsqueda y el seguimiento, utilizando los medios de locomoción disponibles)
- La conducta de aferramiento

En la mayoría de los niños la conducta de apego se pone de manifiesto con regularidad y gran fuerza hasta casi fines del tercer año. Una vez alcanzada esta edad se hallan mucho más capacitados para aceptar la ausencia temporaria de la madre y jugar con otros niños. También van cobrando importancia figuras de apego secundarias. Si bien después de los tres años la mayoría de los niños revela su apego por la madre con menos premura y frecuencia que antes, sigue siendo característica de ellos. Durante la adolescencia, la vida adulta y la vejez, las conductas de apego persisten, pero son complementados por nuevos lazos, generalmente de naturaleza heterosexual. (Ciancio Paratore, 2001).

- **Aportes de Daniel Stern (1970-1980)**

Sus principales investigaciones trabajaron las relaciones interpersonales que se establecen entre el bebé y su madre. Su objetivo primordial fue demostrar que esos momentos interpersonales, en el primer semestre del niño, son cruciales en la formación de experiencias, siendo a partir de ellas que el lactante aprende a relacionarse con los demás. Es en sus últimos trabajos donde Stern intenta descubrir cuál es la experiencia subjetiva del lactante, tomando aportes tanto del psicoanálisis como de las teorías del desarrollo. (Jaimsky, 2008: 110)

La Díada madre- bebé

Anteriormente podemos observar que se utilizan diversos términos para dar cuenta de los fenómenos que se producen entre una madre y su hijo, en los primeros años de vida de éste. Así por ejemplo, describirlo como una comunicación, una relación, un vínculo y una interacción. Pero sería preciso definir cada uno de estos términos, ya que dan cuenta de diferentes aspectos de este fenómeno.

La comunicación es, desde un punto de vista histórico y etimológico, el hecho de hacer participar de algo a los demás. Se considera la comunicación madre- bebé como un conjunto de fenómenos dinámicos, que se desarrollan en un tiempo entre el niño y su madre.

En esta díada, existe una gran disparidad entre ambos sujetos, no sólo en cuanto a las diferencias en la estructura psíquica de los protagonistas; sino porque además difieren en sus capacidades comunicativas. Es decir que en la comunicación madre- bebé, existe heterogeneidad y desigualdad en los componentes del sistema comunicacional: muchas veces el bebé se expresa con una modalidad somática, por la precariedad de su sistema psíquico, y la madre con una modalidad predominantemente psicológica.

El niño día a día adquiere nuevas capacidades sensoriales y motrices que repercuten en la madre. Ella se encuentra demandada para ajustarse a las nuevas exigencias del bebé de manera tal que ante cada nuevo comportamiento, la madre debe adaptarse en sus respuestas.

Por eso existe en cada momento una “transacción”, una búsqueda de un estado de equilibrio, que conduce a la díada a un intercambio de informaciones.

Spitz plantea que esta díada se sirve, fundamentalmente de un dialogo no verbal: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y de ser sostenido, todo ello formará parte de este sistema comunicacional. (Oberman, 2001).

En cuanto a la palabra **relación** significa, en su sentido más frecuente, el carácter de dos cosas tales que la modificación de una de ellas provoca la modificación de la otra.

En cambio **vínculo**, del latín vinculum (atadura), es una ligadura estrecha, pero no forzada; y se lo aplica a una relación estrecha. (Oberman, 2001: 54).

A partir de estas diferenciaciones, podemos decir que comunicación es lo que acontece cotidianamente entre la madre y el niño; en tanto que relación o vínculo es aquello que se establece entre ambos, englobando a la comunicación. La relación o vínculo es el producto de un proceso comunicacional continuo.

La palabra **interacción** proviene de “agere” (en latín) y significa actuar, conducir, llevar; es una acción entre personas.

La interacción se define como una secuencia de comportamientos sociales, con determinada duración, y limitada por un claro período de descanso a cada extremo. Vamos a considerar la interacción madre-bebé como “*el conjunto de los fenómenos dinámicos que se desarrollan en el tiempo entre el lactante y su madre*”. (Fiszelew, Oberman, 1995: 112).

La reciprocidad es un aspecto esencial de una interacción óptima. Cada miembro del par influye sobre el otro produciéndose modificaciones afectivas en ambos. La madre y el

bebé modulan sus conductas para ajustarse a la necesidad de regulación del sistema. Si las conductas son recíprocas, ello produce un clima emocional adecuado y la interacción es armoniosa. El niño se beneficia tanto en el plano fisiológico como en el psicológico. Se instaura una relación de apego que permite un desarrollo satisfactorio. (Oberman, 2001).

Afortunadamente la concepción sobre la relación madre- bebé se fue modificando paralelamente a la evolución de los conocimientos sobre el funcionamiento de cada uno de los participantes y sobre su rol en la dinámica interactiva.

Se pasó así de la teoría de la madre “todopoderosa”, organizadora de la interacción, al reconocimiento del rol del bebé, participando activamente.

La concepción de la relación basada en un modelo de causalidad lineal, o de una suma de factores maternos y de factores ligados al niño, ha cedido lugar al modelo según el cual el medio y el niño se influyen uno al otro en un proceso continuo de desarrollo y cambio.

Así es como la tendencia actual en el estudio del bebé es enfocar su relación con el medio como un conjunto de procesos bidireccionales, concibiendo al niño como parte integrante de un sistema interaccional.

El empleo del término sistema implica que, para describir las interacciones que se da en la díada madre- bebé, no alcanza con sumar las respuestas o propiedades de cada uno de ellos, considerados independientemente. (Oberman, 2001: 48)

Como la mirada que sostengo y con la cual abordo mi trabajo es sistémica, es que considero que tanto el microsistema como el macro merecen suma atención. Después de leer bibliografía extensa acerca de cómo se establece esta relación entre madre- bebé, en una Unidad de Cuidados Intensivos concluí que los padres pueden desanimarse por la cantidad de equipos y la complejidad de estos, pero que el personal del hospital puede alentarlos y fortalecer un ambiente emocional positivo y así favorecer el vínculo con su bebé. Investigaciones realizadas al respecto demuestran que la involucración de los padres en el cuidado de su hijo les provee una sensación de control y les ayuda a fortalecer dicho vínculo.

Por esto creo fundamental que para el establecimiento de este vínculo intervienen otros factores, entre ellos institucionales. A continuación me gustaría compartir lo que propone la Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su familia, (2007), avalado por UNICEF y el Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.

Maternidades centradas en la Familia

Promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado del embarazo y durante el trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido. Presupone un proceso de empoderamiento de la familia y un cambio de paradigma asistencial para sumar lo humanístico a la tecnología. Sostienen que los equipos de Salud deben reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben informarlos, facilitar su participación, involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades.

Presentan una guía de acciones a desarrollar para la transformación de las maternidades tradicionales, entre otras:

- Control Prenatal
- Trabajo de parto y parto: Acompañada de un familiar.
 - Contacto piel a piel temprano madre- hijo
 - Inicio precoz de la lactancia materna
 - No separación madre- hijo
- Internación conjunta madre- hijo
- Internación neonatal:
 - Ingreso irrestricto de madre y padre a los Servicios de Neonatología
 - Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madre/padre/ hijo
- Ingreso de familiares
- Contención de padres en crisis
- Seguimiento del recién nacido de alto riesgo.

Además el concepto de Maternidades centradas en la familia se sustenta en un marco normativo.

Marco Legal

Contexto Internacional: Reúne convenciones, conferencias, cumbres y declaraciones internacionales e indica la ratificación de las mismas en la Argentina. Entre ellas:

- 1974: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer. ONU
- 1989: Convención sobre los Derechos del Niño. ONU
- 2001: Declaración de los derechos de la madre. Asociación Mundial de Perinatología
- 2001: Declaración de derechos del Recién Nacido. Asociación Mundial de Perinatología
- 2001: Ley 17.386. Acompañamiento de la mujer durante su trabajo de parto y parto. Congreso del Uruguay

Contexto Nacional: Declaraciones de derechos, principios y metas de repercusión internacional relativos al cuidado perinatal.

- 2000: Ley N° 418. Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 2003: Ley N° 1040. Ley de Derecho de la mujer a estar acompañada. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. *Reconoce el derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del trabajo de parto, el nacimiento y la internación.*
- **2004: Ley N° 25.929. Derechos de padres e hijos durante el nacimiento. Aprobada por ambas Cámaras del Congreso Nacional Argentino. Sostiene:**

ARTICULO 1°: La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

ARTICULO 2°: Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3°: Toda persona recién nacida tiene derechos:

- a. A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b. A su inequívoca identificación.
- c. A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d. A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
- e. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTÍCULO 4°: El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a. A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c. A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuántos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d. A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

ARTICULO 5° : Será de autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6°: El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 7°: La presente ley entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su promulgación.

ARTICULO 8°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Como podemos observar el paradigma que sostiene las Maternidades Centradas en la Familia, incluye nuevas políticas, nuevas acciones tendientes a favorecer el vínculo del bebé con su familia, donde la misma tiene un lugar participativo y es protagonista en el cuidado de su hijo.

Años atrás cuando diferentes investigadores se referían a la relación entre madre-bebé, lo hacían desde un modelo unidireccional y luego bidireccional concibiendo al niño como parte integrante de un sistema interaccional.

Pienso que tanto la ciencia, como el conocimiento y la investigación en este tema sigue avanzando y hoy en día, las políticas institucionales influyen en esta relación temprana. Creo que la familia y el bebé se necesitan, al igual que la disposición, respeto e involucración de los diferentes profesionales que trabajan en el Equipo de Salud, para brindar así las herramientas indispensables para el desarrollo psíquico de este nuevo ser.

SEGUNDA PARTE

PARTE APLICADA

CAPÍTULO V:
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL DR. ÍTALO ALFREDO
PERRUPATO.

Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ítalo Alfredo Perrupato

El Hospital Dr. Ítalo Alfredo Perrupato se encuentra situado en el centro de la ciudad de San Martín, el mismo atiende a la población de San Martín, Rivadavia, Junín y Santa Rosa. Se lo considera como el Hospital regional de la zona este y las zonas limítrofes de Maipú y San Luis asegurando la continuidad de la atención primaria de la zona y los Hospitales departamentales incluidos en su área de influencia.

Funciona como un Hospital Autogestionado que procura conseguir la mayor satisfacción de su cliente externo. Actúa como organismo descentralizado regido por Ley Provincial 6015, entendiéndose por descentralización el proceso de transferencia al Hospital de competencias en el manejo de recursos, organización y funcionamientos internos, selección y capacitación de los recursos humanos y determinación de la calidad de los servicios que ofrece.

El Servicio de Neonatología se encuentra ubicado en el ala central oeste del Hospital, junto al Servicio de Hemoterapia, sala de parto y quirófano. Comparte el piso con el Servicio de Maternidad.

El nuevo edificio del Hospital fue inaugurado el 25 de agosto de 1991, junto a la Terapia Intensiva Neonatal.

Posee capacidad para 16 neonatos, 12 unidades en la terapia y 4 en la sala I, la cual es designada para enfermedades respiratorias.

Este Servicio es cerrado, lo que quiere decir que las madres sólo ingresan cada tres horas a alimentar a su bebé o a extraer leche de sus pechos y permanecen una hora cada vez. Los padres y abuelos solo pueden ingresar en el horario de visitas que está estipulado de catorce a dieciséis, al igual que los hermanos que para ingresar a verlos por el visor deben ser mayores de 12 años.

El Servicio está compuesto por sectores:

- Sector I: Ingresan todos los nacidos en el Hospital Dr. Ítalo Perrupato.

- Sector 2: Es la Unidad de Terapia Intensiva. (U.T.I)
- Sector 3: Derivados de otros sanatorios y centros clínicos.
- Sala 1: Se alojan los bebés con infecciones respiratorias. Capacidad para 6 bebés.
- Sala 4: Funciona para realizar luminoterapia, y de acuerdo a la situación también se utiliza como alojamiento a las mamás. A su vez esta sala es compartida con el Servicio de Maternidad. Ambas salas se encuentran a la vuelta del Servicio de Neonatología.
- El office sucio: lavandería
- Sector de fórmula láctea: Donde se guarda la leche que las madres se extraen.
- Sector de medicación: Donde se prepara toda la medicación correspondiente.
- Office de enfermería: cuenta con cocina, heladera y televisor.
- Vestidor de enfermería.
- Depósito
- Office de médicos: Estar y dormitorio médico.
- Cambiador de mamás.

Además el Servicio de Neonatología dispone de un espacio físico denominado “La casita de las mamás”, que se encuentra a unos pocos metros del Servicio. Cuenta con 8 camas, 4 sillones cama, un armario con compartimientos para cada mamá, un baño, una cocina y una sala comedor. Esta casita funciona como Residencia para las madres que viven en lugares muy alejados del centro y también para aquellas que viven cerca pero quieren permanecer en el Hospital por cualquier cosa que se las necesite.

Existe un Consultorio de Seguimiento del niño sano que se encuentra al lado del Servicio de Neonatología, funciona de lunes a viernes con una rotación de los médicos que prestan el servicio.

También los días martes y jueves a la mañana, lo que es la sala comedor de las mamás, se utiliza como Consultorio de Atención Temprana. El mismo tiene a cargo a dos fonoaudiólogas y una profesora de educación física. Atienden a todos los niños de alto riesgo hasta los 2 años de vida.

Datos Estadísticos del Hospital Dr. Ítalo Alfredo Perrupato

Partos años: 1999- 2000- 2001- 2002- 2003- 2004- 2005- 2006- 2007- 2008- 2009

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total	%Cesarea
1999	187	168	150	138	158	164	187	175	180	165	150	186	2008	24
2000	201	193	187	160	169	167	174	155	175	182	164	163	2090	26
2001	162	175	169	177	164	155	177	169	168	195	167	193	2071	31
2002	194	171	192	169	147	184	157	161	165	169	145	171	2025	28
2003	174	147	169	148	145	164	145	143	152	150	158	138	1833	31
2004	146	138	133	127	161	142	152	151	157	180	164	189	1840	31
2005	169	159	149	158	158	150	150	152	152	177	127	174	1875	32
2006	191	162	179	156	146	153	165	171	162	149	161	188	1983	33
2007	185	182	197	199	191	141	174	185	177	183	173	192	2179	34
2008	171	165	191	171	200	179	159	171	188	157	186	191	2129	33
2009	204	184	186	198	177	179	185	171						

El número de partos atendidos en el año 2009 en el Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato desde el período que abarca el 01 de enero al 31 de agosto, fue de 1.484.

La cantidad de ingresos al Servicio de Neonatología desde el período que abarca el 01 de enero al 31 de octubre fue de **382** neonatos. A continuación se presenta una tabla que se divide entre los neonatos nacidos en el Hospital (interno) y los neonatos que ingresaron de otros sanatorios y centros clínicos, (externo).

Ingreso a Neonatología del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato: Año 2009

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Total
Internos	18	22	28	31	25	25	40	31	17	27	264
Externos	17	6	14	8	7	8	18	15	16	9	118

Recursos Humanos

El plantel está compuesto por 7 médicos pediatras (Neonatólogos) que realizan guardias rotativas. 25 enfermeros, incluido el jefe del servicio, con 3 cambios de turno cada ocho horas en los cuales hay 5 por cada uno. También cuenta con las 2 fonoaudiólogas y la profesora de educación física.

Según lo expresado por los miembros del Servicio, no se cuenta con psicólogos en el mismo.

Equipos utilizados en el Servicio de Neonatología

En el servicio de neonatología nos encontramos con una gran cantidad de aparatología que son utilizados para ayudar a los bebés prematuros y enfermos.

Los equipos utilizados en el servicio son los siguientes!:

- **Serbocuna:** Es una cama abierta con un elemento calentador (calentador radiante) superior que brinda calor al bebé. Se utiliza en lugar de la incubadora (cuna de plástico transparente) cuando se necesita atender al bebé con frecuencia.
- **Cánula nasal o prolongaciones nasales:** Son tubos pequeños de plástico que entran en las fosas nasales del bebé para suministrarle oxígeno. Las prolongaciones nasales se utilizan en el tratamiento de presión positiva continua de las vías respiratorias (C-PAP), el cual recurre a un respirador para suministrar aire presurizado a los pulmones del bebé.

¹ FUNDACIÓN MARCH OF DIMES. www.nacersano.org

- **Halo:** Es un cilindro de acrílico transparente que se coloca sobre la cabeza del bebé y le suministra oxígeno. Se emplea para los bebés que pueden respirar por sí mismos, pero que aún necesitan más oxígeno.
- **Catéter umbilical:** El cordón umbilical del bebé tiene dos arterias y una vena, las cuales terminan en el ombligo. Se puede insertar un tubo delgado (catéter) en uno de esos vasos sanguíneos, normalmente en una de las arterias, el cual se conecta a la aorta, que es la arteria más grande que suministra oxígeno al cuerpo. Con este catéter, los médicos y las enfermeras pueden extraer sangre sin dolor (sin tener que punzar constantemente al bebé con agujas) y suministrarle fluidos, sangre, nutrientes y medicamentos. Se puede conectar un pequeño dispositivo al catéter para controlar constantemente la presión arterial del bebé. Una vez retirado el catéter umbilical, comienza el proceso normal de cicatrización de esos vasos sanguíneos y con el tiempo se forma el ombligo normal.
- **C-PAP (presión positiva continua de las vías respiratorias):** Se transmite aire a los pulmones del bebé mediante tubos pequeños colocados en la nariz del bebé o bien mediante un tubo que se ha insertado en la tráquea. Los tubos se conectan a un ventilador (respirador) que ayuda al bebé a respirar, pero que no realiza el movimiento mecánico de la respiración.
- **Incubadora:** Cuna de plástico transparente en la que se coloca a los bebés para mantenerlos a la temperatura adecuada y protegerlos contra los gérmenes y el ruido.
- **Línea central:** Es una línea intravenosa insertada en una vena, con frecuencia del brazo, y de ahí pasa a una vena más grande del cuerpo cerca del corazón. Se emplea para suministrar medicamentos o soluciones nutritivas que pueden irritar las venas pequeñas. La línea PICC (catéter central insertado periféricamente) es un tipo de línea central que se coloca en uno de los vasos sanguíneos principales. La vía *HICKMAN* y la vía *BROVIAC* son dos tipos de líneas centrales que se inserta en la vena yugular (del cuello).
- **Luces azules (“bililuces”):** Se colocan luces fluorescentes de color azul brillante sobre la incubadora del bebé para tratar la ictericia (cuando la piel y ojos se tornan amarillos por la acumulación en la sangre de un producto de desecho llamado “bilirrubina”). Por lo general, a los bebés con ictericia se los trata con fototerapia durante tres a siete días.

- **Monitor cardiopulmonar:** Es una máquina que controla los ritmos cardíaco y respiratorio del bebé y está conectada al niño por pequeñas almohadillas adhesivas que se colocan en el pecho. El monitor muestra los datos en una pantalla, los cuales pueden imprimirse en papel. Si el ritmo cardíaco o respiratorio del bebé se acelera o disminuye demasiado, sonará una alarma.
- **Monitor de presión arterial:** Es una máquina conectada a una pequeña manga para tomar la presión que se coloca en la pierna o brazo del bebé. La manga toma la presión del bebé automáticamente a intervalos regulares y los números aparecen en una pantalla.
- **Oxímetro de pulso:** Es un dispositivo pequeño en forma de U que se adhiere al pie o mano del bebé con una venda elástica. Cuenta con un sensor de luz para determinar si el bebé tiene suficiente oxígeno en la sangre. Este sensor no lastima al bebé en absoluto y ayuda a los médicos y enfermeras a decidir si el niño necesita más o menos oxígeno, evitando así los análisis de sangre dolorosos.
- **Tubo endotraqueal:** Es una sonda pequeña de plástico que se inserta por la nariz o boca del bebé hasta la tráquea. Este tubo está conectado a un ventilador (respirador) para ayudarle al bebé a respirar (como la C-PAP) o realizar el trabajo mecánico de la respiración cuando el bebé no puede respirar por sí mismo.
- **Respirador o Ventilador:** El respirador es una máquina de respiración mecánica que suministra aire caliente y húmedo a los pulmones del bebé. Los bebés más enfermos deben conectarse a la ventilación mecánica, es decir que el respirador temporalmente respira por ellos mientras los pulmones crecen o se recuperan. El aire se suministra a los pulmones del bebé por un tubo endotraqueal (un tubo de plástico pequeño que se inserta por la nariz o boca del bebé hasta la tráquea). Se puede regular la cantidad de oxígeno, presión de aire y cantidad de respiraciones por minuto según las necesidades de cada bebé. A los bebés que tienen problemas graves de respiración se los trata con una especie de ventilación de alta frecuencia, que suministra pequeñas cantidades de aire a un ritmo rápido. Es posible que este tratamiento ayude a evitar complicaciones (como el trastorno pulmonar llamado displasia broncopulmonar) que surgen de la ventilación mecánica.
- **Vía intravenosa:** La mayoría de los bebés prematuros o enfermos no pueden comer inmediatamente y deben recibir nutrientes y fluidos intravenosamente. El médico o la enfermera insertará una aguja o tubo muy pequeño en una vena diminuta

de la mano, pie, brazo, pierna o cuero cabelludo del bebé. Esa aguja se mantiene en su lugar con una cinta adhesiva y se la conecta a un tubo delgado de plástico (vía intravenosa) que va a una bomba intravenosa. Ésta a su vez está conectada a un poste metálico junto a la incubadora. También se pueden suministrar medicamentos y sangre por la vía intravenosa.

- **Sonda nasogástrica:** es un tubo pequeño de plástico que se introduce por la nariz del bebé hasta el estómago y por medio de ella se le suministra leche al bebé cuando no puede ser amamantado.

CAPÍTULO VI:
MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo de naturaleza cualitativa.

La metodología cualitativa se refiere en un amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos e interpreta lo obtenido. Se trata de un modo flexible de encarar el mundo empírico.

Los métodos cualitativos tienen por objeto:

- ✓ La búsqueda de sentido de los fenómenos.
- ✓ Ampliar la comprensión de la realidad. (Jaimsky, 2008)

Siguiendo a la autora plantea que:

- ✓ La metodología cualitativa es inductiva.
- ✓ El investigador cualitativo observa el escenario y las personas desde una perspectiva holística.
- ✓ El investigador cualitativo es sensible al efecto que él mismo causa sobre las personas que son objeto de su estudio.

La investigación cualitativa pretende captar el significado de las cosas más que describir los hechos sociales, su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico, no de tablas, ni fórmulas estadísticas. (Díaz, Ortiz, 2005).

Descripción de la muestra:

Se trata de una muestra probabilística, al azar simple, ya que todas las mamás de recién nacidos que ingresaron en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato tenían las mismas probabilidades de ser incluidas en la muestra.

En el período que abarca del 26 de agosto al 31 de octubre, se trabajó con 27 mamás. La edad de las mismas abarca el rango de 16 a 41 años, 8 mamás menores de 20 años, 13 de ellas entre 20 y 30 años y 6 eran mayores de 30.

La edad promedio de las mamás era alrededor de los 7- 8 días.

Instrumentos de Evaluación:

- Observación Participante.

Roberto Hernández Sampieri y colaboradores, (2000) escriben que la observación se fundamenta en la búsqueda del realismo y la interpretación del medio. Es decir, a través de ella se puede conocer más acerca del tema que se estudia basándose en actos individuales o grupales. Es una eficaz herramienta de investigación social para juntar información. Favorece un acercamiento a las experiencias en el tiempo real que viven las personas e instituciones.

- Entrevistas.

Se trabajo con entrevistas semiestructuradas, la misma se basa en una guía de asuntos o preguntas, que no obstante, dejan libre al investigador la posibilidad de introducir conceptos u obtener mayor información sobre los temas que se desea investigar.

Las características que Sampieri menciona tomando a Rogers y Bouey (2005) son:

1. El principio y el final de la entrevista no se definen ni se predeterminan con claridad, lo cual la hace flexible, pasible incluso de efectuarse en varias etapas.
2. Las preguntas y el orden en que estas se efectúan, se adecúan a los participantes.
3. Es una entrevista en buena medida anecdótica.
4. El entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y dirección de la entrevista.
5. Se considera al contexto social como fundamental para la interpretación de significados.
6. El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y el lenguaje del entrevistado.
7. Tiene un carácter más amistoso.

El motivo de elección de dicho instrumento metodológico se fundamenta en el marco epistemológico de estudio, (Construccionismo Social y Narrativa), según el cual cada relato individual es una narrativa que refleja la realidad que cada uno construye e interpreta en relación a los discursos sociales y culturales del medio en que se vive.

Procedimiento:

El ingreso al campo, a la institución, se logra a través de la Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato.

Las gestiones que se realizaron fueron las siguientes:

1. Se habló con la Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato, se realizo una entrevista con la misma donde se explicitaron los objetivos de dicho estudio. La Jefa del Servicio solicitó una nota dirigida a ella para que por su intermedio

fuera dirigida al Comité de Investigación y Docencia del Hospital, requiriendo autorización para realizar este trabajo.

2. Se presentó dicha nota.
3. Fue aprobada por el Comité de Investigación y Docencia, y por el Directorio del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato.

Una vez que la nota fue aprobada ingresé al Servicio de Neonatología en el cual comencé el trabajo.

Durante los meses que abarcaron de fines de agosto a octubre de 2009 se estableció contacto con madres que tenían a sus hijos internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ítalo A. Perrupato de San Martín provincia de Mendoza, realizándose el trabajo de campo.

Como primera medida, se invitó a las madres a participar de la investigación y se trabajó con aquellas que aceptaron realizarlo voluntariamente. Se confeccionó un cuestionario de contacto inicial, con el fin de conocer datos específicos de los mamás. (Anexo I)

Se realizaron entrevistas con las madres de neonatos ingresados al Servicio de Neonatología, en las cuáles se les animó a expresar sus preocupaciones y sentimientos. También de las mismas se obtuvo información acerca de la experiencia de su embarazo, parto, primer encuentro con el bebé, entre otras.

Se brindo material informativo sobre: los momentos posteriores al nacimiento del bebé, los hermanos del bebé internado, la importancia de la lactancia materna, los cuidados después del alta, así también como cuentos, poemas y diplomas que tenían una finalidad metafórica. (Anexo II).

Esta información se trabajo de forma individual y grupal, de acuerdo al momento en que me encontraba. Recordemos que el grupo de madres es un grupo que se va renovando constantemente y la única constante es la relevancia del momento presente.

Finalmente se confecciono una guía para que la mamá pudiera realizar un balance de su estadía en el Hospital, una vez que su hijo obtenía el alta médico. (Anexo III).

CAPÍTULO VII:
TRABAJO DE CAMPO
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

Introducción

La presentación y análisis de los resultados se realizará de acuerdo a los objetivos y preguntas de investigación planteados.

Recordemos que este trabajo se define en su naturaleza descriptiva y cualitativa, por lo que hemos realizado un análisis cualitativo de los datos.

Al ser el relato de las mamás muy amplio y diverso y con el fin de ordenar la información para facilitar la lectura, lo hemos agrupado en diferentes temáticas que surgen del mismo relato de las mamás al tener sus hijos internados en Neonatología. Esta selección se desarrolló a partir de la recurrencia de su relato. A su vez dentro de cada temática nos encontramos con diferentes ítems que complementan lo trabajado.

Así se consiguió un análisis completo de la narrativa de las mamás.

DESCRIPCIÓN DE LOS DIFERENTES EJES TEMÁTICOS

- **Neonatología:**
 - Desconfianza respecto de la idoneidad de los profesionales.
 - Enojo con enfermeros.
 - Problemas dentro del servicio: descuidos.
 - Falta y desorganización en el manejo de la información.
 - Críticas al trato cotidiano con enfermeros.
 - Impresión del bebe de verlo sujeto a los aparatos de neo.
 - Temas relacionados con la evolución clínica del bebe: peso – engorde.

Con respecto a la temática de **Neonatología** encontramos:

La desconfianza respecto de la idoneidad de los profesionales: el deseo de las madres de supervisar su trabajo, va ligada a la misma incertidumbre que les genera la separación con su bebé, al hecho de que las mamás no tienen el control sobre la situación y

que no pueden permanecer todo el tiempo que ellas desean. Esto genera nuevos interrogantes y necesitan tiempo para ajustar que está sucediendo.

Carolina:...”y cuando llora mi bebé no lo calman, lo dejan llorando, muchas veces no le prestan la atención necesaria”.

Nadia: “El Juan Pablo que está con el saturómetro se queda sin oxígeno y ellas ni se enteran, ¿y si les pasa algo?...entonces uno no se queda tranquilo”.

Y si a esta situación se le suman **los problemas dentro del servicio como los diferentes descuidos** por parte de los enfermeros, la desconfianza y la inseguridad de las mamás aumenta, al igual que las ganas de irse del hospital.

Karina:...”porque Benjamín estaba con lumino terapia, y les tapan los ojitos porque esa luz los puede dejar ciegos, y cuando entré en una toma resulta que se la había sacado y Luis ni enterado porque estaba viendo televisión en la piecita. Y le dije a él: “Si estás viendo televisión no vas a saber qué le pasa,” son muy descuidados, no tienen mucha atención para atender. Y lo peor de todo es que no me pasó una vez sino que dos veces...”

Estefanía: “Ayer entré a neo y se había sacado todo, estaba desnudita, se había sacado los pañales y los lentes que le ponen porque está en la luz, lo enfermeros no la habían visto, ellos estaban tomando mate, se saca todo la gorda, es de viva”. (En tono jocoso).

El relato de Estefanía refleja el significado positivo que le atribuye a la situación ya que considera como un signo favorable saber que su hija se encuentra en movimiento, lo cual para ella es índice de mejoría. Días anteriores me había manifestado su preocupación porque cada vez que ingresaba a Neonatología encontraba a su beba durmiendo. Al verla así se llenó de alegría, la cual expresaba en su rostro.

Con esto podemos observar la falta de información de la mamá, ya que no conocía para que le ponían los lentes a su hija y cuáles eran las consecuencias al no tenerlos.

Frente a este relato me di cuenta como cada uno atribuye diferentes significados, de acuerdo a su mundo de experiencias. Comprendí que mi rol estaba comprometido y que debía ofrecerle otra mirada de la situación brindándole la información general acerca de la importancia de los “lenticitos”.

Esta situación se repitió también con otras mamás quienes al conocer la función de los lenticitos manifestaron su enojo y adjudicaron significados negativos. Estos sentimientos

marcaban una distancia con los enfermeros, la relación con los mismos se volvía más tensa, es por esto quizás que se puede entender que las críticas hacia ellos sean abundantes y realizadas por la mayoría de las mamás.

Nadia: “No te ayudan en casi nada”.

Carolina: Lo que menos me gusto: “El carácter de las enfermeras, eran malas, parecía que no eran enfermeras, eran mal agestadas, por ahí te contestaban mal”.

Alejandra: Cambiaría: “El carácter de las enfermeras, por uno más comprensivo, porque parece que tratan con adultos no con niños, y para trabajar con niños tenés que tener un carácter especial”.

Y frases como:

Nadia: “vamos ahora para que vean que podemos llegar temprano”.

Mariana: “No esperemos que nos llamen, me da miedo”

Reflejan la lucha y la tensión de la relación. Recordemos que en esta lucha se ponen en juego las capacidades y habilidades de las mamás, las cuáles sienten que no pueden desplegar completamente porque muchas de ellas son reemplazadas por las máquinas. Así su protagonismo disminuye y su enojo lo proyectan hacia los enfermeros.

Al respecto de este tema, el Doctor Jorge Martínez en su libro “El bebé prematuro y sus padres”, 1993, plantea:

“Los padres sienten haber perdido el niño de sus fantasías, pero también sienten que han perdido a este pequeño bebé que pasa a ser posesión de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde el personal podrá ser alternativamente envidiado, odiado o amado por ellos según los diferentes momentos que les toque vivir”.

Esto me lleva a pensar que la relación entre las mamás y los enfermeros es ambivalente. Hay algunos que se convierten en su peor enemigo pero otros en su mejor compañero, y este sentimiento va cambiando en el transcurrir de los días, lo cual modifica su relato. Pienso que al estar las mamás afectadas emocionalmente pasan fácilmente del amor al odio o viceversa.

Nadia: “...hay dos que son divinas que las amo que son Beti y Belén, ellas están en la mañana...”

El rol del enfermero ocupa un lugar muy importante en la Institución, es el intermediario entre el paciente y el médico. Por lo que resulta de suma importancia que se maneje adecuadamente ya que transmite desde donde se para la Institución.

La falta y desorganización en el manejo de la información indica la falencia e interferencia en los canales de comunicación, en especial aquella que se transmite a los padres del bebé.

Carolina: “Estoy más tranquila porque a la noche le pregunté a las enfermeras como estaba mi bebé y me dijeron: “Mal si su bebé está enfermo y tiene hambre”. Yo llegué y me sentía re mal, por eso ahora hablé con la Dra. Y me dijo que había bajado no porque no tenga hambre sino por las transfusiones de plasma que le han hecho”.

Como intervención se les sugería que a la hora de obtener información sobre la salud de su hijo se dirigieran directamente al médico de cabecera, ya que la información proveniente de diferentes fuentes, las confundía y aumentaba la angustia de las mismas. Y de este modo se pretendía poder contribuir a organizar el caos que las rodeaba.

Otras expresiones como por ejemplo:

Yesica: “Si porque ayer la vi a la beba cuando lloraba que se había puesto muy roja la cara, le pregunte a las enfermeras y me dijo “No es normal eso”, después le vi en la piel unas manchitas rojas y le pregunte a los enfermeros y me dijeron lo mismo “Es normal eso”, no sé si es todo normal para ellos.”

Muestran que los enfermeros normalizan la situación y no tienen en cuenta que es una experiencia nueva para una mamá que no puede despegarse de la expectativa del hijo ideal. Puede ser normal para ellos porque están inmersos en ese lugar, pero no transmiten cuales son los parámetros de comparación que utilizan.

Podría hipotetizar que el hecho de llevar años ejerciendo dentro del servicio los lleva a normalizar o a olvidar muchas veces la situación particular de esta mamá que acaba de dar a luz una nueva vida.

Dentro de este ítem de la información se encontró también que las mamás sentían no estar adecuadamente informadas.

Gabriela: “Es como que siento que no tengo la información suficiente”.

Diferentes autores sostienen que en esta situación es probable que tengan la sensación de no estar adecuadamente informados, ya que los tiempos emocionales no suelen coincidir con los tiempos objetivos.

En cuanto a la **impresión del bebé de verlo sujeto a los aparatos de neo**, la mayoría de las mamás se sintieron inhibidas, impotentes, angustiadas, confundidas y responsables de que estuviera internado.

Andrea: “Me impresionó mucho verlo dentro de la incubadora y tan chiquito, me puse a llorar”.

Carolina: “Cuando la vi internado me daba una cosa, lo veía tan chiquito, además sentía culpa, pienso que es culpa mía que él tenga que estar ahí, que algo debo haber hecho mal para que a él le pase esto”.

Micaela: ...”entonces pedí la cesárea y la programamos. Y como nació de 38 semanas a mi me ha quedado en la cabeza y nadie me lo va a sacar que si hubiera esperado las dos semanas más no le hubiera pasado nada, porque yo ya lo tuve en luz y ahora enfermo”.

Se observa que se apoderan de la mamá grandes temores y una infundada pero increíblemente poderosa sensación de culpa. Esa primera imagen del bebé no es la esperada, está muy lejos de aquella imagen que su fantasía había creado. El bebé impresiona como muy pequeño, rodeado de cables, tubos e inmerso en la incubadora.

“El hijo que nace es alguien muy distinto del hijo deseado y fantaseado”. (Gonzalez, Larguia y Lomuto, 2007)

Además este alejamiento físico aumenta el sentimiento de culpa y la búsqueda de las causas del fracaso.

En el capítulo IV de nuestro marco teórico hacíamos referencia a las respuestas emocionales de los padres. Desde mi experiencia me sorprendía escuchar la convicción del relato de las mamás acerca de la culpabilidad, el temor y la ansiedad que las invadía, y como debido a ello merecían el castigo de estar en ese lugar.

Con respecto a los **temas relacionados con la evolución clínica del bebé: peso- engorde** se observa que las mamás establecen como índice de que evoluciona favorablemente el aumento de peso del bebé y si bien es importante no es el único. Lo más objetivable por la mamá, la manera que tiene de medir la evolución como el tiempo de su estadía es el peso.

Todas aprenden que a partir de los 2 kilos se pueden llevar a su hijo a su casa, lo que hace que cada gramo se convierta en una obsesión y la desilusión sea mayor si el bebé llega a bajar de peso.

Nadia: “Yo pensaba irme hoy pero el Juan Pablo está en 1.800 el Juan Ignacio ya llegó a los 2 kilos...”

Karina: “Los míos ya llegaron los dos a los dos kilos.”

Yolanda: “...ayer a la mañana cuando fui había bajado, pesaba 2.010 y cuando fui a la noche ya pesaba 2.120 Kg.”

Está muy claro que la curva de peso a medida que va mostrando paulatinamente un perfil positivo, es el parámetro que les va a ir acercando a la tan ansiada “alta” y por ello se transforma en el factor que más les interesa y preocupa, a continuación nos focalizaremos en dicha temática.

- **Alta:**
 - Esperando la noticia y haciendo especulaciones.
 - Al momento de recibir la noticia.
 - Después del alta: controles de seguimiento.
 - Reestructuración de la situación.

Desde mi experiencia en el Hospital, puedo aportar que la temática del **Alta**, es una de las que más se repite.

Las mamás desde que llegan al Hospital implícita o explícitamente se preguntan y preguntan: ¿Cuándo me dan el alta? ¿Falta mucho para que me vaya? ¿Tengo para muchos días?

El ítem **esperando la noticia y haciendo especulaciones** es el de mayor recurrencia las mamás expresaban:

Estefanía: ...”capaz que el fin de semana me vaya”.

Yanina: ...”Dios quiera que me den el alta esta semana”.

Estas expectativas se frustraban cuando esto no sucedía, es decir, cuando no obtenían el alta cuando ellas lo esperaban.

Como intervención se les aconsejaba no imponerse conductas, ni tiempos de estadía en la Unidad.

Al momento de recibir la noticia del alta todas las mamás expresaron su alegría, llegando muchas hasta las lágrimas. El compartir ese momento con ellas me hacía comparar a una persona que llega a la meta, donde mira para atrás y no puede creer todo lo que ha recorrido. Aquí es donde la mayoría de las mamás recataba que si bien la experiencia de tener sus hijos internados les resultaba muy fea y dolorosa, la misma les dejaba una gran enseñanza y aprendizaje.

Juana: Aprendí, “A ser madre...”

Me llamó la atención que dentro de esta temática ninguna mamá presentará temores frente al alta, ninguna se preguntó si iba a poder cuidar adecuadamente al bebé fuera del contexto del Hospital.

Estos temores según distintos autores son comunes debido a la pérdida de sostén en los casos de internaciones complejas y prolongadas.

El hecho de que ninguna mamá lo haya manifestado nos lleva a hipotetizar que no han tenido el sostén adecuado que les genere seguridad. Y esto se relaciona con el ítem de la desconfianza hacia el trabajo de los profesionales y el deseo de irse del Hospital.

Para darle mayor consistencia a esta idea podemos agregar lo relatado por las mamás **luego de obtener el alta, cuando venían a los controles de seguimiento.**

Mónica: ¡“Nooo! es que yo sabía que si seguía acá no iba a aguantar o me moría o terminaba en el sauce”.

Fernanda: “Si el gordo ha aumentado de peso re bien, ya cumplió el mes. Es que a mí me empezó a salir más leche y será a lo que estaba más descansada.”

Mariana: “Menos mal que se los llevó, que le dieron el alta, así los va a poder criar mejor”... “Y porque en tu casa estás mucho más tranquila y el bebe también está más tranquilo, y comen más, si la mía empezó a aumentar más rápido cuando nos fuimos del hospital si ya está en los 4 kilos y medio”.

Estos relatos sostienen lo que venimos contando desde el principio del análisis, todo lo favorable las mamás lo encuentran fuera de la Institución.

La Institución les quita la posibilidad de demostrar su potencia como madre, de desempeñar su rol, las despoja en su participación y protagonismo en el cuidado de su hijo. Es por ello que sienten a la Institución como aquella que las separa, las aleja, las agota y no les ofrece protección. Lo cual aumenta el anhelo de irse de ese lugar, de salir lo más rápido que se pueda.

Con el ítem **reestructuración de la situación**, me proponía reflejar el antes y después, cómo llegó y cómo se va la mamá. De qué manera se modifica el relato y los sentimientos con el transcurso de los días. Este relato muestra que es una situación crítica, pero que la misma tiene un principio y un final, si bien este final pareciera que nunca llega... No es que se van a quedar a vivir para siempre en el Hospital y transmitir esto muchas veces infunde esperanza.

“Cada crisis es única y específica de cada sistema. Las situaciones son vividas de manera diferente por cada individuo y repercuten de una manera específica en cada familia.” (Pittman, 2002).

Las mamás expresaron:

Nadia: “Y pienso que todas llegan con miedo, y angustiadas porque a nadie le gusta tener a sus hijos en incubadora o verlos con cables. Por suerte en la casita están las otras mamás, y te vas haciendo amigas y eso también te va tranquilizando y te sentís acompañada. Y todo va dependiendo de la salud de los bebés cuando vas viendo que ya están mejor, que están fuera de peligro te vas quedando más tranquila, y cuando te dan el alta saltas en una pata, es saber que lo más difícil ya paso.”

Karina: “Y llegué mal y triste y me voy bien y contenta”.

- **Residencia de Madres**
 - Dificultades en la convivencia.
 - Buena relación con las mamás.
 - Cansancio.
 - Sensación de encierro.
 - Ruptura de la cotidianeidad.
 - Ganas de irse del Hospital.

- Mamás que se enfermaron durante la estadía en el Hospital.

Dentro de esta temática quiero rescatar el ítem **buena relación con las mamás**.

Sinceramente me sorprendió todo lo que beneficia, contiene, fortalece y ayuda a seguir adelante el compañerismo y solidaridad que se brindan las mamás. Cuando hablábamos de las variables de la narrativa encontrábamos que una de ellas era “valores”, aquí se reflejan claramente y vislumbran también el tipo de “interacción” que se producía entre las mamás.

Daiana: “La compañía de las mamás fue muy importante tan bien, me sirvió para pasar los días, para no estar triste, para no sentirme tan sola. Para poder hablar con alguien, conocer otras historias de vida.”

Beatriz: Lo que más me gustó: “es que me hice amigas de otras mamás, nunca pensé que iba a hacer amistades”.

Juana: Lo que más me gustó: “El compañerismo que hubo, parece que nos conociéramos de toda la vida”.

Se puede observar como las mamás rescatan el compañerismo, la rotación de las mismas, el hecho de que es un grupo heterogéneo, que hay mamás que llegan y otras que se van, favorece la circulación de energía dentro del grupo. Esto se dejó traslucir cuando una mamá llegaba a la casita muy angustiada y las otras mamás la calmaban y le contaban de su experiencia. A su vez esta mamá que ingresaba a la casita estaba más descansada, por lo que transmite su fuerza y energía y beneficia a las mamás que tienen más tiempo de estadía, sobre todo a la hora de levantarse para ir a las tomas de la noche.

En el trabajo en grupo con las mamás de las diferentes temáticas, como por ejemplo: la lactancia, los momentos posteriores al nacimiento del bebé, los hermanos del bebé internado, cuentos y poemas, etc., era fácil identificar los factores que Yalom, 1985 (citado por Vega, 2006) refiere, entre ellos:

- ✚ Universalidad: Se refiere a la experiencia de no ser los únicos en la desgracia. Poder descubrir que su situación tiene semejanza con la de otros, compartir sus preocupaciones más profundas y beneficiarse con la catarsis.
- ✚ Impartir información: Cada mamá aporta con su experiencia consejos a la nueva mamá que ingresa al Hospital.

- ✚ Altruismo: Genera la vivencia de ayudar y aliviar a otras mamás que se sienten impotentes e inútiles.
- ✚ Cohesión Grupal: La unión entre las mamás las contenía y ayudaba a seguir adelante.

Además pude observar en el trabajo en grupo con las mamás, especialmente cuando realizamos los móviles para los bebés, que se generan fenómenos productivos y de gran utilidad. Karina y Carolina lo expresaban de la siguiente manera:

Karina: “La verdad que me encanta, tenemos algo para hacer. Hoy estamos más tranquilas que nunca, estamos muy entretenidas”.

En ese momento golpean la puerta de la casita donde nos encontrábamos trabajando, era el marido de Carolina.

Carolina: “Le dije que se fuera, que viniera más tarde, porque yo ahora estoy ocupada y con ganas de hacer esto, no lo sabía hacer y ahora sí, estoy re contenta”.

Con respecto a **las dificultades en la convivencia** estas se produjeron por compartir diferentes hábitos y costumbres y por sentir invasión de la intimidad. Si bien encontré a mamás que me contaron estos problemas, fueron la minoría.

Lo anteriormente nombrado se relaciona con la **ruptura de su cotidianeidad**, cada mamá trae consigo su propia ideología, sus creencias, valores como así también sus costumbres, hábitos, reglas y formas de acomodarse a esta situación. Cada mamá hace uso de sus recursos para poder afrontarla, pero no deja de ser una situación totalmente nueva y muy difícil. Los hábitos sobre todo son los que sufren la mayor modificación como por ejemplo el sueño, la alimentación y la limpieza.

Daiana: “La convivencia es difícil, este fin de semana estuvo una mamá que era bastante desordenada y cada una tiene sus costumbres y yo soy una persona que me gusta tener las cosas ordenadas y limpias”.

Mariana: “Pero no he podido dormir nada, primero porque está no es tu casa, se te cambian los horarios, los ruidos, anoche con el viento se golpeaban las puertas, las ventanas, horrible.”

Otro de los ítems que quiero rescatar es el **cansancio de las mamás**.

Estefanía: ...”siento que estoy quemada que no me da más el cuerpo”.

Nadia:...”llega un momento que el cuerpo no te da, te lo juro por ellos que anoche no escuché nada, estaba como desmayada... ellos no se dan cuenta y te hacen sentir peor, te da más bronca y más ganas de irte”.

Carolina: ...”Y yo le dije si me quedo dormida no es porque no quiera cuidar a mi hijo es porque ya estoy tan cansada que no me da el cuerpo...”

Este cansancio ocasionado por no dormir las horas adecuadas, por el trajín de estar yendo y viniendo al servicio, levantándose y cambiándose cada tres horas, por no tener agua caliente en la ducha y no poder realizar algo tan indispensable y necesario como asearse, más el plus emocional de la situación, la lleva a la mamá a una desestabilización física y psíquica. Podemos observar que las pequeñas frustraciones son magnificadas. La falta de sueño y el sentirse físicamente exhaustas agravan aún más la óptica con la que enfrentan los problemas cada día. Esto les aparejaba problemas con los enfermeros porque se quedaban dormidas o llegaban más tarde al horario de la toma.

Nadia: ...”yo me quedé dormida en la toma de las 5 de la mañana, me vinieron a buscar las enfermeras, dicen que me han querido despertar, pero yo no he sentido nada, estaba como muerta, no he escuchado nada de nada”. Entonces cuando fui a la toma de las 8 de la mañana le habían puesto en el papel de los bebés, donde le escriben el peso... **“La mamá no quiso venir”**.

Estos mismos problemas aumentaban las **ganas de irse del Hospital**.

Nadia: “Me quiero ir a la mierda, no aguanto más, llega la noche y peor me dan unas ganas de irme, es que estoy cansada de escuchar los comentarios, y yo no doy más”. Y no le voy a decir nada a mi mamá porque sé que si les digo les va armar un quilombo.”

Vemos a partir de la historia que estamos narrando que uno de los personajes principales es Nadia. Ella es una mamá de gemelos varones que nacieron prematuramente. Estuvo internada en el Hospital Lagomaggiore y después fue trasladada al Hospital Perrupato. Tiene 18 años, está en pareja y es la mamá que más tiempo permaneció en el Hospital mientras yo me encontré allí. Su estadía en el Hospital Perrupato fue de 26 días.

Su modo de contar su historia, de forma tan activa, clara y detallada, con tantos corolarios morales, interpersonales y comportamentales me permitió acercarme a su sistema de narrativa y comprender el relato en esta situación particular. Pienso que en Nadia muchas mamás encontraron su voz, fue guía y referencia de ellas.

Haciendo hincapié en otro de los ítems encontramos que como no podían irse del Hospital, ni tampoco podían ingresar sus maridos, hijos o familiares cercanos el tiempo que ellas deseaban, la **sensación de encierro** aumentaba día a día.

Mariana: “Vinieron ayer, por afuera del Hospital y me veían por la ventana, y por ahí hablábamos”.

Andrea: “Las rejas nos separaban”.

Nadia: “Mira Caro cuando podamos estar afuera”.

El cansancio, las ganas de irse, la sensación de encierro aumentaba el estrés de la mamá que comenzaba a manifestarlo a través de su cuerpo. El sistema inmunológico disminuía su sistema de defensas y los resfríos, gripes, problemas estomacales y de presión arterial comenzaban a resurgir.

Mónica: “Sentía el cuerpo cortado, me daban tiritones por eso me fui a la guardia para que me vieran y me dijeron que era cansancio, es que llevo 5 días y sinceramente no doy más, me quiero ir, no aguanto más, siento que me voy a enfermar, es que acá te terminas enfermado, no se puede vivir así. Tengo miedo porque tengo antecedentes de depresión y me da miedo caer. Esto de estar encerrada me enferma”.

Podría inferir que no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la reacción emocional de las mamás en relación a la cantidad de días de permanencia en el Hospital.

Siguiendo con el análisis, pude observar que al enfermarse la mamá, aumentaba su angustia, ya que les disminuía la leche materna, lo cual sentían como un abandono a su hijo, una distancia física y emocional. No podían ingresar al servicio lo cual les generaba culpa y desolación.

Mónica es una mamá que tiene 41 años, es abuela también y se encuentra en el Hospital porque su sexta hija Lucía se encuentra internada por dificultades respiratorias.

Su relato me permite observar que la edad, su experiencia como mamá no alcanza para hacerle frente a esta situación inesperada. Además ella expresó:

“Acá dentro no importa la edad, yo he aprendido mucho más de Nadia que de las enfermeras”.

Esto me lleva a pensar que la mamá que llevaba más tiempo de estadía era la que mayor dominio tenía sobre la situación. Es decir, a medida que van pasando los días, el conocimiento de lo que allí ocurre es cada vez mayor, ya los números de los monitores tienen sentido, los interpretan, comienzan a saber cómo está el bebé sin tener que preguntar.

“No están interesados solamente en lo que el personal de Neonatología pueda decirles, sino ya en las interpretaciones que ellas mismas son capaces de realizar”. (Rodríguez y Cernadas, 2006).

- **Familia:**

- Relación con otros hijos.
- Lugar del papá.
- Apoyo y sostén familiar.
- Falta de apoyo y sostén familiar.

Dentro de esta temática el ítem **lugar del papá**, es el de mayor recurrencia, aquí están concentradas las frases que hacen referencia a un espacio físico para el papá, a que la Institución lo deje participar y le dé un mayor protagonismo en el cuidado de su hijo, como así también se encuentran las quejas de que durante la estadía no pueden compartir un momento los 3 juntos: mamá- papá- bebé, porque cuando entra la mamá al servicio a alimentar a su bebé, el papá se tiene que retirar. También se registraron las veces que las mamás expresaron extrañar a sus maridos.

Nadia: “En el lago dejaban que mi marido entrará y se hiciera carga de los dos, les cambiaba los pañales. Después cuando yo ya pude entrar uno cambiaba a uno y otro al otro, pero acá no te dejan que el padre entre con vos. Es re feo porque yo que tengo dos es mucho más trabajo, allá se me hacía más fácil y más rápido.”

Carla: Cambiaría: “Que los maridos pudieran entrar a ver al bebé todo el tiempo que ellos quieran porque también son los padres del bebé. Me gustaría que hubiera un lugar para ellos, que se pudieran quedar con nosotras, que hubiera un lugar para ellos para dormir. Darle una mayor participación a los padres porque ellos también quieren estar con el bebé”.

Yanina: “Yo me quiero ir a mi casa compartirlo los 3 juntos, porque acá cuando entro yo no puede entrar Miguel y nunca hemos estado los 3 juntos, por eso me quiero ir a mi casa para estar tranquilos y juntos, lo que pasa es que nosotros con Miguel nunca nos hemos separado tanto tiempo,

por eso ahora me está costando.” Y él también tiene una ansiedad de que nos vayamos, quiere que estemos con él.”

María: Lo primero que pienso hacer cuando llegué a mi casa: “Compartir un momento los tres juntos, con mi esposo y mi bebé”.

Estos pedidos de las mamás reflejan la exclusión de la figura del padre, papá que ni psíquica ni físicamente tiene un espacio y lo retrógrada que es la Institución. Lo lejos que se encuentra de instaurar políticas y acciones tendientes a favorecer el vínculo del bebé con su familia.

Puede identificarse siguiendo la ilación de lo que hemos planteado, que médicos y enfermeros tienen una mayor tendencia a ocuparse de los aspectos tecnológicos de la asistencia. Se los observa atendiendo técnicamente a sus pacientes tratando de evitar en lo posible el contacto con los padres.

La figura de la mamá se convierte en la indispensable para sostener este paradigma, pues de ella necesitan para la recuperación de su paciente. Y buscan así una mamá “incondicional”, que no puede cansarse, no puede retrasarse, no puede salir por miedo a que contraiga algún tipo de infección, que debe cumplir estrictamente con los horarios y reglas establecidas sino se convierte en una madre irresponsable que no quiere cuidar a su hijo.

Y es a partir de estas líneas que se deja traslucir algo tan implícito como explícito a la vez, como el lugar que ocupa la mamá en la Institución, un lugar de sufrimiento, de deber, de responsabilidad extrema muchas veces injustificada. Y quizás por estar ubicadas en este lugar tan exigente, es que se puede entender su cansancio, su agotamiento físico y psíquico, el cual las lleva a estar más irritables, más sensibles y más propensas a las discusiones, enojos y críticas hacia los enfermeros. Esto a su vez trae como consecuencia que se quieran ir del Hospital y que la espera por el alta se convierta en una obsesión.

Según el Doctor Miguel Larguía, Jefe de División del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá y Presidente de la Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su familia, estaríamos frente a “maternidades tradicionales”.

Las acciones a desarrollar para la transformación de las mismas serían muchas de las que ya hemos nombrado en el capítulo IV de nuestro marco teórico, habría que realizar un cambio de paradigma asistencial para sumar lo humanístico a la tecnología. De esta forma estaríamos realizando una “Humanización de los Cuidados en Neonatología”, teniendo en

cuenta y haciendo respetar todos los derechos de padres e hijos durante el nacimiento dictados por la Ley N° 25.929, aprobada por ambas Cámaras del Congreso Nacional Argentino, 2004.

Así conseguiríamos quizás modificar el relato de las mamás en cuanto a las variables de “espacio”, ya que los papás tendrían su lugar y “tiempo” porque la entrada de los mismos al servicio sería libre, como así también beneficios de todo tipo.

En relación a las mamás que tenían **otros hijos** expresaron claramente su angustia y preocupación por no estar con ellos así también como la impotencia de que no los dejaran entrar a conocer aunque sea a través del visor a su hermano/a. (Recordemos que debido a la epidemia de la Gripe A, se tomaron diferentes medidas de precaución).

También se registra en este ítem los cambios habituales en los hermanos como enojo, confusión y celos; los cuales son esperables según los autores trabajados.

Andrea: “Me siento mal porque extraño a mi otro hijo y no puedo ir a mi casa porque se quiere volver conmigo”.

Alejandra: “Distinto sería si pudieran ver que la beba está internada, que necesita de cuidados especiales, ya voy a hablar con la Dra. Porque el señor que está de guardia me prohibió la entrada de los chicos, ni siquiera acá en el pasillo. Por eso mi marido los trajo por afuera del Hospital, porque yo con la cesárea verás que no puedo ni caminar.”

Mariana: “Sí ayer vinieron a verme por la ventana y después salí yo un ratito y me decían mami ¿Cuándo volves? ¿Falta mucho para que traigas a la Ahitana?...”

El material de los “Hermanos del bebé internado” fue de suma utilidad para trabajar con las mamás.

Podemos observar que está mamá está atravesando una crisis simultánea, ya que a la crisis de desarrollo que es el nacimiento del bebé, se le agrega la crisis inesperada, ya sea porque el bebé nació antes o con algún tipo de enfermedad y aquí ya estamos haciendo referencia a la crisis de cuidado, que implica atender a este miembro del sistema dependiente y no funcional. Esta sumatoria de estrés se agrava aún más cuando la mamá tiene otros hijos pequeños, porque siente la necesidad de estar a la misma vez en dos lugares.

Mariana: ...”es como que siento una carga doble, porque estoy preocupada por la beba y sé que tengo que estar acá pero no dejo de pensar en ellos”.

Mariana con sus palabras confirma lo que le sucedía a mamás que se encontraban en esta situación además nos refleja su circuito intrapsíquico e interaccional.

Aquí es donde el **apoyo y sostén familiar** adquiere dimensiones significativas ya que la mamá puede delegar en personas cercanas y queridas, algunas de sus funciones.

Daiana: “Si mi mamá es raro que no esté acá, nos está ayudando un montón, al igual que mi suegra, ella viene menos pero porque está con los chicos”.

Además el apoyo familiar favorecía también a aquellas mamás que eran primerizas, ya que se sentían acompañadas.

Yanina: “Miguel es muy compañero, me ayuda en todo, vive para mí y ahora para mí y mi bebé”.

No ocurría lo mismo con las mamás con **falta de apoyo y sostén familiar**, ya que no tenían en quién delegar sus actividades rutinarias.

Mariana: “Estoy preocupada por los chicos porque no están yendo a la escuela porque no tengo quién los lleve. Porque yo vivo con mi abuela, pero es grande, tiene más de 70 años y tiene problemas en las piernas, entonces no puede caminar mucho y mi marido está trabajando, está viendo si se puede tomar las vacaciones ahora...”

La falta de apoyo endureció y enlenteció la estadía de la mamá y la hizo más angustiante.

Fernanda: ...”mi papá me vino a ver recién el sábado y yo este jueves cumpla 3 semanas de internada...”

Carla: “También se me ha juntado que nosotros somos 9 hermanos uno se me murió, y todos tienen hijos y yo he estado con ellos en cada momento, en cada nacimiento de mis sobrinos, y ninguno me ha venido a ver, ni ha sido capaz de llamarme para preguntarme como estoy yo o la beba”.

- **Vínculo madre- bebé:**

- Relación con el bebé.
- Sintonía buena evolución bebé y el bienestar de la mamá.
- Cuidados.

- Lactancia.

La teoría respecto a la importancia de la díada madre- bebé se encuentra exployada en el capítulo IV del marco teórico.

Lo que me gustaría agregar de acuerdo a la experiencia realizada es que si bien esta díada no se encuentra en condiciones óptimas para establecer este vínculo, debido a que existen factores de interferencia, (incubadora, sondas, cables), no significa que no se puedan comunicar e interaccionar entre ambos.

Edith Vega, en su libro “El psicoterapeuta en Neonatología”, 2006 plantea:

“La Institución a través del equipo que asiste es mediadora de los primeros vínculos, la misma facilita u obstaculiza según brinde herramientas para afrontar y dar significado a la situación. Por otro lado la personalidad de los padres es también un factor mediador”.

Pienso que es este uno de los momentos donde la información adecuada sobre la situación adquiere una gran dimensión y evita posibles consecuencias negativas para el desarrollo de este nuevo ser.

Pensemos que estamos frente a una mamá, un papá que han perdido el hijo de sus fantasías, donde el ideal que tenían del mismo quedó muy lejano. Donde las expectativas de celebración se transformaron en la incertidumbre por las posibilidades de sobrevida.

Papás que no solamente tenían otra imagen de su hijo sino que nunca se imaginaron en esa situación crítica. Es por todo ello que muchas veces al verlo tan chiquito, tan indefenso temían o no podían alzarlo lo que aumentaba el sentimiento de culpa y la búsqueda de las causas del fracaso.

Las sugerencias brindadas momentos posteriores al nacimiento del bebé ayudaron a los padres a comprender que no hay conductas buenas ni malas, que cada uno tiene su propio tiempo emocional, que si no lo podían alzar, si lo podían mirar, tocar, hablarle y que eso también tenía un alto poder analgésico y relajante para su bebé.

Yesica: “Sí yo le he puesto el dedo y me lo agarra”.

Estefanía: “A mí me ha pasado que llego a neo y la beba está durmiendo y yo le empiezo a hablar y se despierta sola”.

Yanina: “Y de la misma ansiedad que me da ir a ver al gordo voy caminando rápido y no siento ni los puntos, y eso que todavía no le puedo dar el pecho, pero sólo ir a verlo me pone tan contenta, le cambié los pañales, le hablo y me mira.”

El ítem **sintonía entre la buena evolución del bebé y el propio bienestar de la mamá** era muy claro y fácil de observar.

Yanina: “Está re bonito y verlo tan lindo me pone re contenta porque si él está bien yo también”.

Daiana: “El bebé ya está afuera de la incubadora, ayer a la tarde lo pasaron a la cunita y le pude dar la teta. Parece que me volvió el alma al cuerpo”.

Con respecto al ítem de los **cuidados** lo que puedo agregar desde mi observación, es que desde la Institución se focalizaban más en que la mamá aprendiera nuevas capacidades para el cuidado de su hijo que en la relación vincular.

Estefanía: Aprendí: “a cuidarlo, a limpiarlo bien, a hacerle el erutito”...

La temática de la **lactancia** fue trabajada de forma particular para resaltar los beneficios que se obtienen tanto para el bebé como para la mamá, así también como los diferentes mitos que rodean a este tema.

Las mamás se comentaban entre ellas cuanta leche tenían y aconsejaban a aquellas que se les cortaba o aún no les bajaba.

Cuando una mamá tenía leche le generaba tranquilidad y seguridad ya que asociaban su alimento con una rápida recuperación de su bebé.

Daiana: “Sí además me da la sensación que cuando uno le da la teta que se alimenta mejor, que crece más rápido”. “Sí a mi me da la misma sensación como que lo alimentas mejor”.

- **Esperanza y posibilidad de proyectar:**

- Esperanza y posibilidad de proyectar.
- Paciencia- Espera.

Tanto en el ítem de **esperanza y posibilidad de proyectar** como en el de **paciencia- espera** se reflejan los recursos, las capacidades y habilidades de las mamás para seguir adelante. Permite vislumbrar el concepto de “resiliencia”, el cual hace referencia a la

capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase. Este concepto se vincula con la capacidad sanadora de las emociones positivas, como la risa y el buen humor.

Juana: “Dame tu cel., acordate que mi hijo es el novio de la tuya y cuando vengamos a San Martín vamos a venir a tomar unos mates”.

Nadia: “Y acá estamos peleándola, mis hijos tienen que crecer y salir adelante y acá es donde mejor van a estar.”

Mariana: Sugerencias: “Que las mamás tienen que tener paciencia, es así hay que tener paciencia y saber esperar. Todo llega, todo pasa.”

Las mamás necesitan generar una nueva fuente de energía para poder enfrentar el futuro. Esta energía será la esperanza.

“Diferentes personas y hechos afectan el modo y el momento en que esta esperanza es generada. Uno de los más significativos estímulos para que ello ocurra es no sentirse ya inútiles al tener una activa participación en algunos aspectos del cuidado del niño”. (Martínez, 1993).

- **Médicos:**

- Dificultad para comprender lo que dicen.
- Sospechas de mala praxis.

Esta temática refleja la relación médico- paciente en la cual se ve afectada la comunicación.

Las mamás tienen dificultades para comprender lo que dicen pero no porque usen un lenguaje técnico sino porque no les brindan la información adecuada, la información general o al menos la que ellas necesitan. Esto las confunde y las hace entender menos sobre lo que pasa y las lleva a sospechar de mala praxis.

Alejandra: “Estoy muy confundida, no sé ni porque está internada la beba”.

Daiana: Cambiaría: “El tratado de los médicos a los pacientes. Del mío no me puedo quejar, pero yo escuché como le contestaban a Estefanía, y ella está sola acá, lejos de su casa, tendrían que tener más contención o más cosas en cuenta a la hora de contestar”.

Gisela: “Y con el Dr. de ella, el que le hizo la cesárea todavía no he podido hablar, porque no me parece bien que me haya tenido que enterar así.”

Esto refleja los graves problemas en torno a los canales de comunicación, sobre todo cuando la información transmitida es descendente. Las consecuencias de esto son múltiples y diversas, afectando especialmente a los padres del bebé, por lo que la necesidad de cambio u organización de estos canales se vuelve indispensable.

Sabemos que la relación del médico con el paciente está cargada en general de diagnóstico, tratamientos y problemas.

Lo que se puede escuchar del relato de las mamás es quizás un pedido de mayor empatía por parte de los mismos.

Me llamo la atención como ubican la figura del médico con la figura de poder, esa figura inaccesible, de autoridad que inspira temor.

Me encontré con muchas mamás que no querían preguntar por miedo, que no querían saldar sus dudas porque delante de ellas el saber de los médicos las dejaba pequeñas y no querían quedar en ridículo.

Esto me recordaba a las ideas de Foucault en cuanto a que poder y conocimiento son inseparables y como a partir de esto nos manejamos con “verdades normalizadoras” acerca de la figura del médico, el cual podríamos pensar que se maneja con discursos de “realidad objetiva”.

Conocemos que inicialmente el ámbito de la Neonatología fue exclusivamente médico. En nuestro país, hace aproximadamente 15 años se integró al psicólogo en el trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y sin embargo muchos aún carecen de su servicio.

La práctica psi está bastante alejada del discurso médico, por lo cual los servicios psi permanecen con un cierto grado de aislamiento y autonomía, y las más de las veces no hay claros intentos de acercarse a ese discurso médico que también los segrega.

El psicólogo no viene a suplantar al médico, ocupa otra función claramente diferenciada de la del rol de aquel, lo que se busca es la labor en conjunto para favorecer al bebé y su familia. Optar por una posición de cooperación, que se aparte de la lucha de poderes y de la relación establecida en términos de oposición, es promover el cambio hacia una mayor asistencia integrada.

- **Otras temáticas:**
 - Agua caliente en la ducha del baño.
 - Televisor.

Las mamás expresaron la incomodidad y molestia al no tener **agua caliente**. Aquellas que vivían cerca del Hospital podían ir a su casa pero las que vivían lejos se terminaban bañando con agua fría. Lo que aumentaba la probabilidad de que se enfermaran y se les cortara la leche. A su vez podemos hipotetizar que esto acrecentaba la ruptura con su cotidianeidad.

Nadia: “Me he ido a bañar a la casa de mi mamá que queda acá cerquita y me dan unas ganas de quedarme.”

Yesica: Sugerencias: “Que haya agua caliente en la casita. Ayer nos teníamos que hacer tornillo para bañarnos, empezamos a las doce de la noche y eran las dos y todavía no terminábamos, íbamos calentando agua en la tetera y así nos íbamos bañando, que no era un baño total. Antes en el día habíamos preguntado a qué habitación podíamos ir, fuimos a la 3, 6, 7 y 10 y salía fría o estaba rota la cañería”.

También dejaban la sugerencia de que hubiera un **televisor** dentro de la casita para que pudieran entretenerse.

Juana: Sugerencias: “Que haya un tele porque nos aburrimos mucho”.

Carla: Sugerencias: “Un tele para entretenerse un poco más”.

El ítem correspondiente al agua caliente me llevó a descubrir lo indispensable y necesario que es la satisfacción de las necesidades básicas y como en este contexto podía acarrear graves consecuencias su incumplimiento.

A esto se suma la falta de sueño, horas sin dormir, cansancio acumulado, cambios en los hábitos alimentarios y el convivir con otras personas.

Esta situación me llevó a observar que las mamás estaban más pendientes de esto que de la salud y evolución de su bebé. Es decir, eran mayores las quejas y enojos por la incomodidad de estar allí que por la separación de su hijo.

Lo que me hacía pensar que lo institucional bloqueaba la angustia de las mamás, no les daba lugar para que pudieran expresar su dolor ya sea por el riesgo de su bebé o por el

distanciamiento con el mismo. A esto se le agrega el shock y negación de la mamá que trae aparejado la situación.

Este pensamiento lo sostengo porque durante mi estadía en el Hospital y después de haber trabajado con más de 25 mamás, la minoría manifestó el dolor hacia su hijo.

Ganaba ampliamente recurrencia el relato acerca de la inconformidad de estar allí y el anhelo de irse lo más rápidamente.

Me parece que esto es muy significativo y me queda la incógnita de saber si en algún momento esta angustia tapada sale a la luz y si es así, que consecuencias acarrea.

- **Satisfacción con la información recibida y lo trabajado en conjunto:**

Haber trabajado con las mamás, compartir y escuchar su experiencia me permitió entender como la información disminuye la ansiedad, permite entender sus reacciones y tranquiliza.

Si bien mi participación tuvo que ver con ofrecer información general, asesoramiento y contención, al estar en ese lugar sentí que muchas veces cumplí la función de mediadora entre las mamás y los profesionales del servicio.

Tanto médicos como enfermeros están focalizados en su paciente y no tienen en cuenta la historia y expectativas que tenían estas mamás, estas familias respecto al nacimiento de este bebé. Lo que genera la necesidad de la figura del psicólogo y su participación al respecto.

Además debido a que ellos permanecen muchas horas dentro del servicio y llevan años trabajando allí, daba la sensación que normalizaban la situación y no ofrecían la información completa, detalles que para ellos eran insignificantes y que para las mamás tenían un alto poder relajantes y eran indispensables. Recordemos que muchas mamás no conocían la palabra neonatología ni todo lo que implica la Unidad de Cuidados Intensivos.

Esto reforzaba y fomenta la necesidad de generar un lugar para la figura del psicólogo.

Impartir información, responder dudas, ofrecer sugerencias y co- construir su relato beneficia notablemente a la mamá, quién sentía que obtenía mayor protagonismo en el cuidado de su hijo. Así podía interaccionar de una forma más segura y saludable.

Carolina: Lo que más me gustó: “Vos, porque me ayudaste mucho. En entender que yo no tenía la culpa de que hubiera nacido prematuro, me diste fuerzas para seguir adelante, me sirvió mucho porque pude aprender muchas cosas, me alentaste y me diste esperanzas. Me explicaste muchas cosas y por eso fuiste lo más importante para mí. Gracias.”

Marina. “Ojala que puedas ayudar a muchas mamás más tanto como lo hiciste con nosotras, es muy lindo lo que haces”.

Estefanía: “Vos no sabes cuánto me has ayudado, te quiero mucho, gracias”.

CONCLUSIONES

Llegando al final del trabajo, la satisfacción por el camino recorrido es muy gratificante.

Esta investigación ha contribuido a mi crecimiento no sólo académico sino también a nivel personal.

Con el título de este trabajo proponíamos conocer la narrativa de las mamás que tienen a sus hijos internados en Neonatología, lograr un acercamiento a su relato. Situarla en estos términos nos llevó a proponer también la idea de que se trata, en cada caso, de un relato particular construido a partir de narrativas presentes en el contexto en el que se desarrolla la historia de vida de cada mamá.

Poder compartir esta vivencia junto a las mamás, que me hayan brindado un espacio para entrar en su mundo de significados, en su “lenguajear”, fue una experiencia totalmente enriquecedora y de profundo aprendizaje.

La diversidad de historias que surgían en ese momento, con sus múltiples connotaciones, me permitían ampliar y comprender las diferentes miradas que hay de la realidad, como la misma es una construcción particular influida por factores sociales, ideológicos, culturales y económicos.

También esta multiplicidad de historias me regalaba la oportunidad de superar mis expectativas en cuanto a mis preguntas de investigación, ya que sentía que estaba conociendo y recibiendo información jamás imaginada.

Los relatos de las mamás entrevistadas aportaron realidad al planteo teórico perfilado en el trabajo.

Como producto de nuestro trabajo y teniendo en cuenta los análisis realizados y nuestras preguntas de investigación, podemos plantear las siguientes consideraciones y reflexiones al respecto.

Si bien a todas las mamás la experiencia de tener sus hijos internados les resultó fea y dolorosa, muchas rescataron la enseñanza y aprendizaje que la misma les dejó, sobre todo para valorar las pequeñas y esenciales cosas de la vida.

La recurrencia del relato la encontramos mayoritariamente en la temática del “alta”, específicamente en el ítem esperando la noticia y haciendo especulaciones.

Este anhelo por obtener el alta manifestaba la desesperación por querer irse lo más rápidamente del Hospital, ya que las mamás sentían y expresaban que la Institución no les ofrecía comodidad, seguridad ni protección al respecto. Si no más bien, las agotaba, la separaba de su hijo, las cansaba física y psíquicamente, las despojaba de su rol, les quitaba la posibilidad de demostrar su potencia como madre.

Esto las colocaba en un lugar de sufrimiento, donde todo lo bueno, favorable y placentero lo encontraban fuera de la Institución.

Observar este modo de funcionamiento que caracteriza a la Institución nos permitió concluir que operan de una manera “tradicional”, es decir médicos y enfermeros tienen una mayor tendencia a ocuparse de los aspectos tecnológicos de la asistencia, olvidando significativamente la parte humana, quedando así muy alejados de una asistencia integrada y centrada en la familia.

Y quizás debido a este modo de funcionar es que encontramos en el relato de las mamás el pedido de un lugar para el papá, una mayor participación y protagonismo en el cuidado de su hijo, ya que sentían que estaba excluido.

Otro aspecto a rescatar en el relato de las mamás es el compañerismo y solidaridad entre ellas, lo cual generaba múltiples beneficios, sentimientos positivos y el despliegue de sus recursos.

Los autores que estudiamos señalan que cuánto más dolorosa es la experiencia, más alivio se produce por el hecho de compartirla y tener libertad de expresarla. Es peor el miedo a la soledad de no poder compartir el dolor, que el dolor mismo. Y esto quedo registrado en las voces de las mamás. Por lo que inferimos que la buena relación con las otras mamás que se encuentran internadas es un factor que influye poderosamente en la reacción emocional durante su estadía en el Hospital.

Así también otro de los factores que podemos nombrar en relación a lo planteado es el tipo de relación que establecen con médicos y enfermeros. Sin olvidar que donde se asientan los ya nombrados corresponde a la evolución clínica del bebé. De este depende especialmente el propio bienestar de la mamá. El mismo vimos que se vio afectado por las falencias institucionales, al no ofrecer un servicio que satisficiera sus necesidades básicas.

Llegando al final y evaluando mi participación dentro de la Institución, comprendí que brindando información general, generando un espacio para la palabra del otro, escuchando y

co- construyendo diferentes significados de la realidad, se puede ofrecer y brindar un espacio para la salud psíquica del otro como así también herramientas que favorecen su estadía y logran un mayor protagonismo en el cuidado de su hijo.

Al sostener un paradigma asistencial generan la necesidad de la figura del psicólogo y su participación al respecto.

Son muchas las acciones y transformaciones que deben realizarse en cuanto a las políticas, reglas y modos de funcionar de la Institución.

Una que merece mi atención es la de darle un lugar al rol del psicólogo, ya que su utilidad en este marco quedo comprometida.

Sostener a las madres en este proceso podría incluso prevenir conductas disfuncionales o sintomáticas que obstaculizarían el establecimiento del vínculo madre- hijo.

Cercanos al final de estas conclusiones asumo que en una investigación futura sería apropiado definir las preguntas a realizarse en la entrevista en función de otros aspectos que se fueron revelando, para indagar si existe alguna relación entre las expectativas de embarazo de la mamás con la performance en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. También pienso que sería de utilidad trabajar con herramientas estandarizadas para darle mayor validez a los relatos y así poder establecer comparaciones.

Después de haber narrado esta particular historia dejo el final abierto para que nuevas investigaciones acerca de esta temática enriquezcan el presente aporte realizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo Maldonado, J. (2006). Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. *Medicina naturista* (10), 561- 565. Descargado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985597>
- Bagarozzi, D. A y Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Balbi, J. (2004). *La menta narrativa: hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (1990). *El vinculo afectivo*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Bravo Urzúa, C. (2002). *Hacia una comprensión del construccionismo social de Kenneth Gergen*. Descargado el 02 de octubre de 2009 de <http://members.fortunecity.es/matiasasun/gergen1construcc.html>
- Brudezan, M.L. (2003). *Atención Temprana en la niñez: una visión integradora*. Tesis de Lic. Publicada, Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- Cazador, A. (2009). Primer trimestre de embarazo. Descargado el 07 de noviembre de 2009 de <http://www.psicologiaperinatal.com/primer-trimestre-del-embarazo-more-417>
- Chirino Borsani, M.G. (2009). *La construcción de la maternidad en sectores socioeconómicamente desfavorecidos: una perspectiva de género*. Tesina de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- Ciancio Paratore, C. (2001). *Maternidad Adolescente: caracterización del vínculo temprano*. Tesis de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- *Cómo vincularse emocionalmente a su bebé en la UCIN*. (2009). Descargado el 19 de octubre de 2009 de http://kidhealth.org/parent/en_espanol/infecciones/nicu_caring_esp.html
- Díaz, G. I y Ortiz, R.A (2005). *La Entrevista Cualitativa*. Descargado el 15 de diciembre de 2009 de <http://www.geiuma-oax-net/cursos/entrevistacualitativa-pdf>.
- Díaz Olguin, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Descargado el 05 de octubre de 2009 de <http://www.cipra.cl>
- *El embarazo*. (2009). Descargado el 06 de noviembre de 2009 de <http://www.monografias.com>
- Elkaim, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones. En los límites de la sistémica. *Perspectivas Sistémicas. La nueva comunicación*, 42 (1). Descargado el 12 de noviembre de 2009 de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>

- Enciclopedia de Salud del Hospital de Niño Patrocinado por the Dyer Family Foundation. (2009). *Unidad de Cuidados Intensivos*. Descargado el 20 de septiembre de 2009 de <http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/Healths/P05488/Pages/P05511.aspx>
- Espinosa, M. C. (2007). *La escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal como instrumento de capacitación de padres de niños prematuros internados en el servicio de neonatología. Atención Temprana*. Tesina de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- Fava Vizziello, G; Zorzi, C. y Bottos, M. (1993). *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Fernandez Moya, J. (2000). *En busca de resultados: Una introducción a las Terapias Sistémicas*. Mendoza. Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Fundación LACMAT. (2009). ¿Porqué la Lactancia Materna? Descargado el 21 de agosto de 2009 de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia-materna.htm>
- Fundación March of Dimes. (2007). *El nacimiento prematuro*. Descargado el 17 de octubre de <http://www.nacersano.org>
- Gallegos Martínez, J; Montifonseca y Scochi, C. (2007). Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Latino- Americana de Enfermagem*. 15 (02). Descargado el 15 de octubre de 2008 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2a08.pdf>
- García, M. F. (2004). *Incidencia de la lactancia en la constitución subjetiva*. Tesis de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- García Gomez, C. y Montero Ferreira, M. (2005). Una tendencia para pensar e investigar. Experiencia de investigación con una comunidad indígena Wayuu. *Revista Trabajo Social*, (7), 173- 190. Descargado el 16 de octubre de 2009 de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/socila/article/view/8483>
- Gergen, K. (1985). *El movimiento del Construccionismo Social en la psicología moderna*. Descargado el 07 de octubre de 2009 de <http://www.ecoteacher.cl/ecoteacher/archivos/constru-gergen.pdf>.
- Gergen, K. (1996). *La construcción social: emergencia y potencial*. En: Pakman, M (comp). *Construcción de la Experiencia humana*, I, (139-182). Barcelona. Ed. Gedisa.
- Gomez Perez, M. (2008). *Satisfacción marital y comunicación en las parejas que tienen un hijo con discapacidad*. Descargado el 10 de junio de 2009 de: <http://www.cophac.com/download.php?View.5>

- Gonzalez, M. A. (1996). Acerca de la conflictiva familiar en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda* XV, (02), 87-91. Descargado el 10 de octubre de 2008 de <http://www.sarda.org.ar/Revista%20sard%C3%A1/96b/87-91.pdf>
- Gonzalez, M. A; Largaia, M. y Lomuto, C. (2007). *Contención de padres en crisis. Comunicación y manejo de los padres del recién nacido en riesgo de morir*. Descargado el 15 de octubre de 2008 de <http://redalyc.uamex.mx/redalyc/pdf/912/91226407.pdf>
- Gumilla, D. G. (2009). *Particularidades del Relato Depresivo: Un aporte desde la terapia Narrativa*. Tesina de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- Hernández Sampieri, R. (2007). *Metodología de la Investigación cuarta edición*.
- Issler, J.R y Casella, C.A. (2000). *Lactancia Materna*. Descargado el 21 de agosto de 2009 de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia-materna.htm>
- Jaimsky, G. S. (2008). *Cuerpo y construcción psíquica. La seducción primaria en la relación madre- bebé*. Buenos Aires. Ediciones Continente.
- Juttenpeker, N. y Gonzalez, S. (2007). *Desde la hospitalización hasta el alta. Material informativo para padres*. Descargado el 18 de marzo de 2009 de <http://www.apaprem.org.org>
- Juttenpeker, N. y Gonzalez, S. (2007). *Cuidados después del Alta. Material informativo para padres*. Descargado el 18 de marzo de marzo de 2009 de <http://www.apaprem.org.org>
- Kopelioff, N. (2009). *Aspectos psicológicos del embarazo*. Descargado el 07 de noviembre de 2009 de <http://www.planetamama.com.ar/viewnota.php?idnota=831idtema=70idetapa=2>
- *Lactancia Materna, fórmula y alimentos sólidos*. (2009). Descargado el 02 de octubre de <http://www.nacersano.com>
- Largaia, M. (2007). Especialidad Neonatología. Fundamentación y definiciones. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda* vol.26 n° 004, 146-147. Descargado el 16 de septiembre de 2009 de <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Largaia, M., Lomuto, C. y Gonzalez, A. (2007). *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires. Fundación Neonatológica para el Recién nacido y su familia.
- Largaia, M. (2007). *Maternidades centradas en la familia*. Descargado el 15 de agosto de 2009 de <http://www.sarda.org.ar/html/modelo.htmAcciónI>.

- *Línea histórica de la Neonatología.* (2009). Descargado el 15 de octubre de 2009 de <http://www.ucineo.com.ar/lineahist-3.htm>.
- León, B; Poudereuxmozas, M. y Belaustegui, A. (2005). *Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros.* Descargado el 13 de octubre de 2008 de <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol16-n2-art7-intervención-psicológica>
- *Manual de enfermería en Neonatología.* (2008). Descargado el 10 de junio de 2009 de <http://www.aibarra.org/Neonatología/cap.1/defanit.htm>
- Marcus, B. y Juttenpeker, N. (2008). *El pequeño bebé de la familia conejo.* Descargado el 10 de octubre de 2008 de <http://www.apaprem.org.ar/textos/cuento%20%20colorear.pdf>
- Martínez, J.C. (1993). *El bebé prematuro y sus padres.* Medicina y amor. Buenos Aires. Ed. Lidiun.
- Martínez, J.L. (2008). Historia de la Neonatología y los desafíos del siglo XXI. *Revista Médica Clínica Condes* 19 (3), 152-157. Descargado el 15 de octubre de 2009 de http://www.clinicaloscondes.cl/area-academica/pdf/MED_19_3/01NEONATOLOGÍA.pdf
- Maturana, H. R. (1996). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: Pakman, M. (Comp.). *Construcción de la Experiencia Humana I*, (51-138). Barcelona. Ed. Gedisa.
- Mercado, A. (2008). *Grupo de madres durante procesos críticos en torno al nacimiento.* Descargado el 07 de septiembre de 2009 de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2008.pdf>
- Mercado, S. (1994). *¿Cómo hacer una tesis?* México. Editorial Limusa, S.A de C. V Grupo Noriega Editores.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar.* México. Ed. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar.* Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Muniagurria, G. (2008). *Bebés prematuros y padres prematuros.* Descargado el 16 de octubre de 2008 de <http://www.apaprem.org.ar/textos/Bebes%20%20prematuros%20y%20padres%20prematuros.doc>

- Muniagurria, G. (2008). *Los hermanos del bebé internado*. Descargado el 16 de octubre de 2008 de <http://www.apaprem.org.ar/textos/LOS%20HERMANOS%20DEL%20BEBE%20INTERNADO.doc>
- *Nacimiento Prematuro*. (2009). Descargado el 29 de agosto de 2009 de http://www.nacersano.org/centro/9388_9917.asp
- Novoa, J.; Milad, M.; Vivanco, G.; Fabres, J. y Ramirez, R. (2009). Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. *Revista Chilena de pediatría*. V80 n (2); 168-187. Descargado el 07 de noviembre de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062009000200010script=scl_arttexting=e.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre- hijo*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Oiberman, A. y Fiszlelew, R.T. (1995). *Fuimos y seremos... una aproximación a la psicología de la primera infancia*. Buenos Aires. Editorial de la Universidad de la Plata.
- Pallas Alonso, C. R. (2007). Percepciones de los padres. Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal. Descargado el 15 de octubre de 2008 de <http://www.quenonosseparen.info/documentos/lospadres.pdf>
- Pittman, F. (2002). *Momentos decisivos. Tratamientos de las familias en situación de crisis*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Ramos, M.L. (2000). *Embarazo y relación madre-hijo*. Tesis de Lic. Publicada. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- Rodríguez, D. y Cernadas Ceriani, J. (2006). *Bebés Prematuros*. Buenos Aires. Ed. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Roqués, V. (1999). *Manual para padres con niños prematuros*. Descargado el 12 de abril de 2009 de <http://www.prematuros.info>
- Rossel, K.; Carreño, T. y Maldonado, M.E. (2003). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Revista chilena de pediatría*. Vol73, 15-21. Descargado el 15 de octubre de 2008 de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci-arttextpid=S0370>
- Rozo Castillo, J.A. (2002). *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia?* Descargado el 10 de noviembre de 2009 de <http://www.psicologíacientífica.com/bv/psicología-104-6-la-terapia-desde-el-punto-de-vista-del-construccionismo-social-tiene-algun-sentido-la-terapia.html>

- Ruiz, A.L; Cernadas, J; Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). *Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención*. Descargado el 16 de octubre de 2008 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103nla08.pdf>
- Sabino, C. A. (1998). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Buenos Aires. Editorial Lumen/Hvmanitas.
- Scelza, M. (2008). *Combatiendo al enemigo*. Descargado el 16 de octubre de 2008 de <http://www.apaprem.org.ar/textos/combatiendo%20al%20enemigo%20mod.doc>
- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción del sí mismo. En: Pakman, M. (Comp). *Construcciones de la Experiencia Humana, I*, (213-225). Barcelona. Ed. Gedisa.
- Soifer, R. (1973). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires. Ediciones Kargieman.
- Vega, E. I. (2006). *El psicoterapeuta en Neonatología: Rol y estilo personal*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Vergara Quintero, M.C. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Rev. Latinoamericana Ciencias Sociales niñez* (1), 55-80. Descargado el 20 de agosto de 2009 de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- Waisman, M. (2000). La iniciativa hospital amigo de la madre y el niño como una estrategia de humanización: aprender de la experiencia. *Rev. Del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda* vol. 19 n° 04. Descargado el 10 de junio de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Warhus, L. (2001). *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Descargado el 05 de octubre de 2009 de <http://www.productivedialogue.net/upload/publications/15042009113127.pdf>
- White, M. (1993). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona. Ed. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Zlachevsky Ojeda, A. M. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Limite* (10), 47-64. Descargado el 28 de julio de 2009 de <http://www.limite.uta.cl/sumarios/indices/archivos/n10/3.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

CONTACTO INICIAL

Fecha:

Nombre y apellido de la madre:	Nombre y apellido del padre:	Nombre y apellido de su bebé:
Edad:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Estudios:	Estudios:	Peso al nacer:
Ocupación:	Ocupación:	Edad Gestacional:
Domicilio:	Domicilio:	Peso Actual:
Estado Civil:	Estado Civil:	Alimentación:
Número de hijos:	Número de hijos:	

1- Horarios y días de los cuales usted dispone- puede visitar a su bebé.

.....
.....
.....
.....

2- Horarios y días de los cuales el papá del bebé puede visitarlo.

.....
.....
.....
.....

3- ¿Por qué está su bebé internado?

.....
.....
.....
.....

4- ¿Qué sintió cuando le dijeron que su bebé debía estar internado?

.....
.....
.....
.....

5- ¿Cuál es la relación con las otras mamás que tienen a su bebé internado?

.....
.....
.....
.....

6- ¿Charla con las enfermeras y médicos sobre cómo debe actuar con su bebé? ¿Cómo es su relación con los mismos?

.....
.....
.....
.....

7- ¿Le interesa trabajar en conjunto con alguien del área de psicología para lograr conocer más sobre qué necesita su bebé y cómo ayudarlo?

.....
.....
.....
.....

ANEXO II

Momentos posteriores al nacimiento del bebé: Algunas sugerencias a los padres.

- Expresen sus sensaciones de confusión e incertidumbre al médico que les brinde la primera información posterior al nacimiento. Conocer sus sentimientos, será de gran utilidad para adecuar la información a sus posibilidades de comprensión en esos primeros momentos tan angustiantes.
- Es probable que tenga sensaciones de no estar adecuadamente informado: recuerden que los tiempos emocionales no suelen coincidir con los tiempos objetivos. Pregunten siempre que tengan dudas, soliciten que se les reitere la información: ninguna pregunta es tonta o superficial, puede no haber respuestas acabadas a sus preguntas, pero aún esta respuesta será más tranquilizadora que la pregunta no formulada.
- Tomen nota de los nombres de los primeros referentes profesionales con los que se contactaron: Neonatólogo a cargo del informe, Jefa de enfermeras, enfermera a cargo del bebé en cada turno. Es importante saber a quién dirigirse para recibir la información adecuada.
- Para los informes puede llegar a serles de utilidad, anotar previamente algunas preguntas que quisieran hacer. Recuerden que el impacto emocional, suele enlentecer la capacidad de pensar, razonar y recordar.
- Es probable que la primera visita a la Unidad no sea sencilla, pueden sentirse inhibidos, impotentes, confundidos, pueden querer contactarse con el bebé rápidamente o no. No hay conductas buenas o malas. Cada madre y padre, irán poniendo en juego los recursos adaptativos que puedan, y en los tiempos personales de cada uno.
- Es probable que al principio no pueda dejar de mirar y controlar los monitores y que les cueste ver al hijo atrás de todos los cables y sondas, de a poco esto irá cediendo. Dense tiempo, pregunten, infórmense.
- Confíen en el personal: así como sus funciones de madre y padres son insustituibles, las de médico y enfermera también lo son.
- Las capacidades interactivas de un bebé prematuro son diferentes a los de un bebé nacido a término. Recuerden que es probable que se mantenga más tiempo dormido, y que sus intercambios con el medio sean más limitados.
- Si el bebé se encuentra estabilizado en sus funciones vitales, los invitarán a tocarlo, si es su tiempo de hacerlo recuerden que muchas veces la caricia que necesitará es diferente a la conocida: apoyen su mano dándole soporte, un soporte parecido al que las paredes del útero le daban en la panza. Ofrezcanles su dedo para que pueda tomarlo.

- Si aún no pueden tocarlo, háblenle con voz suave, díganle que están ahí, a su lado, cántenle si lo desean. Los bebés escuchan y sienten. Su presencia tiene un alto poder relajante y analgésico para el bebe.
- No se impongan conductas, ni tiempos de estadía en la Unidad. Muchas de las U.C.I.N cuentan con horarios de visita irrestrictos para los padres, dado que se ha demostrado la importancia de la presencia de los padres para la salud del vínculo: estén lo que se pueda estar, hagan lo que puedan hacer, ustedes también se están adaptando.
- Si lloran al ver a su hijo, no se culpen por ello. Lo natural es que se sientan emocionados y angustiados. Que afloren sus lágrimas no va a dañar a su bebé, lo que hace daño es la angustia contenida. Lo que no se expresa por los canales naturales del cuerpo: los ojos para llorar, la boca para hablar de lo que sentimos, suele tener que buscar otras formas “forzadas” de evacuación. (Enfermedad del cuerpo).
- Si tuviera un acceso de llanto abrupto e incontrolable, recuerden que pueden salir, desahogarse con libertad y volver a entrar las veces que quieran.
- Es habitual que emocionalmente tengan muchos sentimientos intensos y encontrados: ansiedad, angustia, confusión, enojo con la vida, culpa, desazón. Compártanlos, exprésenlos.
- A veces, el entorno familiar no le es sencillo comprender qué es lo que pueden estar sintiendo, ni tolerar el sufrimiento de sus seres más queridos. Con la idea de ayudarlos pueden pedirles que se mantengan fuertes, que no se angustien...la ayuda entonces puede convertirse en otra presión más.
- Reúnanse con los otros padres que tienen a sus hijitos internados en la Unidad: quién mejor que ellos para comprender y compartir lo que pueden estar sintiendo.
- La compañía de referentes afectivos cercanos, es muy importante: díganles en qué pueden ayudarlos, ocuparse de la casa, de otros hijos si los hubiera, de trámites no personales, etc., ésta también es una manera de recibir afecto.
- Involúcrense cada vez más con el cuidado de su hijo, estén abiertos a ir conociendo sus particulares necesidades, gustos, molestias.
- Pidan ayuda cuando la necesiten y recuerden que, los profesionales del área psicosocial trabajan para que les sea posible construir un vínculo satisfactorio con sus hijos aún en circunstancias y entornos adversos.

LACTANCIA

Los mejores motivos para dar pecho

La lactancia trae una infinidad de beneficios y, cada vez más, los médicos, psicólogos y educadores descubren nuevas ventajas que prueban que amamantar es simplemente lo mejor que una madre puede hacer por su pequeño.

Para el bebé:

- La leche materna es el alimento más nutritivo que hay. Ningún otro alimento o leche es más sano durante los primeros seis meses de vida. La Academia Americana de Pediatría recomienda dar el pecho al bebé por un año. Generalmente, los alimentos sólidos se introducen entre los cuatro y los seis meses, pero los bebés obtienen todavía una cantidad significativa de nutrientes de la leche materna.
- Los bebés que maman pecho padecen menos infecciones y molestias, tienen menos hospitalizaciones y se recuperan más rápidamente cuando se enferman.
- La leche materna mejora la capacidad intelectual del bebé y ayuda a que crezca y se desarrolle mejor.

Para la madre:

- La lactancia ayuda a que la matriz regrese más rápidamente a su tamaño normal.
- La lactancia ayuda a la madre a bajar de peso y a recuperar su forma. La lactancia ayuda a prevenir el cáncer de los ovarios y algunas clases de cáncer del seno. Las hormonas producidas al dar el pecho ayudan a relajar y estimulan el "instinto maternal".
- La lactancia prolonga la ausencia de la menstruación.
- La leche de pecho es gratis. Alimentar al bebé con fórmula cuesta un promedio de \$1.400 al año.
- La leche materna no exige preparación y está siempre lista para servir.

La falsa información crea mucha confusión

Si los beneficios son tantos, ¿por qué, aún así, hay muchas mujeres que no amamantan? Muchas veces, la falta de información hace que muchas madres no den el pecho a sus bebés o que dejen de hacerlo demasiado temprano. Las siguientes son algunas de las falsas creencias que impiden que más mamás y bebés disfruten los beneficios de la lactancia.

El amamantar te dejará los pechos "caídos".

Falso. El aumento de peso durante el embarazo y el consecuente estiramiento de los ligamentos de los pechos es lo que hace que los pechos se vean más caídos después de dar a luz, y no el amamantar en sí. Si usa un sostén o brasier con el soporte apropiado, sus pechos se mantendrán más firmes.

Dar el pecho es doloroso y se te agrietan los pezones.

Falso. El dolor, agrietamiento de los pezones y otros problemas que algunas mujeres experimentan sólo ocurren cuando el bebé no está mamando correctamente, y se corrigen fácilmente con la orientación adecuada.

Si das el pecho, tu marido no podrá "participar" en la crianza del bebé.

Bueno, su marido ciertamente no podrá amamantar, pero hay muchísimas otras cosas que el papá puede hacer con el mismo cariño y dedicación, como cambiar y bañar al bebé, consolarlo cuando llora, sacarlo de paseo y, más adelante, hasta prepararle y darle sus primeras papillas.

Los bebés que se alimentan de pecho no engordan y siempre tienen hambre.

Falso. La leche materna es más fácil de digerir, por eso la mayoría de los bebés que maman pecho comen más seguidamente, pero eso no significa que no estén recibiendo la cantidad de leche apropiada. Además, la salud del bebé no depende de que se vea gordito.

Los biberones son mejores porque te indican exactamente cuánta leche se toma el bebé.

Falso. La verdad es que lo más importante no es medir la cantidad de leche que el bebé toma, sino dejarlo tomar la cantidad que él o ella necesite para saciarse. Por lo general, el bebé tomará toda la leche que necesita si usted le ofrece los dos pechos cada vez que lo alimente, y le permite vaciarle por lo menos el primer pecho completamente.

Si das de lactar vas a estar "atada" al bebé y no podrás trabajar.

Falso. Hoy en día existe una gran variedad de bombas para extraer leche, las cuales permiten que la madre se saque la cantidad necesaria para alimentar a su bebé mientras ella esté fuera. Muchos empleadores permiten que las madres se saquen leche en el trabajo, ya que saben que la lactancia mantendrá a sus bebés más sanos y esto hará que las madres falten menos.

Se te secará la leche y el bebé llorará mucho.

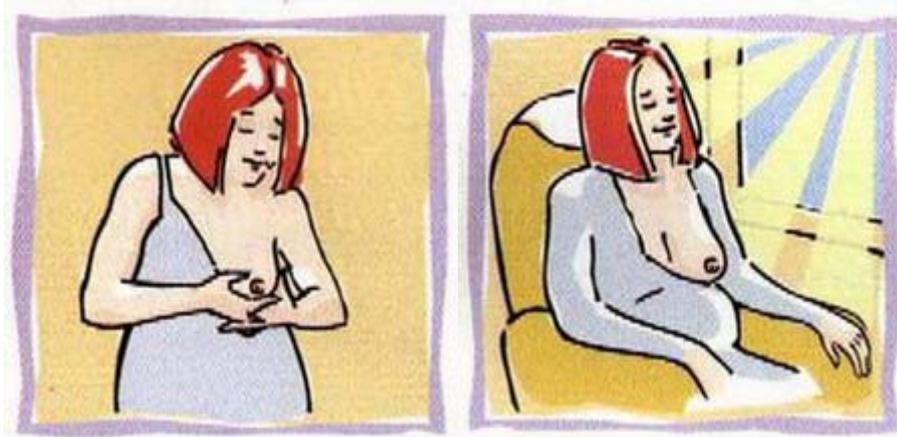
La leche no se "seca" por sí sola, ni con el tiempo. Lo que muchas veces ocurre es que al ofrecerle agua, jugos, té o leche artificial al bebé, este se sacia y empieza a mamar menos cuando se le da el pecho, y deja de estimular la producción de leche materna. Poco a poco, la mamá empieza a producir menos leche... y se acaba la lactancia. Hasta los seis meses de edad la mayoría de los bebés no necesitan ningún otro alimento o líquido para desarrollarse saludablemente, ¡ni siquiera agua!

Cuando surgen dificultades...

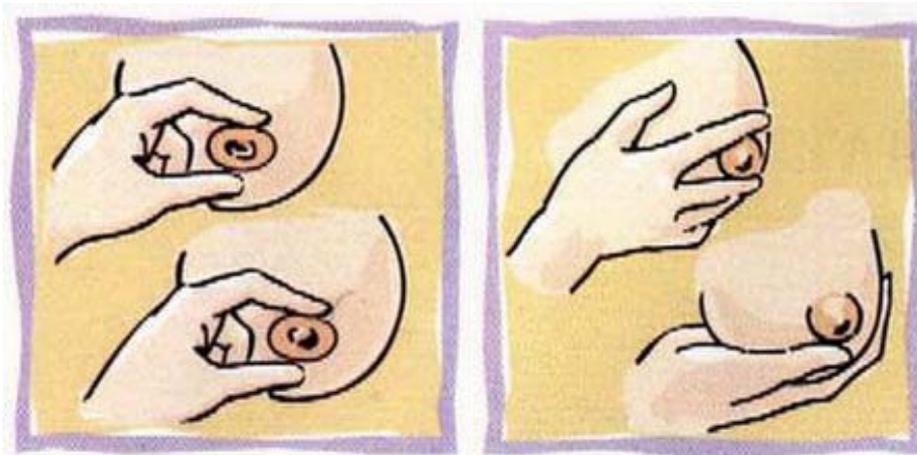
Si fuera a bailar con una nueva pareja por primera vez, ¿no tendrían que practicar un poco hasta lograr moverse al mismo compás? La lactancia es como una danza entre la madre y el bebé, donde cada paso y cada movimiento son algo nuevo para los dos. Por eso, aunque la mayoría de las mujeres logran amamantar sin complicaciones, algunas necesitan un poco más de práctica, y a veces hasta la ayuda de profesionales, para "aprender los nuevos pasos".

La mayoría de los problemas ocurren cuando el bebé no mama en la posición correcta, lo cual puede causar desde pezones adoloridos hasta una baja producción de leche. Muchas veces la madre logra superar las dificultades siguiendo las instrucciones de un buen libro, pero casi siempre lo ideal es consultar con una especialista en lactancia, quien le observará mientras amamanta y le ayudará a identificar y a corregir el problema.

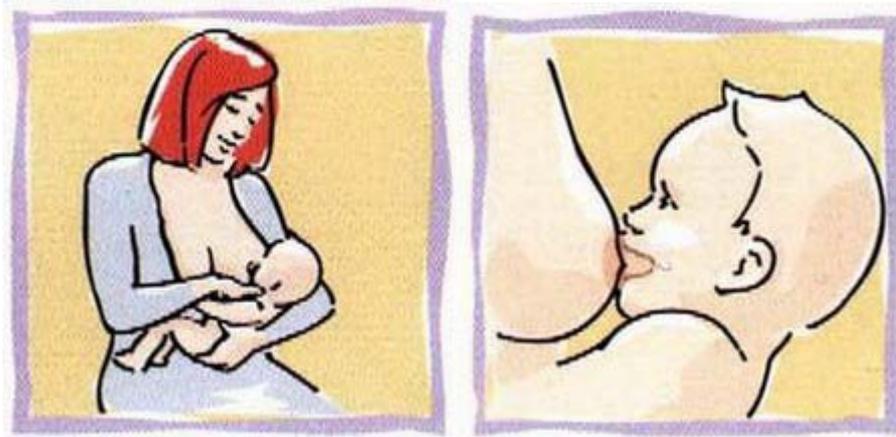
Durante el embarazo es importante conversar con el profesional que te asiste sobre el estado de tus pezones, formas posibles de parto y sobre tus deseos y temores o dudas que tengas al respecto.



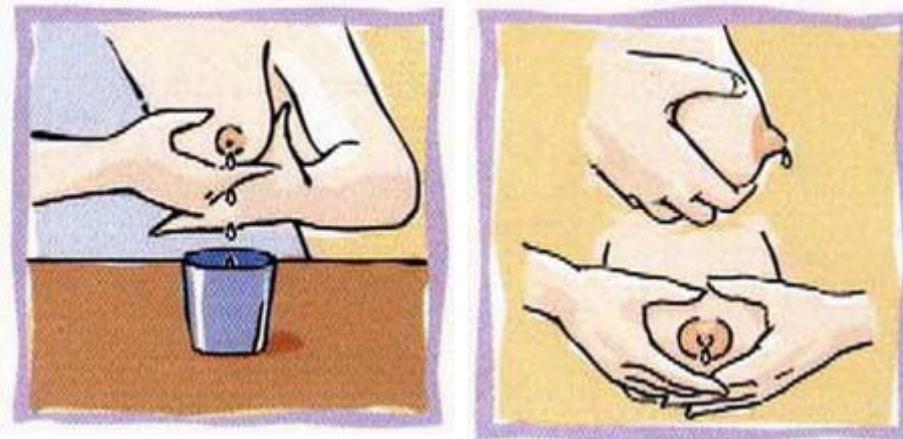
Para preparar, fortalecer y lubricar tus pezones sólo necesitas ALAS: Aire, Leche, Agua y Sol. Los pezones planos o invertidos no impiden amamantar, el bebé a través de la succión será el mejor formador del pezón. Infórmate, pregúntale a tu médico.



Al apoyar suavemente el índice por encima de la areola y sostener el pecho con los otros dedos, el pezón se dirige hacia adelante o ligeramente hacia abajo en una correcta posición. Es fundamental buscar una posición cómoda, con la espalda y los brazos bien apoyados y distendidos. Coloca a tu bebé bien pegado y enfrente a tu cuerpo "panza con panza" para que no tenga la cabecita girada.



Una buena prendida evita grietas, verifica que los labios del bebé estén invertidos tomando una gran parte de la areola del pezón. Escuchar que tu hijo traga y ver que no se le hundan las mejillas son índices simples de observar que señalan que el bebé está comiendo. Podes seguir amamantando cuando te incorpores al trabajo. Dos semanas antes empezá a extraerte leche de la forma que sea más fácil y en los momentos de mayor producción, como después de cada mamada, de noche o cuando sea conveniente.



La leche extraída en el día se recoge en un mismo envase limpio y se puede conservar en la heladera por 24 a 48 horas. Y en el freezer más de 3 meses. Descongelar bajando la cadena de frío, entibiar a baño maría, agitar y ofrecer al bebé en vaso o cucharita o como le resulte más cómodo a la persona que lo alimentará. Descartar lo que no tome. Amamantar a los hijos es una decisión a tomar estando bien informada. Acércate a tu médico, a una amiga, a la vecina que amamantó, o a un grupo de apoyo a la lactancia.

La leche de la madre es el mejor alimento para el bebé y ningún alimento preparado puede reproducir sus propiedades. La leche materna satisface mejor las necesidades nutricionales del bebé, está siempre disponible, a la temperatura ideal, libre de contaminación y es la única que brinda al bebé protección inmunológica. Al amamantar, el estrecho contacto físico entre la madre y su bebé refuerza el vínculo afectivo y beneficia emocionalmente a ambos. Cuál es el tiempo ideal de lactancia? Según la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, y de acuerdo con investigaciones científicas, lo ideal es practicar la lactancia materna EXCLUSIVA (sin agregado de agua ni jugos ni té ni nada) hasta los seis meses de edad, y continuar amamantando con el agregado de alimentos complementarios adecuados, seguros y accesibles, hasta los dos años de edad o más.

♥ LOS HERMANOS DEL BEBE INTERNADO



El nacimiento de un hermanito antes de tiempo y que, además, requiere de internación no es una situación fácil de comprender ni de aceptar

Si son muy pequeños lo que más extrañarán será la presencia permanente de sus padres; los más grandecitos también podrán mostrar preocupación por la salud del bebe, mostrar indiferencia o cambios en las conductas habituales.

A veces, los papás pueden pensar que no hablar con sus otros hijos de la salud del bebé y el motivo de su internación es una manera de protegerlos.

A veces algunas mamás aprovechan que luego del parto conservan algo de panza para decir a sus otros hijos que el bebé no ha nacido. Sin embargo, por muy pequeños que sean, los nenes presienten que algo está pasando y no es bueno mentirles. Lo ideal es contarles la verdad y explicarles, de acuerdo con la edad del niño y su capacidad de comprensión, lo que está sucediendo. Por otro lado, guardar un secreto de tal magnitud requiere un gran gasto de energía. Si los padres pueden hablar con sinceridad se sentirán más relajados y no estarán pendientes de sostener una mentira.

Es importante conocer que lo mejor para cualquier persona, independiente- mente de su edad, es **estar informado**. La información disminuye la ansiedad, permite entender el por qué de las reacciones de los otros y tranquiliza.

Cabe recordar que para los más chicos las cosas existen en la medida en que pueden verlas...Por eso encontrarse en su casa con la cuna vacía los confundirá, pese a las múltiples explicaciones que ustedes les den. Además, según la edad, algunos niños tampoco entenderán con claridad cuando se les diga que el hermanito llegará en “tanta cantidad de días”.

Es muy importante que puedan comunicarse con sus hijos de una manera sincera, realista y adaptada a sus capacidades evolutivas.

Es necesario hacerlos participar de lo que está sucediendo. Por ejemplo, se les puede pedir que hagan un dibujo para poner en la incubadora, que vayan de visita a la Unidad, es decir incentivarlos para que interactúen con el bebé.

♥ Algunos sentimientos y cambios de conducta habituales en los hermanos

Confusión: el hecho de que el bebé haya salido de la panza de la mamá antes de tiempo puede generar confusión. Así como los papás no se encontraban preparados, los hermanos tampoco. Las preocupaciones y preguntas pueden girar en torno a por qué el bebé nació tan pronto, por qué debe permanecer en el hospital lejos de su familia, por qué mamá y papá están tristes y preocupados.

Enojo: la distancia real y emocional de sus padres, el gran cambio en las rutinas, puede generar sentimientos de enojo. Esto puede verse en conductas desafiantes, irritabilidad, llantos frecuentes, agresión directa a los padres en niños más pequeños,

etc. Habrá que considerar que tal vez sea la forma de decir: aquí estoy! Présteme atención!

Celos: por sentir que el bebé ocupa toda la atención de sus padres

Culpa: los niños pueden pensar que sus celos provocaron los problemas por los cuales el bebé necesita quedarse internado

El impacto de la internación produce fuertes emociones en todos los miembros de la familia.

Los niños suelen expresar sus dudas y malestar con cambios en las conductas tales como: dificultades para separarse de sus padres ,llanto o enojo; desobediencia; caprichos; conductas regresivas; problemas con la alimentación y sueño , descenso en el rendimiento escolar, aislamiento del grupo de amigos, etc.

Nada de esto es anormal ni definitivo, son reacciones esperadas que sólo necesitan de la comprensión y paciencia de la familia. El niño necesita saber que, pese a estos cambios, sigue siendo muy querido por sus padres.

♥ Algunas ideas para hablar con sus hijos

♦ Si el bebé ha nacido prematuro:

Se les puede explicar que el hermanito salió de la panza de la mamá antes de haber aprendido a hacer bien algunas cosas muy importantes para poder vivir fuera de ella, como respirar solito, poder tomar la teta, etc. Por eso debe quedarse en el hospital al cuidado de los médicos que, con aparatos especiales, lo ayudan a respirar sin cansarse, a alimentarse, hasta que crezca más y pueda empezar a hacerlo sin ayuda. En ese momento estará listo para ir a casa.

♦ Si el bebé ha nacido enfermo:

Es importante contarles que esta enfermedad es **especial de bebitos recién nacidos**, ya que algunas veces cuando uno solamente dice “*el bebé nació enfermo y por eso tiene que quedarse en el hospital para que los doctores lo curen*”, los niños pueden pensar que estas enfermedades son similares a las que ellos han transitado, gripes, diarreas, etc. Esto puede confundirlos y hacerlos pensar que si ellos si enferman de estas dolencias habituales, van a ser internados, generando temor de ser separado de sus padres para ser asistidos en el hospital.

♥ Preparando la visita al hermano

Los hermanos pueden visitar al bebé internado; conversen con los médicos para escoger el momento más adecuado de la visita.

Es importante que ustedes se sientan en condiciones emocionales de brindar contención a los hermanos del bebé para determinar el momento de la primera visita.

Previo a la visita, asegúrense que los niños estén en perfecto estado de salud.

Antes de ingresar, los niños deberán cumplir con las normas de higiene que rigen a la Unidad.

Si por el momento no desean utilizar la opción de visita, pueden tomar una foto del bebé para que los hermanos puedan empezar a conocerlo y generar un espacio para que hagan preguntas y evacuen sus dudas.

Previo al ingreso es conveniente explicar a sus hijos qué aspecto y tamaño tiene el bebé. Describan la incubadora y equipos que rodean al bebé. Algunos niños pueden pensar que los cables adheridos al bebé lo lastiman, aclárenles que esto no es así.

Para la mayoría de los niños los aparatos de la Unidad no son atemorizantes como para los padres, en general suelen provocarle curiosidad, explíquenles su funcionamiento y utilidad para el bebe, de acuerdo a la edad.

Pueden explicarles que algunos equipos tienen alarmas que suenan para avisar a los doctores lo que el bebé necesita en cada momento.

Cuéntenles que no podrán tocar por ahora al bebé, que el hermanito estará muy contento de su visita y que habrá que esperar a que esté más grande y fuerte para poder tocarlo.

Avísenles que la visita tiene que ser corta y anticipenles quién será el familiar /amigo de la familia que los llevará de vuelta a casa.

Después de la visita pueden surgir diferentes reacciones en los niños, algunos harán preguntas, otros no; la mayoría se sentirán aliviados por haber podido conocer al hermano y conocer al lugar que sus padres van todos los días

La conducta de sus hijos irá guiando la información que necesitan seguir recibiendo, la única regla a seguir es: **contestar con honestidad, dar información adaptada a sus posibilidades comprensivas y mostrarles que el cariño hacia ellos permanece inalterable.**

Comenten a sus hijos que, si lo desean, pueden hacer un dibujo y/o carta para el hermano para colgar en su incubadora; de esta forma se sentirán que pueden participar de alguna manera y que no han perdido protagonismo

♥ Algunas recomendaciones

♥ Es importante que, dentro de lo posible, puedan conservar las rutinas de sus hijos como por ejemplo seguir concurriendo al jardín/colegio, actividades que desarrollen, encuentros con amiguitos, etc. Para esto será muy importante solicitar ayuda a aquellos familiares que habitualmente tienen mayor contacto con los niños.

♥ Otra ayuda importante la puede brindar la maestra de los niños. Envíenle una pequeña nota explicando la situación y pidiendo su contención y observación detallada en relación a los cambios de conducta que puedan presentar sus hijos. Esto alivia mucho no solo a los niños, que se sentirán especialmente acompañados, sino también a los padres.

♥ Aunque se encuentren cansados, lo cual es esperable , traten de pasar pequeños momentos exclusivos con sus otros hijos. Pueden leerles un cuento antes de ir a la cama, compartir una charla durante el baño diario, salir a hacer una compra diaria en su compañía, etc.

♥ Puede resultar muy útil poner un calendario o confeccionarlo junto a ellos, para ir marcando los días que van transcurriendo de internación. Esto es muy favorable para los niños más pequeños, pues todavía no tienen una noción clara del paso del tiempo

♥ A veces, los padres creen que ocultar totalmente sus sentimientos de preocupación y tristeza es favorable para los niños, sin embargo la mayoría de las publicaciones al respecto sostienen que para el niño es mucho más claro y tranquilizador poder ver que los padres se sienten tristes de tener que estar separados de sus hijos o preocupados si su salud no está bien. Esto demuestra que los quieren mucho y por eso se preocupan tanto.

♥ Los niños pueden presentar conductas desajustadas, cambios en sus hábitos de sueño y/o alimentación, etc. Esto es esperable en el marco de la situación de crisis que toda la familia está viviendo. Bríndenles paciencia, contención, seguridad, de a poco estos desajustes irán cediendo. Si notan que les es difícil manejarlo, no duden en consultar.

¿Zanahoria, Huevo o Café?

El oro para ser purificado debe pasar por el fuego y el ser humano necesita pruebas para pulir su carácter. Pero lo más importante es; Cómo reaccionamos frente a las pruebas.

Una hija se quejaba a su padre acerca de su vida y cómo las cosas le resultaban tan difíciles. No sabía cómo hacer para seguir adelante y creía que se daría por vencida. Estaba cansada de luchar. Parecía que cuando solucionaba un problema, aparecía otro.

Su padre, un chef de cocina, la llevó a su lugar de trabajo. Allí llenó tres ollas con agua y las colocó sobre fuego fuerte. Pronto el agua de las tres ollas estaba hirviendo. En una colocó zanahorias, en otra colocó huevos y en la última colocó granos de café. Las dejó hervir sin decir palabra.

La hija esperó impacientemente, preguntándose qué estaría haciendo su padre.

A los veinte minutos el padre apagó el fuego. Sacó las zanahorias y las colocó en un bowl. Sacó los huevos y los colocó en otro bowl. Coló el café y lo puso en un tercer bowl. Mirando a su hija le dijo: "Querida, ¿qué ves?" "Zanahorias, huevos y café" fue su respuesta.

La hizo acercarse y le pidió que tocara las zanahorias. Ella lo hizo y notó que estaban blandas. Luego le pidió que tomara un huevo y lo rompiera. Luego de sacarle la cáscara, observó el huevo duro. Luego le pidió que probara el café. Ella sonrió mientras disfrutaba de su rico aroma.

Humildemente la hija preguntó: "¿Qué significa esto, Padre?" El le explicó que los tres elementos habían enfrentado la misma adversidad: agua hirviendo, pero habían reaccionado en forma diferente. La zanahoria llegó al agua fuerte, dura. Pero después de pasar por el agua hirviendo se había vuelto débil, fácil de deshacer. El huevo había llegado al agua frágil. Su cáscara fina protegía su interior líquido. Pero después de estar en agua hirviendo, su interior se había endurecido. Los granos de café sin embargo eran únicos. Después de estar en agua hirviendo, habían cambiado al agua.

"¿Cual eres tú?", le preguntó a su hija. "Cuando la adversidad llama a tu puerta, ¿cómo respondes? ¿Eres una zanahoria, un huevo o un grano de café?"

¿Y cómo eres tú, amigo? ¿Eres una zanahoria que parece fuerte pero que cuando la adversidad y el dolor te tocan, te vuelves débil y pierdes tu fortaleza? Eres un huevo, que comienza con un corazón maleable? Poseías un espíritu fluido, pero después de una muerte, una separación, un divorcio o un despido te has vuelto duro y rígido? Por fuera te ves igual, pero ¿eres amargado y áspero, con un espíritu y un corazón endurecido? ¿O eres como un grano de café? El café cambia al agua hirviendo, el elemento que le causa dolor. Cuando el agua llega al punto de ebullición el café alcanza su mejor sabor. Si eres como el grano de café, cuando las cosas se ponen peor, tú reaccionas mejor y haces que las cosas a tu alrededor mejoren. ¿Cómo manejas la adversidad? ¿Eres una zanahoria, un huevo o un grano de café?

Diploma a la mejor mamá del mundo



Este diploma reconoce a
 como una madre excelente, cariñosa,
 atenta, simpática, mimosa, dulce,
 hermosa y que ama a
 con todas las atenciones habidas y
 por haber.



..... de del 20....

MAMÁ

Durante 9 meses
 me acogiste en tu seno,
 Sin importar el dolor
 Que causaba a tu espalda.
 Día y noche me cantabas,
 Día y noche me hablabas,
 Y al sentir el latido de tu corazón
 Con ternura me arrullabas
 Cuando me sentí en tus brazos,
 La emoción me embargaba,
 Tome tu dedo con mi mano,
 Te apreté tan fuerte
 Para que jamás me dejaras,
 Hoy ya no tomo así tu mano
 Porque con la misma fuerza
 Que me aferre una vez a ti
 Te aferraste a mis sentidos
 Y llenaste de ternura
 Cada uno de mis latidos.
 Quiero agradecerte
 que estés en mi vida.
 Sé que puedo contar contigo
 en momentos difíciles,
 sé que contigo puedo
 compartir mis alegrías,
 y sé que nuestra amistad
 se sustenta en mutuo amor.
 Que seas mi MAMA y mi AMIGA
 es el más preciado tesoro,
 que agradeceré a DIOS eternamente.
 Gracias por llenar mi vida
 con tanta felicidad.
 Te Amo Mamá!

SOLO EL AMOR DE UNA MADRE

Sólo el amor de una Madre apoyará,
 cuando todo el mundo deja de hacerlo.

Sólo el amor de una Madre confiará,
 cuando nadie otro cree.

Sólo el amor de una Madre perdonará,
 cuando ninguno otro entenderá.

Sólo el amor de una Madre honrará,
 no importa en qué pruebas haz estado.

Sólo el amor de una Madre resistirá,

por cualquier tiempo de prueba.

No hay ningún otro amor terrenal,
más grande que el de una Madre.

“El amor de una madre es
el combustible que hace que un ser humano logre lo imposible”.

¡MUY FELIZ DÍA!

ANEXO III

DURANTE LA ESTADÍA EN EL HOSPITAL

APRENDÍ.....
.....
.....
.....

LO QUE MÁS ME GUSTÓ.....
.....
.....
.....

LO QUE MENOS ME GUSTO.....
.....
.....
.....

CAMBIARÍA.....
.....
.....
.....

LO QUE MÁS EXTRAÑE.....
.....
.....
.....

LO PRIMERO QUE PIENSO HACER CUANDO LLEGUÉ A MI CASA.....
.....
.....
.....

SUGERENCIAS.....
.....
.....
.....

ANEXO IV



