

**DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA  
PREMATURO PERTENECIENTES AL PROGRAMA  
MADRE CANGURO DEL HOSPITAL SAN  
FRANCISCO DE ASIS DE LA CIUDAD DE QUIBDÓ-  
CHOCÓ**



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
LOS LIBERTADORES

**DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA PREMATURO  
PERTENECIENTES AL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE LA CIUDAD DE QUIBDÓ-  
CHOCÓ**

**Por:**

**LUCY ARELLYS ÁLVAREZ ARAGÓN  
CINDY LORENA VIRGUÉZ BERNAL**

**ASESOR:**

**CARMEN ALICIA SEGURA  
Docente**

**UNIVERSIDAD LOS LIBERTADORES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Bogotá, 2013**

**NOTA DE ACEPTACION:**

El trabajo de grado titulado “DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA PREMATURO NEONATO PERTENECIENTES AL PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE LA CIUDAD DE QUIBDÓ-CHOCÓ” presentado por las estudiantes Lucy Arellys Álvarez Aragón y Cindy Lorena Virguéz Bernal, para optar al título de Psicóloga, fue evaluado y calificado como:

-----

**Firma del Jurado**

-----

**Firma del Jurado**

**Bogotá, septiembre de 2013**

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras agradecemos en primera instancia a Dios por prestarnos la salud y sabiduría para llevar a cabo esta investigación. Al Hospital San Francisco de Asís de la Ciudad de Quibdó por facilitarnos sus instalaciones para el desarrollo de la fase de campo de este estudio. Al director del Programa Madres Canguro de Quibdó – Chocó, el médico pediatra **Pedro Luis Álvarez Mena** y su equipo de colaboradores por brindarnos la información requerida, por su amabilidad y colaboración en las visitas. A las madres pertenecientes al Programa por narrarnos sus experiencias con sus bebés prematuros y por permitirnos hacerlas parte de esta propuesta. A docentes de la facultad de psicología de la Universidad Los Libertadores que de una u otra forma hicieron parte de nuestra formación. A la docente **Carmen Alicia Segura López** por su orientación y aportes en la elaboración del documento y A nuestras familias por su paciencia, comprensión y apoyo.

## **DEDICATORIA**

*Dedico este logro a mi hijo Luis Mario por ser el motor de mi vida, a Mario Cujar Arriaga por motivarme a emprender esta carrera, a mis Hermanas Orianna y Yaira por su apoyo incondicional y a mis padres Pedro Luis Álvarez y Lucia Aragón por estar allí para mí en las buenas y en las malas.*

***Lucy A. Álvarez Aragón***

## TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN .....	5
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN .....	6
3	APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
4	OBJETIVOS .....	11
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	11
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5	MARCO DE REFERENCIA.....	12
5.1	PREMATUREZ .....	12
5.2	MÉTODO CANGURO.....	13
5.3	MARCO LEGAL DEL PROGRAMA MÉTODO CANGURO.....	13
5.4	EQUIPOS ENTRENADOS POR LA FUNDACIÓN CANGURO .....	16
5.5	IMPLEMENTACIÓN MADRES CANGURO EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ-CHOCÓ .....	17
5.5.1	Actividades Realizadas Programa Canguro H.D.S.F.A. ....	18
5.5.2	RESULTADOS DEL PROGRAMA.....	18
5.6	ANTECEDENTES MÉTODO MADRE CANGURO .....	19
5.6.1	NIVEL FÍSICO .....	19
5.6.2	CONTACTO PIEL A PIEL .....	19
5.6.3	ESTUDIO VINCULACIÓN AFECTIVA .....	20
5.6.4	ESTUDIOS APEGOS SEGURO .....	22
6	MARCO TEORICO.....	27
6.1	ENFOQUE SISTÉMICO.....	27
6.1.1	LA NARRATIVA.....	27
6.1.2	La familia y Ciclo Vital.....	29
6.1.3	FUNCIONES DE LA FAMILIA .....	34
6.2	CAPACIDADES PARENTALES, VÍNCULO AFECTIVO Y APEGO.....	35
6.2.1	CAPACIDADES PARENTALES .....	35
6.2.2	EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA .....	40

6.2.3	TIPOS DE APEGO.....	41
6.2.4	LA BIOLOGÍA DE EL APEGO.....	45
6.2.5	DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y PSICOPATOLOGÍA.....	46
6.3	MÉTODO CANGURO.....	49
7	MARCO METODOLÓGICO.....	51
7.1	Fuentes de Información.....	53
7.2	Temporalidad.....	53
7.3	Técnicas e Instrumento de Recolección de Información.....	53
7.4	La observación.....	54
7.5	La Entrevista.....	55
7.5.1	Instrumento.....	57
7.6	Procedimiento.....	58
7.6.1	Fases de la investigación.....	58
7.6.2	Delimitación del campo de estudio.....	59
7.6.3	Universo.....	60
7.6.4	Muestra.....	60
7.6.5	Plan de análisis de la información.....	61
7.6.6	Construcción de Listado de Categorías y Tópicos.....	61
7.6.7	Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas realizadas a las madres.....	62
7.6.8	Descripción de Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas de la diada Madre –Neonato.....	63
7.6.9	Descripción de las categorías de las observaciones no participantes realizadas por las investigadoras.....	64
8	RESULTADOS.....	65
9	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	94
9.1	OBSERVACIONES DE LA SENSIBILIDAD MATERNA EN LA INTERACCIÓN DE LA DÍADA MADRE NEONATO PREMATURO, IDENTIFICANDO ELEMENTOS DE APEGO SEGUROPRESENTES	94
9.2	ANÁLISIS INTERPRETATIVO DEL DESARROLLO DEL VÍNCULO DE APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE NEONATO.....	95
9.3	COMPONENTES DE LA TÉCNICA MADRE CANGURO, QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE-NEONATO.....	97
9.4	OBSTÁCULOS EN EL ESTABLECIMIENTO DEL APEGO SEGURO.....	98
9.5	RECURSOS PERSONALES.....	102

9.6	REDES DE APOYO PRESENTE .....	104
9.7	ANÁLISIS INTERPRETATIVO GLOBAL DEL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE-NEONATO.....	105
10	CONCLUSIONES .....	112
11	SUGERENCIAS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
12	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	117

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas de la diada Madre –Neonato ..... 66

Tabla 2. Categorías y Tópicos de las observación de la diada Madre –Neonato ..... 90

# 1 RESUMEN

Esta investigación se llevó a cabo entre los meses de abril del 2012 y septiembre de 2013, con el fin de determinar el desarrollo del apego seguro y las capacidades parentales en la diada madre-neonato que pertenecen al Programa Madre Canguro en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís de la Ciudad de Quibdó-Chocó.

Para lo cual se planteó la pregunta problema ¿Cómo se desarrolla el vínculo de apego seguro en la diada madre –neonato prematuro pertenecientes al Programa Madre Canguro del Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó-Chocó? y los objetivos el general Describir el desarrollo del apego seguro en la diada madre-neonato que pertenecen al Programa Madre Canguro en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís de la Ciudad de Quibdó-Chocó y los específicos Identificar los componentes de la técnica madre canguro, que intervienen en el desarrollo del apego seguro en la diada madre-neonato; Analizar las capacidades parentales presentes en las madres para desplegarse como base segura para su bebe prematuro; Determinar las redes de apoyo presente de la diada madre-neonato durante el Programa Madre Canguro; Conocer el desarrollo del proceso de vinculación afectiva entre la diada madre-bebe narrada desde las apreciaciones emocionales de las progenitoras, utilizándose una metodología de tipo descriptivo, y por el tipo de información que se recogió es de corte cualitativo utilizándose una muestra poblacional de seis (6) diadas madre-neonato. En este sentido, se realizó la recolección de información que permitió comprender e interpretar de forma integral los significados expresados por medio de la narración de las madres de prematuros. Además de la descripción y análisis del sistema de relaciones en las diadas madre-neonato, las cuales permitieron dar cuenta del desarrollo de la vinculación de apego seguro. De igual forma se indagó en el despliegue de las capacidades parentales presenten en la madre que pertenecen al Programa Canguro.

***Palabras claves:*** *Apego seguro, Madre Canguro, Capacidades Parentales, Sistémico*

## 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Bowlby (1944), visibilizó la necesidad del bebé, de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia. Sustentando que existe, una “necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos” y que esta necesidad acompañaría al ser humano desde “la cuna hasta la tumba”. En esta misma línea, Bowlby (1944) plantea, que “de acuerdo a la evidencia empírica, el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con la madre (o una cuidadora sustituta estable y permanente)”.

Un aporte fundamental a la Teoría de Apego propuesta por Bowlby, fueron las investigaciones de Ainsworth (1967), quien realizó observaciones a bebés, y descubre las diferencias individuales de los pequeños al relacionarse con sus madres; Concluyendo que existían 3 estilos de apego que se relacionaban con el nivel de sensibilidad de las madres frente a las señales emitidas por sus bebés. Los patrones de apego identificados por Ainsworth, daban cuenta de bebés seguros, bebés inseguros y no apegados.

Es de relevancia para esta investigación, el apego seguro “comprendido como una necesidad biológica y relacional en la que el niño(a) busca seguridad y confort en un adulto en momentos de estrés” (Bowlby, 1988; Sroufe, 1996 citados en Lecannelier, 2006). Por consiguiente “la disponibilidad del adulto resulta un factor determinante en el desarrollo y ordenamiento cerebral, al promover la emergencia de sistemas de regulación cerebral, responsables a su vez de la regulación de la conducta, los afectos, cogniciones y otros aspectos fisiológicos” (Schoore, 1994)”. Por lo tanto, un apego seguro proporciona al niño herramientas que fomentan la seguridad, la capacidad de exploración, la regulación del estrés, la resolución de problemas y determina la manera en que él se va a relacionar con el mundo (Bowlby, 1988; Sroufe, 1996 citados en Lecannelier, 2006). En el caso contrario, una relación apego inseguro, evitativos y ambivalente se asociaría significativamente a condiciones clínicas (tales como el maltrato y las psicopatologías). De ahí Bowlby (1954) plantea la importancia del Apego temprano como elemento fundamental en el desarrollo normal del niño, sin embargo, puede ser alterado negativamente dependiendo de factores

ambientales, de la madre y del recién nacido, que rompen con el proceso natural de apego entre la madre y su hijo; es el caso de la prematuridad.

El concepto de prematuridad, se utiliza cuando el parto se produce antes de las 37 semanas de gestación, el niño nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas, haciéndolos más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos). Cabe anotar, que el aspecto físico que presenta el bebé produce un impacto emocional en los padres, ya que se enfrentan a características físicas (el color violeta de la piel, extrema pequeñez, piel extremadamente delicada, ojos saltones y falta de expresividad en el rostro) que no saben afrontar, ocasionando un temor a establecer un vínculo con hijo. (Manual para padres de niños prematuros, 1999). Los obstáculos en el establecimiento de un vínculo oportuno y saludable, pueden llevar a trastornos futuros del desarrollo psicomotor, social, afectivos y de lenguaje. (Tessier *et al.*, 1998).

En el mundo, nacen anualmente 15'000.000 niños prematuros y/o con bajo peso (inferior de 2.500 gr), y mueren 1'000.000 antes de completar el primer año de vida. La condición de prematuro es un problema de salud pública e infantil a nivel mundial (Blencowe *et al.*, 2012).

Los países con mayor número de nacimientos prematuros son, la India 3.519.100; China 1.172.300; Nigeria 773.600; Pakistán 748.100; Indonesia 675.700; Estados Unidos 517.400; Bangladesh 424.100; Filipinas 348.900; República Democrática del Congo – 341.400; y Brasil 279.300. En el contexto colombiano, el fenómeno de la prematuridad es una temática compleja que afecta al 11,4 %, el cual corresponde a 100.000 niños nacidos anualmente en el país, siendo el departamento del Chocó, quien presenta la tasa más alta de morbilidad, 40 por cada mil nacidos vivos. Estos niveles son muy altos comparados con el nivel nacional (15 por cada mil) (Blencowe *et al.*, 2012).

Con el propósito de mejorar las condiciones de vida y estrechar las relaciones materno infantil, se crea en Bogotá –Colombia el método madre canguro (M.M.C) en el Instituto Materno Infantil, ofreciendo beneficios a la madre y al bebé prematuro como son: la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, prevención de largos

periodos de desestimulación sensorial, la cual proporciona mayor competencia y confianza a los padres en el manejo de sus hijos (as), facilitamiento en el control térmico del niño y disminución de las enfermedades e infecciones intrahospitalarias. Esto hace pensar a las investigadoras, en la importancia de nutrir el vínculo emocional en la relación parento-filial, lo cual permitiría la estructuración de las relaciones e interacciones familiares.

Numerosas investigaciones (expuestas en los antecedentes), se han llevado a cabo demostrando la efectividad de esta técnica en el manejo de los niños prematuros. Sin embargo, existe un vacío en el tema de la vinculación afectiva como lo afirma Lecannelier al sostener que “si bien la importancia de los vínculos tempranos para el desarrollo humano se ha consolidado en los últimos años, los procesos y mecanismos multinivel (cerebrales, emocionales, conductuales y sociales), que permitan explicar de un modo específico este legado, todavía no alcanzan el status de “explicación” (Lecannelier, 2009:23).

En este contexto, desde el campo de la psicología, poco se ha abordado sobre las relaciones tempranas entre madre e hijo prematuro. Más escasas aún, resultan las investigaciones sobre las intervenciones tempranas en el desarrollo del vínculo de apego seguro madre-neonato, perteneciente al programa Madre Canguro, que siendo un tratamiento validado médicamente, posee ámbitos inexplorados aún por la disciplina psicológica

Es de interés investigativo para el presente trabajo, ir más allá y conocer el desarrollo del vínculo de apego seguro en la diada madre-neonato que participan en el programa madre canguro con el ánimo de construir un aporte que de explicación y sustento teórico, desde la emotividad e inclusión social en pro de contribuir significativamente a llenar los vacíos existentes en estas áreas de conocimiento humano.

En el departamento del Chocó, se está implementando este método con el propósito de disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños pretermino. No obstante, se requiere de investigaciones que soporten, no solo los beneficios a nivel de salud que se obtienen con este programa, sino también los emocionales, con el fin de responder a la necesidad de construir conocimientos que aporten constructos psicológicos teóricos y

prácticos. La presente investigación, se constituyó en el primer estudio psicológico de la población objeto de estudio, de ahí la importancia de conocer **¿Cómo se desarrolla el vínculo de apego seguro en la diada madre –neonato prematuro pertenecientes al Programa Madre Canguro del Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó-Chocó?**

### **3 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Como futuras psicólogas consideramos que es importante y pertinente realizar este estudio sobre la prematuridad y las implicaciones del uso del Método Madre Canguro en el desarrollo del vínculo de apego seguro en la diada madre-neonato con el fin direccionar nuevas intervenciones focalizadas en la prevención y promoción de la salud mental del infante centrada en las intervenciones en apego temprano como modalidad de tratamiento y prevención de patologías de origen vincular así como también propender por la estabilidad en el sistema familiar como núcleo fundamental de desarrollo físico y emocional de todo individuo.

En cuanto a la relevancia metodológica, la presente investigación da a conocer las percepciones y experiencias emocionales de las madres que han vivido la condición de prematuridad de sus hijos.

Otro aporte lo constituye el material visual (contenido en los anexo) en donde se registra la interacción madre hijo prematuro analizadas a la luz de la Teoría de Apego, este material se traduciría en evidencia que potencialmente se podría constituir en apoyo pedagógico para la transmisión de conocimientos en torno a la temática de la prematuridad y el impacto de la vinculación temprana favorecida por Método Madre Canguro.

Tradicionalmente el prematuro y todas las condiciones derivadas de esta problemática son tratadas medicamente, de ahí la importancia que la psicología tenga una propuesta de acción a través de la intervención a las madres y/o padres, empoderándolos como cuidadores principales de sus bebés, apoyándolos en el desarrollo de sus competencias

parentales, para que logren constituirse en una “base segura” para sus hijos. De esta forma el tema de los vínculos tempranos será abordado integralmente lo que implica un manejo multidisciplinar, en donde deben confluír los aportes de la psicología, la medicina y el trabajo social teniendo presente que el hombre es un ser biopsicosocial.

En relación a la relevancia a nivel social, se pretendió promocionar el impacto que podría implicar la implementación del programa Madre Canguro en los otros hospitales de la ciudad de Quibdó ya que actualmente se realiza con exclusividad en el hospital San Francisco de Asís y más aún en otras pueblos alejados del casco urbano donde la salud presenta situaciones precarias dadas las condiciones de pobreza y abandono estatal que enfrenta la población Chocoana, según lo referido por el DANE (2012), el Chocó presenta los índices de mayor desigualdad equivalentes al 64%, casi el doble del promedio nacional y el segundo puesto de pobreza extrema (34,3%) en tanto se convertiría en una experiencia innovadora y favorable a nivel departamental. Constituyéndose esta investigación en evidencia cualitativa que servirá para la consolidación, validación y aceptación del método a nivel masivo en el manejo de prematuros.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir el desarrollo del apego seguro en la diada madre-neonato que pertenecen al Programa Madre Canguro en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís de la Ciudad de Quibdó-Chocó.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los componentes de la técnica madre canguro, que intervienen en el desarrollo del apego seguro en la diada madre-neonato.
  
- Analizar las capacidades parentales presentes en las madres para desplegarse como base segura para su bebe prematuro.
  
- Determinar las redes de apoyo presente de la diada madre-neonato durante el Programa Madre Canguro.
  
- Conocer el desarrollo del proceso de vinculación afectiva entre la diada madre-bebe narrada desde las apreciaciones emocionales de las progenitoras.

## 5 MARCO DE REFERENCIA

### 5.1 PREMATUREZ

Según Marcondes *et al.*,(2003). Los nacimientos prematuros pueden ser de dos tipos: aquellos que son espontáneos por inicio precoz del parto o por ruptura de las membranas y aquellos que son inducidos (ocurren cuando la madre está en peligro o el feto). La condición de prematuro es decir de aquel que no completó 37 semanas de gestación a pesar del peso en el momento de nacimiento, se clasifican en: a) Prematuro limítrofe de 35 a 37 semanas incompletas, b) Prematuro moderado de 31 a 34 semanas, c) Prematuro extremo un embarazo de inferior a 30 semanas

Para Gilles (1983) citado por Als (1999), El nacer prematuramente implica que el cerebro debe enfrentarse a estímulos ambientales para las cuales aún no se encuentra preparado tales como la gravedad, la intensidad en el ruido y la luminosidad, ausencia de densidad proporcionada por el útero, aumento en el movimiento y por ende mayor gasto de energía; esto difiere del ambiente en el vientre materno donde el bebé recibe la estimulación adecuada para su desarrollo (Ministry of Health of Brazil, 2004).

El bebé nacido antes de las 35 semanas de gestación es inmaduro, (Manual para padres de niños prematuros, 1999) presentando dificultades para respirar, regular temperatura y para alimentarse, en la unidades de neonatología los niños reciben asistencia y apoyo en estas tres funciones básicas, son llevados a una incubadora donde se les coloca para regular su temperatura, en algunos casos es necesario recurrir a un respirador o ventilador artificial para apoyar su oxigenación. La alimentación inicialmente se le realiza por medio de una sonda nasogástrica (desde la nariz hacia el estómago) y en caso que él bebe requiera oxígeno por medio de una sonda orogástrica (desde la boca hacia el estómago) Paralelamente el bebe será entrenado para que gradualmente comience a desarrollar su reflejo de succión y así estimular la lactancia materna como la alimentación más adecuada.

En cuanto a la apariencia del bebé prematuro, (Manual para padres de niños prematuros, 1999) presenta un aspecto frágil, a través de su piel se pueden observar los vasos sanguíneos y es extremadamente delicada. La mayoría de los niños muy prematuros presentan una capa de vello muy suave denominada “lanugo”, que cubre la mayor parte de su cuerpo. Los niño prematuro es muy delgados, tiene muy poca cantidad de grasa sobre sus huesos y a medida que comienzan a alimentarse van ganado peso y grasa en su cuerpo, lo que le ayuda a ir auto-regulando su temperatura corporal. El tamaño de la cabeza resulta ser desproporcionado en relación al cuerpo, lo cual se va equilibrando en relación a su proceso de desarrollo. En cuanto a su coordinación motriz, presentan movimientos descoordinados y bruscos en forma de “sacudidas o sobresaltos” resultado de la extremada inmadurez biológica. En la medida que el niño prematuro se alimenta debidamente va ganando peso, mejorando su tono muscular y el color de su piel, como los bebés nacidos a término (37 a 40 semanas de edad gestacional).

## **5.2 MÉTODO CANGURO**

Este método inicio en 1978 con el doctor Edgar Rey Sanabria el cual era pediatra del Instituto Materno Infantil -IMI- de Bogotá (Colombia), con el acompañamiento de otros médicos, en 1979 se creó esta alternativa basándose en la conducta de los marsupiales. Es una técnica que consiste en brindar al bebé prematuro y de bajo peso al nacer, óptimas condiciones para su adecuado desarrollo, condiciones tales como calor corporal materno tal como lo haría una incubadora, contacto piel a piel permanente, leche materna exclusiva y el seguimiento médico (Figuroa y Hamel, 1997).

## **5.3 MARCO LEGAL DEL PROGRAMA MÉTODO CANGURO**

Constitución política Nacional en su artículo 44, establece que: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado, el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su

opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. Charpak *et al.*, (2007).

- ✓ Ley 12 del 22 de enero de 1991 establece que ‘Los niños y las niñas deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos’.
- ✓ Las Guías MMC para atención de los niños de BPN en Colombia, fueron publicadas en el año 2000.
- ✓ La Organización Mundial de la Salud edita una guía del MMC, publicada en el año 2003.
- ✓ LEY 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
- ✓ El Documento CONPES 109 del 3 de diciembre de 2007, que establece la Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”.
- ✓ El Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, el cual establece como prioridades de salud infantil entre otras: la Promoción de la Salud y calidad de vida, la prevención de los riesgos, recuperación y superación de daños de

la salud, y la Vigilancia en salud y gestión y se establece que las Guías de manejo del Programa Madre Canguro, son de obligatorio cumplimiento de las entidades departamentales, y municipales de salud y los prestadores de salud. Línea de política número 2 y 3 inciso h, en el cual se estimula la creación de plan canguro en las IPS que se encargan de cuidar los niños de BPN. Programas de tamizaje para ROP, hipotiroidismo, sífilis.

- ✓ El Decreto 425 de febrero de 2008 publicado por el MPS, obliga a las instituciones de salud que trabajan con niños y sus madres, a implementar y promover el MMC en su servicio.
  
- ✓ En cumplimiento a la Resolución 7353 del 8 de septiembre de 1992 del ministerio de Salud, artículo 3: disponer por escrito de una política a favor de la salud materna e infantil con enfoque de derechos y criterios de calidad que incluya el fomento de la lactancia materna.
  
- ✓ Otras referencias relacionadas: • Ley 100 de 1993 plan obligatorio de salud POS. • Plan nacional de alimentación y nutrición 1998- 2005 • Guías alimentarias establecidas por nutrir mediante contrato con ministerio de salud OPS/OMS 2001. • Política nacional de salud sexual y reproductiva 2002-2010 • Decreto 4747 de diciembre 2007 • Acuerdo 0829 diciembre del 2009 • Plan decenal para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008. (Exclusividad de la lactancia materna hasta los seis meses de vida y continuándola con alimentación complementaria hasta los dos años)

## 5.4 EQUIPOS ENTRENADOS POR LA FUNDACIÓN CANGURO

Se ha establecido como requerimiento para una buena implementación del Programa Canguro que las entidades interesadas en este método deban ser capacitados por el Hospital Materno Infantil de Bogotá.

En base a lo anterior a nivel internacional han adoptado este método el hospital de Quetzaltenango Guatemala, San Salvador - Hospital Nacional de Maternidad, Hospital Bertha Calderón Nicaragua, Hospital San Vicente de Paúl República Dominicana, Instituto Nacional Materno Perinatal Perú, Hospital De Touré Bamako, Universidad De Carabobo, Hospital Universitario de Caracas y Hospital Maternidad María Concepción Palacios en Venezuela, Hospital Público Dr. R. Madariaga de Autogestión Argentina, Hospital Amigo del Niño y De La Madre Paraguay, Advance Pediatric Center PGI, Lucknow –C.S.M. Medical University , Jaipur –JayKayLone Hospital, NewbornUnitMaternity Hospital Govt., New Delhi, Hospital AIIMS All India Institute of Medical Sciences y Hospital forWomen and Children en la India, Chris HaniBaragwanath Hospital y GrooteSchoor Hospital en SOUTH AFRICA, KenyattaNational Hospital Kenia, Universitaria Hospital/Materno Infantil FUMA de San Luis y Hospital Maternidad Leonor Mendes en Brazil, Old Mulago Hospital of the University of Makerere Uganda, La Quintinie Hospital Cameroun, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Hospital General de Tepic, Hospital: Instituto Nacional de Perinatología e Instituto Mexicano Del Seguro Social en Mexico, Hospital Materno c/o General Hospital of Lagos Nigeria, Hospital Central de Zomba Malawi, Hospital Materno Infantil de Cochabamba Bolivia, Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Escuela de Tegucigalpa Honduras, José Fabella Memorial Hospital Filipinas, Central University Hospital of Lome Togo, Pediatric Hospital of Ambohimandra Madagascar, General Hospital of Mataran Indonesia, GynecologicalInstitute, Obstetrics&Pediatrics. Academia Médica de Ciencias de Ucrania, Hospital Central de Maputo Mozambique, Maternidad Pública Le Dantec, CHU de Dakar Senegal, Hospital Ramón González Coro Cuba, HopitalPhu San Tu Du y Hospital Uong Bi General Hospital en Vietnam, Hospital Regional de Temuco Chile, Ethio-SwedishChildren’s Hospital Ethiopia, Hospital BlancMesnil Francia.

A nivel nacional se ha implementado este método en el Hospital San Vicente de Arauca ESE, Hospital Regional Manuela Beltrán, del Socorro, Santander, Hospital Universitario de Pasto, Hospital Universitario San José de Popayán, Hospital Regional García Rovira Málaga, Santander, Hospital San Rafael de Facatativá, E.S.E. Hospital de Caldas, Manizales, Hospital El Tunal, Hospital Meissen, Clínica de Occidente, Hospital Simón Bolívar, Hospital de Suba, Hospital de Engativá, Hospital de La Victoria en Bogotá D.C., Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué, Unidad de Cuidados Intensivos Materno Infantil Ltda. Sogamoso, Hospital de Yopal, Hospital Universitario De Santander, Hospital De Yopal, Hospital San Rafael de Tunja, Hospital San Rafael De Leticia, Hospital Susana López De Valencia Popayán – CAUCA, Hospital San Jerónimo Montería – Córdoba, Hospital Departamental San Francisco De Asís Quibdó – Chocó, Clínica La Estancia s.a. Popayán – Cauca, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva – Huila, Centro Universitario Hospitalario del Valle, Clínica Cañaveral Bucaramanga, Clínica de los Andes Barranquilla, Clínica ISS Tolima, Clínica Sincelejo.

## **5.5 IMPLEMENTACIÓN MADRES CANGURO EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ-CHOCÓ**

El Programa Canguro nace 2005 en el Hospital San Francisco de asís, el cual se encuentra localizado en el Municipio de Quibdó, Chocó; como producto del proceso de intervención en la problemática sentida de mortalidad neonatal por prematurez y bajo peso presentado en el departamento, además de una infraestructura insuficiente y recursos humanos limitado en número y capacitación.

Se han atendido hasta la actualidad (2013) aproximadamente 800 recién nacidos de menos de 2.500gr de peso y prematuros, con unos índices de mortalidad que aportan disminución de las cifras preexistentes, hemos tenido solo 13 niños muertos del programa, un crecimiento dentro del promedio nacional, la ganancia de peso y talla normales para esta población.

Según el Programa Madres Canguro, la estrategia utilizada se apoya en amor, alimentación con leche materna, calor proporcionado con la posición canguro que además mejora la relación Madre-Neonato que al final debe generar un vínculo familiar que mejora la calidad de esta relación.

### ***5.5.1 Actividades Realizadas Programa Canguro H.D.S.F.A.***

- Capacitaciones a la madre y a la familia sobre los cuidados del bebe canguro
- Entrenamiento que se realiza con la madre intrahospitalario.
- Controles ambulatorios
- Estimulación temprana
- Vacunación

### ***5.5.2 RESULTADOS DEL PROGRAMA***

El programa canguro ha atendido desde su inicio hasta la fecha con 704 bebes pre términos de los cuales han fallecido 17,lo cual corresponde al 3% del total de nacidos vivos pre términos. Últimamente se han presentado trabajos importantes sobre desarrollo neurofisiológico persistiendo aun espacio para continuar estudios de estos niños en cuanto a implicaciones psicológicas de este modelo de crianza.

Igualmente, se han establecido retos en los cuales se encuentra, el Incremento de cobertura para centros periféricos, Mercadeo local con las EPS, Sistematización, Mejor atención al niño crítico para disminuir la morbimortalidad, Educación en salud pre concepcional y en el embarazo, Mejorar control prenatal en cobertura y calidad.

## **5.6 ANTECEDENTES MÉTODO MADRE CANGURO**

### **5.6.1 NIVEL FÍSICO**

Los resultados muestran una mejoría de la tasa cardiaca y respiratoria, así como de la oxigenación, (Ludington-Hoe *et al.*, 1992; Blaymore *et al.*, 1996); mayor ganancia de peso por día, disminución de la utilización de la incubadora, menor permanencia de tiempo en el hospital, (Field *et al.*, 1986; Mondlane *et al.*, 1989; Ludington-Hoe *et al.*, 1992; Wahlberg *et al.*, 1992); disminución de las infecciones hospitalarias que pudieran contraer los recién nacidos (Anderson, citado por Field, 1995); mejoría en la regulación de la temperatura (Mondlane *et al.*, 1989; Ludington-Hoe *et al.*, 1992; Wahlberg, *et al.*, 1992).

Igualmente al tener su temperatura controlada podían regular sus estados del sueño, trayendo como consecuencia niños que dormían más tranquilos y disminuía la frecuencia del llanto (Ludington-Hoe *et al.*, 1992).

### **5.6.2 CONTACTO PIEL A PIEL**

El contacto piel a piel tiene beneficios para la producción y duración de la lactancia materna, (Acolet, 1990; Whitelaw, 1988 citado por Affonso *et al.*, 1993; Anderson, citado por Field, 1995; Blaymore *et al.*, 1996). Al respecto, Tessier (1998) evidenció que la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hija.

Weiss *et al.* (2000) realizaron un estudio, donde se demostró la efectividad del PMC para los niños prematuros, pues el contacto piel a piel que se brinda en este tipo de cuidado ayuda en el establecimiento del vínculo del prematuro con su madre. Dentro de estos aspectos los sentimientos y comportamientos observados en las madres durante el contacto piel a piel están estrechamente relacionados con la acentuación de los sentimientos de competencia, empoderamiento, seguridad, responsabilidad y confianza al momento de

cuidar a sus hijos, conocidos como sentimientos de “armonía emocional” (Whitelaw&Sleath, 1985) y sentimientos de control de la situación.

En los estudios realizados con padres se encuentra que el contacto piel a piel involucra aspectos como sentimientos positivos de los mismos sobre sentirse más cerca a sus hijos, un aumento en la tranquilidad al cuidarlos, empoderamiento y disfrute de la experiencia que les proporciona el contacto piel a piel, mayor desarrollo del comportamiento táctil, verbal y visual para con los niños (Neu, 1999; Ludington-Hoeet *al.*, 1992). En cuanto a los bebés, estos mostraban una expresión relajada en los rostros al estar en contacto con sus padres lo que tiene como consecuencia que los padres estén más pendientes de sus hijos y más despiertos a las señales que emiten los bebés. (Field, 1986).

A pesar de que existen numerosos estudios que demuestran la efectividad del contacto piel a piel en el PMC, se han realizado otros estudios que muestran resultados diferentes, aunque no perjudiciales o negativos para el desarrollo del programa (Affonso *et al.*, 1993)

### **5.6.3 ESTUDIO VINCULACIÓN AFECTIVA**

Bialoskurski *et al.*, (1999) investigaron cómo el nacimiento prematuro y la separación materno-infantil asociada (debida a la hospitalización del recién nacido) podían afectar la relación de apego. Para los autores, en un contexto hospitalario, las primeras interacciones que se espera ocurran entre la díada madre-hijo, cambian y se convierten en interacciones de una tríada, un cuarteto o más, debido a la presencia del personal médico y las enfermeras. El estado de salud materno, su red de apoyo social, las condiciones económicas y los aspectos culturales, afectan la forma en que la madre maneja esta situación; sin embargo, según los autores, el estado físico del bebé y los soportes técnicos que él requiere para sobrevivir, son las variables que pueden obstaculizar en mayor medida el establecimiento de la relación de apego.

Cuando el bebé es prematuro, su apariencia no corresponde a las expectativas maternas "asociadas a un bebé nacido a término y saludable (...) hábil para iniciar secuencias

comportamentales recíprocas (...) y entonces, la formación del vínculo puede demorarse porque el bebé no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego" (Bialoskurski & Cox, 1999)

Posada y Cols (1999) por su parte, realizaron un estudio en Bogotá colombiana. Los autores evaluaron la influencia del contexto en el que se dan las interacciones de la díada, sobre la relación de apego: contexto estresante (hospitalario) vs contexto cotidiano (hogar). Los autores realizaron observaciones naturalistas usando la metodología Q-Sort y obteniendo descripciones separadas tanto de la conducta materna (Q-Sort de Sensibilidad Materna), como de la conducta de seguridad del bebé (Q-Sort de Apego). En el primer estudio se evaluó la conducta de cuidado materno en circunstancias cotidianas y se relacionó con la conducta de seguridad del niño. Los autores encontraron altos puntajes de seguridad en niños cuyas madres habían sido descritas como sensibles; es decir, madres que «atienden a las señales y comunicaciones de sus hijos, (...) responden pronta, precisa y consistentemente, (...) participan en interacciones cara a cara, afables y cercanas (...) y estructuran el medio en consideración con las necesidades propias y las del bebé». El segundo estudio, evaluó la sensibilidad materna en una situación estresante en el hospital y la conducta de seguridad del bebé, que fue descrita por cada madre usando el Q-Sort de Apego los resultados indicaron, una vez más, desigualdades significativas entre los dos constructos teóricos dentro del contexto hospitalario; contexto que ha sido descrito por otros autores como un factor potencialmente negativo sobre el desarrollo del vínculo afectivo bebé (Aylward, 2001; Siegel, 2001).

En una investigación reciente realizada en Bogotá, con población de madres adolescentes y adultas con bebés prematuros y/o de bajo peso que participaron en el programa madre canguro, comparadas con madres adolescentes y adultas con bebés a término con las mismas características sociodemográficas, los resultados mostraron que las madres adolescentes a término obtuvieron puntajes significativamente más bajos en sensibilidad materna, con respecto a los otros tres grupos de madres. Por el contrario, las madres adolescentes y adultas participantes en el programa madre canguro obtuvieron los puntajes significativamente más altos (Ortiz *et al.*, 2006).

Igualmente Ortiz *et al.*, (2006) buscó describir y comparar el desarrollo neurocomportamental, entre las semanas 34-35 hasta la 40 de gestación, de 30 recién nacidos prematuros sin patologías graves, asistentes al Programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá. Las hipótesis de la investigación planteaban cambios en el desarrollo neurocomportamental de los bebés prematuros a lo largo de las evaluaciones realizadas, así como en las respuestas en las subescalas de la prueba. Se encontró que el desarrollo de los bebés y su desempeño mostraron cambios y avances significativos, evidenciando su capacidad para adaptarse y responder adecuadamente al medio ambiente.

#### **5.6.4 ESTUDIOS APEGOS SEGURO**

En la teoría e investigación acerca del apego, se mantiene la hipótesis de que las reglas que regulan el estrés relacionado a los afectos, evolucionan en el contexto de la responsabilidad parental a las señales de estrés del niño (Kobak&Sceery, 1988; Sroufe, 2000a). En esta línea, una propuesta interesante de cómo pueden desarrollarse los distintos estilos a través de la interacción de los niños con sus figuras de apego, es realizada por Crittenden (1995). En el apego seguro, los cuidadores responden a las conductas reflejas, afectivas y condicionadas del niño, y son capaces de confortarlos cuando es necesario, de modo que éstos son reforzados en su comportamiento (Crittenden, 1995); las principales características del cuidador son la capacidad de animar e interactuar con el niño, sensibilidad a las señales emocionales y habilidades en apaciguar y modificar conductas en respuesta a las señales del niño (Perris, 2000). Los sujetos de este grupo representan a sus padres como amables y disponibles en momentos de estrés, y tienen un buen recuerdo de sus experiencias de apego (Kobak&Sceery, 1988). Lo anterior se relaciona con los resultados encontrados por Magaiet *al.* (2000), ya que el apego seguro presenta una asociación negativa con las prácticas de crianza que incluyen como método la retirada del amor al niño.

Todo lo anterior, implica la generación de emociones diversas que integran estructuras cognitivo-afectivas; niños seguros aprenden el valor predictivo y comunicacional de las

señales interpersonales, dando sentido a cogniciones y afectos; niños evitativos aprenden a utilizar su cognición en ausencia de interpretación de señales.

De Wolff & Lizendoorn (1997), realizaron un meta-análisis que incluye 66 estudios con antecedentes parentales que se relacionan con seguridad en el apego, con el objetivo de dilucidar si la sensibilidad materna se asocia con la seguridad del apego en el niño, y con qué fuerza. Los resultados muestran una asociación mediana entre sensibilidad materna y apego seguro, concluyendo que es un factor importante pero no único, lo que subraya la necesidad de una aproximación multidimensional de los determinantes del apego y la regulación emocional, en lugar de centrarse sólo en la sensibilidad materna; parece necesario acercarse al contexto global y ambiental, que incluya la interacción entre la sensibilidad materna, acumulación de estresores y factores de riesgo, sistemas familiares y eventos vitales (De Wolff & Lizendoorn, 1997). Esto ya ha sido incorporado en investigaciones actuales, en que se han integrado otras posibles figuras de apego como la presencia de abuelas en el caso de madres adolescentes (Carrillo *et al.*, 2004).

Una investigación realizada por Kerret *et al.*, (2003) cuyo objetivo era explorar la relación entre el estilo de apego adulto, experiencia y expresividad emocional, en que los participantes con estilo seguro son los más expresivos emocionalmente y reportan niveles más bajos de inhibición emocional; participantes con estilos inseguros, tanto ambivalentes como evitativos, presentan indicadores de expresión emocional significativamente más bajos que los de estilo seguro y ambos grupos reportan mayor inhibición emocional que los del grupo seguro. En cuanto a experiencia emocional, los grupos de estilos seguros y ambivalentes reportan los más altos niveles de intensidad emocional total y el grupo seguro es significativamente más alto que el grupo evitativo. Al examinar por separado experiencias afectivas positivas y negativas, el grupo ambivalente reporta los niveles más altos de afecto negativo, mientras que el grupo seguro reporta los niveles más altos de afecto positivo. El grupo evitativo reporta los niveles más bajos de experiencia emocional total y bajos niveles de emociones positivas. Kerret *et al.* (2003), concluyen que si bien el grupo ambivalente no se considera a sí mismo expresando más emoción que el grupo

seguro, estos tienen altos niveles de inhibición emocional y de experiencia emocional total y los más altos niveles de afecto negativo.

En una línea similar, Diener *et al.* (2002) efectuaron una investigación que examina las estrategias conductuales para la regulación emocional, expresión emocional, estilos reguladores y calidad del apego con la madre y el padre de niños de 12 y 13 meses de edad. Los autores concluyen que los niños con apego seguro a ambos padres, muestran mayor consistencia en estrategias orientadas hacia éstos, que los niños con apego inseguro a uno o ambos padres. Otro aspecto relevante, es que el nivel de malestar y estrés experimentado es mayor en los niños ambivalentes que en los seguros, cuando se desvía la atención parental y el niño no tiene alternativas de ocupar su atención.

En relación a la utilización de estrategias conductuales, los resultados de Diener *et al.*, (2002) muestran que niños con estilo de apego evitativo hacia el padre, son más propensos a comprometerse en técnicas distractoras en situaciones estresantes, que niños con apego seguro o ambivalente. En cambio, niños ambivalentes con sus padres tienden a la auto-tranquilización, comprometiéndose en conductas tales como chuparse el pulgar. Los descubrimientos de esta investigación aportan evidencia empírica en que la calidad del apego del niño al padre se encuentra asociado en forma significativa al desarrollo de estilos de regulación emocional.

Shaver & Mikulincer (2002a), realizan una recopilación de una serie de investigaciones en relación con estilos de apego y estrategias de regulación afectiva. Señalan que individuos con apego seguro se sienten menos amenazados por información potencialmente estresante, pueden experimentar, expresar y autorevelar verbalmente emociones y no llegan a estar perdidos en una escalada de preocupaciones y memorias negativas. Buscan apoyo cuando se encuentran bajo estrés y utilizan medios constructivos de afrontamiento; sienten comodidad al explorar nuevos estímulos, son menos hostiles a miembros de otros grupos y más empáticos hacia personas que lo necesitan. Los sujetos evitativos se caracterizan por realizar una desactivación de estrategias, incluyendo una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos, no reconocimiento de su propia hostilidad,

segregación de los sistemas mentales y disociación entre los niveles consciente e inconsciente de respuesta. Por último, individuos ansiosos exhiben una variedad de efectos compatibles con la noción de la hiperactivación de estrategias, incluyendo rápido acceso a recuerdos dolorosos, propagación automática de la emoción negativa desde un incidente recordado a otro, y un cierre cognitivo paradójico en respuesta a la inducción de afecto positivo. Su inhabilidad para regular recuerdos emocionales negativos, es compatible con la constante preocupación en que permanecen; a menudo pueden llegar a estar perdidos en recuerdos emocionales negativos.

En un estudio piloto de Main & Kaplan en Cichetti (1995), el vínculo seguro se relacionó con comentarios auto reflexivos espontáneos a los seis años de edad; la apreciación de la invisibilidad inherente de los estados mentales (o sea, que los padres no pueden leer los pensamientos de su hijo) y con el control metacognitivo espontáneo de la memoria y el pensamiento (es decir, los comentarios del niño sobre su habilidad para recordar o pensar sobre su historia vital).

Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante: Esta investigación propone explorar el fenómeno del apego en díadas materno-infantiles cuyas madres han vivido experiencias de maltrato y, adicionalmente, adaptar una metodología para su evaluación. El estudio se realizó con cuatro díadas: madres quienes vivieron experiencias de maltrato en su infancia y sus hijos con edades entre 12 y 18 meses, de estrato bajo de la ciudad de Cali. La información se recolectó a partir de la aplicación de la situación extraña y del protocolo de la entrevista de apego adulto. El análisis de los resultados se basó en categorías creadas a partir de la revisión teórica. Se encontró una correspondencia en las formas de organización del apego entre las madres y los bebés, siendo tres díadas organizadas y una desorganizada. Tres de las cuatro díadas muestran una transmisión intergeneracional de patrones caracterizados por la falta de seguridad, en la otra, la mamá es insegura y el bebé es seguro. En todos los bebés se observó un componente de resistencia-ambivalencia, lo que se ha relacionado con el maltrato materno. Se concluye que el impacto de éste en la relación con el bebé es mayor

entre más intensas y prolongadas hayan sido estas vivencias y menor disponibilidad para la madre de figuras de apego alternativas positivas (Mesa *et al.*, 2009)

Blackwell (2000) revisó material histórico, socio-cultural e información de reportes investigativos que abordaran los nexos entre el contacto físico temprano y el desarrollo infantil. Encontró tres aspectos constantes: 1. El contacto materno-infantil en el nacimiento, parece estar asociado con la activación de hormonas que regulan el sistema inmune y estimulan el crecimiento físico; 2. La estimulación medioambiental, incluida la estimulación táctil, está relacionada con la mielinización de las neuronas y la proliferación de conexiones entre neuronas o la ramificación de las dendritas; y 3. En humanos, la investigación sobre estimulación táctil surge primordialmente del trabajo con recién nacidos en riesgo, tales como los bebés prematuros. Blackwell distingue el Programa Madre Canguro (PMC) como la terapia de contacto para bebés frágiles más importante, tanto por el beneficio que representa para los niños prematuros, como por sus aportes.

## **6 MARCO TEORICO**

### **6.1 ENFOQUESISTÉMICO**

El Paradigma Sistémico, permite la observación de segundo orden las dinámicas familiares, sociales e institucionales, es así que posibilita otras posturas permitiendo la relación integral de la construcción del conocimiento, de manera dinámica. Según Martínez “Si la significación y el valor de cada elemento de una estructura dinámica o sistema está íntimamente relacionado con los demás, (...). “El pensamiento sistémico tiene en cuenta la posición personal del sujeto investigador” (Martínez, 2007:6).

El enfoque sismico se basa en *La Cibernética de Segundo Orden*: Donde se plantea que los sistemas no sólo actúan como observadores externos, sino que continuamente se observan a sí mismos, es decir, que el observador se incluye en el ejercicio de observación mismo. Según Von Foerster citado en Rodríguez, (1997) expone que: esas nociones se aplicaban también a nosotros mismos como observadores, y a la relación entre nosotros mismos en tanto observadores de los fenómenos observados (...) (Von Foerster 1991:73).

Un referente importante en procesos dinámicos, interventivos e investigativos es la Narrativa, para la presente investigación es importante la claridad de la misma por tal razón se explicita a continuación:

#### **6.1.1 LA NARRATIVA**

La Narrativa Sistémica es la propuesta de trabajo de: White y Epston (1993), originarios de Australia y Nueva Zelanda, respectivamente. Este enfoque se desarrolló a mediados de los ochenta.

La Narrativa parte de la premisa de que las personas dan sentido a sus vidas y relaciones al relatar su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones.

White y Epston (1993), señalan que al considerarse el relato como parte fundamental en relación con la organización de la experiencia, se toma en cuenta que: 1. Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia. 2. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que expresarán. 3. Estos relatos son los que determinan la forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia. 4. Estos relatos son los que determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones.

White(1997),afirma que la narración se puede definir como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida. Entramos en las historias, otros nos hacen entrar en ciertas historias, viven nuestra vida a través de esas historias. A su vez, este autor enfatiza sobre la importancia que tiene, y lo que implica, adoptar una analogía de texto en nuestro trabajo terapéutico, compara la Narrativa con un “reescribir de vidas y personas”. En este proceso de reautoría, quien relata es el primer autor y quien lo apoya es el coautor; quien lo ayuda en la construcción de nuevas historias y versiones de el mismo, son en este caso “lastutoras”, mediante su interacción en las entrevistas, permitiendo ayudar a construir una nueva historia que le permitirá, a través de su proceso reflexivo detallar, recordar y resignificar la vivencia de prematurez de sus hijos. Para (Gergen,1996), el tutor, en el enfoque narrativo, asumen una postura de “no saber” y la postura del joven tutorado, es del experto, y la responsabilidad es compartida, entre tutor y tutorado en cuanto, a lo que se co-construye en el espacio de diálogo. Según lo anterior White y Epston, (1993) señalan que “para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe relatarse, y que es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia” (White y Epston, 1993:10).

Una de las propuestas del enfoque narrativo se refiere a que la ayuda debe ser considerada como una forma especializada de diálogo.

Para White y Epston,( 1993) La temporalidad de las secuencias en la narrativa permite ordenar las experiencias diarias aparentemente separadas, dándoles un sentido de secuencia de vida y cumpliendo un papel de organización personal. Las narrativas personales siempre son contadas desde el presente, pero incluyen momentos del pasado que son vinculados al presente y hasta el futuro, además presentan un inicio (historia), medio (presente) y fin (futuro) ; De este modo, se comprende que las personas construyen sus narrativas personales en un espacio interpersonal, incluyendo siempre el contexto social y cultural donde suceden de ahí la importancia de lenguaje en la construcción de las narrativas y en la forma como se construye los significados de sí mismos y de las entrevistas individuales.

Es decir que la narrativa es un proceso comunicacional, que permite construir pensamientos expresados por medio de lenguaje. Según Echeverría (1993), el lenguaje no es solamente un instrumento que describe la realidad; el lenguaje es acción; cuando hablamos actuamos; cambiamos la realidad, generando una nueva.

### ***6.1.2 La familia y Ciclo Vital***

La Real Academia Española, define sistema como: “Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objetivo”. Por otro lado McGoldrick y Gerson (2005) afirman que “El concepto de sistema se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional” (McGoldrick y Gerson, 2005:20).

Para Hernández, el sistema es “un todo resultante de partes interdependientes” (Hernández, 2001:25). De igual forma tiene en cuenta que el sistema siempre está integrado a un sistema más grande que lo contiene, es decir que al mismo tiempo es una parte que conforma un sistema(...). El sistema familiar debe tener en cuenta la forma como se organizan las partes; por otra parte el sistema mismo se autorregula por medio de la forma en que se

comunican las partes, creando mecanismos de control para mantener el equilibrio (homeóstasis) “la evolución y el cambio” (Hernández, 2001:26)

Es decir, que las dinámicas familiares donde se desenvuelven los miembros de una familia son comprendidas en un contexto sociocultural que le ayuda a co-evolucionar en unas creencias y valores, de esta forma, contribuye a que cada uno sus miembros se socialicen. Es en este contexto donde se tejen vínculos y aprendizajes, pero también, es allí donde se rompen los lazos que la unen, donde la dinámica puede cambiar relacionamente; se mantiene una interacción con otros sistemas, por tal razón la interacción de las dinámicas parento-filiales, son importantes el buen desarrollo de la vinculación afectiva, vista desde focos como la protección de los hijos, donde se visualiza la preocupación de los padres por brindar buenos elementos para el buen desarrollo de los hijos. Dallos explicita, “se entiende por familia un grupo de personas que han mantenido entre sí una larga relación estrecha durante un largo periodo de tiempo( Dallos 1996:35).

En esta medida Minuchin, sustenta que “la familia es un conjunto organizado e independiente de personas en constante interacción, que se regulan por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”(Minuchin 1986:21).

Las dinámicas familiares se co-construyen, en sus interacciones tejidas desde inicio de las relaciones parentales y parento-filiales. La planeación de la familia es una dinámica que emerge y toma fuerza con el nacimiento de los hijos, generando en la mayoría de padres, el inicio de la capacidad parental para la crianza de los hijos, el surgimiento del vínculo afectivo, fortaleciéndose en la medida que hay una interacción adecuada en la diada parento-filial; naciendo un proceso de empatía, que permite leer en los hijos las necesidades, al respecto Minuchin y Fishman, sustentan que "Contemplar a la familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona con el tiempo...Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros...El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente" (Minuchin y Fishman 1993:34-36).

Para Minuchin (1986), la familia se desarrolla en el lapso de cuatro etapas en las cuales el sistema familiar va sufriendo unos cambios que conllevan a otras etapas nuevas y complejas, y estas requieren a su vez, de nuevas reglas de interacción tanto adentro como afuera del sistema, si una familia se queda estancada en una etapa del ciclo vital se puede ver afectada por manifestaciones sintomáticas que la pueden llevar a la disfuncionalidad.

Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son: formación de la pareja, la pareja con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes y la familia con hijos adultos. Es de relevancia para la presente investigación profundizar en:

**Formación de la pareja:** El subsistema conyugal se establece cuando dos adultos se unen con el firme y decidido propósito de construir una familia, para ello posee tareas tales como: Separación de la familia de origen, Nuevos roles como pareja asociados a la identidad de marido y mujer, Sentido de unidad entre dos, Planteamiento de familia (tener o no hijos).

El subsistema conyugal debe tener una instancia que le sirva de protección frente a las demandas y las necesidades de los otros sistemas, un sistema psicosocial autónomo que le posibilite una relación cordial y con límites de los sistemas familiares de origen, los subsistemas de los propios hijos, o por otros sistemas sociales).

**La pareja con hijos pequeños:** El subsistema parental surge con el nacimiento de los hijos donde las funciones deben ser planteadas nuevamente respondiendo adecuadamente a las exigencias de la paternidad y de la maternidad, es importante señalar como la cultura y la sociedad influyen el ejercicio paterno, así como también las creencias y valores de la pareja median en el proceso de interacción de la triada, ya nunca más serán dos ya son tres, y esta situación trae una crisis a corto o largo plazo.

Las tareas que debe asumir el sistema en esta nueva etapa son:

- Un hijo concede una nueva identidad, es decir facilita la experiencia de realizar algo nuevo y algo común para ambos que es exclusivo de ellos, que les otorga una nueva función, desde que nace un hijo y aun cuando este fallezca no dejaran de ser padres, de ahí que Munichin (1986) sostiene que crear un bebe hace parte de crear algo nuevo para ellos mismos.
- La nueva identidad de padre y madre se la asignan ellos mismo al compartir las atenciones, mimos y cuidados de sus hijos; la no aceptación de estas funciones en uno de ellos causa problemas inmediatos que se profundizan a largo plazo, por el contrario la ratificación de esta identidad desencadena una respuesta positiva en el otro cónyuge.
- Los hijos pueden consolidar a la pareja siempre y cuando en la fase anterior haya vivido una relación funcional y emocionalmente sana, si aún continúan los problemas entre ellos estos se van a ver reflejados en el hijo, lo que ocasiona en algunos casos que la familia de origen intervenga en la crianza, en ocasiones, contribuyendo de forma necesaria realizando sus funciones de abuelos, y en otras, ocupando las funciones de los padres y limitando así las funciones paternas lo que ocasiona problemas al sistema familiar.
- Los padres que el nacimiento de sus hijos los consolido como pareja y como progenitores se proyectan en su hijo, les dan afecto, tiempo y se responsabilizan de la crianza de ellos, lo que genera en los padres sentimientos de compromiso, sacrificio al verlos crecer esta primera época es sentida con seguridad, fuerza y sabiduría paterna ya que los bebes necesitan en estos momentos protección y amor al ser tan frágiles e indefensos, es la etapa en que las relaciones de complementariedad son más claras y definidas.

Según Bargagli (1998; citado en Esteinou, 2004), existen tres dimensiones de la realidad familiar: la estructura familiar, las relaciones familiares y las relaciones de parentela.

*La estructuración familiar:* Está formada, por las personas que viven bajo el mismo techo, la amplitud y la composición de estos, así como también las reglas que lo sustentan. *Las relaciones familiares:* Contienen, todo lo concerniente a las relaciones de autoridad y de afecto en el interior del grupo que la conforma, y *las relaciones de parentelas:* Se refiere, a los a las relaciones que existen entre grupos distintos y que tiene lazos de parentesco, la frecuencia con que comparten, se ayudan y conservar parámetros similares.

Minuchin afirma, que los miembros de una familia se relacionan bajo ciertas reglas que forman la estructura familiar, a la que él define "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin 1986:86). Dentro de ella se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

1. Los límites, que "están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia...tienen la función de proteger la diferenciación del sistema" (Minuchin, 1986:88 y 89).
2. Estos límites al interior del sistema se crean entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos: **los claros**, que precisan las reglas de interacción, es decir, todos saben qué se debe hacer y qué se puede esperar; **los difusos**, que se caracterizan por no tener reglas claras ni firmes, lo que conlleva a intromisiones ya tener miembros muy dependientes o intrusivos entre sí en la familias; **los rígidos**; donde los miembros de la familia son independientes, desligados y poco interesados por la participación (entrada o salida) de alguno miembros al sistema familiar.
3. Los límites al exterior del sistema contienen reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.
4. La Jerarquía; se trata de la forma en que está distribuido el poder y visibiliza al miembro con mayor poder en la familia, al que le obedecen y el que mantiene el control sobre los demás.
5. Centralidad; se refiere al integrante de la familia que tiene la mayor parte de las interacciones familiares en torno a él, sobresaliendo por temas positivas o negativas.

6. Periferia; en oposición al anterior, este parámetro se refiere al miembro menos implicado en las interacciones familiares.
7. Alianzas; se trata de la unión de varios miembros del sistema para lograr un beneficio sin causar consecuencias negativas a los demás
8. Coaliciones; en contraste con la anteriormente descrita esta hace referencia a la unión de varias personas para causar daño a otro y esta puede ser de dos formas coaliciones abiertas o encubiertas.
9. Hijo (a) parental; es el hijo que asume el papel de padre o de madre lo que le imposibilita vivir de acuerdo a su posición y rol en el sistema familiar.

Umbarger (1983), Minuchin (1986) y Hoffman (1992) sostiene que una estructura disfuncional facilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia lo que trae consigo límites difusos, rígidos, centralidad negativa.

### **6.1.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Las funciones familiares que se encargan de organizar y estructurar el sistema familiar son dos: amor y autoridad. Ambas se interrelacionan y complementan mutuamente (Hetherington y Darke, 1988). Estas funciones deben ser agradables por y para todos los miembros de la familia, La autoridad y amor ejercido por los padres hacia los hijos no es reversible por parte de éstos en el mismo grado y manera, aunque estas funciones deban ser compartidas (Musitu, Román y Gracia, 1988). El desarrollo de estas funciones exige transformaciones en tiempo que le permitan ajustarse al crecimiento progresivo de los miembros que componen el sistema familiar (Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001). La pérdida de las diferencias en el ejercicio de estas funciones crea patología familiar (Hurlock, 1982; Musitu, Román y Gracia, 1988). Es importante que los roles estén bien definidos en el sistema y que los padres ejerzan las funciones básicas con la responsabilidad que amerita.

Las funciones familiares sirven a dos objetivos, "uno interno, la protección psicosocial de sus miembros; el otro externo, la acomodación a una cultura y la trasmisión de esa cultura". Maganto (1993),

## **6.2 CAPACIDADES PARENTALES, VÍNCULO AFECTIVO Y APEGO**

### **6.2.1 CAPACIDADES PARENTALES**

Barudy, (2005), define las capacidades parentales como las capacidades prácticas que disponen madres y padres para ocuparse de sus hijos; esta capacidad les permite cuidar, proteger y educar a sus hijos brindándoles un desarrollo suficientemente sano, siendo esta la parentalidad social ya que la biológica hace referencia a la capacidad de procrear no todos los padres poseen estas dos capacidades.

Para Barudy & Dantagnon. (2005), Las capacidades son el resultado de procesos complejos donde se asocian las capacidades innatas y los procesos de aprendizaje de los padres en sus familias de origen; es así como desde el momento mismo de la concepción de una vida, en la infancia, en la vida adulta y en la vejez ninguna persona puede sobrevivir sin los cuidados de otra, dado que la sanidad física y mental depende de los buenos o malos tratos que recibamos en nuestra existencia. Frente a lo cual Barudy y Dantagnan, sostienen que "La capacidad de los padres de vincularse afectivamente con sus hijos les permite conocerlos como sujetos legítimos y relacionarse con ellos de tal forma que responda a sus necesidades para cuidarlos, protegerlos, educarlos y socializarlos" (Barudy y Dantagnan 2010:88)

La causa de las incapacidades parentales tiene su origen en historias de malos tratos medidas de protección inadecuada o inexistente, perdida, antecedente de enfermedad mental y exclusión, causando daños imperceptibles a simple vista pero tan profundo que son conocidos como "el dolor invisible de la infancia". Los daños que los niños sufren son:

trastornos de apego, de socialización, trastornos de estrés traumático, de evolución crónica, trastornos severos y alteración de los procesos resilientes (Barudy, 1998).

Retomando Barudy (1998) La buena parentalidad obedece al despliegue adecuado de las habilidades parentales entendiéndose como los recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres que les permite ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evolución.

En el apego seguro, los cuidadores responden a las conductas reflejas, afectivas y condicionadas del niño, y son capaces de confortarlos cuando es necesario, de modo que éstos son reforzados en su comportamiento (Crittenden, 1995); las principales características del cuidador son la capacidad de animar e interactuar con el niño, sensibilidad a las señales emocionales y habilidades en apaciguar y modificar conductas en respuesta a las señales del niño (Perris, 2000). Los sujetos de este grupo representan a sus padres como amables y disponibles en momentos de estrés, y tienen un buen recuerdo de sus experiencias de apego (Kobak & Sceery, 1988). Lo anterior se relaciona con los resultados encontrados por Magai *et al.* (2000), ya que el apego seguro presenta una asociación negativa con las prácticas de crianza que incluyen como método la retirada del amor al niño.

Barudy & Dantagnan (2005) hablan de las capacidades parentales fundamentales en las que se encuentran:

- ✓ La capacidad de apegarse a sus hijos, entendiéndose como todas las capacidades emocionales, cognitivas y hereditarias que poseen los padres para apegarse y vincularse a su hijo afectivamente.
- ✓ Las intervenciones tempranas, destinadas a incentivar el apego seguro jugarían un papel importante en la prevención del maltrato infantil ya que según Barudy & Dantagnan (2005) “el niño o la niña entran en la vida sana por la puerta al apego seguro”. Es así como refleja en su mundo lo que recibe de sus padres, es decir, si

recibe cariño, amor, atención y respuesta a sus necesidades primarias se establecerán vínculos seguro y niños seguros.

- ✓ La empatía, es la capacidad de entender a los hijos a través de sus manifestaciones gestuales y emocionales en donde se reflejan sus necesidades, los trastornos de empatía están ligados con los trastornos de apego de ahí la importancia de crear apegos seguros.
- ✓ Otra capacidad parental fundamental son los modelos de crianza, estos se dan de generación en generación y dependen de la historia y de las condiciones de vida con sus familias vinculares de origen; es así como la buena crianza depende de una experiencia emocional de apego seguro; indudablemente confluyen aquí las enseñanzas de las familias, el medio social y las redes de que disponen. La capacidad de solicitar ayuda a la familia extensa, a la sociedad y a las instituciones gubernamentales es fundamental para una buena parentalidad.

Las finalidades de la parentalidad descritas por Barudy y Dantagnan (2010), están orientadas a asegurar los siguientes objetivos para que sea considerada competente: un aporte nutritivo de afecto, cuidados y estimulación, aportes educativos, aportes socializadores; aportes protectores; la promoción de la resiliencia. (Para interés investigativo se realizó la profundización del aporte nutritivo de afecto).

*El aporte nutritivo de afecto, cuidados y estimulación:* hace referencia al “aporte de experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que permitan a los hijos, construir un apego seguro y percibir al mundo familiar y el social como un espacio seguro”. Ésta vivencia fundamentada en la seguridad, les permite a los niños enfrentar positivamente los del crecimiento y la adaptación al entorno (Barudy y Dantagnan ,2010:38). Barudy también señala que los intercambios sensoriales entre el bebe y sus padres permiten el desarrollo de una impronta adecuada (Barudy 2005). Igualmente define la impronta como “un proceso mediante el cual una cría y su progenitor se reconocen como parte de un mismo mundo sensorial, lo que despierta emociones placenteras y seguras cuando están juntos y dolorosas cuando uno de los dos desaparece”(Barudy 2010:38); en cuanto a la relevancia de una

buena impronta este autor considera, que es necesario para el desarrollo de un apego seguro.

La Teoría del apego constituye uno de los avances más importantes del Psicoanálisis realizados; Bowlby trabajó en el departamento infantil de la clínica Tavistock, en Londres y en 1948 la organización mundial de la salud lo contrató para investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos y separados de sus familias, como producto de la segunda guerra mundial, articuló la teoría basándose en las observaciones clínicas de niños institucionalizados y en hallazgos provenientes de la etología. (Waters *et al.*, 2002)

La teoría de Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí, como son: el sistema de conducta de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. (Waters *et al.*, 2002)

El concepto de apego hace referencia a la disposición que tiene un niño para buscar la proximidad y el contacto con su cuidador, en circunstancias que él percibe como adversas y estresantes, emitiendo conductas que mantienen la proximidad y el contacto con las figuras de apego como son, el llanto, sonrisas, aplausos, en procura de una base segura que le devuelva la tranquilidad motivándolo a explorar y a relacionarse con las personas extrañas, desarrollando un sistema diádico cuidador-bebe en el que las señales de cambios de estados físicos y emocionales del niño son entendidas y respondidas por el cuidador cubriendo la necesidad de protección, estableciendo vínculos que perduran en el tiempo (Bowlby, 1988). Estos incluyen desde el contacto físico hasta la comunicación, sin tener en cuenta la distancia.

Barudy y Dantagnan, definen el apego como “un vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que comienza a concretizarse en la vida uterina”. Es importante en esta etapa la estimulación ya que “el contenido de la relación para el hijo en gestación es exclusivamente sensorial” (Barudy y Dantagnan, 2010:88). Ya para las veinticuatro semanas, el bebé logra percibir y memorizar los olores corporales de su madre y de los alimentos, según lo referido por Cyrilink, (1989). Con el

desarrollo cronológico del bebé es posible visibilizar la importancia del sentido auditivo en la construcción de la relación con sus padres, es así como para las veintisiete semanas el bebé es capaz de reconocer la voz de su madre y de su padre. Cuando nace el bebé, las memorias de él se impregnan de una emocionalidad que puede resultar atormentada o satisfactoria (Barudy, 1989). De ahí que Bowlby (1973) plantea, que en la infancia se manifiesta una necesidad del niño para mantener una proximidad física con su cuidador en busca de seguridad, por esto la calidad del apego madre-hijo depende de lo que cada una de las partes aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra (Bowlby 1990). Como haya sido la relación con los padres, es el tipo de apego que el niño interioriza y que influenciará en su vida, ya que un apego sano “evoca sentimientos de pertenencia de aceptación y de confianza” (Barudy y Dantagnan, 2010:91), estas sensaciones le darán herramientas para cuando sean padres, tengan una vinculación sana con sus propios hijos.

Frente a la estabilidad del apego Barudy y Dantagnan sostienen, que “los tipos u organizaciones de las relaciones de apego durante la infancia son resistentes al cambio se mantienen a lo largo de la vida, aunque en algunos casos no siempre existe una estabilidad en el estilo de apego desde la niñez hasta la infancia” (Barudy y Dantagnan, 2010:94)

La conducta de apego promueve el establecimiento de una relación de apego que se consolida al finalizar los 12 meses de vida y la calidad de esta determina el tipo de vínculo entre ellos, de ahí que la conducta de apego puede manifestarse con varias personas, (Ainsworth, 1967; Bowlby, 1982, 1985, 1989) mientras el vínculo es limitado.

Cuando las conductas de búsqueda de proximidad se organizan jerárquicamente y se dirigen específicamente hacia el cuidador se dice que el niño está vinculado afectivamente (Ainsworth, 1978). El vínculo permanece en el tiempo e incluye sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones y la conducta de apego puede hasta desaparecer, sirviendo como una clase de filtro para la recepción y la interpretación de las experiencias personales (Ainsworth 1967).

El vínculo es un proceso psicológico fundamental que marca el desarrollo humano a nivel de interrelaciones consigo mismo y con los demás, la forma en la que se establecen las relaciones se puede observar en el patrón de comportamiento de niños y por ello puede verse alterado por las circunstancias a las que se está sometido en la infancia o en la adolescencia. (Bowlby 1973) por eso la importancia que tienen el apego sano en la infancia donde “a partir del primer año de vida las diferentes fases de apego han permitido o no una vinculación selectiva con las figuras parentales, manifestándole adecuadamente la seguridad de base” Barudy y Dantagnan (2010:91).

### **6.2.2 EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA**

La vinculación afectiva se desarrolla por medio de 3 etapas:

La primera etapa corresponde al período de embarazo: en esta etapa los padres presentan mucha ansiedad y expectativas, en este periodo se idealiza al bebe, se sueña y se piensa: ¿cómo será?, ¿a quién se parecerá? etc. Se produce una clase de “enamoramiento” donde los padres tienen una representación mental de su hijo casi ideal.

La segunda etapa se inicia inmediatamente posterior al parto: En estos momentos, los padres llenos de expectativas tienen contacto directo con su hijo/a por primera vez. El recién nacido de término y saludable, es puesto sobre el abdomen de su madre inmediatamente después de nacer, para que la madre lo conozca y para que el bebe succione el seno materno. Configurándose este momento en la primera interacción madre hijo/a destinada a solidificar la vinculación afectiva, el poder verlo, tocarlo, sostenerlo incrementa el sentimiento de pertenencia que se está gestando en la diada.

Para la madre sentir a su hijo complementa la etapa de enamoramiento iniciada en el embarazo marcando su maternidad de forma positiva los sentimientos del padre respecto a la pertenencia y enamoramiento de su hijo depende en gran medida de su participación en el embarazo y el parto del bebe. Está demostrado que las madres que tuvieron

la oportunidad de realizar apego inmediatamente posterior al parto (la primera media hora) tienen mejor éxito en la lactancia, evolucionan afectivamente con mayor estabilidad frente a la maternidad, y tienen menores índices de maltrato y abandono que aquellas que no lo lograron.

La tercera etapa se inicia después del nacimiento. Es un período más largo y evolutivo, durante el cual se refuerzan los lazos afectivos primariamente iniciados a través del apego. En este proceso es vital comprender que se requiere de la interacción de ambas partes para que el resultado sea óptimo. Vale decir, en la medida que el niño va creciendo y recibiendo estímulos por parte de sus padres, éste responde de acuerdo a su etapa de desarrollo. Por ejemplo, el recién nacido a los pocos días de vida logra fijar la mirada, al mes de edad es capaz de sonreír y seguir con la mirada, más adelante voltea la cabeza en 60 grados y luego a 90 grados, aparece la vocalización, el balbuceo, las primeras palabras, las primeras caricias, etc. Ello provoca en los padres y en el entorno social que lo rodea respuestas positivas de elogio y satisfacción que refuerzan el amor, el cariño y el orgullo de los padres por su hijo. Es una escalada ascendente de sensaciones gratificantes que rara vez es interrumpida, salvo que se produzca una violenta distorsión de la realidad como prematuridad, malformaciones, enfermedades de la madre, stress ambiental, etc.

### **6.2.3 TIPOS DE APEGO**

Ainsworth realizó una combinación de dos observaciones específicas la interacción de madres y bebés en casa con la respuesta a un procedimiento de laboratorio que consistía en encuentros y separaciones del bebé con su madre y encuentro y separaciones del bebé con un extraño, el llamado Procedimiento de la Situación Extraña. Resultado de estas observaciones estableció tres patrones de apego. (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988).

Apego seguro: donde la vinculación afectiva con el adulto se refleja en la interacción (intercambio de objetos, patrón de alejamiento-proximidad-alejamiento y existencia de interacción a distancia. En ausencia de la figura de apego el niño la busca e inhibe su conducta (no llora). En el momento del reencuentro busca el contacto y se atreve a

explorar, utilizando al progenitor como base segura: busca proximidad al a vez que es capaz de distanciarse. El recelo frente a la extraña es inicialmente natural, aunque luego puede darse una interacción gradual con ella.

Apego evitativos: el niño es muy activo con los juguetes pero con poca vinculación a la figura de apego a quien no involucra en sus juegos, mostrando desinterés o rechazo hacia su cuidador y el nivel de ansiedad frente a la separación es nulo o muy escaso. Hay una conducta exploratoria pero sin interactuar con el cuidador. No hay recelo frente a la persona extraña.. Para Barudy el estado mental de estos niños se caracteriza por “una desactivación de su atención y por representaciones que identifican a los progenitores como fuentes de amenaza y peligro “(Barudy y Dantagnan 2010p. 98)

Apego ambivalente o resistente: hay una escasa interacción con el adulto cuidador pero cuando se da, su conducta es ambivalente de aproximación y rechazo. Cuando hay una separación de la figura de apego se angustia; llora pero no la busca y en el momento del reencuentro se resiste al contacto y no es fácil consolarle o que vuelva a sus anteriores niveles de juego además no se relaciona con la persona extraña.Los niños con este estilo de apego presentan una “sobreactivación del sistema de apego” (Ainsworth 1978). Esta se da en la búsqueda desesperada de la figura de apego por parte del niño y en la no calma de las conductas de apego ansiosas por parte de los progenitores, lo que hace que el niño continúe con la estrategia de sobreactivación(Barudy y Dantagnan, 2005).

El cuarto tipo vinculo, denominado inseguro, \_desorganizado/desorientado que resume características de los dos grupos de apegos inseguros, quienes inicialmente fueron llamados inclasificables (Main & Salomón 1986).

Apegodesorganizados: este tipo de apego muestra en los niños una aparente ausencia de estrategia para organizar su conducta ante una posible situación de estrés para él. El comportamiento de estos niños parece reflejar la vivencia de conflictos, miedo o confusión con respecto a su figura de apego, surge debido a la ausencia de relaciones afectivas estables,duradera y solidas con la figura de apego(Barudy y Dantagnan, 2005).

La AAI clasifica al sujeto en las cuatro categorías similares a las descritas por Aisworth, teniendo en cuenta la coherencia y estructura al realizar la narración y la colaboración con el entrevistador.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede observar los niveles de importancia del desarrollo del vínculo afectivo, y el surgimiento del apego en las interacciones familiares, tejidas desde la concepción.

Para Bowlby (1980), el modelo interno activo o modelo representacional (internalworkingmodel) es una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros. Este modelo se construye a partir de las relaciones con las figuras de apego y sirve al sujeto para anticipar, interpretar y responder a las acciones e intenciones de sus figuras de apego, de ahí la importancia a nivel afectivo y cognitivo, de tener claro quién es la figura de apego, donde encontrarla y que esperar de ella.

Las posibles respuestas del cuidador pueden clasificarse en tres tipos: mostrarse sensible a las llamadas del niño y permitir su acceso, que llevaría a un modelo de apego seguro, mostrarse insensible e impedir el acceso del niño que supondría un modelo de apego inseguro evitativo, y atender y permitir el acceso del niño de forma imprevisible, sólo en algunas ocasiones, lo que generaría un modelo inseguro-ambivalente Bowlby (1980).

Al examinar las observaciones en los hogares de los niños de vínculo seguro, Ainsworth encontró que las madres habían sido clasificadas como muy sensible y responsivas a las llamadas del bebe mostrándose disponibles a sus hijos, en cuanto a los niños se evidencio que lloraban poco en casa y usaban a la madre como base segura para explorar (Ainsworth & Bell, 1970). De ahí la importancia de la sensibilidad y la tolerancia a la ansiedad frente a los cuidados y requerimientos del niño por parte del cuidador primario quien es el responsable de su crianza.

La sensibilidad parental es definida por Ainsworth (1978) como la habilidad para recibir e interpretar correctamente las señales de apego de los niños y responder ante las señales en forma pronta, oportuna y adecuada.

Los modelos representacionales se construyen también en ausencia de interacción con la figura de apego, debido a que si el niño llora y su figura de apego no se encuentra disponible, será relevante para el niño, la falta de respuesta de su cuidador. Si en la infancia, se obtuvo un apego seguro con sus padres u otras personas significativas que se mostraron sensibles, responsivos y consistentes, en su vida adulta mostrara una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca nuevas relaciones y si al contrario, el sujeto ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, no esperar nada positivo y estable en sus relaciones a futuro.

De acuerdo con la revisión hecha por Ainsworth (1979) de diversas investigaciones, los bebés que muestran un apego seguro al año de edad son en etapas posteriores, más cooperadores y expresan afectos más positivos y comportamientos menos agresivos y de evitación hacia la madre y otros adultos menos conocidos, que los bebés que muestran apego inseguros. También se muestran posteriormente más competentes y compasivos en la interacción con los pares (Fonagy, 1994).

El niño seguro tiene una capacidad mejor desarrollada para reflexionar sobre el mundo mental porque esta capacidad está evolutivamente ligada a la capacidad psíquica del cuidador para observar la mente del infante (Bretherton, 1990, 1999; Fonagy, 1991, 1993, 1994, 1996<sup>a</sup>). Slough & Greenberg (1996b, 1999, 2000a), encontraron que los niños de 5 años clasificados como seguros en un procedimiento de separación-reunión con la madre eran capaces de hablar con espontaneidad, mientras que los niños inseguros daban respuestas de evitación de la madre o confusas (Bretherton, 1990). En situaciones de juego libre, los niños seguros tienen periodos de exploración prolongados y muestran mayor interés. Así mismo, en tareas de resolución de problemas estos niños son más entusiastas, curiosos, persistentes y autodirigidos que los niños inseguros.

En adultos se ha estudiado la relación entre el tipo de apego y la satisfacción y calidad de las relaciones maritales y sexuales. Diversos estudios han constatado que las personas seguras muestran los mayores niveles de satisfacción e implicación, mientras que los sujetos inseguros registran los mayores niveles de insatisfacción en las relaciones de pareja (Ortiz, 2002). En sujetos adultos el apego seguro se ha asociado a un mejor manejo de las emociones negativas, a un mayor conocimiento sobre estas emociones, a la capacidad de buscar soporte y consuelo en las figuras de apego cuando lo necesitan.

Los estudios señalan que las personas con apego seguro muestran tanto la capacidad para establecer lazos afectivos, como la posibilidad de tolerar y beneficiarse de la separación. El vínculo seguro envuelve niveles progresivamente diferenciados tanto de la capacidad para relacionarse con otros como del establecimiento de una identidad definida, lo cual se expresa en la capacidad para amar y trabajar (Blatt, 2003).

#### **6.2.4 LA BIOLOGÍA DE EL APEGO**

La capacidad de vincularse con los hijos es uno de los requisitos necesarios para poder ejercer múltiples tareas de parentalidad para padres biológico o cuidadores, el apego o vínculo de apego, “es parte de los sistemas innatos del cerebro de un bebé, este sistema influye y organiza las emociones, las motivaciones, la memoria y las representaciones que rigen las relaciones de los niños con sus padres” (Barudy Dantagnan 2010:92).

El apego seguro es fundamental en el desarrollo de los niños, en su estudio y la socialización; todos los recién nacido nace con la capacidad de apegarse a su madre, salvo que presenten un daño importante en la estructura cerebral, ya que el apego permite el establecimiento de una relación interpersonal, que como lo sostiene Barudy, “permite que el cerebro inmaduro del bebé pueda utilizar las funciones maduras del cerebro de sus padres o cuidadores para organizar su propio funcionamiento .....esto es un factor fundamental para la emergencia de la mente infantil ” (Barudy 2010:93). Por consiguiente, la mente infantil surge de la relación estrecha entre la experiencia con su progenitor y otros cuidadores y la estructura biológica de su cerebro determinado por la genética (Siegel, 2007).

Por lo tanto, un niño que nace mentalmente sano, es el resultado de la estimación, el cuidado, la protección de los padres desde la gestación, haciéndose relevante e imperioso, el ejercicio de la buena parentalidad ofrecida a los niños.

Los anteriores autores, sostienen que, solo el cerebro suficientemente sano de los padres o los cuidadores puede garantizar parte de la sanidad mental en los niños y los jóvenes (Barudy Dantagnan, 2010). Para ampliar lo dicho anteriormente es importante considerar los resultados de los estudios sobre memoria y emoción, que demuestran que las experiencias emocionales, son más tendentes a ser recordadas (Cristianson, 1992). La amígdala y el corte orbitofrontal tiene preferencia a aquellas experiencias más valoradas y emocionales significativas y memorables (Damasio, 1994) por eso la distancia emocional y el rechazo de los padres presente en las relaciones evitativas, crean relaciones dolorosas para los niños y al crecer se convierten en adultos marcados por esa experiencia (Barudy y Dantagnan 2010).

Es importante precisar que los niños pueden tener diferentes formas de apego hacia sus padres o cuidadores, dependiendo de las interacciones con cada uno, si estas interacciones son de buen trato logran influenciar positivamente el estado neurobiológico del cerebro, para Main (1995) los estados desempeñan la capacidad de minimizar la angustia, regular sus acciones. Pero cuando las interacciones son negativas enfocadas en malos tratos, las experiencias serán caracterizada por la angustia crónica, la desorganización y los trastornos de su identidad (Barudy y Dantagnan, 2007).

#### **6.2.5 DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y PSICOPATOLOGÍA**

Bowlby (1976), habla del término normalidad y patología y plantea que no existe una forma única de normalidad, sino que existen numerosas conductas que pueden ser consideradas como tales y que el comenzar un camino desviado de la normalidad no determina la patología por que se puede volver a la normalidad en cualquier momento o por el contrario desviarse aún más dependiendo de las circunstancias que envuelven al individuo, razón por

la cual se afirma que entre más tiempo se haya permanecido por un camino desviado más difícil resulta dejarlo atrás.

Para Bowlby, (1989); el origen de muchas patologías infantiles tiene sus bases en las relaciones primarias perturbadoras madre-hija(o) y en modo en que los niños han recibido los cuidados parentales, “existen padres que comunican crónicamente a sus hijos mensajes verbales y no verbales, amedrentadores, amenazantes, confusos y terroríficos” (Barudy y Dantagnan 2007:99). Esta situación genera una desorganización en el sistema de apego, siendo la patología el resultado de un falta o error en los cuidados por separación y hasta el abandono en familias desintegradas o por la inestabilidad, agresión, y/o comunicaciones ansiógenas en las familias completas esta, se da siempre que se separe a un niño pequeño de la figura materna durante un periodo prolongado o definitivo.

El término contrario a la vinculación, es el aislamiento o la soledad, para Yalom (1984), clínicamente se puede clasificar tres tipos de aislamiento, la interpersonal dada la incapacidad para comunicarse con los demás, el intrapersonal donde se refleja las fallas en los modelos operantes interno (Relación de Apego) del individuo y por último el aislamiento existencial que persiste aunque se esté en compañía.

La unión de estas tres vivencias se denomina soledad afectiva y es entendida como la incapacidad de comunicarse y de relacionarse físico, afectivo y social mente. (Rocamora 1986). Estableciéndose así las patologías de origen vincular dadas por las disfunciones, excesos o ausencia de vínculos.

La ausencia de vínculo afectivo se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional (Ainsworth& Bell 1970). Algunos estudios han encontrado las siguientes relaciones entre diferentes patrones de apego y trastornos psicológicos en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfield&Cols, (1999) encontraron relaciones con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Las personas con un estilo de apego inseguro

poseen una falta de confianza hacia los otros, lo que determina sus relaciones interpersonales (Scout & Cordova, 2002; Mikulincer & Florián, 1999; Collins, 1996).

Los sistemas de apego infantiles inseguros y los desorganizados, son parte de la semiología de la que se designan como la psicopatología infantojuvenil en lo que se refiere a la parentalidad, están asociados a una incompetencia parental severa (Barudy y Dantagnan, 2005).

Rosenstein & Horowitz (1996) por otro lado demostraron que los adolescentes con un vínculo evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias (Girón, 2003), trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Los niños con un apego ambivalente eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide.

Los cambios en el sistema familiar que amenazan la disponibilidad de las figuras de apego, están relacionadas con desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia así como con trastornos de personalidad en los adultos jóvenes (Steinet *al.*, 1994). Posteriormente Diamond & Liddle (1999) y Lewis & Cols, (2000) afirman que en las familias con jóvenes que tienen trastornos de conducta, drogodependencias, insatisfacción de pareja, se relaciona a las prácticas parentales ineficaces (De Vito & Hopkins, 2001).

Los interesados en el desarrollo del ciclo vital de los niños, se interesaron por mejorar las condiciones de los niños y niñas prematuras, tratando de generar unos niveles de comunicación afectiva que mejorara el peso y talla de los menores, por tal razón se explicitara el surgimiento del método canguro.

### 6.3 MÉTODO CANGURO

El Método Canguro tuvo sus inicios en 1978 con el doctor Edgar Rey Sanabria el cual era pediatra del Instituto Materno Infantil -IMI- de Bogotá (Colombia), y se fue desarrollando de la mano de los doctores Héctor Martínez Sanabria y Luis Navarrete desde el año de 1979 en el mismo instituto de Bogotá. El doctor Sanabria creó esta alternativa basándose en la conducta de los marsupiales de colocar a sus hijos al nacer dentro de unas bolsas llamadas marsupios, para que allí terminaran su periodo de gestación. Además sirvió como solución alterna frente a la insuficiencia de incubadoras con los subsiguientes problemas de infecciones nosocomiales, alta tasa de mortalidad, abandono y separación de los bebés de sus madres (Anderson, *et al.* 1986). Es una técnica que consiste en brindar al bebé prematuro y de bajo peso al nacer, óptimas condiciones para su adecuado desarrollo, condiciones tales como calor corporal materno tal como lo haría una incubadora, contacto piel a piel permanente, leche materna exclusiva y el seguimiento médico (Figueroa y Hamel, 1997).

Para poder hacer uso de la técnica, el recién nacido prematuro debe cumplir con ciertos criterios de elegibilidad donde se incluyen el haber superado cualquier patología física, ser capaz de deglutir y succionar de manera coordinada y estar ganando peso rápidamente (Charpak *et al.*, 1997).

En cuanto a los criterios de elegibilidad para la familia, se encuentran la disposición motivación y compromiso para aceptar las reglas del PMC, los horarios de citas y los cuidados que implica el programa. Así mismo, se requiere que los padres comprendan el método canguro en su totalidad, pues se necesita que ellos se adapten y adquieran nuevos hábitos de comportamiento para cuidar al bebé (Charpak *et al.*, 1997).

Cuando el bebé ha sido seleccionado para entrar al PMC, se inician 2 etapas, la adaptación intrahospitalaria y la adaptación ambulatoria. La adaptación intrahospitalaria consiste en enseñar a la madre lo referente a la posición que debe adoptar el bebé de forma permanente (posición vertical de cúbito prono -como una rana-), con sólo una camisa sin mangas y el

pañal durante las 24 horas del día para así tener un continuo contacto piel a piel; ésta posición debe mantenerse hasta cuando el bebé tenga un peso adecuado (>2000 gramos aproximadamente). Otra información importante que es suministrada a las madres está referida a la alimentación que debe recibir el prematuro, que consiste únicamente en la leche materna, en cómo extraerla y suministrarla a los recién nacidos (Charpak *et al.*, 1997).

Si el bebé se encuentra en buen estado de salud y puede abandonar el hospital, se inicia la etapa de adaptación ambulatoria, en donde se le realizan exámenes médicos diarios y controles que permitan conocer los avances (aumentando de peso y talla) Cuando alcanza el peso adecuado para su edad, inicia los controles una vez por semana hasta alcanzar el término gestacional que es de 40 a 41 semanas (Charpak *et al.*, 1997).

Pasado esto, se realizarán controles cada mes y medio hasta los seis meses de edad corregida del bebé (edad corregida entendida como la edad cronológica en semanas, menos el tiempo en semanas que le faltó para completar las 40 semanas de gestación). Luego, los controles se harán cada tres meses hasta el año de edad corregida. En este punto se considera que termina el PMC para ese bebé (Charpak *et al.*, 1997).

A criterio de la pediatra Charpak, (2007), la aplicación en forma ambulatoria del Método Madre Canguro, permitiría “desmedicalizar” el manejo de prematuros, transfiriendo a los padres la responsabilidad por el los cuidados físicos y emocionales de su bebé. Por lo tanto se devolverá el derecho de los padres a constituirse en los cuidadores primarios de su hijo prematuro.

Alrededor de la Técnica Canguro se han realizado diversas investigaciones nacionales e internacionales, con el fin de construir una base teórica y conceptual que dé cuenta de la influencia de la misma en los bebés prematuros y sus familias. Gran parte de los investigadores se han inclinado por el estudio de los aspectos biológicos que se ven involucrados y/o afectados por la técnica.

## 7 MARCO METODOLÓGICO

La estrategia de escenarios conversacionales retoma la reflexividad para la generación de conversaciones relacionales entre los diferentes actores convocados enlazando bucles recursivos, creando narrativas alternas que ayudan en la visualización de mundos posibles. Con los escenarios conversacionales reflexivos se logró abrir la re-consideración de los relatos dominantes, co-construyendo voces diferentes o alternas permitiendo la generación de nuevas narrativas. La intencionalidad de los encuentros fue la creación de espacios dialógicos entre los actores convocados e investigadoras interventoras definiéndose nuevas formas de conversar, comunicar y escuchar. Los escenarios se organizaron teniendo en cuenta los objetivos, las preguntas orientadoras, focos de la investigación generando las categorías de análisis.

El presente proyecto de investigación presenta una metodología que por su alcance es de tipo descriptivo, y por el tipo de información que se recogió es de corte cualitativo. En este sentido se tuvo en cuenta ya que “los datos descriptivos son las propias palabras de las personas, habladas o escritas” Pérez, (1998). De acuerdo a lo anterior cada una de las madres narra su apreciación, su sentimiento, pensamiento frente al proceso de vinculación afectiva con sus hijos, dando a conocer las situaciones, costumbres y actitudes prevalentes de procesos y personas, de acuerdo con lo planteado por Sampieri, Collado, Lucio (2006), refieren que “estos tipos de estudios evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”(Lucio 2006:102).

Por consiguiente el carácter descriptivo de la presente investigación se concentró en detallar las experiencias subjetivas de las madres, investigando en sus emociones, percepciones en torno a la prematuridad de sus hijos y el uso del Programa Madre Canguro al cual pertenecen. Además se realizaron observaciones sobre el sistema interrelacionar entre madre y el neonato, que en su conjunto permitió apreciar los patrones vinculares de apego seguro presentes en las diadas, con relación a lo anterior, las investigadoras optan por abordar la experiencia subjetiva de las madres desde el método cualitativo.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) definen el enfoque cualitativo de la investigación como “conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos.” (p. 9). De igual forma expresan que la investigación cualitativa tiene un proceso inductivo, pues va de lo particular a lo general. Siendo relevante el método cualitativo como la herramienta propicia que permite conocer las creencias, valores y actitudes, presentes en las progenitoras permitiendo conocer los significados y el sentido que ellas le dan a su experiencia de vida.

El presente estudio se basa en el diseño cualitativo narrativo propuesto por Hernández *et al.*, (2004). “En este diseño el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas”. ” (p. 701) para lo cual, las investigadoras realizaron una entrevista abierta con las madres para acceder al conocimiento de sus vivencias a través de las narraciones donde elaboran una descripción minuciosa desde su sentir como cuidadoras principales de sus hijos/as dando cuenta del proceso de apego seguro que se gestó en la diada.

La epistemología cualitativa en el diseño narrativo es constructivista y la premisa central se basa en la construcción de la realidad (Bruner, 2004), donde el papel del lenguaje es la construcción de significados a través de la realidad, es así como la narrativa es la base para la organización de los significados, para dar sentido a las experiencias, el mundo, los otros y nosotros mismos, siendo concebidas las personas como narradores de sus propias historias (Bruner, 1994). De acuerdo con lo anterior expuesto las madres canguros construyeron su narración desde su experiencia en el programa, dejando ver su pensamiento, sentimientos y la interacción del sistema familia y conyugal.

El enfoque desde el cual se toma la presente investigación es la fenomenología, la cual según Holstein y Gubrium citados por Sandoval, C. (2002) lo que hace es “describir la experiencia sin acudir a explicaciones causales” (Holstein y Gubrium 2002:59), por lo que se puede afirmar que se centra en las vivencias relatadas por las madres pertenecientes al programa madre canguro de la ciudad de Quibdó.

## **7.1 Fuentes de Información**

La información fue obtenida a través de artículos publicados en revistas científicas, libros y documentos suministrados por el programa madres canguro realizado en hospital san francisco de asís de la ciudad de Quibdó –Chocó. Al igual que las suministradas por el personal profesional vinculado ha dicho programa y las narraciones de las madres como fuente principal de información.

## **7.2 Temporalidad**

Las investigadoras realizaron 2 momentos diferenciales de recolección de información durante el año 2013 periodo comprendido entre los meses de Marzo Abril, Mayo, las observaciones de la interacción de la diada madre-neonato prematuro y en el mes de junio se efectuaron las entrevistas abiertas lo que permitió visibilizar el desarrollo del apego seguro y aportar elementos que facilitan y enriquecen la descripción y comprensión de la investigación.

## **7.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Información**

La presente investigación se basó en la recolección de información en dos momentos independientes lo que permitió comprender e interpretar de forma integral el desarrollo del vínculo de apego seguro.

En el primer momento, la técnica utilizada fue la observación y el segundo momento se caracterizó por la entrevista abierta como técnica que permitió conocer de primera mano la vivencia emocional de las madres y los significados que ellas le atribuyen a la misma, expresados por medio de la narración descriptiva de los hechos.

## 7.4 La observación

Van Dalen & Meyer (1981) Sostiene que un elemento fundamental de las observaciones, son los hechos, quienes serán contemplados de forma clara, definida y precisa, teniendo presente lo que se quiere observar, la presente investigación realizo las observaciones directamente en la sala de neonatos del hospital san francisco de Asis de Quibdo-Choco bajo referentes claros de las categorías que son de interés investigativo. Los sistemas categoriales son definidos por Rodríguez, Gil Flores, García, como "... sistemas cerrados en los que la observación se realiza siempre desde categorías prefijadas por el observador". (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, p. 154). "La identificación del problema se hace desde una teoría o modelo explicativo del fenómeno" (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, p. 154). Por consiguiente las observaciones de tipo categorial "...es una construcción conceptual en la cual se operativizan las conductas a observar..." (Rodríguez, Gil Flores, García, 1999, p. 155) Según estos autores un sistema de categorías debe contemplar las siguientes condiciones:

- Las categorías deben estar definidas con precisión y claridad.
- Deben ser mutuamente excluyentes.
- Debe tener un carácter exhaustivo.
- Las categorías deben ser homogéneas.

Para lograr las fines de la presente investigación se utilizó la observación de sistemas categoriales en articulación con la observación no participante "Esta forma de observación se abstiene de intervenciones en el campo, intentando mantener una distancia de los acontecimientos que se quieren observar para evitar influir en ellos" (Flick, 2002:150). Lo anterior permite apreciar los elementos relacionales que son parte fundamental de la interacción madre-neonato prematuro, sin interferir ni provocar cambios en el sistema de relaciones habituales entre madres y neonatos lo que permitió conocer el sistema de interacción que intervinieron en el desarrollo del vínculo de apego seguro en la diada objeto de estudio. Las investigadoras realizaron un total de 5 visitas con el fin de hacerle seguimiento visual a la diada madre-neonato.

## 7.5 La Entrevista

Casado (2005) cita a Bringham y Moore, quienes definen la entrevista como “*una conversación con un propósito definido*” (Bringham y Moore 2005:25) pero Casado, refiere que la entrevista psicológica es mucho más que eso; se puede decir que es un “*proceso de comunicación interpersonal*” (Casado 2005:25) del cual es plenamente consciente el terapeuta, pero no el cliente, de igual forma el terapeuta debe tener conocimiento de la forma en que el entrevistado y el entrevistador se pueden llegar a influir mutuamente y tener claro el objetivo de la entrevista y cómo lograrlo, por otra parte se debe tener la capacidad de identificar las diferentes formas de comunicación que siempre se presentan, tales como la verbal y la no verbal, al igual que los factores psicológicos, ambientales, sociales que pueden influir en el desarrollo de la entrevista. El autor comenta que la entrevista vista a los ojos del entrevistado es algo muy normal, pero para el terapeuta implica un gran trabajo y esfuerzo para que salga bien, por lo que dice:

*“Es así que prepara la entrevista, la inicia, habla, escucha, observa a su interlocutor y se observa a sí mismo, analiza el desarrollo del discurso en cuanto al contenido manifiesto y subyacente, regula mentalmente el tiempo real de la conversación y la fluidez de ésta en relación con el tema tratados, sintetiza y graba en su memoria los aspectos informativos de mayor importancia , está alerta ante el estado emocional del entrevistado y de sí mismo, formula hipótesis temporales de trabajo acerca de la relación particular con la persona que entrevista, prepara progresivamente un final adecuado y planifica la continuación o conclusión de la relación establecida”.*  
(Casado, E. 2005, p. 26)

Por otra parte Ocho (1995), hace referencia a la entrevista desde el punto de vista sistémico, expresando que es un “*instrumento creado para hacer terapia familiar en contexto privados*” en igual sentido se debe tener bastante tiempo y un equipo de apoyo que observa al terapeuta que hace la entrevista. La entrevista se divide en cinco partes: precesión,

sesión, pausas, intervención y postsesión. Vista desde el enfoque sistémico la entrevista tiene como objetivos

- Recoger información sobre el problema y motivo de consulta
- Que haya un cambio en el paciente que presenta el síntoma
- Que haya un cambio en el sistema familiar para romper la dinámica familiar que mantiene el síntoma

En éste punto es importante mencionar que la entrevista desde el punto de vista del enfoque sistémico y descrita por Ochoa no ha de ser tomada para la recolección de datos del presente trabajo, ya que no se pretende intervenir sobre la población para lograr un cambio, sino recolectar información para analizarla a la luz de las teorías que han sido tomadas.

Para mayor precisión conceptual es necesario mencionar los tipos de entrevista y las características de cada una, Grinnell en Hernández, R., Fenández, C. y Baptista, P. (2006) habla de tres tipos los cuales son:

*Entrevista estructurada:* la cual es realizada por el terapeuta basándose en unas preguntas en determinado orden y determinada cantidad, y la entrevista se limita a la guía de preguntas que ya está preparada y estructurada.

*Entrevista semiestructurada:* en ésta hay una guía sobre los temas y preguntas que van a ser tratados los cuales guían la conversación y el terapeuta tiene la opción de hacer preguntas complementarias dependiendo de las respuestas, para completar la información que se valla recogiendo.

*Entrevista abierta:* por su parte está fundamentada solamente en una guía general del contenido que debe ser tratada en la entrevista y el terapeuta tiene toda la libertad preguntar o intervenir manejándola según la dirección o estructura que valla tomando a medida que se va desarrollando. Éste es el tipo de entrevista que se ha de realizar para la recolección de

datos, ya que es necesario dar libertad al entrevistador y los entrevistados para que expresen de la mejor forma posible y en detalle sus experiencias y perspectivas.

### **7.5.1 Instrumento**

El instrumento que se tomo es la entrevista abierta que permite obtener una mayor riqueza informativa en las narraciones de las madres a través de la profundidad y recursividad que pueden usar las investigadoras para dirigir las entrevistas, cabe resaltar que las narraciones de las progenitoras tienen un carácter constructivo que se elabora en función de responder a las preguntas sin que haya existido una elaboración previa.

La entrevista esta soportada principalmente en un guion que permitió dar cuenta de los objetivos específicos planteados, para lo cual se realizó un listado de temas preseleccionado con preguntas abiertas que irán siendo utilizadas de acuerdo a la dinámica de la entrevista en función de centrar y profundizar en los interés de la investigación y en razón de obtener respuestas de expresión libre y natural.

Para lograr obtener una mayor fluidez y autenticidad en la interacción se estableció un rapport con las madres que permitió facilitar el abordaje en profundidad de su experiencia subjetiva en torno a la prematuridad de su bebe, identificar las capacidades parentales, las redes de apoyo y los recursos personales que poseen que les permitió establecer un apego seguro con su bebe mediado por el uso del Método Madre Canguro.

Es pertinente indicar que las entrevistas fueron grabadas con una duración de aproximadamente 1 hora con el previo consentimiento de las madres y del director del programa. También se adjuntaron fotografías, en relación a documentación de imágenes que dan cuenta de la práctica del MMC, con imágenes de las diadas madre-neonato prematuros que enriquecen el proceso investigativo del presente trabajo. Lo anterior reposa en los anexos y se sustenta en la afirmación de Taylor y Bogdan quienes sostienen que: “Las fotografías y películas también pueden emplearse para presentar e ilustrar los descubrimientos. Las imágenes pueden tomar el lugar de las palabras o por lo menos

transmitir algo que las palabras no pueden transmitir”. (Taylor y Bogdan, 1992, p. 148). En relación a lo anteriormente expuesto la entrevista abierta será complementada con la utilización de la técnica de Observación no participante para no interferir en las interacciones entre diada madre-neonato.

## **7.6 Procedimiento.**

### ***7.6.1 Fases de la investigación.***

*Fase uno:* Se determinó el tema de la investigación, se realizó un barrido sobre el estado del arte desde el contexto y luego se indagó a nivel documental, lo que permitió la construcción de la pregunta problema, objetivos y demás referentes importantes en el diseño del proyecto

*Fase dos:* se realizó un encuentro con el contexto hospitalario y se puso en escena la pretensión de la investigación, realizándose el consentimiento informado por parte de la institución. Lo que permite estructurar de manera positiva el proyecto de investigación. Estableciéndose la importancia de un encuentro con la muestra poblacional para la aplicación del instrumento (entrevista abierta).

Específicamente se realizaron 5 visitas a la unidad de neonatología del Hospital San Francisco de Asís de la Ciudad de Quibdó con el propósito de conocer la labor que viene realizando el programa madre canguro, inscrito en dicho hospital.

La primera visita tuvo como objetivo exponerle al director del programa y al cuerpo profesional que labora con él (enfermera y psicóloga), nuestro interés para realizar la investigación y solicitar el permiso formal que avale, la ejecución de la investigación, de acuerdo al permiso leído y firmado por el director (lo cual se lleva constancia en los anexos). Ya contando con el interés y aval del cuerpo directivo se realizó la segunda visita, donde el director nos presentó a los profesionales que conforman el programa.

Fase tres: Se llevó a cabo el encuentro con la muestra poblacional, y se realizó la entrevista abierta, permitiendo la reflexividad las dinámicas de parentalidad, vinculación afectiva y apego.

Para lo cual se realizó una tercera visita, en la que se contempló la observación de campo con una duración de 1 hora, la cuarta y quinta visita tuvo la misma duración y se realizó con el fin de reforzar las observaciones y así tener una idea más amplia de las actividades realizadas por las madres, estas visitas fueron realizadas mensualmente en relación al control médico. Además en la quinta visita se culminó con la entrevista dejando así plasmada la experiencia vivida por cada una de las madres seleccionadas.

Igualmente en estas últimas visitas se realizaron los diálogos con el profesional pediatra director del programa, de acuerdo con lo propuesto por González & Méndez (2006): “La investigación genera diálogos formales e informales que se convierten en fuente importante de información sobre el problema estudiado. Esta posición activa les permite zonas de expresión sobre su experiencia y compartir reflexiones que muchos no habían logrado antes”.

Fase cuatro: Se lleva a cabo el análisis de resultados. Sistematización, análisis e interpretación de la información. Se elaboraron matrices que dan cuenta de los encuentros mediante la estructuración de las categorías de análisis, se elaboran las conclusiones y recomendaciones.

### **7.6.2 Delimitación del campo de estudio**

Los actores sociales con que se trabajó fueron las madres y sus bebés prematuros Pertenecientes a la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco Asís, quienes participan en el programa del método Madre Canguro de la ciudad de Quibdó-Chocó.

### **7.6.3 Universo**

Se constituyó por todas las madres (20 en total) y sus bebés de 35 semanas de gestación, quienes tenían un peso promedio de 1700 gr con talla de 43cm que requirieron hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís y que participaron en el Programa Madre Canguro ambulatorio durante el año 2013 (datos suministrados por la Unidad de Neonatal del Hospital San Francisco de Asís).

### **7.6.4 Muestra**

En la presente investigación, los sujetos fueron elegidos intencionalmente seleccionando a las madres y a los neonatos que se encuentra en la etapa ambulatoria de programa. La muestra se seleccionó a través de un muestreo estructural de seis (6) madres con sus respectivos hijos prematuros. Para homogeneizar la muestra se tuvo en cuenta:

- Que los bebés prematuros hayan estado hospitalizados hasta su estabilización médica en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó –Chocó durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2012.

Por otro lado como criterios muestrales que estructuran de forma heterogénea la Muestra se establecieron:

- La edad de las madres (las cuales oscilan entre 20 y 35 años)
- Estado civil (casadas, madres solteras o en unión libre)
- Madres primíparas (primer hijo) o madres multíparas (más de un hijo)
- El sexo del bebé: masculino o femenino

La muestra utilizada en la técnica de entrevista correspondió a las 6 madres de bebés prematuros participantes del Programa Madre Canguro Ambulatorio del año 2012 de la Unidad de Neonatología del Hospitalario San Francisco de Asís de la ciudad de Quibdó. En

la técnica de observación no participante se consideró como muestra las díadas madre-bebes prematuro y su interacción.

#### **7.6.5 Plan de análisis de la información**

El análisis de contenido desde una perspectiva cualitativa busca “conocer el significado que está inmerso en la trama tejida por el texto o discurso de los sujetos” (Echeverría, 2005:5). De ahí la importancia para el presente estudio de seleccionar del análisis cualitativo en cuanto posibilita un acercamiento a los significados que las madres le otorgan a cada uno de los sucesos en torno a la experiencia de pertenecer al Programa Madre Canguro generando posibilidad de síntesis y e interpretación de las respuestas referidas por ellas, permitiendo reconstruir lo dicho en las narraciones para descubrir el contenido latente y poder conocer los sentidos que componen cada una de expresiones de las progenitoras, para lo cual la presente investigación eligió la modalidad de análisis cualitativo por categorías que consiste “en el procedimiento de ir distinguiendo, separando y priorizando elementos de los discursos vertidos en las entrevistas individuales (...), de tal manera de poder reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes que aparecen en los dichos de los sujetos convocados (...)” (Echeverría, 2005: 5)

Permitiendo descubrir la coherencia interna de las narrativas de cada una de las madres de donde se extrajeron las ideas centrales y generales expresadas por ellas para enriquecer la información contenida en las categorías y tópicos.

#### **7.6.6 Construcción de Listado de Categorías y Tópicos.**

El material recogido se categorizó en función de los dos ejes temáticos que articulan esta investigación, el apego seguro y las capacidades parentales, desde esta óptica se clasificaron los temas más relevantes de todas las entrevistas realizadas a las madres situando los contenidos en las categorías ya diseñadas, para lo anterior se tuvo como guía los objetivos específicos que sustentan este estudio, para obtener una mayor profundada y riqueza investigativa.

Es importante señalar que desde el marco teórico se construyeron 3 categorías de forma predeterminadas y en el transcurso de la investigación surgen 2 tópicos y 1 categoría emergente que las investigadoras consideran pertinente analizar e incluir para enriquecer el presente estudio como lo son: **Recursos Personales** (categoría emergente) y **Resiliencia** (tópicos). Por consiguiente se establecieron 4 categorías descriptivas con sus respectivos tópicos.

De igual manera se procedió con la sensibilidad materna identificando los elementos principales de apego seguro (contacto visual, vocalizaciones y proximidad física) presentes en la interacción madres-neonatos través de las observaciones realizadas por las investigadoras

### ***7.6.7 Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas realizadas a las madres.***

#### **1. Apego Seguro**

- 1.1 vivencia emocional de la madre sobre la prematurez de su hijo
- 1.2 vivencia emocional de periodo de hospitalización del Neonato
- 1.3 Establecimiento de la relación madre-hijo

#### **2. Capacidades Parentales**

- 2.1 Capacidad de apegarse a su hijo.
- 2.2 Capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios.
- 2.3 Empatía
- 2.4 Modelos de crianza

#### **3. Redes de Apoyo**

- 3.1 Pareja
- 3.2 Familia
- 3.3 Programa madre canguro

#### **4. Recursos Personales (categoría emergente)**

4.1 Fe en Dios

4.2 Resiliencia

En cuanto a la observación:

##### **1 sensibilidad materna**

1.1 Contacto físico

1.2 contacto visual

1.3 vocalización

A continuación, se realizará la definición de cada una de las categorías anteriormente expuesta, con el fin de facilitar la comprensión del lector.

#### ***7.6.8 Descripción de Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas de la diada Madre -Neonato***

##### **Apego Seguro**

En referencia al objetivo general de esta investigación de conocer el desarrollo del apego afectivo en la diada madre-hijo prematuro, se focalizará en todas las manifestaciones que se traducen en una expresión de afectividad y de seguridad para los prematuros de parte de sus progenitoras por lo cual se dividió en 3 etapas con el fin de detallar minuciosamente las emociones de las madres experimentadas en torno a la prematurez de sus hijos así como también todo los sentimientos presentes en el periodo de hospitalización de los neonatos y por ultimo como se vivencio el restablecimiento de la relación madre-bebe después de estar separados por intervenciones médicas tendientes a la estabilización del bebe.

##### **Capacidades parentales**

Esta categoría identifica las capacidades parentales (habilidades físicas, emocionales y hereditarias que poseen los padres para cubrir las necesidades físicas y emocionales de sus

hijos) presentes en las madres de los neonatos pertenecientes al Programa Canguro de la ciudad de Quibdó-Chocó. Permitiendo a través de las narraciones de las madres visibilizar expresiones que denoten el grado de amor, apego, protección y disposición para lo cual se establecieron 4 tópicos: Capacidad de Apegarse a su hijo, Capacidad Empatía, Modelos de crianza y La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios.

### **Redes de Apoyo**

En esta categoría se incluyeron todas las referencias de las madres acerca de las personas que les sirvieron de soporte emocional en este crucial momento, para ello se tuvo presente 3 pilares fundamentales en este proceso como lo son: la pareja, la familia y el programa madre canguro del cual hacen parte.

### **Recursos Personales (categoría emergente)**

En esta categoría emergente se identifican los elementos discursivos pertenecientes a toda la capacidad individual presente en las madres en relación a la búsqueda de sostén espiritual así como también en todas las palabras donde las progenitoras dieran cuenta de su necesidad de encontrar en sí mismas o en su entorno la fortaleza para superar las adversidades y afrontar la condición de prematuridad de sus bebés.

#### ***7.6.9 Descripción de las categorías de las observaciones no participantes realizadas por las investigadoras***

### **Sensibilidad materna**

Para dar cuenta de esta categoría, se registraron todos los elementos del sistema de interacciones que estaban presentes (vocalizaciones, llantos, búsqueda de contacto y protección por parte del neonato) así como la disposición y sincronía propias en la madre para ofrecerle a su bebé seguridad y protección para ello se desarrollaron 3 tópicos: contacto físico, contacto visual y vocalización en la diada Madre-Neonato.

## **8 RESULTADOS**

Con la intención de conseguir resultados de mayor profundidad, se desglosó la información obtenida a través de las entrevista abierta y las observaciones no participantes de la interacción de la díada madre-neonato prematuro/a. De forma que permita dar cuenta del mismo fenómeno estudiado, pero desde las distintas perspectivas de la diada y posteriormente se realizó un análisis a nivel global, en donde se integraron todas las experiencias descritas y observadas en la presente investigación.

A continuación se relacionan cada una de narraciones realizadas por cada una de las madres teniendo en cuenta las categorías y tópicos mencionados anteriormente (tablas 1) y de las observaciones de la interacción de la diada que permitió dar cuenta de la sensibilidad materna (tabla 2)

**Tabla 1.** Categorías y Tópicos descriptivos de las entrevistas de la diada Madre –Neonato

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>VIVENCIA EMOCIONAL DE LA MADRE SOBRE LA PREMATURIDAD DE SU HIJO</b>	<b>¿Qué expectativas tenía de su embarazo?</b>	“Todo comenzó con la sorpresa de que estaba embarazada, cuando me di cuenta me puse muy feliz y le conté a mi esposo ya que era mi primer bebe y llegaba en el momento preciso para	“Cuando supe que estaba embarazada nos pusimos felices, porque es nuestro segundo hijo”	“Mi bebe es la razón para salir adelante día a día, su padre y yo no lo esperábamos pero queremos que nazca sana y fuerte”	“Cuando me entere que estaba embarazada fue muy bonito porque lo estábamos esperando hacía mucho tiempo y queríamos que se pareciera a su papa, grande y fuerte con el color de sus ojos, me cuidaba mucho y	“No me esperaba estar en embarazo, fue una sorpresa enorme pero cuando me di cuenta la primera que se entero fue mi hermana, ella me cuidaba mucho, porque quería que estuvieran bien, me	“Mi experiencia es maravillosa como madre porque es mi primer parto y he aprendido de todo un poco”	En las diadas madres-neonatos se visualiza una interacción mediada en una adecuada sensibilidad materna capaz de responder de forma inmediata y optima a las necesidades físicas y filológicas de los neonatos así

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
				unirnos más a mí y a mi esposo como familia”			me dieron muchos antojos, los cuales me los me los cumplía su padre”	imaginaba un bebe grande y sano que se pareciera a mí, que sacara mis ojos y mi color de piel”		como también una relación afectuosa basada en cariños, mimos y atenciones a lo que los neonatos corresponde de igual manera y demuestran confort al sentir cubiertas sus necesidades , indicando el establecimiento de un apego s.

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<b>¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?</b>	“mi embarazo fue doloroso tenía 3 miomas de los cuales me entere por los constantes cólicos y sangrados”	“Cuando supe que estaba embarazada a los 3 meses pusimos felices, porque es nuestro primer hijo. se me complicó porque me dio preclamsia”	“Mi embarazo fue muy complicado desde el primer mes presente sangrados y me diagnosticaron una amenaza de aborto”	“durante el proceso de mi embarazo presente algunos inconvenientes de salud relacionado con problemas de presión arterial”	“En mi embarazo tuve varias molestias por que el bebé se me bajo mucho y a los 7 meses presente sangrados”	“al 6 meses me hospitalizaron 20 días con una deficiencia placentaria”	Todas las madres presentaron quebrantos de salud en el estado de embarazo ,lo que hizo que fuera un embarazo muy cuidado por el bienestar de la diada madre-neonato, definidos medicament e como embarazos de alto riesgo
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<b>¿Cómo fue Su parto?</b>	“Parto vaginal”	“Y me hicieron cesaría”	“Y me hicieron una cesaría”	“Me practicare una cesaría y por fin nació mi hija”	“Parto vaginal”	“Por lo cual me programaron una cesaría de urgencia por ser	El nacimiento de los neonatos prematuroz fue a través de

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
									riesgoso para los dos”	diferentes técnicas dos presentaron parto vaginal y 4 fueron intervenidas por cesaría
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<b>¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?”</b>	“Antes de llevarlo a la incubadora a me la pusieron en el pecho para que la viera y me tranquilizara”	“Se lo llevaron de inmediata a la incubadora y no lo pude ver”	“Mientras yo esperaba, el momento de ver a mi hija pensaba, ¿cómo sería? ¿Cuánto pesaría?” y me dolió por que no la pude conocer”	“Al instante de nacer fue llevada a la incubadora”	“Sobre mi pecho y luego se lo llevaron para estabilizarlo”	“La bebe estaba muy mal y no me la dejaron ver”	Solo dos de las madres pudieron contemplar a sus bebés inmediatamente después del nacimiento las otras 4 no conocieron a sus hijos dados los procedimientos médicos que requiere el neonato

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<p>¿Qué pensó al no ver a sus hija/os? Casos (1,3,4,6)</p> <p>¿Qué sintió cuando el médico le presento a su bebe apenas nació? Casos(2,5)</p>	“Fue maravillosos o tenerla en mi pecho y poder verla ,hay que ser mama para entenderlo	“Pensé lo peor, que estaba muy mal”	“Tenía mucho miedo porque en ese momento nadie me dijo nada y esperaba lo peor”	“Me puse muy triste al no saber nada, me sentí culpable y quería mejorarme rápido para ir a buscarla”	“Fue una felicidad inmensa porque uno siempre espera ese momento para conocerlo, sentirlo”	“Me puse a llorar, estaba desesperada, quería saber cómo estaba y pensé que podía morirse”	as madres que vieron a sus hijos experimentaron sentimiento de felicidad y dicha de sentir a sus bebes en el pecho, al contrario de las 4 que no los conocieron quienes la ansiedad y el miedo se apodero de ellas al tener pensamientos negativos asociados

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
										a la muerte de sus bebés
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<b>¿Cuándo viste por primera vez a tu bebé que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?</b>	“La verdad todo era diferente no la podía cargar ,ni llevármela a mi casa y eso me afectaba mucho”	“Todo era diferente él era flaquito, chiquito y metido en esa incubadora sin podérmelo llevar a casa”	“Todo era diferente pero era mi hija y yo tenía que estar a su lado”	“Yo imaginaba una niña grande y fuerte antes de todo esto y después me empecé a ser a la idea por eso cuando la vi fue difícil pero lo supere rápido”	“Fue diferente verlo así tan frágil, tan, casi que transparente y eso fue muy duro para mi”	“Yo empecé a buscar imágenes y a investigar como para prepararme pero igual es duro ver a tu hijo así”	En las madres se pudo evidenciar el impacto emocional que causó la inmadurez física de sus hijos y la fuerte confrontación con una realidad alejada de sus expectativas e ilusiones

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de la madre sobre la prematuridad de su hijo</b>	<b>¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?</b>	“Me puse triste porque sabía que eso significaba a dejarlo en el hospital”	“Al comienzo mal pero después agradecí tenerlo a pesar de eso, muchas mama no tiene esa oportunidad”	“Con tristeza porque yo quería que todo fuera como muchas otras mama que tienen a su hija y se van a casa a cuidarla”	“Me puse a llorar y mi esposo me daba animo fue muy duro para mi”	“Me dio muy duro, me puse muy triste y llore mucho, no sabía qué hacer, pues todo iba a hacer diferente”	“Bueno cuando el médico me dijo lo delicado que estábamos y que nos tocaba cesárea la verdad me asuste me dio miedo”	El conocer el estado de salud de sus bebés generó en las madres sentimiento de tristeza y temor por que esta realidad rompe con todos el proceso habitual de las interacciones madre-neonato
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de periodo de hospitalización</b>	<b>¿Cómo se sintió al tener que irse para su casa sin su bebe?</b>	“Mal eso era una de las cosas más duras para mi”	“Triste de no podérmelo llevar y cuidar es bastante	“Es una sensación muy dolorosa como si a uno le	“Mal porque yo imaginaba lo peor y viva con una so	“Muy mal porque eso me hacía sentir una mala mama”	“Muy triste porque a pesar de su prematuridad yo tenía la ilusión de	Las madres experimentaron sentimientos de tristeza, dolor teniendo que dejar a sus

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
					difícil”	estuvieran quitando un pedacito de uno”	sobra de que me dijeran algo malo”		llevarla a casa con su familia”	hijos en el hospital
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Vivencia emocional de periodo de hospitalización del Neonato</b>	<b>¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?</b>	“Fue muy triste porque quería llevármela para la casa rápido y me dolía verla chiquita en medio de tantos aparatos y sin mí.”	“A pesar que los médicos estaban me sentía mal porque yo lo veía tan chiquito, delgadito y me daba unas ganas de llorar”	“Llore y sentí mucha angustia, era muy diferente a como la imagine y no era capaz de tocarlo”	“No pude sostenerla entre mi brazos ni tampoco amamantarla a solo podía verla por el vidrio de la incubadora y acariciarle la manito por un orificio de la incubadora dolía verla	“Se veía tan frágil, “todo moradito” y me sentía muy mal de verlo así y no me sentía tan fuerte como para cuidarlo”	“Era flaquita y me dio muy duro verla así y no poder alimentarla y cuidarla como yo quería”	Las madres vivieron una experiencia dolorosa marcada por la extrema vulnerabilidad de sus hijos producto de la prematuridad que presentaban y de los procedimientos médicos a los que

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
							así”			fueron sometidos
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Establecimiento de la relación madre-hijo</b>	<b>¿Que hizo para que su hijo/a se apegara a usted?</b>	“Yo le hablaba, la besaba, la alimentaba para que ella supiera que siempre estábamos juntas y que su mamá la ama”	“Estaba muy pendiente de lo que él quería o necesitaba para dárselo”	“Ser muy cariñosa con ella y darle esa seguridad que siempre voy a estar ahí”	“Yo estaba muy pendiente de su pañal, de darle la teta y que quedara llenita ,le hablaba mucho”	“Cuidarlo y amarlo siempre porque él es el rey de la casa”	“Tratarla con todo el amor para que ella sintiera que su mamá la amaba”	Las madres desplegaron su afectividad y sensibilidad en procura de cubrirles a los neonatos todos sus requerimientos para que ellos se sintieran seguros y amados
				“Cuando la dieron	Cuando le dieron alta	Cuando por fin le	"en ese momento	“Cuando me dijeron	“cuando por fin le	Las madres manifestaro

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Establecimiento de la relación madre-hijo</b>	<b>¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?</b>	de alta en el hospital, yo sentía mucha alegría y mucho miedo, porque no sabía cómo cuidarla bien y alegría de tenerla por fin en casa	me sentía bien porque los médicos me dijeron que estaría a mi cuidado	dieron salida me puse feliz de tenerla solo conmigo aunque estaba asustada también de cuidarla bien	me sentía entre alegre y triste ya la podía cuidar yo como su mama que soy”	que el bebe ya no necesitaba la incubadora y que me lo podría llevar a casa me sentí feliz, casi grito de la emoción y abrace a mi hermana”	dieron salida yo me sentí contenta porque ya no estaría con todos esos aparatos porque yo la cuidaría “	n sentimiento s de efusividad y de temor al ser las cuidadoras principales de sus hijos retomando su rol de madre
	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Posición Canguro y Leche</b>	<b>¿Qué paso contigo cuando</b>	“Me dio miedo de no hacerlo	“De todo, miedo y felicidad	“Llore y la bese en la frente aún	“La mire porque por primera vez	“Llore de emoción, fue un	“Sentí que desde ese momento	las madres vivencian sentimiento

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>		<b>Materna</b>	<b>tu viste el primer contacto con tu bebe?</b>	bien y lastimarla y al tiempo una felicidad única”	porque había esperado tanto para poderlo tener”	recuerdo ese momento”	la tenía tan de cerca y fue hermoso tenerla en mi pecho en posición canguro”	momento mágico par los dos”	todo estaría mejor”	s de felicidad al tener a sus hijos en sus brazos y señalan este momento como un rencuentro
<b>PROGRAM A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Posición Canguro y Leche Materna</b>	<b>¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?</b>	“Al inicio fue difícil porque sentía mucha angustia de hacerle daño, pero después me fui dando cuenta que podía hacerlo	“Es muy bonito tenerlo cerca porque sentía todo lo que él hacía, es como tenerlo en la barriga y poderlo ver a medida	“Me dio mucho miedo porque sentía que se me podía caer hasta que me acostumbre y me gustaba sentir su piel suave y tibia,	“es una experiencia única e inolvidable tener a mi hija en mi pecho, al dar seno la sentía calientica y también sentía su corazoncito latir junto	“Es una sensación única y hermosa porque sé que está bien además es más fácil protegerlo porque siempre está conmigo y	Al tener a la bebe en posición canguro es más fácil alimentarla , cuidarla y brindarle calor” además me tranquiliza saber que está junto a	Las madres refieren que el contacto piel a piel contribuyo a la formación de un lazo de afectividad y apego entre los dos al tener a sus bebe

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
				<p>bien y disfrutaba que siempre fuéramos una sola persona”</p> <p>Cada vez que mi bebe toma teta siento que es mi hija, que estamos unidas”</p>	que va creciendo”	además era más fácil alimentarla”	al mío”	a medida que pasa el tiempo se todo lo que el necesita”	mi ” “ el solo hecho de tenerla tan cerca nos une”	en permanente contacto y cuidado .
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>APEGO SEGURO</b>	<b>Posición Canguro y Leche Materna</b>	<b>¿Qué sentías tú que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición</b>	“Sentía que le podía entregar todo el amor que siento por ella y que	“Amor, protección, cariño y muchos mimos”	“Apoyo y mucho amor”	“Sentía que yo le podía transmitir todo el amor que le tengo”	“Compañía y mucho amor”	“Calor, tranquilidad y confianza de que su mama estaba ahí	La posición canguro fue señalada por las madres como una instancia que les

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
			<b>canguro?</b>	ella lo iba a sentir”					con el”	permitía entregarles amor y cuidado y protección a sus hijos
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>CAPACIDADES PARENTALES</b>	<b>Capacidad de apegarse a su hijo.</b>	<b>¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?</b>	“Mi esposo me ayudaba y mientras lo hacía le hablaba a la bebe ,la acariciaba con mucha ternura y amor”	“En las noches mi esposo me relevaba cuidándolo “ “A veces hasta los dos se quedaban dormidos viendo televisión”	“En el día me ayudó mucho mi esposo él se esmeraba para que la bebe se sintiera bien y le cantaba para hacerla dormir”	“Mi esposo le hacia los mismos que yo le hacía a la bebe para que ella se sintiera igual de amada por sus padres”	“Mi hermana me ayudo en los cuidados relevando me en las mañanas y dándole mucho amor a él bebe”	“Mi marido estuvo siempre muy comprometido con el cuidado de la niña le decía palabras tiernas para calmarla”	Las madres demostraron tener habilidades físicas y emocionales adecuadas para ofrecerles a sus bebes todo el amor, la protección y los cuidados que necesitan

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
										para sobreponers e a su condición de prematurez y sentirse lo suficientem ente protegidos/a s y seguros/as con sus cuidadoras principales lo permitió establecer un apego seguro en la diada
			¿Pidió recibió o	“Yo la verdad preguntab	“Ponía mucha atención a	“el pediatra era muy formal	“Me uní con otras mamas que	“Yo iba a todas las capacitacio	“Yo le preguntaba a mi mama	Las madres visibilizaron la capacidad

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>CAPACIDADES PARENTALES</b>	<b>Capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios .</b>	<b>aporto ayuda al programa madre canguro más allá de la información dada?</b>	a mucho y hacia tolo lo que me decían el pediatra para que todo saliera bien”	lo que me decían en el programa y cuando no entendía preguntaba ”	siempre que yo lo llamaba para que me orientara estaba ahí a la hora que fuera”	estaban en el programa y apoyábamoss a las que veíamos triste para que se tranquilizaran”	nes que hacían en el programa para aprender bien todo lo de canguro y poder cuidar a mi hijo de la mejor manera”	,al médico a la enfermera y hacia todo para que mi hija estuviera bien”	de participar en el programa canguro de forma activa y dinámica en pro del beneficio de sus hijo ,lo que posiciona como buenas cuidadoras
			<b>¿Qué sintió al ver a su hija en la</b>	“El primer día que vi a mi hija metida en esa incubadora, con	“Nosotros le transmitíamos toda la fortaleza que él necesitaba	“Durante los 10 días de su hospitalización le hicieron muchos	“Yo sentía que mi hija estaba ganando peso, se veía mejor, la sentía	“Fue una sensación muy rara porque en medio de su fragilidad	Cuando yo lloraba al ver mi hija tan malita y ella luchando por su vida	Las madres referencian este momento como dolorosos para sus

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis de categoría
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>CAPACIDADES PARENTALES</b>	<b>Empatía</b>	<b>incubadora, asistida medicamentosa, en urgencias o hospitalizada?</b>	sondas y canalizada, sentí muchísimo dolor y llore todo el día solo al imaginarme el dolor que mi niña debió sentir por estar allí.”	para recuperarme pronto y yo sentía en mi alma que Dany sabía”	exámenes y yo solo pensaba, Dios mío es tan pequeña para estar en todo esto.”	mejor”	era fuerte para aguantar tanta cosas dolorosas y eso me hizo pensar que él quería vivir y que yo debía ser fuerte para protegerlo”	yo me sentía mal al ver que ella que estaba así tenía más fuerza que yo para salir adelante”	hijos y fueron capaces de ponerse en el lugar de ellos, evidenciando la capacidad empática que les ayudara a superar la situación de una forma asertiva
<b>PROGRAMA</b>	<b>CAPACIDAD</b>	<b>Modelos de</b>	<b>¿Cómo quisiera usted criar a</b>	“Yo tuve la mejor mamá y quiero ofrecerle lo mismo a mi hija,	“ Mi hijo es un niño valiente y fuerte como el papa”	“Mi mamá era muy cariñosa conmigo y así soy yo con ella.”	Quiero que mi hija aprenda a ser fuerte como yo y que no se deje	“Crecí sin mis padres y al ver a mi hijo tan frágil siento la necesidad	“Al crecer en una familia tan unidad sentí al ver a mi niña que estaría	Las madres toman como base para la crianza de sus hijos los pilares aprendidos

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
<b>A MADRE CANGURO</b>	<b>ADES PARENTALES</b>	<b>crianza</b>	<b>su hijo (a)?</b>	quiero que ella sienta que siempre voy a estar cuidándola”			derrumbar por nada	de cuidarlo y amarlo quiero darle todo el amor que no me dieron mi padres pero que me dio mi hermana y el resto de la familia”	rodeada de cariño y amor lo que me hizo luchar por mantenerla con vida”	en sus familias de origen ,cabe resaltar el caso 5 donde la madre en su proceso reflexivo da cuenta de una inadecuada parentalidad en su infancia y de un proceso resiliente con el apoyo de sus familia extensa quienes cumplieron

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis de categoría</b>
										el rol de cuidadores principales

	<b>Categoría</b>	<b>Tópico</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Sujeto1</b>	<b>Sujeto2</b>	<b>Sujeto3</b>	<b>Sujeto4</b>	<b>Sujeto5</b>	<b>Sujeto6</b>	<b>Análisis</b>
<b>PROGRAM</b>	<b>REDES</b>	<b>Pareja</b>	<b>¿Quién la apoyo o con quien</b>	“Mi esposo me apoyó y me daba mucha fuerza para salir	“No sé qué fuera hecho sin el amor y la dedicación de mi	Mi esposo me daba fuerzas para seguir adelante ,no me	“Es muy duro y menos mal mi esposo estaba conmigo siempre dándome mucha	“no refiere”	Mi esposo me soportaba mi mal humor con mucha	Las madres contaron con el apoyo de sus parejas, de su

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis
<b>A MADRE CANGURO</b>	<b>DE APOYO</b>		<b>contó usted en estos momentos ?</b>	adelante”.	esposo”	dejaba sola	fuerza”		paciencia y me consentía mucho fue un gran apoyo.	familia extensa, de sus pares en el programa y con los profesionales del programa para ayudarles a enfrentar y superar las adversidades derivadas de la condición de prematuridad de sus bebés, asumiendo una estructura flexible capaz de adaptarse a

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis
										los cambios del entorno social
<b>PROGRAMA A MADRE CANGURO</b>	<b>REDES DE APOYO</b>	<b>familia extensa</b>	<b>¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos ?</b>	“Mi mama siempre y en cada momento incondicion al conmigo”	“Mi familia siempre estuvo pendiente y apoyándome en todo”	“Pude contar con el apoyo de mi familia que siempre estuvieron prestos en colaborararme en todo lo que necesite en esos momentos”	“Tanto mis padres como mi suegros se portaron súper bien y Siempre estuvieron pendientes y colaboradores con todas las cosas de kendra”	“Mi hermana me daban mucho ánimo y fortaleza, me siento muy orgullosa y satisfecha de mis familiares”	“El nacimiento de mi hija unió más a mi familia porque todos estuvieron ahí para ayudarme”	La familia extensa en todos los casos estuvo presente brindando el apoyo necesario para afrontar esta situación
			<b>¿Quién la apoyo o</b>	“Le agradezco a las otras mamás por sus palabras de apoyo y	“Hice muy buenas amigas en el programa ellas siempre me	“Hice buenas amigas, las cuales sintieron lo mismo que	“Gracias a las otras mamitas que me hablaron y me dieron fuerzas para soportar la	“Gracias a mis amigas que me brindaron todo su	“Me hice amiga de las madres que iban a los controles y	Las madres del programa o sus pares actuaron como una

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>REDES DE APOYO</b>	Madres del programa canguro	con quien conto usted en estos momentos ?	su cariño”	daban aliento”	yo, además les agradezco por estar conmigo cuando las necesite y me brindaron su ayuda”	situación y me brindaron su cariño y acompañamiento ”	amor y apoyo para sentirme mejor”	charlas medicas conmigo”	red que les permitía fortalecerse ante la adversidad producto de las condiciones de salud de sus hijos, siendo solidarias al dolor de las demás
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>REDES DE APOYO</b>	Programa madre canguro	¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos ?	“le doy gracias al pediatra porque siempre que lo necesite estuvo para guiarme y responder	“Gracias al programa, en especial al pediatra a cargo que me oriento en todos lo que necesitaba hacer para	“Muchas gracias por colaborar conmigo con el cuidado de mi hija, le agradezco al equipo médico y al programa	“Le doy gracias al médico que estuvo pendiente de mi bebe y también al programa que me enseñó como cuidar a mi hija”	“Le agradezco al médico que día a día dispusieron de su tiempo para ayudarme	“Quiero darle las gracias más lindas y honestas a el doctor Pedro por su atención prestada	Las madres encontraron en el programa toda la orientación, apoyo y solidaridad que les permitió

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis
					cuidar a mi hijo.”	por enseñarme el cuidado de mi bebe”		”	durante todo este tiempo porque gracias a sus atenciones mi hija pudo superar todas sus dificultades ”	vencer las dificultades y empoderars e como cuidadoras principales de sus hijos en el desarrollo del programa y en su vinculación afectiva con sus bebes mediado en la seguridad y la proteccion

	Categoría	Tópico	Preguntas	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Análisis
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>RECURSOS PERSONALES</b>	<b>La fe en Dios</b>	<b>¿Qué le ayuda a usted y a su hijo/a a superar esta situación?</b>	“Gracias a Dios y a la virgen por permitirme tener a mi “	“Él ya está mucho mejor y sé que mi Dios va a permitir que todo continúe así”	“Gracias a Dios y al programa mi hija está viva”	“Gracias a Dios y al programa a mi hija es una niña sana y cariñosa a veces me pregunto si eso se debe a que ella es canguro ”	“Gracias a Dios hoy mi hijo es muy activo y tierno”	“Definitivamente mi hija es un milagro de Dios porque hoy a pesar de todo está conmigo”	En las madres se evidenció la fe en Dios como una fuerza que les ayudaba a solventar la situación de prematuridad de sus hijos otorgándole esperanzas más allá de la ciencia médica, de igual manera las madres mostraron

										una alta capacidad resiliente logrando sobreponerse y ayudar de manera significativa en la recuperación de sus bebés logrando un apego seguro en la diada madre-neonato
<b>PROGRAMA MADRE CANGURO</b>	<b>RECURSOS PERSONALES</b>	<b>Resiliencia</b>	<b>¿Qué le ayudo a usted y a su hijo/a superar esta</b>	“Yo sabía que tenía que ser fuerte y salir adelante para que todo	“Yo pensaba Tenía que sobreponerme para poder cuidar a mi hijo”	“Una tarde llore tanto y después de calmarme me di cuenta que tenía que	“Al principio yo me sentía mal pero me di cuenta que tenía	“Tener un hijo prematuro es una situación difícil porque no tenía	“Gracias al apoyo de mi esposo, familiares, el programa y mis amigas del programa yo me sentí fuerte para	Las madres sacaron a flote su fortaleza para de la mano con el apoyo recibido por

			<b>situación?</b>	saliera bien”		ser fuerte como lo es mi hija para que ella pueda recuperars e rápido”	que ser fuerte y tener pacienci a para que mi bebe se mejorara y poderla llevara casa”	pareja pero contaba con mi hermana y mi familia, adema la fuerza que me daba el amor de hijo para luchar por él y salir adelante juntos”	superar esta prueba tan difícil y poner todo de mí para la recuperación de mi hija”	sus entorno inmediato salir adelante venciendo de forma positiva y resinificand o sus vivencias para asegurarles a sus hijos una buena parentalidad y con ello el establecimie nto de un apego seguro
--	--	--	-------------------	---------------	--	--	--	--	---	---

**Tabla 2.** Categorías y Tópicos de las observación de la diada Madre –Neonato

<b>Categorías</b>	<b>Tópicos</b>	<b>Sujeto 1</b>	<b>Sujeto 2</b>	<b>Sujeto 3</b>	<b>Sujeto 4</b>	<b>Sujeto 5</b>	<b>Sujeto 6</b>	<b>Análisis</b>
<b>Sensibilidad</b>	<b>Contacto físico</b>	Cuando la	Se da cuando	Se observa en la	Se presenta	Se observa	La madre	

Categorías	Tópicos	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Análisis
<b>materna y apego seguro</b>		madre amamanta a su hija, la acaricia, la besa	la madre, toma la postura para acomodar a su bebe y lo calma dándole palmaditas en su espalda	manera que trata a su hija, en la forma de besarla, abrazarla y tenerla en sus brazos como manera de protección.	cuando le acaricia el rostro con ternura y amor.	mucha ternura en la manera en que la acaricia y toma en sus brazos para tranquilizarla con caricias suaves sobre su cabecita.	siempre la rodea con sus brazos cada vez que ella llora”	En las interacciones observadas en la diada se presenció indicadores de un apego seguro que implican una relación en donde madre y el neonato establecieron un contacto visual, físico y las vocalizaciones de modo casual y frecuente; las interacciones tienen un carácter afectivo positivo bastante marcado que se caracteriza por que se

Categorías	Tópicos	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Análisis
								buscan en momentos de separación y se acoplan cuando vuelven a estar juntos
	<b>Contacto visual</b>	Se da directo, con su madre, ya que busca su mirada cada vez que ella habla con el doctor	Se observa que en el momento de lactar al bebe, la madre se enternece mirándolo y él le corresponde.	Se observa porque ella se muestra pendiente al observar sus movimientos y la bebe le corresponde mirándola y sonriéndole	Se observa la respuesta que da la bebe al ser acariciada y al mismo tiempo se observan fijamente	La mirada de la madre se concentra en su hija quien le corresponde con la mirada.	La niña siempre la busca con su mirada, moviendo la cabeza para hacer contacto visual	Las diada se mantenía en contacto visual como símbolo de unión y protección entre ellos, lo que da cuenta de un elemento de sensibilidad y apego seguro
	<b>Vocalización</b>	Se presenta de forma frecuente ya que con su voz, calma el estrés del bebe haciéndolo	La madre estimula a su hijo con palabras de amor, le dice “mi rey”	En el momento que la madre la llama, su hija atentamente, levanta su carita hacia arriba, como en señal de	la madre le susurra al oído en tono suave y tierno y la bebe sonrío	Se observa que la madre calma el llanto de su hija con suaves arrullos.	La niña balbucea y le sonrío a su madre cada vez que la escucha hablar	La afectividad presente en cada palabra da cuenta de una relación sustentada en los buenos

<b>Categorías</b>	<b>Tópicos</b>	<b>Sujeto 1</b>	<b>Sujeto 2</b>	<b>Sujeto 3</b>	<b>Sujeto 4</b>	<b>Sujeto 5</b>	<b>Sujeto 6</b>	<b>Análisis</b>
		sentir seguro.		escucha.				tratos y en acercamiento emocional, base fundamental el establecimiento de una relación afectiva estables

## **9 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **9.1 OBSERVACIONES DE LA SENSIBILIDAD MATERNA EN LA INTERACCIÓN DE LA DÍADA MADRE NEONATO PREMATURO, IDENTIFICANDO ELEMENTOS DE APEGO SEGUROPRESENTES**

En cuanto a las relaciones diádicas madre-neonato prematuro es pertinente señalar que se realizaron 3 observaciones mensuales con el fin de realizar un seguimiento riguroso que diera cuenta de la interacción entre la diada.

- En las interacciones diádicas madre- hijo, existe una presencia de apego seguro, visibilizadas en la capacidad que tienen las madres de flexibilizar sus interacciones en función de los cuidados de sus bebés a través del desarrollo de la sensibilidad materna. Enmarcada en la capacidad de identificar e interpretar las señales y mensajes del bebé, con mayor destreza.
- En los neonatos se pudo apreciar la estructuración de patrones vinculares tendientes al estilo de Apego seguro. Por consiguiente fue posible indicar una sincronía entre la diada madre hijo/a prematuro/a.
- Los indicadores de un estilo de apego seguro observados fueron: las miradas continuas, el contacto físico acoplado, afectividad y vocalizaciones entre la madre y el neonato; la expresión emocional de las madres se vio reflejada en las manifestaciones de ternura y amor hacia sus hijos/as de una forma modulada.
- En los neonatos, la búsqueda de apego seguro se observó en la búsqueda y proximidad de los bebés hacia sus figuras de apego, las cuales se mostraron competentes para regular el estrés de sus hijos/as entregándoles respuestas apropiadas y rápidas a las necesidades afectivas y fisiológicas de los pequeños, frente a lo cual los bebés respondieron

complacidos lo que deja ver que perciben en sus madres como una base segura para el apego a quien recurrir en momentos que consideren estresantes.

- Al realizar un paralelo en las observaciones las investigadoras logran vislumbrar que se ha ido refinando la interacción afectiva de apego seguro a partir de una mayor sincronía entre la diada madre-neonato.
- En el ámbito de las manifestaciones afectivas las madres fueron aumentando su repertorio acorde al desarrollo del bebe y en los neonatos se evidencio un curso evolutivo dada su condición de prematuridad que permite dar cuenta que a mayor nivel de madurez fisiológica los neonatos se vuelven más activos en la búsqueda de seguridad y cercanía con su madre lo que se pudo observar en las interacciones con la progenitora.

## **9.2 ANÁLISIS INTERPRETATIVO DEL DESARROLLO DEL VÍNCULO DE APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE NEONATO**

En los 6 casos investigados es posible dar cuenta que el desarrollo de la relación de apego seguro se fue estructurando de manera progresiva pasado por varios estadios hasta llegar a su consolidación:

- Se confirmó que el primer estadio donde se empieza a crear el apego es desde el embarazo donde todas las madres entrevistadas refirieron felicidad por ser progenitoras, en ese momento convergen dos sentimientos contrariados tranquilidad al ver a sus hijos vivos y tristeza al verlos sumidos en una vulnerabilidad extrema frente a lo cual en la madre surgen estados de shock ,ansiedad y miedo de perder a sus hijos/as es así como en el periodo de hospitalización de los neonatos dadas las condiciones de salud en las que se encontraban los bebes se dificulto el contacto directo con ellos y las madres fueron espectadoras de los cuidados que les entregaban el personal médico a sus hijos /as.

- Se encontró que frente a elementos de vulnerabilidad o peligros de salud para él bebe, se presentó una incapacidad para el establecimiento apropiado del apego y más aún del apego seguro, con la estabilización de las funciones fisiológicas básicas llega el segundo momento de hospitalización donde la madre empieza su capacitación en el Programa Madre Canguro Intrahospitalario realizando el adiestramiento de la mano con los profesionales a cargo, por consiguiente la relación de apego entre la diada se empieza a restablecer a partir de ese momento cabe indicar que las madres presentaron temor al contacto físico con su bebe por miedo de “dañarlo” ya que las características físicas del bebe pese a la estabilización reflejan las condiciones de la prematurez que vive.
- El segundo estadio corresponde al momento donde el neonato es dado de alta e ingresa al Programa Madre Canguro Ambulatorio y los cuidados son responsabilidad directa de la madre como su cuidadora principal quien debe amamantarlo con leche materna exclusivamente y tenerlo en posición canguro las 24 horas del día ininterrumpida para lo cual es un requisito del programa contar con un cuidador de relevo quien le ayude a la madre en los cuidados del bebe.
- Con el empoderamiento de la madre en el cuidado de su hijo/a y con el rol de cuidadora principal, la relación en la diada empieza a tornarse cálida e íntima despertando en la madre todas las capacidades parentales que la establecen como una cuidadora sensible frente a las demandas físicas y emocionales de sus bebes lo que le permite ser percibida como fuente de seguridad, lo que las investigadoras pudieron evidenciar en las observaciones realizadas a la diada, en donde cada vez que los neonatos lloraban, se mostraban incomodos, o las buscaban (conducta de apego) las madres los acariciaban, los besaban, alimentaban o le revisaban el pañal para contenerlos y ofrecerles la seguridad que necesitaban(sensibilidad) Cabe destacar como los neonatos lograban calmarse ante los cuidados y el amor ofrecido por sus madres en esos momentos, retomando de nuevo la tranquilidad; al igual que la madre el neonato para ese entonces ya está apto para contribuir en el establecimiento del apego seguro pues ha evolucionado física y emocionalmente para buscar proximidad y confort en su madre estableciéndose en ellos

una conexión que les permitió sincronizarse afectivamente de una forma sana, afectuosa y segura emocionalmente para los dos.

### **9.3 COMPONENTES DE LA TÉCNICA MADRE CANGURO, QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE-NEONATO**

Acorde al proceso de adaptación y empoderamiento en el uso de la Técnica Madre Canguro las madres fueron capaces de percibirse como competentes en el cuidado y la protección necesaria para que sus hijos evolucionaran favorablemente.

- Las madres como cuidadoras primarias y los cuidadores de relevo padres (5 casos) y la hermana (1 caso) responsables todos del cuidado y protección de los bebés vivenciaron el **contacto piel a piel** como un punto clave para que el apego con sus bebés se fortaleciera y se desarrollara en seguro a lo cual las madres refirieron que estaban tan unidos que al separarse de sus bebés en el momento del relevo se sentían vacías, raras, extrañaban tenerlos/as pegadas a ellas, extrañaban su calor, su piel, los latidos de sus corazoncitos y en especial su compañía; de igual manera los cuidadores de relevo disfrutaban de sus bebés según lo dicho en las narraciones de las madres donde los padres les hablaban y hacían planes a futuro, veían tele e incluso llegaban a quedarse dormidos padre hijo; lo anteriormente dicho visibiliza el amor parental, la capacidad de apego de los padres, la empatía que se desarrolla en la capacidad de situarse en el papel del bebé para hacer más amoroso este momento en la vida de ambos.
- Otro elemento vincular importante que proporciona el Método Madre Canguro es la **lactancia materna** frente a la cual las madres refirieron sentirse compenetradas con sus bebés y con ellas mismas, sintiéndose “madres de verdad”, garantes de la supervivencia de sus pequeños, y generando una postura de capacidad en el rol materno.

Lo que resultaría terapéutico de la intervención Método Madre Canguro, es la continuación imaginaria del estado de embarazo (posición canguro) que permitió a las madres sentirse

competente por otorgarles a sus bebés los cuidados y protección necesarios para que logren la madurez, a través de la entrega de calor, alimentación y amor, que ayudan al crecimiento y bienestar de su hijo o hija.

#### **9.4 OBSTÁCULOS EN EL ESTABLECIMIENTO DEL APEGO SEGURO**

Los obstáculos presentes en las narraciones de las madres entrevistadas obedecen a un orden de sucesos; el primero se visualiza en el momento de la cesaría donde 5 de las madres no conocieron a sus bebé inmediatamente después de terminado el procedimiento por las condiciones de salud que presentaban los neonatos ya que debían ser asistidos de inmediato lo que generó en las madres angustia y miedo ante la separación.

El segundo momento fue intervenido por los cuidados Intrahospitalarios que recibe el bebé que incluye Incubadora, monitores, sondas, canalizaciones, procedimientos médicos, motivo por el cual el contacto físico entre la madre y el neonato se establece a través de una abertura pequeña que presenta la incubadora en la parte de las manitas pudiendo solo acariciarle la manita con sumo cuidado ya que en algunos casos los bebés estaban canalizados, contexto que afecta emocionalmente a las madres al ver a sus hijos/as en estado de vulnerabilidad total.

Derivado de esta condición surge un tercer momento, en el cual las progenitoras sienten temor de establecer contacto físico con sus bebés por miedo a lastimarlo, sintiéndose incluso poco aptas para cuidarlos adecuadamente debido a sus inexperiencias.

#### **Capacidades parentales**

En este sentido, se profundizó en la identificación de las capacidades parentales presentes en las madres entrevistadas para desplegarse como una “base segura”, para sus hijos/as prematuros, En consecuencia, es posible situar las evidencias y hallazgos obtenidos en la presente investigación.

- Las percepciones de las madres entrevistadas con respecto a sus experiencias acerca de la prematurez de sus bebés, se constituyó en un valioso recurso para identificar las capacidades parentales, recursos personales, como factores que permiten la comprensión del desarrollo del vínculo de apego seguro entre la diada madre-neonato prematuro.
- Con respecto a la inmadurez del bebé recién nacido y la importancia de la protección y cuidados parentales, Barudy plantea “...los nueve meses de gestación en el útero no alcanzan para asegurar la madurez de la cría humana. Los niños necesitan de aportes materiales, sociales, afectivos, éticos y culturales brindados por los cuidadores adultos para terminar sus procesos de maduración biológica, psicológica y social” (Barudy y Dantagnan, 2005:84).
- Los bebés nacidos antes de término, presentan una inmadurez fisiológica que los hace más vulnerables biopsicosocialmente, que un bebé nacido a término, por consiguiente es posible inferir que es un desafío para la madre constituirse como una cuidadora competente. De ahí, la importancia de las habilidades de las madres para lograr adaptarse de forma flexible a la condición de prematurez de sus hijos/as.
- Es posible dar cuenta que las capacidades parentales presentes en las madres como cuidadoras principales, en los padres y hermana como cuidadores de relevo son las siguientes: la capacidad Empática, la capacidad de Apegarse a su hijo, la capacidad de Disposición de la madre para con su bebé, la capacidad de Modelos de crianza y una categoría emergente denominada Recursos Personales con sus tópicos fe en Dios y la Resiliencia.

### **Capacidad Empática**

Barudy plantea que “La experiencia emocional que permite nutrir y cuidar a los hijos está dada por el apego seguro y la capacidad de empatía que nace de este proceso... apego y empatía, pues ambos son componentes fundamentales de la parentalidad” (Barudy y Dantagnan, 2005:85).

Las investigadoras señalan que en todas las madres, está presente en diferentes grados la capacidad de percibir las vivencias internas de sus hijos/as través de la empatía hacia el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad presentes en sus bebés prematuros. Con respecto a esta sintonía de las madres con el dolor físico y emocional de sus pequeños/as cabe decir “...para sufrir por la idea que nos hacemos del sufrimiento de aquellos a quienes amamos es preciso ponerse excesivamente en su lugar” (Cyrulnick, 2005:112).

- En las narraciones maternas está presente la impresión de que sus bebés son capaces de percibir el amor, la protección y la fortaleza que ellas intentan entregarles. “La parentalidad resiliente es la que ejerce la madre o el padre como apoyo afectivo a sus hijos en los sucesos de la vida, que son parte de un proceso continuo donde existen perturbaciones y consolidaciones” (Barudy y Dantagnan, 2005:46).
- En la totalidad de los cuidadores sea las principales o los de relevo fue posible visibilizar su capacidad empática, al ponerse en el lugar del neonato e imaginar el bienestar físico y emocional ante determinadas posturas, expresiones y situaciones. En este sentido la experiencia de contacto piel a piel con sus bebés, es entendida como una instancia que les permitió entregar lo mejor de sí para favorecer la recuperación de sus hijos prematuros sintiendo una conexión afectiva con sus bebés “las dificultades pueden ser fuentes de crecimiento, siempre y cuando el niño encuentre en una madre o en un padre el apoyo necesario para enfrentarlas y darles un sentido” (Barudy y Dantagnan, 2005:46).

En los esposos se manifestó su capacidad empática en relación a su pareja a partir de su capacidad de comprender y ponerse en el lugar de su pareja quien recibe el mayor peso emocional y físico de la condición de prematurez de su hijo.

### **Capacidad de Apegarse a su hijo**

La presencia de afectividad positiva de las madres a sus bebés, se evidencio a través de todas las manifestaciones encaminadas a la valoración de los lazos afectivos como medida fundamental para el bienestar de sus hijos/as.

- Las investigadoras sostienen que en todas las narraciones hechas por las madres se evidencio el amor maternal en relación a un amor incondicional de entrega y protección en cada una de las progenitoras, expresadas en palabras llenas de cariño y en unos patrones interrelacionales de sensibilidad, mimos y cuidados. Para Barudy “Estos espacios afectivos donde se ritualiza la afectividad, permitirán que el niño sea capaz de responder con comportamientos de reciprocidad afectiva, lo que reforzará la existencia de estos espacios como momentos deseados y gratificantes para todos” (Barudy y Dantagnan, 2005:85).
- Barudy sostiene que una de las características de la “parentalidad “bienentrante” es disfrutar del contacto físico con los hijos entregándoles siempre manifestaciones afectivas llenas de ternura ,sufren frente al dolor de sus hijos y los aman por sobre todas las cosas acompañándolos en sus procesos de avance y regresión, Lo cual se pudo evidenciar y confirmar en las madres investigadas quienes lejos de los avatares propios de la condición de prematurez de sus hijos/as se fortalecieron en virtud del bienestar y el amor incondicional que las une a sus bebés. Es de recordar la evolución de la experiencia emocional parental que sus inicios estuvo marcada por el miedo y la incertidumbre para luego dar el paso a una parentalidad afectuosa y segura frente a ello Barudy y Dantagnan sostienen “...El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte del bienestar”. (Barudy y Dantagnan, 2005:38).

### **Capacidad de Modelos de Crianza**

- La capacidad parental de los modelos de crianza propuesta por Barudy y Dantagnan obedece a todas esas.....“procesos de aprendizaje, Estos se realizan de preferencia en la familia de origen, pero también en las redes sociales primarias....se transmiten como fenómenos culturales, de generación en generación. (Barudy y Dantagnan, 2005:39) sustentación que se corrobora en esta investigación en las narraciones de las madres donde es claro que ellas quieren criara a sus bebés con parámetros muy de crianza para su hijo las redes sociales primarias y sus familias extensas que actuaron como tutores resiliente capaces de sanear los daños ocasionados y de ofrecerles un nuevo sustento

emocional seguro y estable, cabe citar las palabras textuales de la madre, “Crecí sin mis padres y al ver a mi hijo tan frágil siento la necesidad de cuidarlo y amarlo quiero darle todo el amor que mis padres no me dieron y que tuve por el resto de mi familia y mi hermana quien siempre ha estado conmigo”.

### **Capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios.**

Es definida por Barudy como “la capacidad de pedir, aportar y recibir ayuda de sus redes familiares y sociales, incluyendo las redes institucionales y profesionales que tienen como mandato promover la salud y el bienestar infantil”. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.39) la presente investigación corrobora esta afirmación en las madres entrevistadas quienes refieren haber buscado información y respuesta a sus dudas, haber recibido ayuda de sus redes de apoyo y haber aportado su apoyo y colaboración con sus pares para ayudarlas a superar sus temores

## **9.5 RECURSOS PERSONALES**

En la presente investigación fue posible lograr dos hallazgos emergentes en la experiencia de las madres entrevistadas, es así como emergió la Fe y la resiliencia como recursos personales de las madres que les permitió afrontar y superara el proceso de recuperación de sus hijos/as.

### **Fe en Dios**

Las madres entrevistadas manifestaron creer y tener fe en Dios, como un ser superior lleno de bondad y amor que no las desamparó que les ayudó a superar este difícil momento, de ahí que las progenitoras perciben la fe como instancia que influyó en el proceso de recuperación y evolución de los neonatos y como una “bendición” o “milagro”, de Dios la llegada de sus hijos/as al mundo dada su condición delicada de salud.

## **La resiliencia**

En la presente investigación fue posible comprobar que las madres de los neonatos prematuros presentaron un recurso personal valioso llamado resiliencia que les permitió hacerse cargo de la situación de prematuridad de sus hijos/as y todas las dificultades derivadas de esta realidad, es así como este hallazgo da cuenta de una fuerza parental que les ayudo a salir adelante frente a esta adversidad.

Al respecto Lecomte y Cyrulnik (2003), plantean que: “La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores de condiciones de vida a veces difíciles y de traumas a veces graves.” (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 56). Lo anteriormente dicho se pudo visibilizar en las progenitoras quienes pese a sus temores, angustias, tristezas lograron vencer todas las dificultades para cuidar y proteger a sus hijos/as con la confianza de que todo saldría bien. Barudy y Dantagnan plantean “Lo que una madre o padre siente o piensa o hace por sus hijos y la forma en que lo comunica tendrá un impacto significativo en la manera en que una niña o niño se concibe a sí mismo.” (Barudy y Dantagnan, 2005, p.87).

De esta forma las madres lograron resignificar la crisis vivida por las consecuencias derivadas de la situación de prematuridad de sus bebés, adaptándose en pro del beneficio de sus hijos, gran parte de esta superación se vio sustentada en el apoyo de la Pareja, Familia, de las otras Madres pertenecientes al Programa y al Programa Madre Canguro del Hospital San Francisco de Asís de Quibdó-Choco. En este sentido es posible situar los aportes de Cyrulnik (2005) quien sostiene que una persona que se encuentre vivenciando una experiencia hostil, puede encontrar en su entorno "tutores implícitos de resiliencia", llámese familia, entorno, pareja o amigos, quienes le ayudaran a confiar en su entorno y a darle sentido para construir un nuevo proyecto, En las madres entrevistadas los tutores implícitos ya nombrados lograron empoderarlas en el cuidado de los hijos/as potencializando las capacidades parentales tendientes a establecer un vínculo seguro con los neonatos prematuros.

## **9.6 REDES DE APOYO PRESENTE**

### **Pareja**

Las madres agradecen el apoyo de sus parejas y el posicionamientos de ellos como un sostén que les ofreció seguridad y fortaleza en el procesos de recuperación de sus bebés y resaltan el compromiso de ellos como cuidadores de relevo en el ejercicio del Método Madre Canguro Ambulatorio (MMCA).

### **Apoyo y colaboración de la familia**

Las entrevistadas se reconocen como parte de unas familias extensas que se apoyan en todo momento y más aún en una situación compleja como lo es la prematurez de uno de sus miembros.

En las narraciones las madres valoraron la ayuda recibida de parte de sus familiares de origen y la de sus esposos revelando la cohesión y colaboración familiar fortaleciendo los lazos de amor y unión familiar con la clara intención de configurarse como un sostén afectivo en momentos de crisis.

### **Apoyo de otras madres en la Unidad de Neonatología**

En la presente investigación fue posible observar que las madres de los neonatos establecieron lazos de amistad y cooperación entre ellas, al compartir muchos momentos juntas en la sala de neonatos, en los controles médicos factor que las fortalece en torno a la solidaridad y la empatía en la vivencia emocional de la prematurez de sus hijos.

Las investigadoras sostienen que el apoyo ofrecido por los pares facilita el manejo del estrés y del sufrimiento de las madres

## **Equipo de Salud Unidad de Neonatología**

Las madres agradecieron el apoyo de los profesionales a cargo del programa madre canguro como gestores de el empoderamiento hacia los cuidados requeridos por sus hijos/as y con esto el desarrollo de las capacidades parentales que fundamentaron una base segura para los neonatos

### **9.7 ANÁLISIS INTERPRETATIVO GLOBAL DEL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO EN LA DIADA MADRE-NEONATO**

- Actualmente se constituye en una instancia de abordaje de Salud Pública, tanto a nivel nacional como internacional la influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo integral del infante, posicionándose el Método Madre Canguro como una alternativa adecuada, que ofrece bienestar a nivel físico y emocional a los niños y niñas prematuros de la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Asís, en sus dos modalidades, tanto intrahospitalaria como ambulatoria, constituyéndose en una de las intervenciones en apego temprano en la vida del sujeto; por consiguiente la presente investigación se basó en la condición de prematuridad de los niño(a) como una instancia, fundamental en el desarrollo del apego seguro, las capacidades parentales presentes en las madres, los elementos de la técnica madre canguro que intervinieron de forma positiva en el desarrollo del vínculo de apego seguro y las redes de apoyo que sustentan a la madre.
- El nacimiento prematuro de un bebé, es una situación compleja producto de los tratamientos médicos y de las dificultades inherentes a la inmadurez integral del niño/a. Por consiguiente es posible dar cuenta de la experiencia emocional y percepciones de las madres entrevistadas con respecto de la condición de prematuridad de sus hijos/as. A partir de las narrativas obtenidas en el presente estudio, las investigadoras lograron evidenciar que en el discurso de las madres seleccionadas, es posible reconocer diferentes etapas, en las cuales las percepciones y sentimientos de ellas, van adquiriendo distintos matices que permiten comprender toda la riqueza y profundidad de su experiencia dentro del Método Madre Canguro.

- En referencia a la experiencia de prematuridad de las madres con sus neonatos, es importante destacar que tuvieron embarazos riesgosos al presentar quebrantos de salud que les trajo como consecuencia el nacimiento de sus hijos pretermino que fue una noticia impactante para el sistema conyugal y familiar. Las madres manifestaron experiencias de temor, ansiedad e incertidumbre durante todo su embarazo al conocer que podrían ser intervenidas antes de culminar su periodo gestacional, siendo para ellas muy difícil aceptar que sus hijos estuvieran en situación de riesgo, ya que desde el momento de la concepción imaginaban que su bebe nacería sano y soñaban con ese momento mágico en que el médico les presentara a sus hijos/as y se los colocara en su pecho, experiencia vivida sólo por dos (2) de las madres presentes en este estudio. Es importante resaltar que en toda madre gestante están presentes de una u otra forma “Representaciones Fetales” (Stern), en las cuales los deseos y anhelos maternos hacen surgir la representación de un “bebé imaginado” (Ammaniti, 1991), en esta misma línea, el concepto de representaciones maternas propuesto por Stern, en su libro “Constelación Maternal”, permiten conocer la comprensión de las dinámicas psicológicas, de la madre durante la etapa de gestación. Por ende, las representaciones subjetivas de las madres durante el embarazo, se establecerían en elementos fundantes en el futuro desarrollo vincular con su bebé.
- Según Stern las “representación fetales” van aumentando, entorno a los 4 a 7 meses de gestación, donde se desarrollan en las madres, una serie de procesos mentales regidos por la fantasía y las expectativas en torno a su hijo/a, se ven acrecentadas a medida que se acerca el momento del parto. Es posible dar cuenta que las expectativas maternas están relacionadas con tener un bebé saludable y nacido a término, más allá de los pronósticos médicos. Lo cual se evidencio en las entrevistas realizadas a las madres donde a pesar de esta experiencia emocional llena de estrés y ansiedad, surgieron en ellas sentimientos de esperanza de que todo saldría bien.
- En el momento en el que los niños se encuentran estabilizados y sus condiciones de salud son las adecuadas empezaron a ser parte del programa canguro ambulatorio, en donde las

madres refieren sentimientos de” temor “y” felicidad”; temor porque no se siente del todo aptas para cuidarlos como ellos requieren, pero alegres de tenerlos en casa haciendo parte activa del sistema familiar. Al recibir toda la orientación y capacitación del cuidado de sus hijos por el programa madre canguro las progenitoras se disponen con todo el amor parental para cumplir la labor de protección de sus hijos, la cual es denominado por Barudy y Dantagnan (2005), como “instinto maternal” en donde la actitud que muestra la madre, se caracteriza por que “se predispone al reconocimiento de su cría, asociándose con ella para cuidarla y protegerla.” (pág. 84).

- Lo que se pudo evidenciar en las narraciones de las madres de los neonatos quienes dada la condición de vulnerabilidad de sus hijos incorporan cambios a la vida cotidiana con el firme y decidido propósito de cuidar, protege y amar a sus hijos manifestando la capacidad de apegarse a ellos, lo que se evidencia en las entrevistas con las siguientes palabras “siempre quiero estar con ella “,”siempre la cuido y protejo”. . Con respecto a este contexto, Barudy y Dantagnan sostienen “...El amor y las capacidades de apego hacia el recién nacido también forman parte de este bienestar”. (Barudy y Dantagnan, 2005, p.38).
- A nivel biológico la segregación de oxitocina aumentada por la presencia de estrógenos, se constituiría en una hormona que explicaría parte las capacidades femeninas para brindar cuidados y protección a sus hijos/as. (Nelson, Pankseep citados por Taylor, S. E., 2002). Por lo tanto, será la madre, quien a partir de sus cuidados y afectos positivos facilite en el bebé un “Proceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor” (England, 1981; citado por Aizpuru, 1994) logrando que el bebé reconozca a su madre como su figura primordial de amor.

Es importante mencionar que la mayoría de las madres entrevistadas refieren que la lactancia es un elemento que favorece el contacto piel a piel y con ello fomenta los lazos afectivos de amor y protección en la diada. En referencia, a la asociación entre lactancia y relación de apego, Pinto Laso (2004) señala que “un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo, lo que se asocia con una mayor relación y mejor calidad de la lactancia natural, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño”. (Pinto Laso, 2004).

- De igual manera las madres enfatizan que en el contacto piel a piel pueden sentir los latidos del corazón, el calor corporal y la respiración de sus hijos, sensaciones que les transmiten seguridad en su rol de cuidadoras, afirmación que respalda Tessier (1998) argumentando que “la posición canguro y en particular el contacto piel a piel, permite establecer un vínculo sano, o más bien reanudar la vinculación iniciada durante el embarazo e interrumpida por la separación neonatal madre-hijo”. Por consiguiente las investigadoras confirman lo establecido por Tessier ya que las madres les refieren sentirse unidas tanto a su bebe hasta el punto de sentirse una sola persona y viven en procura de establecer una relación sustentada en cantos, susurros, en caricias y demás estímulos sensoriales que les permita establecer una comunicación afectiva con sus hijos/as ofreciendo altas probabilidades de generar un apego seguro. Para Tessier (1998) el contacto piel a piel entre la diada crea una disposición en la madre que le permite detectar y responder de mejor manera a las señales del bebé, lo que Ainsworth denominó sensibilidad parental (1978) que se manifestó de forma positiva, con el desarrollo de la capacidad de disposición de la madre frente a los requerimientos de los neonatos a los cuales ellas refieren “estar atentas a la alimentación”, “cambio de pañal”, ”comodidad” y poner todo lo mejor de ellas en procura del beneficio para sus hijos.
- A nivel observacional las interacciones madre-neonato dieron cuenta de la comunicación asertiva de las madres con hijos/as donde las progenitoras logran entender cada una de las necesidades de sus hijos y se muestran atentas y dispuestas con todo el amor materno a brindarles confort, el tener a sus hijos en casa les ha permitido conocer las manifestaciones frente algún requerimiento sea físico o afectivo.
- En este sentido, Barudy y Dantagnan sostienen que “La experiencia emocional que permite nutrir y cuidar a los hijos está dada por el apego seguro y la capacidad de empatía que nace de este proceso (...) apego y empatía, pues ambos son componentes fundamentales de la parentalidad y, por ende, de los buenos tratos infantiles” (Barudy y Dantagnan, 2005:85).

- La capacidad parental de los modelos de crianza se manifiesta con frases como “yo tuve la mejor mama del mundo y quiero ofrecerle lo mismo a mi hija “,”mi mama era muy cariñosa y así soy yo con ella” es de resaltar el sujeto 5 donde la madre crece sin sus padres y está tan marcada con este suceso que enfatiza en establecer un modelo de crianza que incluya protección y acompañamiento a su hija; frente a ello la madre refiere “Crecí sin mis padres y al ver a mi hijo tan frágil siento la necesidad de cuidarlo y amarlo quiero darle todo el amor que yo no tuve”.
- Para Barudy, las habilidades parentales son “los recursos emocionales, cognitivos y comportamentales de los padres, que les permiten ofrecer respuestas adecuadas y pertinentes a las necesidades de su prole a lo largo de su evolución”. (Barudy y Dantagnan, 2005:83).
- Con respecto a la realidad investigada, es posible dar cuenta que las madres presentaron indicadores de flexibilidad para lograr adecuar sus prácticas a las necesidades de sus hijos/as prematuros, empoderándose como cuidadoras principales proporcionándoles a sus bebés proximidad física, nutrición adecuada y manifestaciones afectivas de ternura y amor. Todo esto se fue desarrollando paulatinamente a través de una vivencia emocional parental que en sus inicios estaba marcada por la angustia, incertidumbre y el temor convirtiéndose gradualmente en sentimientos de afectividad y sincronía enfocada a sus hijos/as. Desplazando progresivamente al equipo de salud y a la aparatología médica (incubadoras, sondas, monitores, etc.). Logrando de esta forma “desmedicalizar” el manejo de sus bebés prematuros (Charpak, 2007) y además adquirir confianza en ellas como madres capaces de cuidar a sus bebés a través de la participación en el proceso de recuperación.
- Es importante resaltar las redes de apoyo presentes en las madres entrevistadas quienes manifestaron sentirse respaldadas por el amor, compañía y la unidad familiar como soporte para enfrentar y superar ese difícil momento, sobresaliendo el compromiso de su pareja para con sus hijos y con ellas, lo que les permite a las investigadoras hacer una lectura del sistema familiar de la diada madre-neonato visualizando la alta cohesión

expresada en el apoyo recíproco, en la afectuosidad y en la confianza que se tienen los integrantes de la familia lo que les permitió ser flexibles y adaptarse de forma positiva a esta situación.

- El apoyo que las madres refieren con respecto a sus parejas y a la hermana en el desarrollo del programa madre canguro más allá del apoyo moral cobran protagonismo en esta investigación al tener claro que uno de los cuidados básicos de la técnica canguro implican que la madre sea relevada y apoyada, las 24 horas ininterrumpidas de contacto piel a piel. lo que les hace inferir a las investigadoras la presencia de apegos múltiples, hallazgos que enriquece el presente estudio ya que los bebés prematuros investigados estableciendo relaciones de apego seguro con su madre quien es la cuidadora principal ; con su padre(5 casos) y hermana(1 caso) como cuidadores sustitutos. ). La mayor parte de los estudios sobre el tema muestran que los niños pequeños pueden y a menudo lo hacen, apegarse por igual a su madre y a su padre. (Dickstein y Parke, 1998; La Rossa, 1988, Ricks, 1985), lo que representa dos apegos significativos.
- Frente a lo cual B. Cyrulnik sostiene que “las culturas que organizan en torno de un niño unos sistemas familiares de vínculos múltiples aumentan las protecciones afectivas y, en caso de desgracia, la posibilidad de resiliencia” (Cyrulnik, 2005, pp. 126-127).
- Siguiendo con Cyrulnik (2005) el autor sostiene que los vínculos múltiples deben caracterizarse por su estabilidad en el tiempo para ser efectivos además deben proporcionarles seguridad a los niños/as, porque el vínculo de apego seguro surge a través de la frecuencia en la interacciones entre el bebe y sus cuidadores para posteriormente dar paso a un determinado estilo relacional.
- En las narraciones de las madres las investigadoras logra evidenciar que los cuidadores de relevos responder con atención, cariño y sensibilidad a los requerimientos físicos y psicológicos de los neonatos proporcionándoles la seguridad emocional .Respondiendo a las necesidad de vinculación de sus bebés, y si además estos lazos se forman sanos y

seguros, el niño no tendrá mayores problemas para vincularse con otras personas, redes y en general adaptarse bien en la sociedad (Barudy y Dantagnan, 2005).

- De igual manera las progenitoras coinciden en que el apoyo ofrecido por el programa fue fundamental para poder afrontar esta situación agradeciendo al pediatra por toda la dedicación para con sus hijos referido por ellas así “Gracias al programa, en especial al pediatra “Pepino “que me oriento en todos lo que necesitaba hacer para cuidar a mi hijo.

La FE jugó un papel importante para las progenitoras permitiendo fortalecerlas emocionalmente brindándoles una luz de esperanza más allá de la ciencia y del equipo médico, aferrándose espiritual e íntimamente a la creencia de que sus hijos saldrían victoriosos de esta situación a lo cual las madres referían “Gracias a Dios y a la virgen por permitirme tener a mi hijo” “Definitivamente mi hija es un milagro de Dios porque hoy a pesar de todo está conmigo”.

## 10 CONCLUSIONES

- La investigación aportó la posibilidad de una lectura relacional entretejida en la interacción de los actores, generándose la reflexión sobre la importancia de los recursos vinculares y la posibilidad de la reorganización el desarrollo del apego seguro en la diada madre-neonato es un proceso evolutivo y dinámico que pasa por etapas:
- Las narrativas dominantes del problema se enmarcan en la Primera etapa, donde el contacto físico en la diada se vio interrumpida por las condiciones de salud, en esta medida las narrativas se vuelven emergentes en la medida que la asistencia médica necesaria para asegurar las funciones básicas de supervivencia, momento que evidencio la alta cohesión familiar, adaptación y flexibilidad para superponerse a la nueva realidad del sistema.
- Las narrativas emergentes surgen, en el periodo de canguro ambulatorio con la estabilización emocional, ya que las progenitoras adquirieron el desarrollo de las capacidades parentales y la sensibilidad materna, lo que permitió una mayor conexión y sintonía con las necesidades físicas y afectivas que influyó positivamente en la interacción de la diada logrando una gradual sincronización emocional que garantizo la sensación de seguridad y confort al neonato.
- Se re-escuchan narrativas alternas, connotadas positivamente con una coordinación de acciones que lleven hacia la efectividad del cambio para construir mundos posibles, los significados relacionales se vincularon con las capacidades parentales de nutrición (alimentaria - emocional), socializadora y educadora, movidas y retroalimentadas por pautas de crianza.
- Los significados de plan canguro se visualizan en La técnica de madre canguro es un apoyo indispensable para afrontar de manera exitosa los cuidados de los neonatos permitiendo cubrir de forma sensible las necesidades físicas y emocionales de los prematuros garantizando el establecimiento de un apego seguro en la diada madre-neonato a través de la lactancia y del contacto piel a piel que promueve la posición canguro fortaleciendo la vinculación afectiva que en un primer momento fue obstaculizada por el periodo de hospitalización al que son sometidos los infantes dada su condición de salud.
- El apego seguro en la diada madre-neonato se desarrolla sincronizando las capacidades parentales y la sensibilidad materna para que los progenitoras puedan responder de forma contingente frente a la necesidad de protección y seguridad requerida por los neonatos.

- Las capacidades parentales presentes en las madres investigadas, se vieron desarrolladas desde el momento en que el contacto físico fue propiciado, de esta forma la “práctica canguro”, posibilita la relación de apego que se vio obstaculizada por el contexto hospitalario y las consecuencias derivadas de esta situación, pertenecientes las capacidades presentes en las madres investigadas fueron: capacidad de apegarse a su hijo, la capacidad de empatía, la capacidad de modelos de crianza y la capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios.
- Las investigadoras infieren que las madres al encontrarse separadas de su bebés, sin haberlos conocido en el momento del parto, recrean una serie de imaginarios en torno a la amenaza de pérdida, y temor al saber que su hijo se encuentra en condición de riesgo y extrema vulnerabilidad. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que esta “... despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha” (Bowlby, 1988:61).
- Las madres re significan todas las experiencias traumáticas vividas en el embarazo y el periodo de hospitalización descrito por ellas como angustiosos y dolorosos para convertir esas narrativas dominantes en narrativas emergentes en la medida que se va transformando en sentimientos de amor, tranquilidad y gozo al contar con el apoyo de su pareja, la familia extensa, sus pares en el Programan Canguro y el Programa Canguro del Hospital san Francisco de Asís
- La unión familiar se consolida en la medida en que los padres empiezan a trabajar como un equipo organizado a favor de la recuperación de su hijo, de ahí que exista un padre canguro que releve al otro apoyándose mutuamente en esta labor de amor y de protección de los prematuros, permitiendo con esto que los cuidadores gocen de momentos alternados de amor y contacto con su bebe, repartiendo de esta manera la responsabilidad frente al cuidado del neonato y el desarrollo de vínculos múltiples que posibilitan una mayor estabilidad emocional de los neonatos, en la presente investigación este hallazgo se convirtió en una factor que contribuye a la teoría del apego al demostrar que contrario a lo que postulaba Bowlby (1988), sobre la esencia diádica de la relación de apego se pudo evidenciar tríadas madre-padre- bebé prematuro, en una interacción conjunta de apego temprano, mediada por el método madre canguro en pro de garantizarle al neonato un desarrollo evolutivo adecuado.
- Con respecto al momento del nacimiento en relación a la condición de prematurez de sus bebés, en las madres entrevistadas fue posible dar cuenta del impacto emocional al momento del parto, en donde las expectativas maternas de un “bebé imaginado”, se ven confrontadas al nacimiento prematuro de su “bebé real”; se asocian a un bebé nacido a término y saludable hábil para iniciar secuencias para la formación del vínculo y este

puede demorarse, por que el bebé (prematuro) no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego.

- Se pudo determinar que en la experiencia emocional de las madres, manifestadas en sentimientos de dolor, temor, impotencia al ver a sus hijos asistidos medicamente (sondas, catéter y canalizados) favoreciendo el desarrollo parental de la capacidad empática de las madres con sus hijos expresando sentimientos como “dolor” y “llanto” frente al posible sufrimiento de su hijo

## **11 SUGERENCIAS**

- En el contexto donde se llevó la investigación y a nivel Nacional se debe hacer mayor difusión y validación del método madre canguro como alternativa efectiva en el desarrollo del vínculo afectivo y el desarrollo de capacidades parentales concretas y específicas así como el desarrollo de pautas de crianza para la adecuada estimulación de los bebés prematuros así como también una alternativa segura en las intervenciones tempranas en vínculo de apego.
- Desde una postura disciplinar, se invita a las diferentes facultades a llevar a cabo investigaciones sobre el tema y poder estructurar de mejor manera el establecimiento y potenciación del vínculo de apego seguro como pilar de la salud mental de los prematuros y futuros ciudadanos Colombianos.
- En la planeación y ejecución de programas donde se desarrollen o se potencialicen las capacidades parentales, psico-educación a los padres sobre la Técnica Madre Canguro, apoyo psicoterapéutico en contención al sistema conyugal y parental frente a la experiencia emocional de un factor estresante como lo es la prematurez y generar proyectos de intervención para empoderar a los padres y madres en el cuidado de sus hijos/as.

Las investigadoras consideran que de este trabajo se desglosarían diferentes líneas de investigación, de donde se podrían realizar aportes valiosos a la salud integral del niño, entre las cuales estarían:

- Realizar seguimiento a los niños/as que participaron en esta investigación con el objetivo de conocer el patrón vincular asociado al vínculo de apego seguro establecido con sus padres.
- Detectar los factores de riesgo psicosociales que interfieren el desarrollo del vínculo de apego seguro en la diada madre-neonato dada las condiciones de vulnerabilidad social presente en el departamento del Choco.
- Profundizar en el desarrollo del vínculo de apego seguro entre la diada padre- hijo prematuro.
- Las investigadoras infieren que las madres al encontrarse separadas de su bebés, sin haberlos conocido en el momento del parto, recrean una serie de fantasías en torno a la amenaza de pérdida y temor de su hijo quien se encuentra en condición de riesgo y extrema vulnerabilidad. Con respecto a la amenaza de pérdida Bowlby plantea que esta “... despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre, y al mismo tiempo, cada una de estas situaciones tiende a despertar cólera. El mantenimiento inalterado del vínculo se experimenta como una fuente de seguridad y la renovación del vínculo como una fuente de dicha” (Bowlby, 1988:61). En este sentido las madres de los bebés prematuros investigados, viven inmersas en una situación de estrés permanente, producto de la delicada situación de salud que atraviesan sus hijos/as prematuros, el ambiente hospitalario que siendo cordial no deja de ser factor generador de estrés para la diada.
- Un fenómeno importante de destacar, son las aprehensiones y temores frente a los primeros contactos físicos con el recién nacido prematuro, es así como todas de las madres entrevistadas declararon haber experimentado miedo de cargar a sus bebés, de hacerles daño, dado que los percibían como frágiles e indefensos y por lo tanto muy delicados frente al contacto físico



## 12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acolet, D. (1990) Importance du contact direct “peau a peau” dans la relation mere-enfant et le devenir des prématurés PN > a 1500 gr. Progres en Neonatologie (240 - 250)

Affonso, D., Bosque, E., Wahlberg, V., Brady, J, (1993). Reconciliation and Healing for Mothers through skin to Skin contact provided in an American Tertiary Level intensive care nursery. Neonatal Network Vol. 12 N°3 Abril. (25 - 32)

Ainsworth, M. (1967).Infancy in Uganda.Recuperado el 4 agosto, 2005, de <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/uganda20.pdf>

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum

Als H. (1999) Reading the premature infant. En Goldson E. Nurturing the premature infant. Developmental interventions in the neonatal intensive care nursery. New York. Oxford university press (18 – 85)

Anderson, G., Marks, E., Wahlberg, V. (1986) Kangaroo care for premature infants. En American Journal of Nursing. Julio. (807 - 809)

Barudy, J.; Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J.; Marquebreucq, A. (2006). Hijos e hijas de madres resilientes. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J.; Dantagnan, M. (2010). Los desafíos individuales del ser madre o padre. Barcelona: Gedisa.

Blaymore Bier, J., Ferguson, A., Morales, Y., Liebling, J., Archer, D., Oh, W., Vohr, B. (1996). Comparison of Skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breast-fed. En Arch Pediatr Adolesc Med Vol. 150 Diciembre (1265-1269).

Bruschweiler N. 1998. "Early emotional care for mother and infants" Section 3 Management of clinical problems and emotional care. Pediatrics; 102 (5): 1278-1281.

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moiler, A.B., Narwal, R., Adler, A., Garcia, C. V., Rhodes, S., Say, L. & Lawn, JE. 2012. Estimaciones nacionales, regionales y mundiales de las tasas de nacimientos prematuros en el año 2010 con las tendencias de tiempo para determinados países desde 1990: un análisis sistemático - en imprenta. Realizado por la Organización Mundial de la Salud.

Bowlby J. 1982 Apego y pérdida, Paidós Mexico.

Bowlby J. 1985 Las separación afectiva, Ediciones Paidós, Buenos Aires

Bowlby, J. (1988), Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby J. 1989, Una base segura, Apego y Salud en el desarrollo humano, Paidó, Buenos Aires.

Brazelton, T. Cramer, B 1993) La relación más temprana padres bebe y el apego inicial.

Bowlby, J. (1993). La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1990). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.

Bruner, J. (1994). Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia

Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710. Capella, C. (2011). Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal (tesis doctoral). Universidad de Chile, Chile.

Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L. & Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 409-430.

Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.

Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. New York: The Analytic Press.

Charpak, N., Figueroa, Z. Hamel, A. (1997) *El Método Canguro. Padres y Familiares de niños prematuros pueden reemplazar las incubadoras*. McGraw Hill. Bogotá.

Charpak, N. (2007). *Fundación Canguro y departamento de epidemiología clínica y Bioestadística Facultad de Medicina – Pontificia universidad Javeriana Bogotá, 2005 – 2007. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer*. ([http://maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D102.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D102.pdf))

De Wolff, M. & Ijzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

Diener, M., Mangelsdorf, S., McHale, J. & Frosch, C. (2002). Infants' behavioral strategies for emotion regulation with fathers and mothers: Associations with emotional expressions and attachment quality. *Infancy*, 3, 153-174.

Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de Historia Novohispana*, 31, 99-136. URL disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/ehn/ehn31/EHNO3104.pdf>

Echeverría, G. *Análisis cualitativo por categorías. Series en Apuntes docentes*. Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2005.

Fanaroff, J. (2001). *Bebé Prematuro*. Department of Pediatrics, Rainbow Babies and Children's Hospital, Case Western Reserve University, Cleveland, OH. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Artículo de Medline Plus, Extraído de la World Wide Web el día 22 de Enero del 2003 de la dirección [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001562.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001562.htm)

Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Field, T., Schanberg, S., Scafidi, F., Bauer, C. Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J., Kuhn, C. (1986). Tactile/Kinesthetic Stimulation effect on preterm neonates. *En Pediatrics*, N° 77 (654-658)

Gergen, Keneth (1996) *La terapia como construcción social*. Paidós. España

González, L. & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24, 5-14.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kerr, S., Melley, A., Travea, L. & Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research*, 1, 108-123.

Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behavior. En T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.

Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Maganto, C.(1993). Relaciones familiares y salud: alternativas terapéuticas. En S. Yarnoz: *Las relaciones interpersonales*. San Sebastián. Publicaciones Universidad del País Vasco: Cuadernos de Extensión Universitaria.

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1993). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Ludington-Hoe, S., Hashemi, M., Argote, L., Medellín, G., Rey, H. (1992). Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. En *Journal of Developmental Physiology* 18 (225-231)

Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W. & Culver, L. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 301-309.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Ministry of Health of Brazil [MHB] (2004). *Humanized Care Assistance to the Low Birth Weight New Born Baby. Kangaroo Mother Method – Technical Manual*. Secretary of Health care attention. Brasilia. Series A. Technical Regulations and Manuals.

Minuchin, S., Rosman, B. and Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mondlane, R. P., de Graca, A.M.P. Ebrahim, G.J. (1989). Skin-to-Skin contact as a Method of Body Warmth for infants of low birth weight. En *Journal of Tropical Pediatrics* Vol. 35 Diciembre. (321 – 326)

Neu, M. (1999). Parent`s perception of skin-to-skin care with their preterm infants requiring assisted ventilation. En *JOGNN* 28 (157-164)

Ortiz, J., Borré, A., Carrillo, S. & Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 71-86.

Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: a developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 97-117.

Shaver, P. & Mikulincer, M. (2002a). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133-161.

Sroufe, A. (2000a). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford.

Tessier, R. Cristo, M. Vélez, S. Girón, M. Figueroa, Z. Ruiz-Peláez, J. Charpak, Y. Charpak, N. (1998). Kangaroo Mother Care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* Vol. 102 N° 2 (17 - 27)

Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Amorrortu

Wahlberg, V. Affonso, D. Persson, B. (1992) A retrospective, comparative study using the Kangaroo method as a complement to standard incubator care. *European Journal of Public Health* 2 N° 1 (34 - 37)

Weiss, S., Wilson, P. Hertenstein, M., Campos, R. (2000) The tactile context of a mother`s caregiving: Implications for attachment of low birth weight infants. *Infant Behavior & Development* N° 23

White, Michael (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós. España

White, Michael (1997) Guías para una terapia familiar sistémica. Gedisa. Barcelona

White, Michael (2002) Reescribir la vida. Gedisa. Barcelona

Yalom, I.D.: Psicoterapia existencial, ed. Herder, Barcelona, 1984

# ANEXOS

Nietzsche sostiene...

"quien tiene un porqué para vivir,  
tiene las formas para enfrentar los cómo"

(En Frank, V. 1996).

Lcu

## NARRATIVAS

CASO N° 1

NOMBRE PADRES: Ana Irene Córdoba Hinestroza Y Luis Mosquera

NOMBRE HIJO: Katleen Yannessia Mosquera Córdoba

EDAD GESTACIONAL: 34 semanas

### **¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Mmmm Todo comenzó con la sorpresa de que estaba embarazada... se toca la cabeza... cuando me di cuenta me puse muy feliz y le conté a mi esposo ya que era mi primer bebe y llegaba en el momento preciso para unirnos más a mí y a mi esposo como familia. Sonríe y entrelaza sus brazos

### **¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Yo tenía 25 años y mi marido 30 estábamos jóvenes y todo fue nuevo para nosotros..... agacha la cabeza y sonrío....

### **¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Pero tuve muchas molestias y dolores, la comida me hacía daño y no soportaba estar de ninguna posición todo era molesto, definitivamente mi embarazo fue doloroso tenía 3 miomas de los cuales me entere por los constantes cólicos y sangrados, cuando fui al médico me recomendaron reposo absoluto y controles médicos para seguimiento fetal, mi hija nació a las 34 semana y con bajo peso.... Mira para los lados, refiere que sintió miedo.....

### **¿Cómo fue Su parto?**

Fue un parto normal, vaginal.... Indica muy natural y sonrío

### **¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?**

Aja.....Antes de llevarla a la incubadora me la pusieron en el pecho para que lo viera y me tranquilizara... Fue un momento difícil refiere y en el mismo momento se rasca la nariz....

### **¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Mmmmmm.....La verdad todo era diferente no la podía cargar, ni llevármela a mi casa y eso me afectaba mucho....es un recuerdo dolorosos...mira su celular.....

### **¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Me puse triste aja...porque sabía que eso significaba dejarlo en el hospital... suspira e indica que continuemos....

### **¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Muy mal eso era una de las cosas más duras para mí... refieres haber sentido mucho dolor y mira para los lados...moviendo la cabeza...

### **¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

Triste porque fue un poco difícil...da un minuto de silencio y continua.... ya que uno imaginaria una bebe grande como todas, al otro día ya me sentía mejor me levante y fui con su padre a buscarla a la sala de neonatos y le pregunte a la enfermera donde estaba mi bebe y al verla allí metida en la incubadora me dolió mucho verla tan chiquita en medio de tantos aparatos y sin mí....aja se coge las manos y me mira.....

### **¿Que hizo para que su hijo/a se apegue a usted?**

Yo le hablaba, la besaba, la alimentaba para que ella supiera que siempre estábamos juntas y que su mama la ama

### **¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

Lo mejor fue esperar el momento cuando la dieron de alta en el hospital, yo sentía mucha alegría y mucho miedo, porque no sabía cómo cuidarla bien y alegría de tenerla por fin en casa..... Mira para los lados y continúa hablando....

### **¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

Me dio miedo de no hacerlo bien... se ríe y se coge la cara.... y lastimarla y al tiempo una felicidad única... sigue sonriendo.

### **¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Al inicio fue difícil porque sentía mucha angustia de hacerle daño, pero después me fui dando cuenta que podía hacerlo bien y disfrutaba que siempre fuéramos una sola persona....aja cruza la perna y mueve las manos aja.....

Cada vez que mi bebe toma teta siento que es mi hija, que estamos unidas... entrelaza sus manos acaricia a su bebe.....

### **¿Qué sentías tú que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Sentía que le podía entregar todo el amor que siento por ella y que ella lo iba a sentir aja....

### **¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

Mi esposo me ayudaba y mientras lo hacía le hablaba a la bebe, la acariciaba con mucha ternura y amor.... nos mira... y sonríe....

### **¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

Siempre estuve pendiente de su pañal, de su peso, si estaba incomoda, quiero que este siempre bien.

### **¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

El primer día que vi a mi hija metida en esa incubadora, con sondas y canalizada, sentí muchísimo dolor y llore todo el día, solo al imaginarme el dolor que mi niña sentía por estar allí.

### **¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?**

Así como cuando era pequeña yo tuve la mejor mama y quiero ofrecerle lo mismo a mi hija, quiero que ella sienta que siempre voy a estar cuidándola.

### **¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?**

#### **Pareja:**

Mi esposo me apoyó y me daba mucha fuerza para salir adelante.

#### **Familia:**

“mi mama siempre y en cada momento incondicional conmigo”

#### **Programa madre canguro:**

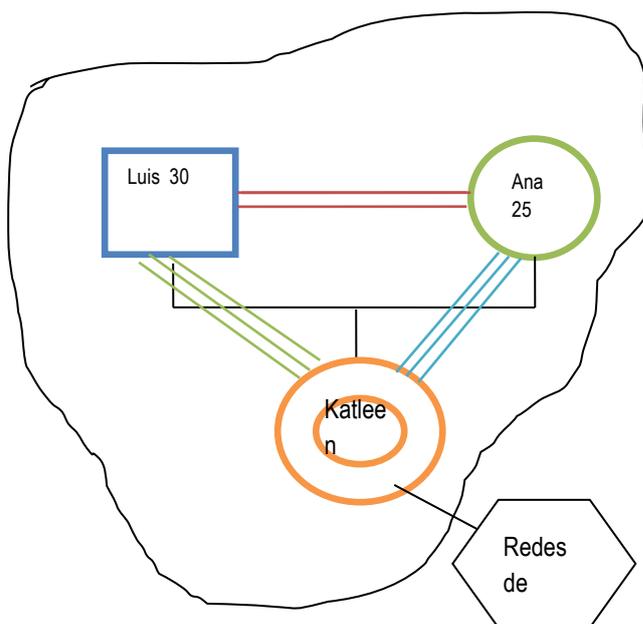
“le doy gracias al pediatra porque siempre que lo necesite estuvo para guiarme y responder todas mis preguntas.

Lo que me enseñaron en el programa para los neonatos es maravilloso el cual nos ayuda a cómo cuidar a nuestros hijos me gusta cómo nos atiende con delicadeza y amabilidad, porque para mí fue difícil porque sentía mucha angustia de hacerle daño, pero después me fui dando cuenta que podía hacerlo bien y disfrutaba que siempre fuéramos una sola persona.

#### **Madres del programa canguro:**

Les agradezco a las otras mamas por sus palabras de apoyo y su cariño

Genograma Caso N°1 (opcional)



CASO N° 2

NOMBRE PADRES: Liney Sánchez Moreno y Eduardo Chaverra

NOMBRE HIJO: Daniel Chaverra Sánchez

EDAD GESTACIONAL: 28 semanas

**¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Cuando supe que estaba embarazada nos pusimos felices, porque es nuestro segundo hijo... lo acaricia y le susurra al oído....

**¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Yo tenía 30 años y mi esposo 35 nuestra edad fue lo que nos ayudó a superar las dificultades agacha la cabeza y besa a su hijo.....aja.....

**¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Mi experiencia en el embarazo de mi primer hijo, aja....se me complicó porque me dio preclamsia estuve muy enferma”

**¿Cómo fue Su parto?**

Sonríe....aja...Me hicieron cesaría, mi bebe nació con un peso de 955 a las 28 semanas.... Se coge y se acomoda él bebe.....

**¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?”**

Aja.....no....Se lo llevaron de inmediato a la incubadora y no lo pude ver

**¿Qué pensó al no ver a sus hija/os?**

Pues .... Mmmm...Pensé lo peor, que estaba muy mal... sonríe y se coge la cabeza.....

**¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Mmmm....Todo era diferente él era flaquito, chiquito y metido en esa incubadora sin podérmelo llevar a casa

**¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Al comienzo mal pero después agradecí tenerlo a pesar de eso, muchas mama no tiene esa oportunidad... heeeee....mmmmm...

**¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Pues....Triste de no podérmelo llevar y cuidar es bastante difícil

**¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

A pesar que los médicos estaban me sentía mal porque yo lo veía tan chiquito, delgadito y me daba unas ganas de llorar A pesar que los médicos estaban me sentía mal porque yo lo veía tan chiquito, delgadito y me daba unas ganas de llorar, era tan frágil, pero en el fondo de mi corazón sabía que se iba a poner bien... me observa y mira para los dos lados y acaricia a su bebe....

**¿Que hizo para que su hijo/a se apegue a usted?**

Mmmmm.... Estaba muy pendiente de lo que él quería o necesitaba para dárselo sonrío y me mira.

**¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

Y entonces.....Cuando le dieron alta me sentía bien porque el médico me dijeron que estaría a mi cuidado pero tenía que comprometerme para que Dany subiera el peso y talla necesaria para su edad.... Y yo le dije siiiii y me puse feliz...aja...

**¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

De todo, miedo y felicidad porque había esperado tanto para poderlo tener

**¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Entonces...es muy bonito tenerlo cerca porque sentía todo lo que él hacía, es como tenerlo en la barriga y poderlo ver a medida que va creciendo”

**¿Qué sentías que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Ve a ver.... Mmmmm....Amor, protección, cariño y muchos mimos

**¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

Aja....No sé qué fuera hecho sin el amor y la dedicación de mi esposo ya que en las noches mi esposo me relevaba cuidándolo y a veces hasta los dos se quedaban dormidos viendo televisión... se coge las manos....

**¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

Yo siempre hacía todo lo que decían los médicos para que mi hijo y yo estuviéramos bien y agacha la cabeza....

**¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

Pues .....Además nosotros le transmitíamos toda la fortaleza que él necesitaba para recuperarse pronto y yo sentía en mi alma que Dany sabía. mmmm...

**¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?**

Mi hijo es un niño valiente y fuerte como el papa.... Me mira y sonrie

**¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?**

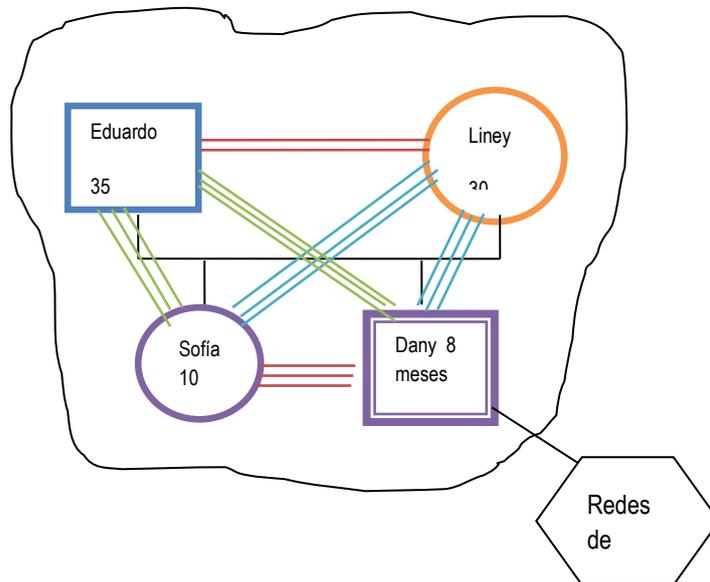
**Pareja:** “No sé qué fuera hecho sin el amor y la dedicación de mi esposo ya que asi se fuera a trabajar estaba pendiente de nosotros dos.

**Familia:** mi familia siempre estuvo pendiente y apoyándome en todo.

**Programa madre canguro:** “Gracias al programa, en especial al pediatra a cargo que me oriento en todos lo que necesitaba hacer para cuidar a mi hijo.

**Madres del programa canguro:** Hice muy buenas amigas en el programa ellas siempre me daban aliento

Genograma Caso N°2 (opcional)



CASO N° 3

NOMBRE MAMA: Danna Katherine Ávila León

NOMBRE HIJO: María José Cabrera Ávila

EDAD GESTACIONAL: 34 semanas

**¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Entonces mi bebe es la razón para salir adelante día a día, su padre y yo no lo esperábamos pero queremos que nazca sana y fuerte todo empezó en un día de septiembre, me levante en la mañana, me sentía enferma, fui a la droguería, para que me dieran algo para el malestar y mientras tanto me decían que me hiciera una prueba de embarazo, aunque yo no esperaba que saliera positiva, no sabía qué hacer, solo lloraba, llame al papa del bebe y le conté y no me creía, luego llame a mi mama que fue la primera que me dio su apoyo, aja

**¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Mis años ajajaja yo tenía 23 años y Julián tenía 28 aja se coge el pelo.....

**¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Heeeee.....Mi embarazo fue muy complicado desde el primer mes presente sangrados y me diagnosticaron una amenaza de aborto, que tenía que guardar reposo para continuar con el embarazo, en ese momento solo pensaba en lo importante que era para mí bebe.... Jajajaja

**¿Cómo fue Su parto?**

Me hicieron una cesaría entre a la sala de cirugía, donde me anestesiaron mira para los lados.....

**¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?**

Mmmmm.....Mientras yo esperaba, el momento de ver a mi hija pensaba, ¿cómo sería? ¿Cuánto pesaría? Y me dolió por que no la pude conocer. Cuando ella nació no me permitieron verla, solo me dijeron mama su bebe está bien y que la podía ver al otro día después de recuperarme...aja...

**¿Qué pensó al no ver a sus hija/os?**

Tenía mucho miedo porque en ese momento nadie me dijo nada y esperaba lo peor..... se toca la cabeza y acaricia a su bebe.....

**¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Todo era diferente pero era mi hija y yo tenía que estar a su lado..... aja.....

**¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Mmmm.... Con tristeza porque yo quería que todo fuera sido normal como muchas otras mama que tienen a su hija y se van a casa a cuidarla

**¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Es una sensación muy dolorosa como si a uno le estuvieran quitando un pedacito de uno

**¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

He... entonces....Llore y sentí mucha angustia, era muy diferente a como la imagine y no era capaz de tocarlo....aja...

**¿Que hizo para que su hijo/a se apegue a usted?**

Ser muy cariñosa con ella y darle esa seguridad que siempre voy a estar ahí

**¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

Cuando por fin le dieron salida me puse feliz de tenerla solo conmigo aunque estaba asustada también de cuidarla bien

**¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

Llore y la bese en la frente aún recuerdo ese momento y suspira... mmmmm....

**¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Me dio mucho miedo porque sentía que se me podía caer hasta que me acostumbre y me gustaba sentir su piel suave y tibia, además era más fácil alimentarla “

**Qué sentías tu que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Entonces.....Apoyo y mucho amor.....se rie.....

**¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

En el día me ayudó mucho mi esposo él se esmeraba para que la bebe se sintiera bien y le cantaba para hacerla dormir

**¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

Yo siempre voy a dar todo de mí para que ella salga adelante.... Ira para el lado derecho cogiéndose el cabello.....

**¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

Durante los 10 días de su hospitalización le hicieron muchos exámenes y yo solo pensaba, Dios mío es tan pequeña para estar en todo esto.”

**¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?**

“Mi mama era muy cariñosa conmigo y así soy yo con ella.”

**¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?**

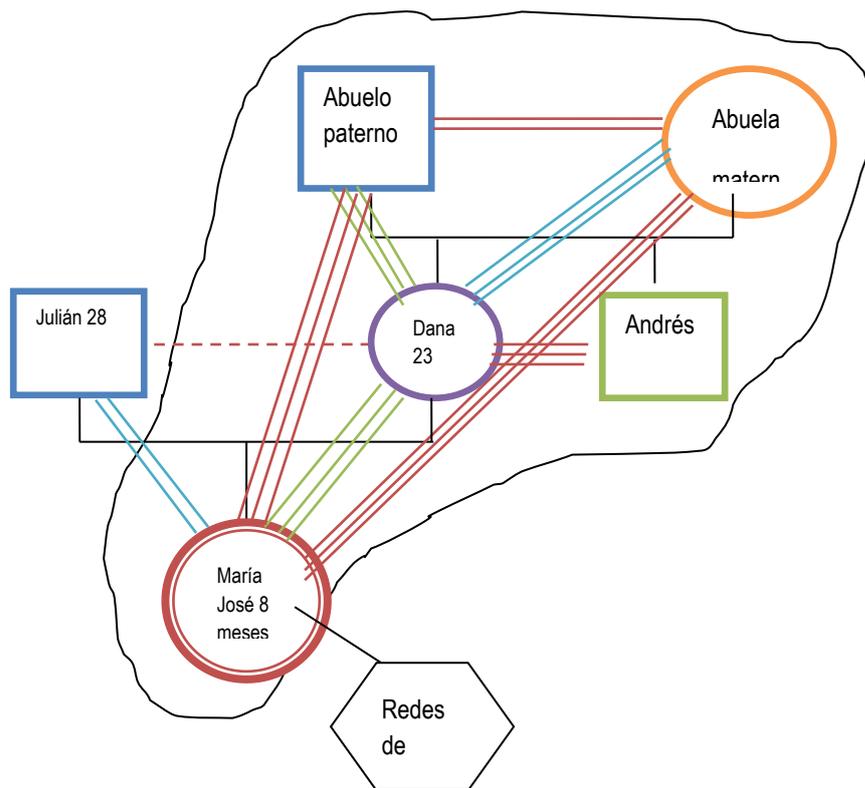
**Pareja:** Mi esposo me daba fuerzas para seguir adelante, no me dejaba sola

**Familia:** entonces pude contar con el apoyo de mi familia que siempre estuvieron, prestos en colaborarme en todo lo que necesite en esos momentos

**Programa madre canguro:** aja.....Muchas gracias por colaborarme con el cuidado de mi hija, le agradezco al equipo médico y al programa por enseñarme el cuidado de mí bebe.... Heeee

**Madres del programa madre canguro:** pues.....Hice buenas amigas, las cuales sintieron lo mismo que yo, además les agradezco por estar conmigo cuando las necesite y me brindaron su ayuda.

Genograma Caso N°3 (opcional)



CASO N° 4

NOMBRE DE PADRES: Luz Yeny Córdoba Martínez y Rafael Flores

NOMBRE HIJO: Kendra Flores Martínez

EDAD GESTACIONAL: 32 semanas

**¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Heeee.....Cuando me entere que estaba embarazada fue muy bonito porque lo estábamos esperando hacía mucho tiempo y queríamos que se pareciera a su papa, grande y fuerte con el color de sus ojos, me cuidaba mucho y me dieron muchos antojos, los cuales me los me los cumplía su padre.

**¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Yo tenía 28 años y rafa tenía 31 años....aja....y sonrío....

**¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Pues.....Hola somos del programa madre canguro del departamento de Quibdó Choco, durante el proceso de mi embarazo presente algunos inconvenientes de salud relacionado con problemas de presión arterial motivo por el cual estuve en constante control médico. Se rasca la cabeza....

**¿Cómo fue Su parto?**

Entonces.....Cuando cumplí las 32 semanas el médico me informo que no era conveniente continuar con mi embarazo y tomo la decisión de realizar procesos de maduración de pulmones y otro tipo de procedimiento a fin de lograr que todos órganos vitales de mi hija estuvieran listos para su nacimiento después de 3 días me practicaron una cesaría y por fin nació mi hija pesando 1800 gm y media 40 cm.

**¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?**

Al instante de nacer fue llevada a la incubadora....aja...

**¿Qué pensó al no ver a sus hija/os?**

Me puse muy triste al no saber nada, me sentí culpable y quería mejorarme rápido para ir a buscarla

**¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Yo imaginaba una niña grande y fuerte antes de todo esto y después me empecé a ser a la idea por eso cuando la vi fue difícil pero lo supere rápido

**¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Me puse a llorar y mi esposo me daba animo fue muy duro para mi

**¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Mal porque yo imaginaba lo peor y viva con una so sobra de que me dijeran algo malo....aja.

**¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

No pude sostenerla entre mi brazos ni tampoco amamantarla solo podía verla por el vidrio de la incubadora y acariciarle la manito por un orificio de la incubadora dolía verla así.

**¿Que hizo para que su hijo/a se apegue a usted?**

Yo estaba muy pendiente de su pañal, de darle la teta y que quedara llenita, le hablaba mucho....mmmmmmmmmmmmmm

**¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

En ese momento me sentía entre alegre y triste ya la podía cuidar yo como su mama que soy”

**¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

La mire porque por primera vez la tenía tan de cerca y fue hermoso tenerla en mi pecho en posición canguro...suspira y mueve la cabeza....

**¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Es una experiencia única e inolvidable tener a mi hija en mi pecho, al dar seno la sentía calientica y también sentía su corazoncito latir junto al mío”

**¿Qué sentías que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Sentía que yo le podía transmitir todo el amor que le tengo.... Acaricia a su bebe...

**¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

Mi esposo le hacia los mismos que yo le hacía a la bebe para que ella se sintiera igual de amada por sus padres

**¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

“Siempre estoy pendiente de sus movimiento para descifrar lo que ella necesita “

**¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

“Yo sentía que mi hija estaba ganando peso, se veía mejor, la sentía mejor”

### ¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?

Quiero que mi hija aprenda a ser fuerte como yo y que no se deje derrumbar por nada

### Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?

**Pareja:** Es muy duro y menos mal mi esposo estaba conmigo siempre dándome mucha fuerza.

### Familia:

Tanto mis padres como mi suegros se portaron súper bien y Siempre estuvieron pendientes y colaboradores con todas las cosas de Kendra”

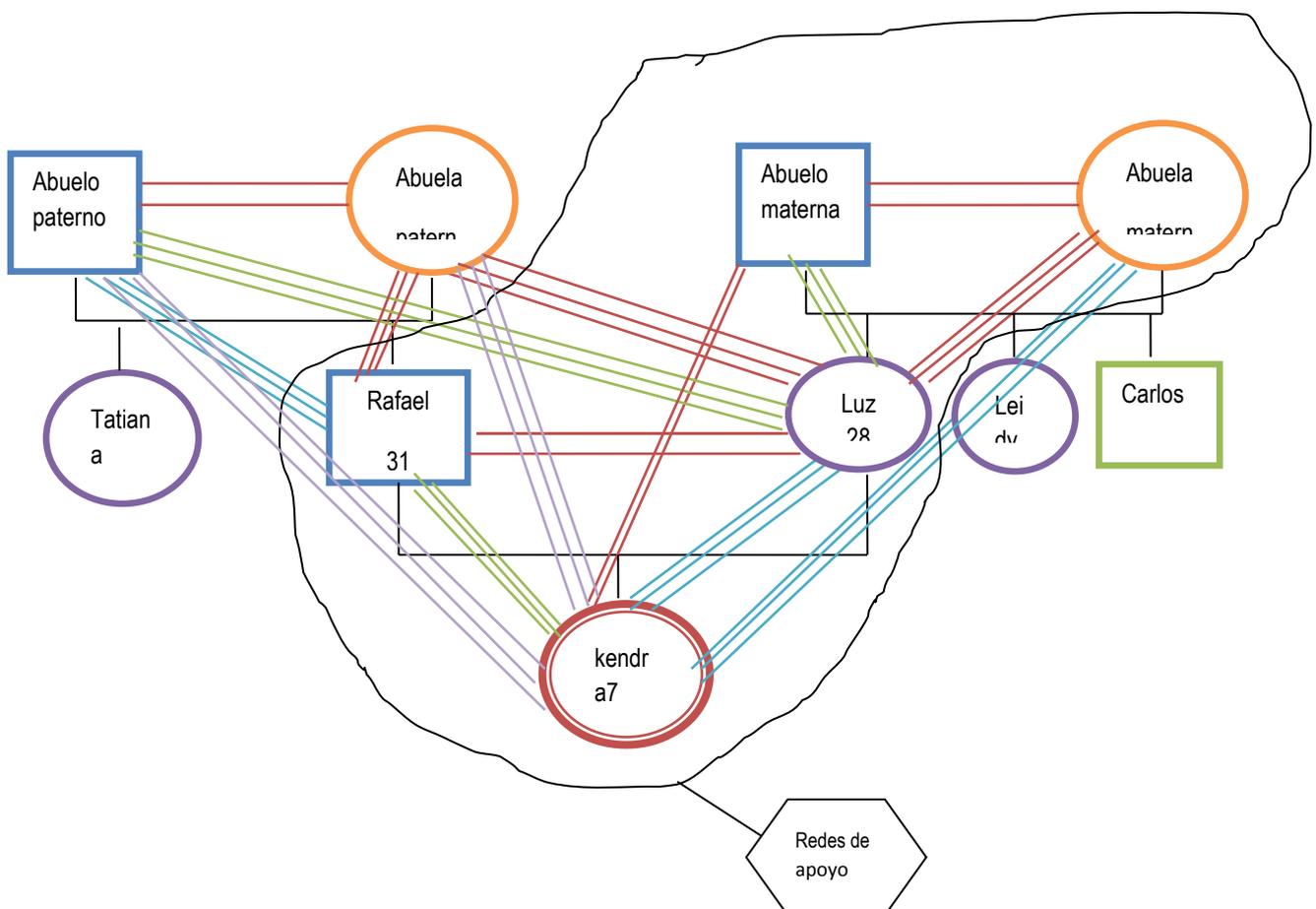
### Programa madre canguro:

Le doy gracias al médico que estuvo pendiente de mi bebe y también al programa que me enseñó como cuidar a mi hija.

### Madres del programa canguro:

Gracias a las otras mamitas que me hablaron y me dieron fuerzas para soportar la situación y me brindaron su cariño y acompañamiento.

Genograma Caso N°4 (opcional)



CASO N° 5

NOMBRE MAMA: Rosney Palacios Sánchez

NOMBRE HIJO: Cristian Palacios Sánchez

EDAD GESTACIONAL:

**¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Heeeee.....No me esperaba estar en embarazo, fue una sorpresa enorme pero cuando me di cuenta la primera que se entero fue mi hermana, ella me cuidaba mucho, porque quería que estuvieran bien, me imaginaba un bebe grande y sano que se pareciera a ami, que sacara mis ojos y mi color de piel.

**¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Yo tenía 24 años y no tengo esposo agacha la cabeza.... refiere continuemos....

**¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Haaaaaaaaaaaa.....Hicimos parte del programa canguro ya que en mi embarazo tuve varias molestias por que el bebé se me bajo mucho y a los 7 meses presente sangrados cuando fui al hospital el médico me reviso y me dijo que él bebe venia de pie.

**¿Cómo fue Su parto?**

Por ello debíamos hacer una maniobra para sacarlo lo más pronto posible porque tenía una infección y el parto se me iba a adelantar me llevaron a la sala de parto y el equipo de médicos me tuvieron la barriga para que el niño no se volteara nuevamente duro mucho tiempo el parto ya que fue vaginal y el niño nació con el cordón umbilical en su cuello y no podía respirar bien. Aja.....

**¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?**

En el momento de cortar el cordón umbilical la tuve sobre mi pecho y luego se la llevaron para estabilizarlo.

**¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Fue diferente verlo así tan frágil, tan, casi que transparente y eso fue muy duro para mi

**¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Pues.....Me dio muy duro, me puse muy triste y llore mucho, no sabía qué hacer, pues todo iba a hacer diferente.

**¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Muy mal porque eso me hacía sentir una mala mama

**¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

Se veía tan frágil, “todo moradito” me sentía muy mal de verlo así y no me sentía tan fuerte como para cuidarlo.

**¿Qué hizo para que su hijo/a se apegue a usted?**

Cuidarlo y amarlo siempre porque él es el rey de la casa.... Heeee.....

**¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

Por eso cuando me dijeron que la bebe ya no necesitaba la incubadora y que me lo podría llevar a casa me sentí feliz, casi grito de la emoción y abrace a mi hermana que es la persona que me ha apoyado en todo mi embarazó.

**¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

Llore de emoción, fue un momento mágico par los dos.... Suspira.....

**¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Es una sensación única y hermosa porque sé que está bien además es más fácil protegerla porque siempre está conmigo y a medida que pasa el tiempo es todo lo que él necesita, siempre quiero estar junto a él, lo amo y quiero que se recupere pronto.

**¿Qué sentías que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Compañía y mucho amor..... Se coge la cabeza.....mmmmmmmmmm

**¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

Mi hermana me ayudo en los cuidados relevándome en las mañanas y dándole mucho amor a él bebe.

**¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

Quiero dar todo de mi siguiendo con lo que dijo el médico, me gusta tenerlo bien acomodada para que no se lastime, siempre le acaricio y cubro la cabecita para que sienta mi presencia

**¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

Fue una sensación muy rara porque en medio de su fragilidad era fuerte para aguantar tantas cosas dolorosas y eso me hizo pensar que ella quería vivir y que yo debía ser fuerte para protegerla

**¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?**

Heeeeeeeeeee.....Quiero darle lo que yo no tuve y que viva querida y con una familia y apoyo de sus seres queridos, no quiero que le pase lo mismo que a mí ya que crecí sin mis padres y al ver a mi hijo tan frágil siento la necesidad de cuidarlo y amarlo quiero darle todo el amor que yo no tuve.

**¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?**

**Pareja:** “no refiere”

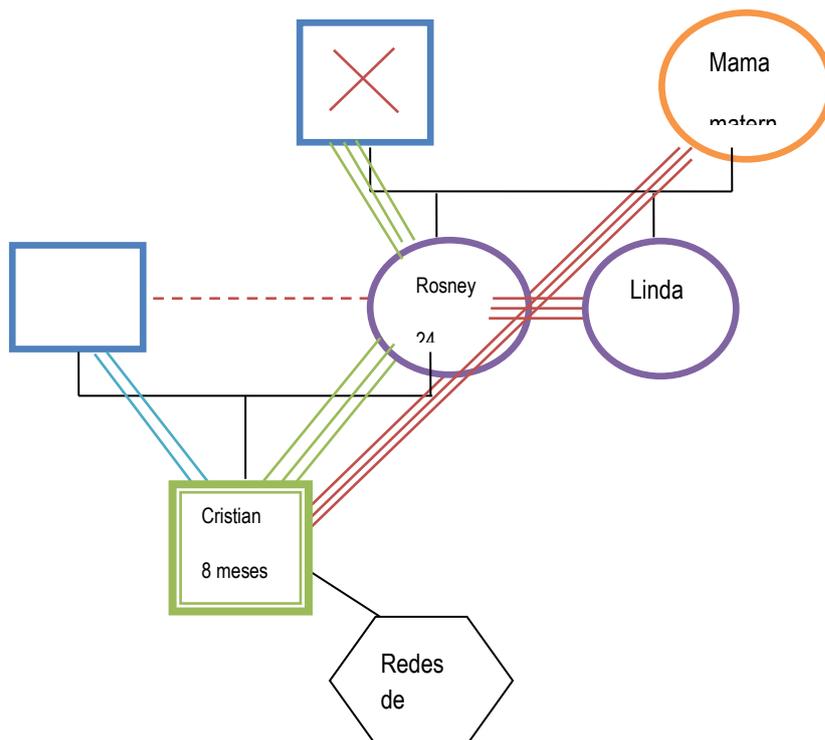
**Familia:** mi hermana me daba mucho ánimo y fortaleza, me siento muy orgullosa y satisfecha de mis familiares

**Programa madre canguro:** Le agradezco al médico que día a día dispusieron de su tiempo para ayudarme”

**Madres del programa canguro:**

Gracias a mis amigas que me brindaron todo su amor y apoyo para sentirme mejor.....aja..... y sonrío.....

Genograma Caso N°5 (opcional)



CASO N° 6

NOMBRES PADRES: Leslie Cossío Murillo y Juan José Lozano

NOMBRE HIJO: Belinda Lozano Cossío

EDAD GESTACIONAL: 24 Meses

**¿Qué expectativas tenía de su embarazo?**

Pues.....Mi experiencia es maravillosa como madre porque es mi primer parto y he aprendido de todo un poco.

**¿Qué edad tenían usted y su esposo?**

Mi esposo tenía 38 años y yo tan solo 25

**¿Cómo fue la experiencia durante su Embarazo?**

Heeeee.....El embarazo fue muy doloroso, peligroso para la vida del bebe, al 6 mes me hospitalizaron 20 días con una deficiencia placentaria.

**¿Cómo fue Su parto?**

Por lo cual me programaron una cesaría de urgencia por ser riesgoso para las dos.

**¿Tú la viste inmediatamente después de nacer?**

Cuando nació se la llevaron a la incubadora y no la pude ver....aja...besa a su bebe.....

**¿Qué pensó al no ver a sus hija/os?**

Me puse a llorar, estaba desesperada, quería saber cómo estaba y pensé que podía morir, fue duro porque uno como mamá siempre sueña con apenas ellos nazcan tenerlos entre los brazos.

**¿Cuándo viste por primera vez a tu bebe que era diferente a lo que imaginabas durante el embarazo?**

Yo empecé a buscar imágenes y a investigar como para prepararme pero igual es duro ver a tu hijo así. Me mira y sonrío.....

**¿Cómo recibió la noticia de que su hijo era prematuro?**

Bueno cuando el médico me dijo lo delicado que estábamos y que nos tocaba cesárea la verdad me asuste me dio miedo

**¿Cómo se sintió al tener e irse para su casa sin su bebe?**

Mmmmm.....Muy triste porque a pesar de su prematurez yo tenía la ilusión de llevarla a casa con su familia

**¿Cómo vivió el proceso de hospitalización de su bebe?**

Era tan flaquita era muy duro para mí no poder alimentarla y cuidarla como yo quería

**¿Qué hizo para que su hijo/a se apegara a usted?**

Aja.....Tratarla con todo el amor para que ella sintiera que su mamá la amaba

**¿Cómo recibió la noticia de que ya se podía llevar a casa a su hijo(a)?**

Durante todo el tiempo me imaginaba, como iba a hacer ese momento cuando por fin le dieran salida me sentí muy contenta, porque ya no estaría con todos esos aparatos porque yo la cuidaría.

**¿Qué paso contigo cuando tuviste el primer contacto con tu bebe?**

Sentí que desde ese momento todo estaría mejor..... se rasca un brazo y sigue hablando.....

**¿Cuál es la sensación de tener a su bebe en la posición canguro?**

Tenía miedo pero era acostumbrarme a tener al bebe en posición canguro es más fácil alimentarla, cuidarla y brindarle calor, pensaba en que le podía hacer daño, además me tranquilizaba saber que está junto a mí y que el solo hecho de tenerlo tan cerca nos une.

**¿Qué sentías que le podías entregar a tu hija cuando estaba en posición canguro?**

Haaaaaaaa.....Calor, tranquilidad y confianza de que su mamá estaba ahí con él

**¿Quiénes fueron los cuidadores de relevo?**

Mi marido estuvo siempre muy comprometido con el cuidado de la niña le decía palabras tiernas para calmarla

**¿Cuáles son los cuidados y atenciones que tiene para su bebe desde el primer momento que se la dieron?**

Entonces.....Estaba todo el tiempo en mi pecho porque necesitaba de mi calor corporal, estoy pendiente cuando llora y le duele algo, le doy seno cada vez que lo necesite.

**¿Qué sintió al ver a su hija en la incubadora, asistida medicamente, en urgencias o hospitalizada?**

Recuerdo cuando yo, lloraba al ver mi hija tan malita y luchando por su vida yo me sentía mal al ver que ella que estaba así tenía más fuerza que yo para salir adelante....aja.....

**¿Cómo quisiera usted criar a su hijo (a)?**

Pero también pensaba que yo al crecer en una familia tan unida sentí al ver a mi niña que estaría rodeada de cariño y amor lo que me hizo luchar por mantenerla con vida y darle lo que más pudiera sabiendo que lo necesitaba.....ajaa.....

**¿Quién la apoyo o con quien conto usted en estos momentos?**

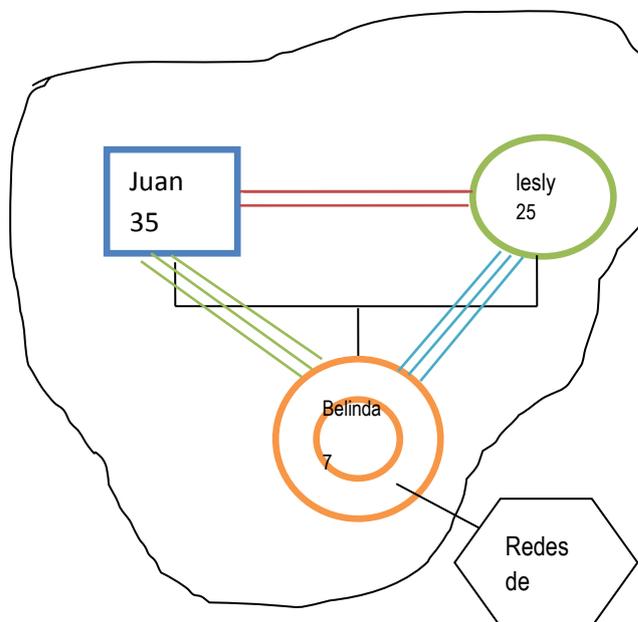
**Pareja:** Mi esposo me soportaba mi mal humor con mucha paciencia y me consentía mucho fue un gran apoyo....aja... se acomoda.....

**Familia:** Entonces.....el nacimiento de mi hija unió más a mi familia porque todos estuvieron ahí para ayudarme

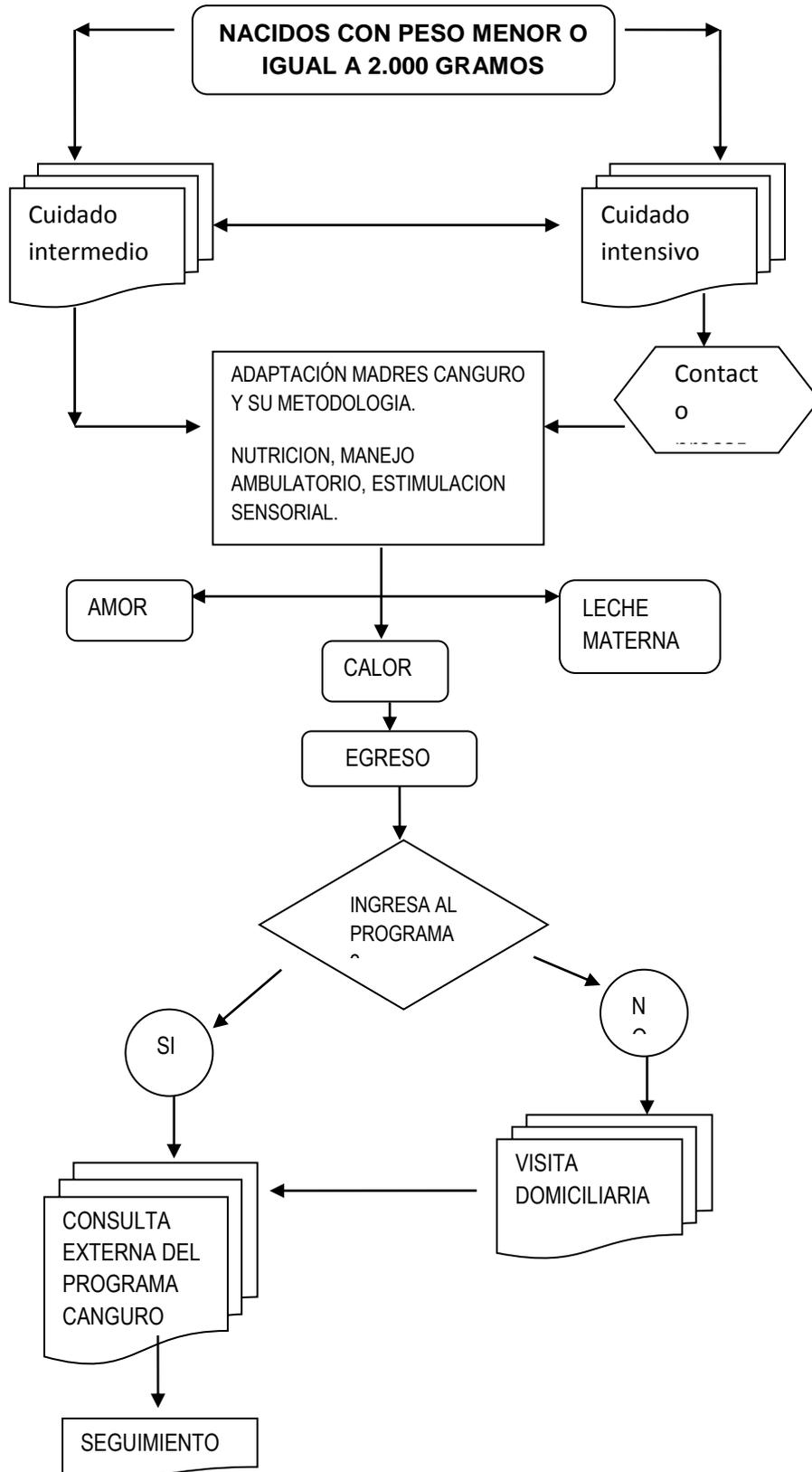
**Programa madre canguro:** Quiero darle las gracias más lindase, inmensas y honestas a el doctor Pedro por su atención prestada durante todo este tiempo porque gracias a sus atenciones mi hija pudo superar todas sus dificultades...heeee....y sonrie....

**Madres del programa canguro:** Me hice amiga de las madres que iban a los controles y charlas médicas conmigo

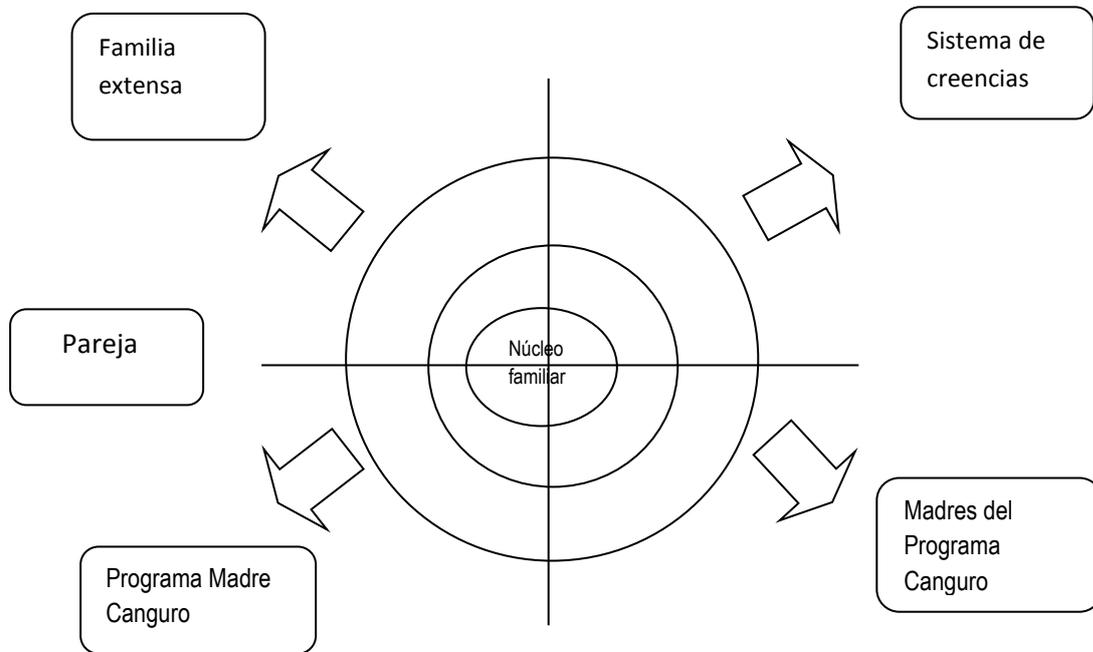
Genograma Caso N°6 (opcional)



# FLUJOGRAMA DE PROGRAMA MADRE CANGURO



## ECOMAPA



### Ecomapa o estructura interna.

- Permite visualizar las redes de apoyo psicosocial de cada uno de los miembros.

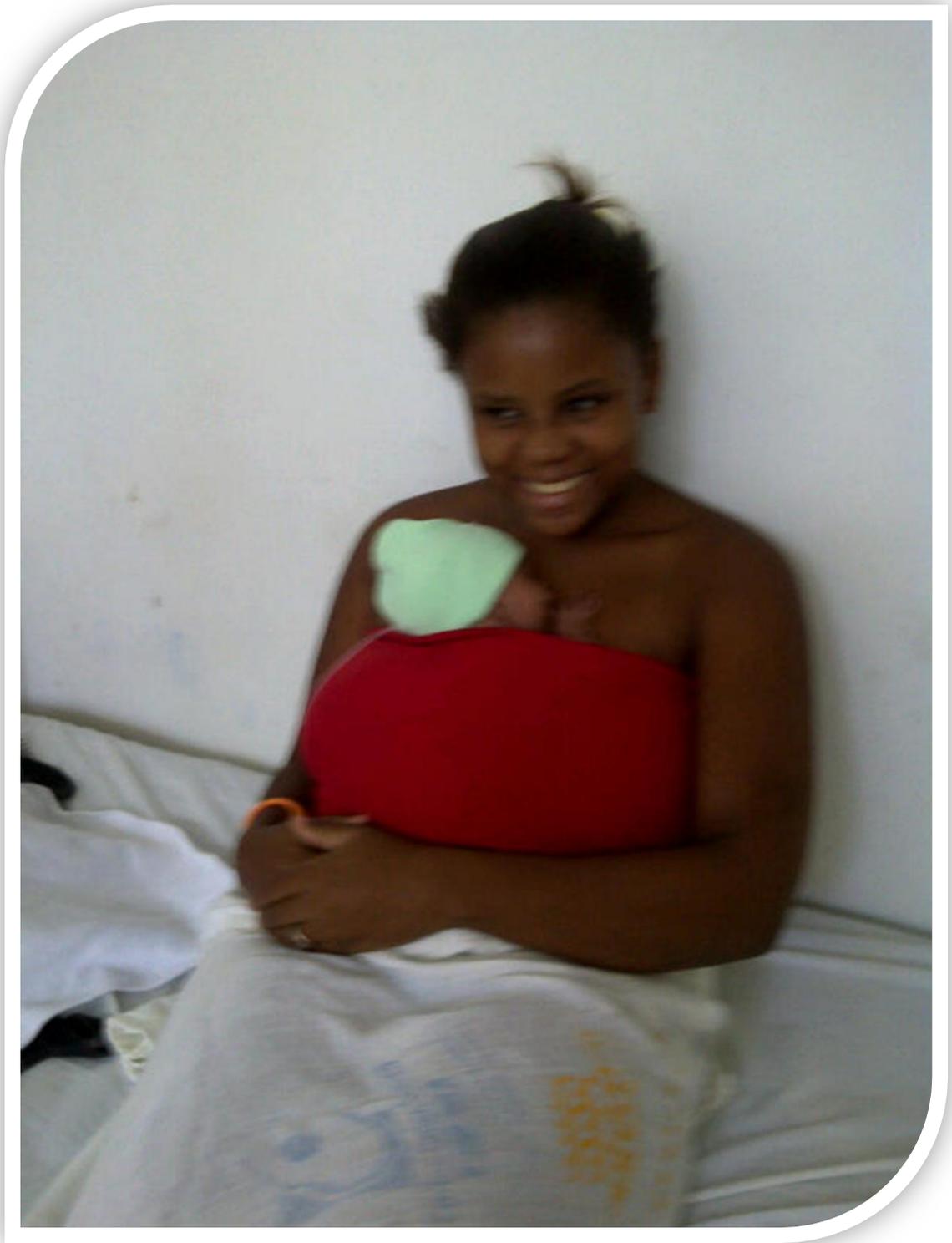
*PROGRAMA CANGURO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS DE  
QUIBDO - CHOCO*

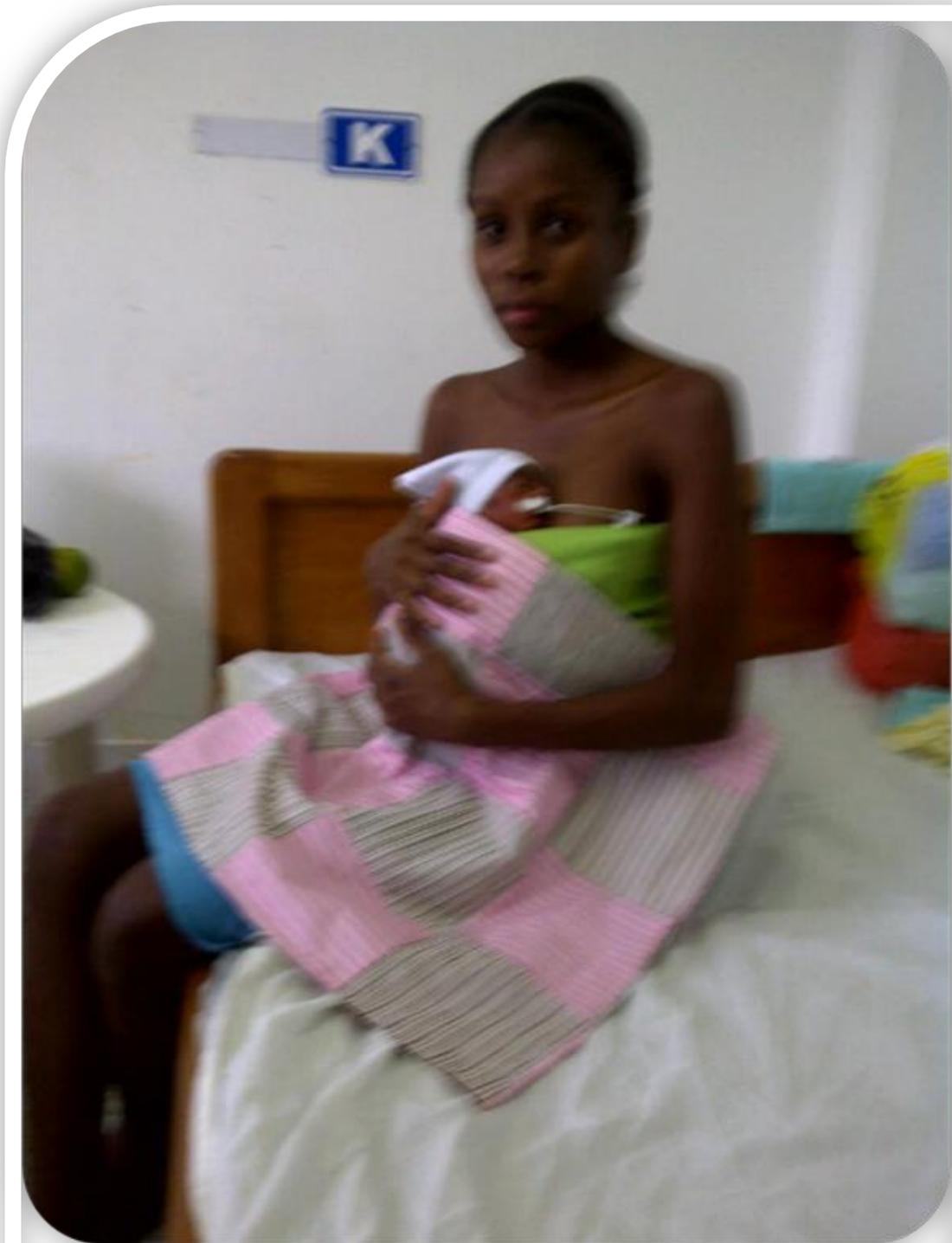














*SALA DE NEONATOS HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASI DE QUIBDO -CHOCO*



*SALA DE NEONATOS HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE QUIBDO-CHOCO*



## **QUIBDÓ**

Es la capital del departamento colombiano del Chocó y una población importante en la Región del Pacífico Colombiano. La ciudad está ubicada en una de las regiones más forestales de Colombia, cerca de grandes reservas ecológicas como el Parque Nacional Natural Emberá y una de las regiones con un gran número de reservas indígenas. Se encuentra a orillas del río Atrato, uno de los principales afluentes del país y una de las zonas con más alta pluviosidad del mundo. Se halla situada en la margen derecha del río Atrato. Se encuentra a 43 m sobre el nivel del mar y tiene una temperatura cuyo promedio es de 28 °C. Dista de Bogotá 718 km.

La ciudad de Quibdó constituye el único centro departamental localizado entre la cordillera y el litoral. Por sus características, es el punto medio de enlace natural que existe entre los dos litorales colombianos, a través de los ríos Atrato y San Juan. Las relaciones de centralidad convergen sobre la zona del istmo San Pablo, específicamente entre Quibdó e Istmina, y se explican por las relaciones de comunicación fluvial que existe entre los dos grandes ríos: Atrato y San Juan.

## **HISTORIA**

Ésta antigua ciudad colombiana fue fundada por primera vez con el nombre Citará gracias a fray Matías Abad en el año de 1648, en terrenos que regalaron los indios por primera vez a la orden franciscana. Ésta población fue incendiada en diversas ocasiones por los indios.

En 1654 fue reconstruida por los jesuitas Pedro Cáceres y Francisco de Orta. Hacia 1690, Manuel Cañizales, colono antioqueño y minero de profesión, fundó una población en tierras de los caciques Guasebá y Quibdó. En el año de 1702, aumentaron los pobladores y el colono español Francisco de Berro, le dio el carácter de población, mediante acta firmada por los vecinos, con el nombre de "San Francisco de Quibdó".

Quibdó proclamó su independencia el 2 de febrero de 1813, y por decreto ejecutivo del 30 de marzo de 1825, se creó como cabecera de distrito.

Con la creación del departamento del Chocó el 15 de junio de 1948, Quibdó se convirtió en su capital departamental. En 1966, la ciudad fue semidestruida por un incendio y nuevamente reconstruida por sus habitantes

## **LOCALIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE QUIBDÓ**

El municipio de Quibdó limita por el norte con el municipio de Medio Atrato, por el sur con los municipios de Río Quito y Lloró, por el oriente con el municipio de El Carmen de Atrato, por el nororiente con el departamento de y por el occidente con el municipio de Alto Baudó. Tiene un área de 3337.5 km<sup>2</sup> y una población de 97.714 habitantes (Proyecciones del DANE, año 2000), de la cual el 65% se encuentran en el área urbana y representa el 32% del total del departamento.

## **SITUACION ACTUAL DEL CHOCO (2010)**

Chocó, a pesar de ser considerado uno de los lugares en el planeta con mayor riqueza en biodiversidad y recursos naturales presenta una situación de retraso importante con relación al país. Este retraso se debe entre otros factores a su debilidad institucional, su ubicación geográfica y climática (es un departamento aislado del resto del país), baja capacidad técnica del recurso humano y escasa actividad económica.

Presenta problemas de injusticia social que se reflejan en baja cobertura en los servicios públicos (situación que afecta negativamente la salud y las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes), fragilidad institucional (falta de planeación que impide la consolidación, articulación y sostenibilidad de políticas y programas para promover el desarrollo de los ciudadanos del departamento), con explotación no planificada de los recursos naturales que provoca su agotamiento, generación de altos niveles de contaminación, proliferación de cultivos de coca que se asocian a diferentes formas de violencia, así como la presencia de diversos grupos al margen de la ley que generan desplazamiento, minas anti personas, restricción para la libre movilidad, transformación de valores y comportamientos de los diferentes grupos que habitan el departamento entre otros

## **DINÁMICA SOCIAL**

### **LA FAMILIA.**

En este departamento la familia presenta características de extensa o numerosa formada según el Departamento Nacional de Estadísticas por un promedio de miembros de 4.6, pero que en la región se considera en promedio de 6 miembros; estas familias son el efecto del mestizaje biológico y cultural de los tres grupos que poblaron el territorio chocoana- grupo africano o negroide, español o Europeo y el grupo Indígena así encontramos la presencia de diferentes etnias en el territorio.

La estructura familiar chocoana presenta características frecuentes de "inestabilidad familiar", alto índice de "ilegitimidad", alto índice de "madre-solterísimo", "ausentismo paterno". Sin embargo, hay que resaltar que "la familia negra" presenta una gran variedad de formas comunes, incluyendo el matrimonio, la unidad familiar estable con madre y padre; esta estructura familiar aunque tiene influencia africana, los factores que la condicionan principalmente son el económico, el político, la constante movilidad por las condiciones del el medio ambiente lo que genera pobreza y facilita el deterioro de hogares

La madre es el eje central de la familia, es la que le da su identidad, estructura y continuidad, encontrándose familias compuestas por una abuela, sus hijas y sus nietas, con participación de algunos hombres los cuales pueden ser compañeros o hijos.

La poligamia se favorece por el desplazamiento del hombre de su sitio de residencia para pescar o trabajar en minas dejando a su mujer e hijos en casa. Estos continuos desplazamientos hacen que se creen múltiples lazos de parentesco a lo largo y ancho del departamento, lo que les facilita su movilización y permanencia en los lugares de trabajo.

Sin embargo, con la llegada de los blancos al territorio, la cultura negra presenta una jerarquía de valores que clasifica al negro como inferior y al blanco y tiende a apropiarse de los valores y rasgos, de este último generándose "el blanqueamiento de lo negro

## **RELIGIÓN.**

La religión en el Chocó es una mezcla de cultura, raza, credo, música y danzas seculares. Existen ritos religiosos entre los cuales se incluyen los siguientes: los festivales acuáticos en los cuales se venera un Santo o una Virgen que peregrina por los ríos de la zona; el velorio para venerar a un Santo, denominado el arrullo de Belén, o alumbramiento; los velorios para los difuntos (en el caso de un niño, el chigualo o gualí; en el caso de un adulto, el alabado, la pasión o el velorio de viejo).

Estos ritos varían según la zona subregional y según se practiquen en zona rural o urbana: en Quibdó, por ejemplo, la influencia de la Iglesia Católica es obviamente más fuerte que en el campo. Pero podemos señalar algunos rasgos comunes con las otras religiones y sectas. Además de practicarse usualmente fuera de la esfera de control de la Iglesia (y a veces con la reprobación de ella), todos estos ritos se realizan alrededor de la música y el baile como elemento imprescindible...

### **Mortalidad Infantil**

La mortalidad infantil es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos; también es una decisión económica sensata y una de las maneras más seguras en que los países pueden encaminarse hacia un futuro mejor (Unicef 2008).

El Departamento del Chocó posee la tercera tasa de mortalidad infantil más alta de Colombia, seguido de Vaupés y Guajira. Realizando comparaciones internacionales el departamento es comparable con países de África del Norte.

La tasa de mortalidad infantil de este departamento para el año 2005 registró su punto más alto con 77.52 muertos por cada mil nacidos vivos, para los años siguientes se ha logrado una reducción de estas cifras, siendo más significativa para el año 2008 en el que se presentó una reducción de 9.42 casos. Esta reducción se produce por programas desarrollados con diversas ONG, entre ellas Médicos sin fronteras con los que se

lograron adecuaciones, compra de equipo, la construcción y dotación de una unidad neonatal, como la capacitación al personal de salud.

La mortalidad infantil discriminada por sexo y etnia en el Chocó, refleja que el sexo más afectado en los corrido de los años 2005 a 2010 es el femenino, asimismo la etnia más afectada es la negra, resultado que es coherente con la proporción de población por etnia en este departamento, para el último año se registraron 58 casos de muertes femeninas frente a 51 casos del sexo masculino. De igual manera 39 casos en población indígena y 112 en afro descendientes.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN

INFORME DE GESTION: “RENDICION PÚBLICA DE CUENTAS PARA LA GARANTIA DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES”  
“UN GIRO PARA SALVAR AL CHOCÓ 2008 -2011”GOBERNADOR MALCON CORDOBA

## MAPA DEPARTAMENTO DE QUIBDO



Fuente. Colombia – sa. [www.colombia-sa.com/.../choco/choco.html](http://www.colombia-sa.com/.../choco/choco.html)

## GLOSARIO

**Agarre:** La forma como el bebé toma el pecho dentro de su boca. Un bebé puede estar bien agarrado del pecho, o agarrado deficientemente.

Alimentación por sonda gástrica: ver “sonda nasogástrica”.

**Alimentación trófica:** al niño prematuro se le proporcionan sólo unas pocas gotas de leche materna al día hasta que está lo suficientemente estable para recibir una lactancia materna completa. Esto favorece la maduración del tracto gastrointestinal y la producción de enzimas que facilitarán la alimentación posterior.

**Alimentación a demanda:** Alimentar a un bebé cada vez que se muestre deseoso, tanto de día como de noche. A esto también se le llama alimentación sin restricciones, o alimentación guiada por el bebé.

Alimentación artificial. Que recibe solamente comidas artificiales y no recibe leche materna.

**Alimentado exclusivamente al pecho:** Alimentado con leche materna sin la adición de otros alimentos, líquidos o agua (si se permite leche materna extraída).

**Alianza:** se refiere a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro.

**Alojamiento conjunto:** El bebé permanece en el mismo cuarto de su madre.

**Anticuerpos:** Proteína en la sangre y la leche materna que luchan contra la infección.

**Apego:** se define como una vinculación afectiva intensa duradera que se desarrolla entre dos personas, por medio de su interacción y su objetivo es proporcionar seguridad y protección.

**Areola:** Piel oscura que rodea al pezón.

**Canguro:** el término evoca la maduración extrauterina del feto tal como ocurre en los mamíferos no placentarios, y se refiere a que la madre, como proveedora de la llamada posición canguro (que se define más adelante), carga continuamente al prematuro.

**Calostro.** La leche materna especial que las mujeres producen en los primeros días después del parto; es amarillenta o de color claro.

**Canalizar:** es introducir un catéter en una arteria o en una vena.

**Cánula nasal:** tubo estrecho y flexible para administrar a través de los orificios nasales del bebé.

**Capacidad Parental** es la capacidad de los padres, especialmente de la madre, para adaptar el entorno familiar, afectivo y social para la llegada de su hijo. Está íntimamente relacionada con la salud mental del niño, con su estabilidad emocional y con el desarrollo familiar.

**Cardiólogo:** médico que se especializa en el tratamiento de los problemas del corazón.

**Centralidad:** miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares, dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.

**Circularidad:** es el modo de desarrollarse las interacciones.

**Cianosis:** coloración azul violácea de la piel y las mucosas. Se observa sobre todo en los labios, alrededor de la boca y en las extremidades. La causa es una baja cantidad de oxígeno en la sangre.

**Ciclo vital familiar:** Son las dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, donde encontramos la distribución del poder, dependencia o independencia, límites y roles establecidos, no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia.

**Coaliciones:** que son la unión de dos o más personas para dañar a otra.

Confusión de pezones: Un término utilizado algunas veces para describir cómo los bebés que han recibido biberones, pueden encontrar dificultades para succionar del pecho con eficacia.

**Contacto de piel con piel:** La madre sostiene a su bebé desnudo en contacto con su piel.

**Contacto temprano (precoz):** Una madre que alza a su bebé en la primera hora o dos horas después del parto.

**Comunicación:** sistema de comportamiento integrado que tiene por efecto ajustar, calibrar y hacer posibles las relaciones humanas.

**Cuna térmica:** es una cuna con una fuente de calor, generalmente por encima del niño, que ayuda a éste a mantener la temperatura.

**Chupar:** usar una presión negativa para colocar algo dentro de la boca.

Deformación del mensaje: segundo grado de distorsión del mensaje, donde lo que ocurre que el receptor recibe correctamente las diversas unidades del mensaje, pero la organización de este es deformada con lo cual es interpretado

**Doppler:** forma de ultrasonido que se puede usar para oír los latidos del corazón del feto.

**Ecografía o ultrasonido (ecografía):** técnica diagnóstica no invasiva que permite obtener imágenes de los órganos mediante el empleo de ondas sonoras de alta frecuencia.

**Edad cronológica:** edad calculada a partir de la fecha de nacimiento.

**Edad gestacional:** edad o duración de la gestación desde el último periodo menstrual hasta el nacimiento.

**Equifinalidad:** principio que establece que los mismos efectos pueden tener orígenes distintos.

**Empatía:** es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando.

**Entrevista:** es un instrumento de comunicación que se utiliza entre dos personas el entrevistador y entrevistado con el fin de recolectar datos y dar información.

**Exosistema:** uno o más sistemas que influyen en las personas, trabajo

**Familia:** como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites y funcionalidades de cada uno de los miembros dentro la familia.

**Flujo grama:** es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de este, estableciendo su secuencia por medio de símbolos.

**Fe en Dios:** es la confianza y creencia de un ser superior y que hace que nos sintamos seguros y más fuertes en los momentos de debilidad.

**Fontanelas:** zonas blandas localizadas entre los huesos del cráneo del recién nacido.

**Formación del vínculo entre padres e hijos:** proceso por el cual los padres y el niño forman lazos emocionales entre ellos.

**Frecuencia Cardíaca:** número de latidos cardíacos en un minuto.

**Frecuencia Respiratoria:** número de veces que se respira en un minuto.

**Fisura:** Ruptura de la piel, también llamada grieta.

**Fuente de calor radiante:** fuente de calor utilizada con una cuna abierta que permite acceder al niño y al mismo tiempo calentarlo.

**Fundación Canguro:** (ONG liderada por profesionales de la salud, con la misión de humanizar la neonatología a través de la aplicación del Método Madre Canguro), inició la evaluación científica del Programa Canguro del IMI.

**Gestación:** período de tiempo comprendido entre la fertilización del óvulo y el nacimiento. La duración media de la gestación en humanos es de 39 semanas.

**Genograma:** es una presentación grafica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones, que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones, su estructura en forma de árbol proporciona una rápida “gestal” de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

**Hipertensión:** aumento de la presión sanguínea.

**Incubadora:** cuna para mantener a los niños prematuros en un ambiente controlado y para protegerles de las infecciones.

**Intubación:** inserción de un tubo en la tráquea a través de la nariz o la boca para asistir la respiración.

**Intervención Canguro:** consiste en una serie de componentes que se aplican de una forma organizada y sistemática, siguiendo un método: el método madre canguro

**Jerarquía:** que hace referencia al miembro con mayor poder de la familia.

**Lanugo:** vello fino, suave y de color claro, que cubre el cuerpo del feto y de algunos prematuros.

**Leche maternal:** leche materna que queda en el pecho después de extraerse el calostro (la leche final tiene un contenido en grasas y una densidad calórica media mayores que el calostro).

**Leche del comienzo:** La leche aguada que se produce al comienzo de la mamada.

**Leche madura:** La leche que se produce unos días después del nacimiento.

**Leche del final:** La leche materna rica en grasa que se produce en la parte tardía de una mamada.

**Leches maternizadas:** Leches artificiales para bebés, hechas a partir de una variedad de productos incluyendo azúcar, leches de origen animal, soya y aceites vegetales. Usualmente vienen en forma de polvo, para mezclar con agua.

**Límites:** se constituyen por reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en la familia de acuerdo a las funciones anteriormente establecidas, entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno). (minuchin1990)

**Límites claros:** que definen las reglas de interacción con precisión.

**Límites difusos:** que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.

**Límites rígidos:** que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

**Método madre canguro:** método por el que se coloca al niño contra el pecho de los padres, con el fin de establecer el contacto piel a piel, busca empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

**Madre:** se refiere a la progenitora o madre del niño y su participación activa en el cuidado del prematuro.

**Macrosistema:** consistencias que existen en forma y contenido entre los microorganismos y el ambiente, en su complejidad, sistema de creencias, ideología, cultura y sociedad.

**Mastitis:** Inflamación del pecho.

**Mesosistema:** interacciones entre dos o más microsistemas en las cuales participan activamente, clase, grupo de amigos.

**Método de alimentación alternativo:** método consistente en no amamantar al bebé sino procurarle el alimento con leche materna extraída del pecho mediante taza o sonda; extraer la leche y depositarla directamente en la boca del niño.

**Microsistema:** conjunto de actividades, roles y relaciones interpersonales que tiene una persona, un contexto con características físicas.

**Modelo ecosistémico:** surge de la ecología, la teoría de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación. Considera al individuo en su entorno inmediatamente significativo (contexto familia, social y cultural) donde evoluciona con el tiempo.

**Monitor:** aparato que registra información acerca de una determinada función, como la frecuencia cardíaca, temperatura corporal, frecuencia respiratoria o presión sanguínea.

**Nacimiento a término:** parto que se produce entre la 37<sup>a</sup> y la 42<sup>a</sup> semana de edad gestacional.

**Nacimiento prematuro (pre término):** parto que se produce antes de la 37<sup>a</sup> semana de edad gestacional.

**Nacimiento pos término:** parto que se produce después de la 42<sup>a</sup> semana de edad gestacional. Recién nacido con bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 2500 gramos (hasta 2499 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional.

**Narrativas:** son escritos donde las personas dan sentido a su vida y relatan en forma escrita, sucesos o experiencias de su vida.

**Nebulizador:** método de administración de humedad o medicamentos por el cual son convertidos en una fina pulverización para ser inhalados.

**Neurólogo:** médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

**Oxigenoterapia:** cualquier procedimiento en el que se administra oxígeno suplementario a un bebé.

**Pareja:** Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo.

**Parentalidad:** es un enfoque integral del desarrollo del niño, los padres y la familia, viene de la palabra “parentela” es el proceso psicológico que se da al convertirse en padre o madre y la interacción con el mismo.

**Pediatra:** médico que se especializa en el cuidado y el desarrollo de los niños prematuros y recién nacidos.

**Periferia:** miembro menos implicado en las interacciones familiares.

**Período neonatal:** intervalo de tiempo entre el nacimiento y los 28 días de edad.

**Período perinatal:** período que se extiende, aproximadamente, desde la semana 28 de gestación hasta los 7 días después del nacimiento.

**Programa madre canguro PMC:** porque se trata de un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es disminuir la mortalidad de los prematuros y compensar la falta de incubadoras.

**Problemas de desarrollo:** incapacidad para adquirir las habilidades esperadas

Correspondientes a una edad determinada. Puede incluir los problemas de coordinación motriz gruesa y fina (como girar sobre sí mismo, sentarse o recoger objetos oponiendo el pulgar y dedos), sociales, de lenguaje y los trastornos del aprendizaje.

**Pronóstico:** predicción del curso probable de una enfermedad y su resultado final.

**Respirador:** aparato empleado para asistir la respiración del niño que regula el flujo de aire, de oxígeno, así como la presión del aire suministrado a través de un tubo insertado en la nariz o la boca y avanzado por la garganta hasta la tráquea.

**Recién nacido prematuro o pre término:** bebé nacido antes de la 37ª semana de edad gestacional.

**Reflejo:** Una respuesta automática a través del sistema nervioso del cuerpo.

**Reflejo de búsqueda:** El bebé abre la boca y voltea para buscar el pezón.

**Reflejo de deglución:** El bebé deglute automáticamente cuando su boca se llena de líquido.

**Reflejo de eyección de la leche:** La leche fluye del pecho debido a la liberación de oxitócina causada por la succión del bebé.

**Reflejo de succión:** El bebé succiona o chupa automáticamente cualquier cosa que toque con su paladar.

**Recién nacido prematuro pequeño para la edad gestacional:** recién nacido prematuro cuyo peso al nacer se sitúa por debajo del percentil 10 de su edad gestacional.

**Retraso del crecimiento intrauterino:** anomalía en el crecimiento del feto debida a trastornos fetales, al estado de la madre (por ej., malnutrición de la madre) o a una insuficiencia placentaria.

Recién nacido con muy bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 1500 gramos (hasta 1499 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional.

**Recién nacido con extremadamente bajo peso al nacer:** recién nacido cuyo peso al nacer es inferior a 1000 gramos (hasta 999 gramos inclusive), independientemente de su edad gestacional.

En la presente guía se emplean diferentes valores límite, dado que éstos resultan más útiles a efectos clínicos.

**Resiliencia:** capacidad de los sujetos a sobreponer a periodos de dolor o cualquier adversidad.

Son capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos.

**Redes de apoyo:** conjunto de personas, familiares, amigos vecinos, compañeros que se relacionan naturalmente con la familia y el individuo, aportándole ayuda y apoyo real y duradero.

**Ruido:** primer grado de distorsión que implica la pérdida de información, fracaso de la comunicación, ocasionado por un tratamiento inadecuado del mensaje.

**Rol:** son las funciones que los miembros de la familia juegan en la interacción.

**Sistema:** conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros.

**Sistema abierto:** sistema que intercambia materia, energía información con su entorno porque interactúa permanentemente con él.

**Sistema cerrado:** en este sistema no se puede modificar el entorno pero tampoco se deja modificar por él.

**Succión:** Acción mediante la cual el bebé extrae la leche del pecho con su boca.

**Succión del pezón:** Cuando un bebé coloca solamente el pezón dentro de la boca, de manera que no puede succionar eficazmente.

**Succión eficaz:** Succión de manera tal que se extraiga la leche del pecho con eficacia.

**Succión ineficaz:** Succión de forma que la extracción de leche del pecho es deficiente o está ausente.

**Suplemento de la lactancia:** Un tubo o una sonda a través del cual el bebé puede tomar leche artificial o leche materna extraída al mismo tiempo que succiona del pecho.

**Técnica Madre Canguro:** es un procedimiento para el cuidado del recién nacido por parte de la familia desde el momento mismo del nacimiento, consiste en mantener el bebé en contacto piel a piel con la madre, el padre u otro familiar el mayor tiempo posible, incluso las 24 horas del día, principalmente durante los días subsiguientes a su nacimiento, que le proporciona calor, amor, estímulos positivos y alimentación natural

**Terapeuta respiratorio:** profesional sanitario entrenado en la utilización de equipos respiratorios.

**Tetina de caucho.** La parte del biberón por donde el bebé succiona.

**Totalidad:** concepto según el cual el sistema es algo más que la suma de las partes.

**Unidad de cuidados intermedios (UTI):** sala de neonatología donde ingresan los niños cuando salen de la UCI, o para estudio y control de niños recién nacidos con problemas que impiden continuar con su madre.

**Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI):** unidad especial de un hospital, que proporciona cuidados intensivos a los recién nacidos prematuros y/o a término con problemas potencialmente graves.

**Vínculo afectivo:** Desarrollo de una estrecha relación de amor entre madre y bebé