



**ACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y
PSICOPEDAGOGÍA**

TRABAJO FINAL DE CARRERA

LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

**El Vínculo de apego como proceso de aprendizaje en los recién nacidos
de alto riesgo internados en el servicio de neonatología.**

ALUMNA: NATALIA KARINA MANO

DNI: 31.303.614

LEGAJO: A0910076565-E2

TUTORAS: LIC BERTA GUELLER

LIC GABRIELA MARQUEZ

SEDE CENTRO

Marzo 2021

“En los primeros momentos, meses y años de la vida, cada caricia, movimiento, emoción sentidos por un niño se traducen en una explosión de actividad eléctrica y química en el cerebro, una vez que billones de células están organizándose en redes que requieren trillones de sinapsis entre sí. En esos primeros años de vida experiencias e interacciones con los padres, miembros de la familia y otros adultos influyen la manera como la mente de un niño se desarrolla con un impacto tan grande como los factores de la alimentación adecuada, buena salud y agua limpia.”

UNICEF. Situación mundial de la infancia 2001.

DEDICATORIA:

A mi amigo, mi persona favorita. Porque me ayudó a tomar la decisión de abandonar lo conocido y adentrarme con Fe, nuevamente en el camino de la educación. Porque fue sostén, fue ejemplo, fue guía, fue familia y fue amor.

A mis amigas de la vida que supieron acompañar la toma de decisiones trascendentales que implicaba dejar atrás la comodidad del camino recorrido y aventarme a nuevos mares inciertos. Por creer en mí, por apoyarme siempre. A mis amigos que son familia, que siempre estuvieron valorando los logros y acompañando los avances a lo largo de estos años.

A mis ahijados que son la razón principal por la que intento ser siempre mejor persona. Ejemplo y cobijo.

A mis amigas de la Universidad, por sostenerme y alentarme cuando el camino parecía intransitable.

A mi ángel guardián, que de seguro estaría orgullosa de verme crecer profesional y personalmente.

A los docentes que acompañaron este camino. Los que creyeron en mí, los que aportaron su saber. Los que me ayudaron a producir este trabajo tutorando, brindando información, experiencia, material. Mención especial a quienes confían en mí como profesional permitiéndome formar parte de sus equipos de cátedra.

Por último, a Facundo. Fuente de inspiración del presente y ejemplo de lucha. Prematuro extremo; guerrero entre luces azules, monitores con sonidos diversos y ropitas minúsculas que se cuelan entre los dedos. Con un mes de vida extrauterina, su primer porteo; días después desplegó alitas. Sin duda alguna, ejemplo inigualable de la importancia del vínculo existente y la necesidad relacional entre estos guerreros y sus familias. El cielo sonríe con tu presencia.

AGRADECIMIENTO:

A todos los profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Especialmente a Gustavo Villalba, María Aurelia González, Fundación Larguía, Rubén Almada. Todos los que amablemente cedieron su saber y su tiempo para poder contribuir a la producción de este trabajo. Por su invaluable labor, mi más merecido y humilde reconocimiento.

A las familias que revivieron las emociones, sensaciones y dificultades con la grandeza y humildad necesaria, para poder transmitir sus vivencias a estos efectos.

TEMA

El vínculo de apego como proceso de aprendizaje en los recién nacidos de alto riesgo internados en el servicio de neonatología.

RESUMEN

El presente trabajo final de carrera indaga sobre las intervenciones que tienden a establecer el vínculo de apego entre las familias y los recién nacidos internados en Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Se ha observado la existencia de algunas intervenciones. Estas intervenciones se tornan imprescindibles para la construcción de un vínculo de apego seguro; lo que habilitará de esta manera la conformación de matrices de aprendizaje en los menores.

Estas acciones, son llevadas a cabo principalmente por el personal de enfermería, quienes actúan como mediadores del lazo entre familias e hijos. De esta manera, el saber que ellos poseen, es transmitido a las familias, con la intención de involucrarse activamente en el cuidado de los recién nacidos. Estos saberes, actúan como objeto de aprendizaje para las familias, para lo cual, la incorporación de profesionales Psicopedagógicos resulta de suma importancia en la tarea con familias y profesionales de Neonatología

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semidirigidas con familias que han transitado la internación en Neonatología, independientemente del centro asistencial al que hayan concurrido y profesionales médicos, enfermeros y psicólogos que trabajan o trabajaron en el departamento de Neonatología de la Maternidad Sardá.

Palabras claves: *Apego Seguro - Niño de alto riesgo al nacer - Aprendizaje*

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL PROBLEMA	7
PRIMERA PARTE	10
REFERENCIAS	10
Marco contextual	10
Marco Normativo	12
Marco Conceptual:	14
Recién nacido de alto riesgo	14
El momento del nacimiento	15
Teoría de Apego:	16
Vínculo de Apego - Descripción y Clasificación	17
Ambiente Facilitador	20
Madre suficientemente buena	20
Primer Vivencia de Satisfacción	21
Concepto de aprendizaje:	23
Acceso de las familias a Neonatología	25
Intervenciones psicopedagógicas	26
Intervención Psicopedagógica en el ámbito de la salud	27
Intervenciones en Neonatología con RNAR	28
SEGUNDA PARTE	32
ESTADO DEL ARTE	32
TERCERA PARTE	35
METODOLOGÍA	35
CUARTA PARTE	39
CONVERSANDO CON LA TEORÍA	39
QUINTA PARTE	47
A MODO DE SÍNTESIS	47
REFERENCIAS	50
ANEXO	54
Entrevistas:	55
Matriz de datos	86

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal Global 1970-1983	11
Figura 2: Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal HMIRS 1988 - 2006	11
Figura 3: Estrés Materno e Inclusión de la Familia en UCIN	33
Figura 4: Diseño	37
Figura 5: Diseño Posterior a la administración de instrumentos	39
Tabla 1: Categorías	37

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de carrera se propone indagar, con un enfoque **cualitativo**, sobre las intervenciones que se llevan a cabo en el sector de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Con el propósito de incluir a los profesionales Psicopedagógicos en las prácticas tendientes a consolidar el vínculo de apego entre los niños recién nacidos de alto riesgo y sus padres.

Este trabajo, en **primer lugar** presenta el Marco Teórico de referencia que encuadra este estudio. De esta manera, se analizaron las diferentes posturas y concepciones acerca del Vínculo de Apego y su importancia en la formación psíquica de los infantes.

En **segundo lugar**, el estado actual de conocimiento sobre el tema y la recolección de las investigaciones en la materia.

En **tercer lugar**; basados en la Teoría Fundamentada de datos, consigna los datos obtenidos en las diferentes entrevistas administradas tanto a personal de salud perteneciente a la Maternidad Ramón Sardá, como así también a familias que han dado a luz en ésta y otras instituciones.

En la **cuarta parte** del presente trabajo, se muestra un análisis exhaustivo de los hallazgos contruidos a partir de los datos en y su diálogo con la teoría utilizada a los efectos de este trabajo.

Por último, en un **quinto apartado**, se enuncian las conclusiones arribadas, y las sugerencias que se consideran oportunas a fin de poder generar un cambio en lo que respecta a la conformación del equipo interviniente en el Servicio de Neonatología que podría contribuir a un mejor abordaje de las intervenciones llevadas a cabo desde una perspectiva socio psicopedagógica.

JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL PROBLEMA

Como el presente trabajo final de carrera tiene como finalidad determinar las intervenciones que se llevan a cabo en la Unidad de Neonatología para acompañar el establecimiento y desarrollo del vínculo de apego seguro en las familias entre padres, madres, y sus hijos Recién Nacidos de Alto Riesgo (RNAR) internados en esta unidad.

Y la Resolución N° 2473 Del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación establece entre las incumbencias profesionales del Licenciado en Psicopedagogía se encuentran las de:

- Realizar acciones que posibiliten la detección de las perturbaciones y/o anomalías en el proceso de aprendizaje.

- Explorar las características psicoevolutivas del sujeto en situación de aprendizaje.

- Realizar diagnósticos de los aspectos preservados y perturbados comprometidos en el proceso de aprendizaje para efectuar pronósticos de evolución.

- Implementar sobre la base del diagnóstico, estrategias específicas tratamiento, orientación, derivación, destinadas a promover procesos armónicos de aprendizaje.

- Participar en equipos interdisciplinarios responsables de la elaboración, dirección, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en las áreas de educación y salud.

Teniendo en cuenta que Bowlby (1944), realizó un estudio que lo llevó a afirmar que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la perturbación mental. Que sus investigaciones acerca de las consecuencias que la institucionalización tiene sobre el desarrollo psicológico de los niños, arrojaron resultados que dan cuenta de la necesidad de un vínculo temprano entre los niños y sus cuidadores; es que sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo, y para referirse a esto, utilizó el término disponibilidad. Este autor, sostiene que las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a la construcción de modelos representacionales. Estos modelos permiten la auto conservación y la supervivencia del infante.

En este sentido, cumplen un rol fundamental los equipos de salud que conforman la Unidad de Neonatología. Se torna necesario crear espacios en los que las familias puedan interactuar con sus hijos. Acercar a la familia diversas maneras de vincularse con su hijo en un entorno que muchas veces obstaculiza la libre posibilidad de acudir a su demanda, De esta manera, es que la familia junto a la institución, generará diferentes maneras de vincularse con el recién nacido, en función de sus particularidades.

Estas intervenciones, generalmente son acompañadas por los integrantes del equipo de Neonatología; quedando de este modo, limitadas a la externación del paciente

y el seguimiento y detección de posibles disfuncionalidades que existan producto de la condición que motivó la internación.

Habiendo acompañado de manera cercana las vivencias por las que atraviesa una madre en oportunidad de un parto prematuro; es que me siento interpelada en mi formación en lo relacionado al acompañamiento del establecimiento del vínculo de apego seguro con los niños internados en UCIN. Por éste motivo, es que considerando que las matrices de aprendizaje se construyen desde el nacimiento, que los protoaprendizajes fueron gestándose ya desde la vida intrauterina en la relación que la madre gestante comienza a entablar con su hijo, y conforme a la UNESCO el aprendizaje se realiza a lo largo de toda la vida humana por medio de la experiencia y que las familias deben enfrentarse a nuevos saberes tendientes a lograr la vinculación plena y la disponibilidad suficiente para facilitar el establecimiento de un apego seguro con su hijo/a internado/a, es que me propongo justificar la necesidad de la inclusión de los Licenciados en Psicopedagogía como profesionales integrantes de los equipos de atención de los niños y familias internados en el servicio de Neonatología de la Maternidad Sardá, ya que hasta el momento no se encuentran incluidos.

La temática propuesta, resulta relevante para Pediatras, Enfermeros, familias, y profesionales Psicopedagógicos, a fin de incluir a la Psicopedagogía en ámbitos nuevos, sin limitarla a instituciones laborales o educativas; rescatando la importancia del abordaje interdisciplinario e intradisciplinario desde el día uno de vida, independientemente de las circunstancias en las que se encuentre el niño y su familia. De ésta manera se busca favorecer un desarrollo pleno del niño, valorando, aprendiendo y contemplando su singularidad y la de su familia más allá de las vicisitudes que estos se encuentren atravesando.

PRIMERA PARTE

REFERENCIAS

Marco contextual

El Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá (HMIRS) es un hospital público ubicado en la zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la República Argentina. A diferencia de otras instituciones, no tiene centros de salud que dependan de él o a los que se puedan referir los recién nacidos para su seguimiento. La población usuaria, en general, llega por decisión propia o por derivación desde hospitales de la zona metropolitana de Buenos Aires dado el grado de especialización del hospital. En este sentido, se observa una mayor proporción de embarazadas con patología y de recién nacidos prematuros que supera la media de otros servicios de la ciudad de Buenos Aires. La población asistida es mayoritariamente de clase media baja y pobre, proveniente del cinturón urbano que rodea a la ciudad. (Larguía, 2003).

El Hospital Sardá ha sido nombrado hospital asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1997.

Está asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP/OPS/OMS) desde 1999. El HMIRS cuenta con un sistema informático perinatal (SIP, CLAP/OPS/OMS) en una base de datos con tecnología avanzada.

En 1992 fue acreditado por OMS y Unicef como Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Fue el primer Hospital Público en asumir esta responsabilidad y ha sido recertificado en ella.

Desde sus comienzos la Maternidad Sardá concentró sus esfuerzos en alcanzar y mantener su excelencia en lo referido a la calidad y humanización en la asistencia de padres e hijos recién nacidos.

La información oficial suministrada por la Maternidad Sardá en su web, da cuenta que actualmente, en la institución hay aproximadamente 6.000 partos por año y se realizan 150.000 consultas ambulatorias de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, constituyendo así, un hito trascendente en la historia del sistema de Salud de la Argentina, por el prestigio perdurable que ha consolidado su desarrollo (HMIRS, 2020).

Las estadísticas disponibles en el hospital permiten evaluar la mortalidad neonatal de forma sistemática desde 1970. Aproximadamente desde 1983 se puede observar que esta tasa ha disminuido sistemáticamente.

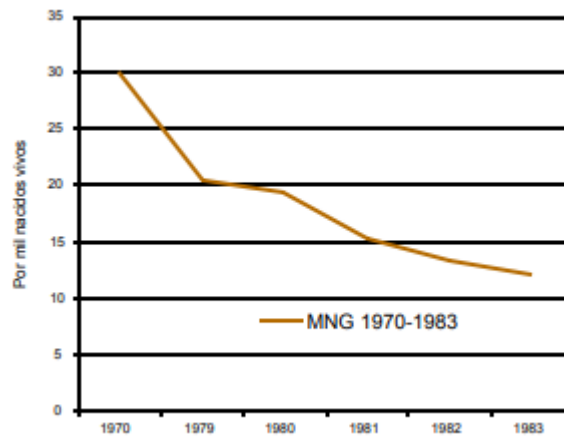


Figura 1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal Global 1970-1983

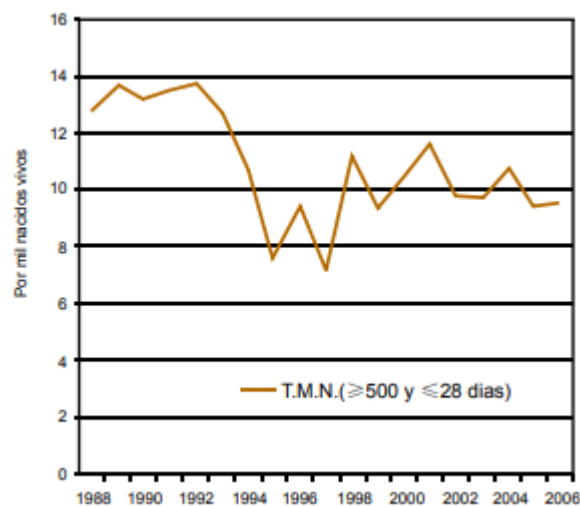


Figura 2: Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal HMIRS 1988 - 2006

A algunas medidas desarrolladas previamente, en la década de los 90 se suman otras intervenciones de alto impacto como la Residencia para Madres, el Contacto Piel a Piel y en general, y la conformación del modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Fue el primer Hospital Público en asumir esta responsabilidad y ha sido recertificado en 1998 y 2015 por UNICEF / OMS y por el Ministerio de Salud de la Nación.

El equipo de salud que integra la Maternidad Sardá, vela por proteger el vínculo madre-hijo, ya que según refieren, esto fortalece su autoestima y evita interferencias hospitalarias. Las Salas intentan reproducir una ambientación hogareña.

Para el caso del HMIRS, los cambios operados en el tiempo no respondieron a una conformación predefinida del modelo con un sentido planificado o anticipatorio. Por el contrario, en este recorrido histórico, distintos hechos e intervenciones fueron incorporándose al del conjunto de prácticas innovadoras, las que se articularon como piezas de

un proceso complejo y en evolución continua. En este sentido, múltiples hitos se fueron sucediendo a través de los últimos 35 años. La gran mayoría son acciones producto de la creatividad, la sensibilidad y la capacidad de estudio del equipo. Enumeramos a continuación solo algunos de ellos, tal vez los más significativos, que fueron luego replicados por otras unidades de neonatología en Argentina y en el exterior. (Uriburu, Mercer, Romero, Zamberlin y Herrero, 2008)

Algunos de los hitos que ha implementado la HMIRS fueron:

1. Alimentación enteral precoz y progresiva con leche humana
2. Manejos Integrales en Neonatología
3. Salida precoz y transitoria de incubadora para contacto piel a piel Madre-Padre/Hijo Prematuro (COPAP)
4. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, UNICEF/OMS
5. Residencia / hogar para madres

Dentro del marco del programa Maternidad centrada en la Familia desde 1970 el Servicio de Voluntarias Damas Rosadas abrió la primera Residencia de Madres de Argentina en la Maternidad Sardá. Allí se pueden alojar las madres de recién nacidos que deben permanecer internados después del alta médica de las mismas. En la residencia se llevan a cabo acciones de educación para la salud, de evaluación de riesgo social-sanitario y de integración familiar, tales como la visita de hermanos y la visita de abuelos.

Las intervenciones neonatales del Modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) han sido reconocidas como ejemplo de Buenas Prácticas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para su replicación.

Marco Normativo

La República Argentina ratificó en el año 1985, a través de la ley 23.179 e incorporó en el año 1994 luego de la Reforma Constitucional, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer (CEDAW). Ella hace referencia tanto a las discriminaciones voluntarias como a aquellas no intencionales que afectan a las mujeres en todos los ámbitos de interacción social y en todas las etapas de su ciclo vital. Asimismo, incorpora con Jerarquía constitucional la Convención sobre los Derechos del Niño que entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años. Entre

otros aspectos, destaca que los niños no deben ser separados de sus padres y que el Estado es responsable de prestar asistencia a los padres para el desempeño de sus funciones de crianza.

En 1994 en la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto, se definieron los Derechos Reproductivos como:

Los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

En éste sentido, la OMS (2018) define a la Salud Sexual y Reproductiva como:

Aquella que permite tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección, ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables. (p.3)

En el año 2001, la Declaración de derechos del Recién Nacido celebrada en el 5to Congreso Mundial de Perinatología realizado en Barcelona, España, refiere, entre otros importantes puntos que la dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño. Por otro lado, todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño y siempre que no haya posibilidad de intervención de padres o tutores.

El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Por otro lado, también refiere el Derecho a ser tratado de forma efectiva y a contar con un entorno social acogedor. Este derecho estará sujeto a las circunstancias propias de cada caso, pero es obligación de los gobiernos el que se respete y se garantice dicho

derecho. Todo recién nacido tiene derecho a vivir con sus progenitores o mantener relaciones con ellos, aun estando separados, siempre que no esté en peligro su vida.

Asimismo, establece que a ningún bebé se le debería privar de la creación del vínculo extrauterino con su madre. A partir de ello se considera absolutamente necesario para el recién nacido permanecer junto a su madre, su vida biológica continua en íntima unión con su madre; ella es lo conocido, su cuna, su alimento, su seguridad, su aliento. Esta relación tendría que ser respetada porque el bienestar del recién nacido debe prevalecer sobre cualquier otra consideración. De lo contrario, la falta de contacto temprano con su familia, podría traer dificultades en el correcto desarrollo neurológico del Recién Nacido, y obstaculizar el desarrollo y establecimiento del vínculo de apego.

Aprobada por Resolución Ministerial N° 306/02 la Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Neonatología enfatiza la importancia de incluir el contacto precoz madre/hijo, la no separación innecesaria del binomio madre/hijo, el ingreso irrestricto de madres/padres a los sectores de internación neonatal, las visitas de horario amplio para el resto de la familia (hermanos, abuelos) y la necesidad de contar con comodidades para la estadía prolongada de las madres de los recién nacidos internados y residencias para madres (hogares maternos con alojamiento).

En el año 2003 se recomienda el contar con Residencias para Madres y con otras áreas para la familia como Guardería, juegos para niños, etc (Norma de Organización de Servicios de Maternidad)

En el 2004 la Ley N° 25.929 Ley de Derecho de la mujer a estar acompañada. Reconoce en el artículo 3, que toda persona recién nacida tiene derecho a que sus padres deben recibir adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación. El acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

Marco Conceptual:

Recién nacido de alto riesgo

La OMS considera que un recién nacido es un niño que posee menos de 28 días de vida extrauterina. Durante estos 28 días, el niño requiere mayores cuidados y especial atención a su alimentación, ya que éstos aumentan la posibilidad de sobrevida.

Ahora bien, en caso que el nacimiento se produzca de manera prematura o con alguna dificultad estaríamos ante un caso de recién nacido de alto riesgo (RNAR). A

efectos del presente trabajo, y conforme el Ministerio de Salud entendemos como Recién Nacido de Alto Riesgo a niños de edad gestacional cada vez más reducida o con patologías complejas. Por su parte Riesgo (2018), refiere que en el 2011, se reconocieron 4 categorías de niños de alto riesgo:

- 1) Recién Nacido Pre Término.
- 2) Niños con necesidades especiales en salud o dependientes de tecnología.
- 3) Niños con problemas familiares.
- 4) Niños en los que se prevé la muerte en el hogar en pocos días o semanas a causa de enfermedades terminales e incurables.

Por lo expuesto, podríamos afirmar que no siempre existe la manera de predecir si un niño nacerá o no de manera prematura o si requerirá la asistencia temprana en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; por eso resulta necesario acompañar a la familia a poder enfrentarse a esta situación en oportunidades inesperada.

A consecuencia de esta irrupción prematura del nacimiento, los RNAR no están totalmente preparados para la vida extrauterina. Se enfrían más fácilmente y pueden necesitar más ayuda externa para alimentarse que los niños nacidos a término. Como su organismo todavía no está totalmente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones.

El momento del nacimiento

El ser humano posee una necesidad imperiosa de otro. Otro que alimente, que cambie, que cuide. Otro que sirva de sustento. De encuentro, de mediación con un entorno, que, al momento del nacimiento, se vuelve mucho más amenazante que el que nos rodea a lo largo de nuestros futuros días. Son aproximadamente 40 semanas dentro de un medio acuoso, mediante ruidos, sin luz, etc. El niño que se encuentra en un ambiente acogedor, debe enfrentarse a un primer duelo. Este consiste en una primera separación traumática a la que ese recién nacido debe enfrentarse, y con él, sus padres. Según Brazentol (1993); el nacimiento enfrenta a los padres a un triple bebé. Por un lado, el feto invisible, el hijo deseado, y el hijo nacido.

La Lic. Martín (2020) considera que la variable tiempo, en estos momentos pasa a ocupar un rol fundamental. Tiempo que no se dispuso para continuar un embarazo, tiempo que no se dispuso para tocar, abrazar, acunar, acariciar. Representaciones prenatales interrumpidas por la variable tiempo.

A partir de lo dicho, podemos apreciar que algo similar ocurre con la madre, quien en oportunidad de este nacimiento, debe enfrentar que todo lo previamente imaginado, esperado, y representado, no será de la manera esperada. Considero entonces, que todo esto repercute en estos nuevos padres. En esta nueva organización familiar que se enfrenta a temores propios de este nuevo estado. El miedo a dañar a este bebé percibido con tanta fragilidad, a tocarlo, a alzarlo se contrapone e integra a la necesidad de hacerlo. A todo esto se suma el temor por la vida de su hijo y el impacto de verlo dentro de una incubadora, en ocasiones conectado a distintas máquinas, las cuales lo mantienen estable, pero alejado del cuerpo de su madre. En tal sentido, resulta necesario evitar en la medida de lo posible las privaciones de contacto entre las familias y el recién nacido. Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2005), la vulnerabilidad permanente, genera un estado de alerta permanente que en oportunidades podría atentar contra el rol parental y la vinculación. En este sentido, se ponen en marcha diferentes mecanismos defensivos.

“Durante la infancia temprana, el niño experimenta rápidos y profundos cambios, pues pasa de estar dotado de las capacidades elementales para la sobrevivencia y de una amplia gama de potencialidades, a dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales”. (Bedregal, 2004 p.1) por este motivo es que la presencia de un otro, se vuelve indispensable.

Teoría de Apego:

El concepto de apego a cuidadores se conoce de manera informal durante cientos de años. Olza (2017) refiere que según investigaciones, los niños separados de sus madres al nacer, lloran más que los que permanecen con ellas. En éste sentido, el stress que la separación le produce al niño, conlleva la liberación de cortisol, pudiendo resultar éste, neurotóxico para el recién nacido. Es así que afirma si bien no se ha investigado en profundidad, podría inferirse que esta experiencia traumática, deje huellas que coexistan con el sujeto, a lo largo de toda su existencia, reforzando así, el temor al abandono. En tal sentido, resulta indispensable, que el niño recién nacido, pueda entablar un vínculo de apego.

El recién nacido tiene la necesidad de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia. De ahí, que habría una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos; así la denominada Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby toma fuerza y es complementada por otros autores

diciendo que esta necesidad acompañaría al ser humano desde la cuna hasta la tumba. (Lecannelier, 2009, p. 19).

Así es que Bowlby (1993) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”. (p. 60)

La Teoría de Apego se constituirá en un programa de investigación que tendría como supuesto básico que el apego estructura la personalidad humana. Por lo tanto esta teoría incorporaría flexiblemente dentro de su organización nuevos enfoques y propuestas modernas referidas al vínculo madre e hijo. Esta actitud científica ha permitido que la Teoría de Apego vaya adaptándose a los cambios y crisis que la han afectado. Esto ha permitido que la teoría no se rigidiza. En este sentido, Lecannelier sostiene “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, p. 23).

Vínculo de Apego - Descripción y Clasificación

En concordancia con estos hallazgos, Ainsworth (1969) hizo posible comprobar empíricamente algunas de las ideas de Bowlby, ayudó a ampliar la propia teoría y constituye la base de muchas directrices que se siguen en la actualidad.

Llevó adelante el Estudio de la Situación Extraña, por la cual se introduce un sujeto extraño a una habitación en la cual se encuentra el niño y su figura de apego. Esto consta de 8 episodios de tres minutos de duración cada uno (excepto el primero que es de 30 segundos).

Encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:

1- Apego Seguro: Al entrar a la sala de juego, los niños comenzaban a utilizar a su madre como la base para lograr la exploración de los materiales presentados. Al retirarse su madre, ellos comenzaban a disminuir la capacidad exploratoria y se mostraban afectados por la ausencia. Luego, al regresarlas a la habitación, ellos lograban ser consolados por ellas y comenzar nuevamente las conductas exploratorias. Esta respuesta y disponibilidad de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la Situación del

Extraño les animaba a explorar los alrededores. Al mismo tiempo, sus respuestas a su partida y regreso revelaban la fuerte necesidad que tenían de su proximidad.

2- Niños de apego inseguro-evitativo: Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaron a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño en principio su conducta podría interpretarse como saludable. Sin embargo, intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación. La interpretación global de la citada, era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprenden que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionan de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaron a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

3- Niños de apego inseguro-ambivalente: Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase.

En relación con la figura del padre, podemos decir que si bien cuando un niño se encuentra triste o enfermo suele buscar consuelo en la madre, en muchas otras situaciones puede preferir la compañía del padre o de otras figuras de apego. Los padres varones son figuras muy importantes en la vida del bebé, y desde el principio empiezan a construir

una relación estrecha con sus hijos. Algunas observaciones realizadas en el mismo momento del nacimiento han detectado que los padres responden de la misma forma que las madres a las llamadas del bebé, mostrándose igual de sensibles y responsivos. No obstante, cuando el niño tiene algunos meses sí se aprecian diferencias entre ambos padres, con una mayor responsividad en las madres. Esta mayor sensibilidad parece ser fruto del mayor tiempo que en la mayoría de las culturas las madres pasan con sus hijos. Sin embargo, este panorama de la madre cuidadora y el padre compañero de juegos está cambiando en muchas familias como resultado del cambio de papeles tradicionales. Así, las madres que trabajan fuera de casa tienden a implicarse más en la interacción lúdica con sus hijos que las madres no trabajadoras, mientras que sus esposos participan más en tareas de cuidados, aunque retienen su rol de compañeros de juegos. (Oliva Delgado, 2004, p.65)

Según Brazelton (1993), los padres deberán, en oportunidad del nacimiento del niño, aprender a contenerlo e interactuar con su hijo, manteniendo siempre la estimulación necesaria, a fin de no atentar con el delicado equilibrio del bebé, y cómo ajustar sus propias respuestas conductuales a los umbrales individuales particulares de su hijo. Este es el primer paso en el aprendizaje de cómo cuidar a un niño. De esta forma, aprenden mutuamente a este juego sincrónico de demanda y respuesta. Este proceso se da en el período comprendido entre la primera y la octava semana de vida, y finaliza alrededor del segundo mes, cuando aparece la sonrisa y la vocalización sociales. Para ese entonces, la familia, ha aprendido lo necesario para sostener esa vinculación e interacción recíproca. “Durante este mismo tiempo, la madre ha estado aprendiendo del bebé y construyendo una nueva imagen de sí misma. Todo el proceso del embarazo ha intensificado su necesidad de aprender su nuevo rol” (Brazelton, 1993, p. 176).

Los modelos de apego que los cuidadores han desarrollado sobre su propia historia de apego influyen en la conducta parental que despliegan hacia el niño a través de lo que se conoce como sensibilidad que implica la capacidad de atender, interpretar y responder adecuada y prontamente a las señales del niño.

Ha sido demostrado que si en esa organización familiar se gestaron vínculos de apego aseguradores, incluyentes de significaciones sociales capaces de integrarse en la intersubjetividad de los vínculos, los efectos de la realidad, aunque acuciantes, no necesariamente afectarán de manera traumática el psiquismo de los más pequeños. Dado que el apego está sostenido por la

certeza de sus cualidades recuperatorias ante los desacoples que pueden suscitarse en los vínculos originales y/ o tempranos. (Sternbach, 2003, p. 103)

Ambiente Facilitador

Winnicott (1975) sostiene “el medio ambiente ocupa su lugar propio entre los demás rasgos esenciales de la dependencia, dentro de cuyo marco el niño se desarrolla y utiliza mecanismos mentales primitivos.” (p.1). El niño se encarga de poder dar significado a los estímulos provenientes de su entorno. Ese entorno, es denominado Ambiente facilitador, y será el que delimite las posibilidades de maduración y desarrollo del niño. Para el niño, el medio ambiente facilitador, es su madre. “Este medio ambiente protector es de hecho la madre, preocupada por su hijo y, por medio de su identificación con él, orientada hacia la satisfacción de las necesidades del ego del hijo” (p36). Y agrega, “un ambiente facilitador debe tener calidad humana, no perfección mecánica” (Winnicott, 1991, p.166). Podríamos entonces considerar que en el Servicio de Neonatología, tanto las madres como sus hijos se encuentran inmersos en un ambiente facilitador. A RNAR, su madre delimita ese entorno, y a la vez, ella requiere otro que la sostenga y cobije en este nuevo rol. Que acompañe el descubrir de un nuevo ambiente y pueda potenciar el establecimiento del vínculo de apego como un proceso de aprendizaje. .

Madre suficientemente buena

“El apoyo del ego proporcionado por los cuidados maternos permite al niño vivir y desarrollarse pese a que todavía no sea capaz de controlar lo bueno y lo malo del medio ambiente, ni sentirse responsable de ello”. (Winnicott, 1975, p.42). Este autor, desarrolla el término Madre Suficientemente buena, haciendo relación a la madre que proporciona los cuidados necesarios. Una madre que es capaz de acudir, interpretar, decodificar y atender a las necesidades de su hijo.

La madre que no es suficientemente buena no es capaz de instrumentar la omnipotencia del infante, de modo que repetidamente falla en dar satisfacción al gesto de la criatura. En lugar de ello lo reemplaza por su propio gesto, que adquirirá sentido por la sumisión del infante. (p. 189).

Por lo referido anteriormente, resultaría indispensable la presencia de la madre para los recién nacidos. Según Winnicott (1975) se puede constatar que la díada entre madre y bebé constituye una unidad dual. Esta unidad dual se consolida biológicamente en la vida intrauterina. El tono de voz, el ritmo, el contacto, conforman el medio

conocido de ese niño. En tal sentido, al momento del nacimiento, resulta indispensable buscar y procurar la continuidad de estas variantes, a fin de facilitar en el recién nacido un ambiente conocido. El bebé resulta ser un ser en pleno desarrollo y crecimiento, en el cual son esenciales los procesos de maduración de su sistema nervioso, y también los de integración, aprendizaje y adaptación. Es preciso destacar aquí que es la madre del bebé quien en primera instancia facilita dichos procesos, brindándole una adecuada atención y sostenimiento tanto físico como emocional. Se puede pensar a la madre como la primera maestra del bebé y también como una compañera de juego para éste. Tomando como referencia a Torres de Di Giano (1995) estimular es: “Promover el deseo y contribuir a la comunicación intrapsíquica como forma de favorecer el desarrollo del niño, siempre a través de su madre, a condición de que toda acción sea útil al proceso de humanizar, la estimulación temprana obra a favor de acompañar el desarrollo normal de los niños. (p. 126)”.

Para que el bebé se desarrolle en todo su potencial es preciso nutrirlo de estímulos, visuales, auditivos, entre otros. Todo lo que el bebé toca, ve, escucha y siente es clave para su crecimiento intelectual y emocional. Es preciso destacar que el cerebro se desarrolla bien si recibe la estimulación adecuada. Dicha estimulación se la puede relacionar aquí con el cuidado que la madre le brinda a su bebé, con el cuidado materno. Para eso, según este autor (1945), las madres deben llevar a cabo 3 funciones indispensables: el sostenimiento o sostén (holding), la manipulación o manejo (handling), y la presentación objetal (objet-presenting). Estas tres funciones determinan, de forma correlativa, una forma de desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación en aras de la unidad cuerpo y psiquis; y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.

Primer Vivencia de Satisfacción

La teoría psicoanalítica de Sigmund Freud (1895) sostiene que cuando el bebé llora porque siente hambre, lo que en realidad está sintiendo es una tensión, y a través de ese llanto tratará de alertar a su madre para que lo atienda. Ella, al ponerlo al pecho satisface su necesidad de alimentación, originando así, la primera vivencia de satisfacción. Pero más tarde ese bebé, querrá repetir la experiencia sin necesariamente tener hambre, sino que quiere repetirla por el placer, por la satisfacción que la experiencia inicial le aportó. El chupetear del pecho de su madre le causa placer. El pecho de la madre se convierte de esta manera en el primer objeto de amor para el niño.

Esa experiencia de satisfacción dejará una huella (huella mnémica) en el psiquismo del bebé y sucesivamente al encontrarse nuevamente en estado de tensión, si no es satisfecho inmediatamente fantasea con aquello que previamente sació su necesidad.

El bebé cuando es pequeño ejecuta acciones, cuyo único propósito es la ganancia de placer, busca satisfacer sus necesidades, sus deseos. Cabe destacar que está regido por el principio de placer (su ELLO es el que se manifiesta), dando lugar de esta manera al proceso primario. Esta situación cambia a medida que el niño va desarrollándose y creciendo, puede tolerar en parte el displacer, comienza a regirse por el principio de realidad (se va constituyendo su YO) y se va estableciendo de esta forma en él el proceso secundario, por consiguiente se va formando su pensamiento. Para el bebé el medio circundante consiste en un solo individuo, la madre o quien cumpla con ese rol. No logra percibir a su madre como una entidad distinta a él, es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción.

En virtud de lo anteriormente planteado, resulta necesario entonces, rescatar la importancia del rol materno. Un rol materno que necesita incorporar nuevos saberes a los ya existentes. Según la Fundación Larguía (2020) en su página web, dentro de Neonatología, las madres aprenden rápidamente a cuidar sus hijos de acuerdo a variables de cada caso.

De ésta manera, cuando los padres recuperan en algo su protagonismo mejoran su autoestima perdida ante la realidad de un hijo distinto del imaginado y, entonces, cambian la sensación de duelo anticipado a la que estaban expuestos, concibiendo ahora, la posibilidad real de un presente y un futuro de vida plena para su hijo recién nacido, y para el grupo familiar en general.
(Fundación Larguía, 2020)

Se entiende que las madres y los padres aprenden rápidamente a cuidar sus hijos de acuerdo a variables de cada caso. Por lo tanto, en este sentido, progresivamente constituyen diferentes aprendizajes en función de sus matrices.

Siguiendo a Quiroga (2014), a los efectos del presente trabajo entendemos que los procesos objetivos y subjetivos son potenciales objetos de conocimiento. Este es definido como el vínculo entre el sujeto y la realidad, en este sentido el primer registro del infante es por medio de la percepción sensorio –motriz. La intencionalidad de la

madre, en la relación con su hijo, recuperando sus experiencias previas, mediará para satisfacer las necesidades tanto propias, como las que entienda que su hijo requiere. Será el continente de la demanda del recién nacido. La necesidad delimita el objeto de conocimiento, y en este plano, la madre y el padre, se constituyen como sujetos activos en la búsqueda de tal rol. En las posibilidades que, en la interacción con el recién nacido, se les brinde con el objetivo de construir el vínculo.

Aprender a aprender implica resignificar experiencias, y en este contexto, la madre y el padre deben poder contar con ayuda de los profesionales intervinientes, aprender a resignificar, emociones, percepciones, sentimientos, angustias, etc.

Es imprescindible una adecuada comunicación entre médicos – enfermeras y los padres y deben habilitarse espacios individuales y grupales en un ámbito adecuado para enfrentar conjuntamente la compleja e impredecible problemática de los padres preocupados por sus hijos enfermos, muchos de ellos gravemente.

Concepto de aprendizaje:

En la actualidad, podemos entender que resulta importante el rol de las relaciones afectivas entre padres e hijos en la biología del ser humano. En este sentido, la Maternidad Sardá, entiende que los recién nacidos prematuros y otros enfermos necesariamente deben ser asistidos en Servicios de Neonatología que incluyan Terapia Intensiva con asistencia respiratoria mecánica y otras tecnologías que garanticen su derecho a vivir. Pero estos sectores de cuidados especiales, no deben ser de aislamiento y tampoco debe restringirse su acceso a los padres de los menores internados.

Pesar en el sujeto en situación de aprendizaje, es atender a las posibilidades de cada sujeto, considerando su etapa evolutiva, contexto de acción, relaciones, etc. Contemplantarlo desde una mirada Bio-Psico-Social-Cultural; prestando especial atención a la posibilidad de disminuir los obstáculos y contradicciones que posibiliten su adaptación a la situación de aprendizaje. En efecto, el psicopedagogo es -por definición- un profesional cuyo ámbito de actuación se enmarca en torno a los procesos de aprendizaje. Aprendizajes que como se ha referido anteriormente, no quedan circunscriptos a una etapa de la vida ni a un ámbito particular y que debe ser entendido, en un sentido extenso, tal como lo hace Elichiry (2007), como un proceso multidimensional de apropiación cultural de carácter experiencial, que de manera inescindible entrelaza afectividad, cognición y acción.

Vygotsky (1979), señala que todo aprendizaje tiene una historia previa, todo niño ya ha tenido experiencias, por tanto aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida del niño. Refiere dos niveles evolutivos: el nivel evolutivo real, que comprende el nivel de desarrollo de las funciones mentales de un niño, supone aquellas actividades que los niños pueden realizar por sí solos y que son indicativas de sus capacidades mentales. Por otro lado, si se le ofrece ayuda o se le muestra cómo resolver un problema y lo soluciona, es decir, si el niño no logra una solución independientemente del problema, sino que llega a ella con la ayuda de otros constituye su nivel de desarrollo potencial. Lo que los niños pueden hacer con ayuda de otros, en cierto sentido, es más indicativo de su desarrollo mental que lo que pueden hacer por sí solos.

Vygotsky (1979) menciona que esta diferencia es la llamada Zona de Desarrollo Próximo, para la cual el autor sostiene que:

No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. (p.133)

El nivel real de desarrollo revela la resolución independiente de un problema, define las funciones que ya han madurado, caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente. La Zona de Desarrollo Próximo define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, en este sentido se caracteriza el desarrollo mental prospectivamente. (Vygotsky, 1979)

Por otro lado, Piaget (1976) sostuvo que el desarrollo explica al aprendizaje. Pero su elaboración de esta postura revela una compleja visión del desarrollo que implica algunas dimensiones del aprendizaje. Para Piaget (1973), el desarrollo mental es "un progresivo equilibrarse, un paso perpetuo de un estado menos equilibrado a un estado superior de equilibrio" (p. 11). Para este autor, este proceso de construcción gradual guarda estrecha relación con el aprendizaje. Entiende que el desarrollo es el producto de una relación por demás compleja, entre la maduración del sistema nervioso, la experiencia, la interacción social, la equilibración y la afectividad. De los elementos mencionados, la experiencia y la interacción social remiten específicamente a lo que hace al aprendizaje..

A los efectos del presente trabajo, considero al aprendizaje como un complejo entramado en el cual las posturas de estos autores se complementan. En este sentido, el aprendizaje implica un paso de un estado menor conocimiento a uno de mayor, pero resulta necesario la figura de un otro que acompañe, guíe y habilite los espacios necesarios a tal fin. Es por eso, que podemos entender la importancia de los procesos de aprendizaje que se generan en el sector de Neonatología. Siendo este, el ambiente en el cual las familias deben incorporar nuevos saberes que permitan que el vínculo de apego con sus hijos internados, pueda ir estableciéndose. Estas experiencias, serán acompañadas por los profesionales designados, quienes brindarán a las familias los conocimientos necesarios para poder empoderarse frente a esta situación, sentirse partícipe y vincularse con sus hijos.

Acceso de las familias a Neonatología

Por este motivo, la Maternidad Sardá por medio del programa de ingreso irrestricto implementa acciones también impostergables que hacen al grupo familiar como las visitas dirigidas de hermanos y abuelos. La institución, refiere que éstas son experiencias trascendentes de gran apoyo emocional para los padres. Todas estas acciones, que en apariencia no serían necesariamente terapéuticas, en realidad lo son y modifican muy favorablemente la evolución y el pronóstico de prematuros y de recién nacidos patológicos, aún los más graves.

La transferencia de conocimiento por parte de los profesionales intervinientes implica que: para que la madre y el padre sepan atender al bebé y vigilar su evolución es necesario que asimilen los saberes proporcionados. Es por eso que esto se considera un hito fundamental del modelo MCF y una tarea en la que participan todos los integrantes del equipo de salud a través del trabajo cotidiano. Las madres brindan cuidados (alimentación por sonda, cambio de pañal, higiene, contacto piel a piel) y desarrollan la capacidad de reconocer signos de alarma y cambios en el RN convirtiéndose en actrices fundamentales de la atención y el tratamiento. Una vez que los bebés salen de la unidad de cuidados intermedios una de las funciones principales del equipo de pre-alta es organizar los saberes que la madre ha adquirido que le servirán para atender al bebé en su casa y poder detectar signos de alarma oportunamente.

Intervenciones psicopedagógicas

Bertan (2006) cita a Cesar Coll, quien refiere que las acciones Psicopedagógicas se basan en una actividad relacionada a cómo aprenden y se desarrollan las personas. Refiere a problemáticas a las que se enfrenta la persona al momento de llevar a cabo nuevos aprendizajes. A partir de esto es que se interviene psicopedagógicamente para colaborar en el proceso de aprendizaje.

En la conceptualización de psicopedagogía se da una confluencia de posturas teóricas, ideológicas, concepciones éticas de disciplinas como la psicología, la pedagogía, el trabajo social y la medicina, entre otras, las cuales están centradas en procesos relacionados con la manera como aprenden y se desarrollan las personas, las dificultades que encuentra el individuo en el proceso de adquisición de nuevos aprendizajes, las intervenciones encausadas a apoyar o superar obstáculos y en términos generales, con las actividades pensadas y proyectadas hacia el logro de aprendizajes cada vez mejores. La acción psicopedagógica está dirigida a la orientación en: desarrollo de auto esquemas, pautas de crianza, educación compensatoria, prevención de conductas disruptivas, habilidades para la vida, etc. y organización - evaluación de acciones administrativas (Solé, 2002). Por tal motivo, la acción psicopedagógica está directamente vinculada con el análisis, planificación, desarrollo y modificación de procesos educativos (Coll, 1996).

Una de las áreas de acción del psicopedagogo es la orientación; ésta se define como disciplina encaminada a la acción, en la cual se hace uso de modelos y estrategias que apoyen el proceso de interpretación y de actuación del profesional, acorde con la realidad cambiante en la que está circunscrito. Este proceso se dirige a todos los individuos, ámbitos, aspectos y contextos a través del ciclo vital, con acento especial en lo social y educativo, por su relación con el cambio y la transformación de la realidad, caracterizados por una concepción holística, comprensiva, ecológica, crítica y reflexiva, donde la acción es ayudar pero también medir la interrelación y propiciar evolución social. (Henao López, Ramírez y Palacio, 2006, pp.215, 226.)

La orientación psicopedagógica es un proceso que apoya y acompaña en forma continua a las personas en los diversos momentos y aspectos de su existencia, con la finalidad de potenciar la prevención y el desarrollo humano a través de los diferentes momentos de la vida. Con base en las situaciones, la orientación puede atender

preferentemente aspectos en particular educativos, vocacionales y personales, no obstante esto, lo que le da el carácter de orientación es la integración de estas facetas en una unidad de acción coordinada, que pasa a tener como objetivos específicos la prevención, el desarrollo humano y la intervención social (Bisquerra, 2005) . A la orientación se la identifica acorde con la faceta concreta en que se centra; es así como se habla de orientación educativa, profesional, para la prevención, y de procesos de enseñanza y aprendizaje, sin que unas y otras sean excluyentes, sino complementarias (Martínez, 2002).

La acción psicopedagógica está dirigida a la orientación en: desarrollo de auto esquemas, pautas de crianza, educación compensatoria, prevención de conductas disruptivas, habilidades para la vida, etc. y organización - evaluación de acciones administrativas (Solé, 2002)

Intervención Psicopedagógica en el ámbito de la salud

La Real Academia Española, define la intervención en dos sentidos: Como intransitivo, tomar parte en un asunto y, como transitivo, someter [algo] a control o examen, someter [a alguien] a una operación quirúrgica y, dicho de una autoridad, tomar temporalmente [una propiedad ajena].

La intervención psicopedagógica ha recibido diversas denominaciones: intervención psicoeducativa, pedagógica, psicológica, y sin que haya un total consenso. Hay una referencia referida a lo psicopedagógico, que hace alusión a un conjunto de acciones que contribuyen a dar solución a determinados problemas, prevenir la aparición de otros, colaborar con las instituciones para que las labores de enseñanza sean cada vez más dirigidas a las necesidades de los alumnos y la sociedad en general . La concepción de intervención psicopedagógica como un proceso integrador e integral, supone la necesidad de identificar las acciones posibles según los objetivos y contextos a los cuales se dirige.

Desde una perspectiva de desarrollo se postula que la meta de toda intervención psicopedagógica es incrementar y activar el desarrollo del potencial de la persona, mediante acciones que contribuyan a la estructuración de su personalidad, acrecentar capacidades, habilidades y motivaciones, a partir de dos posiciones teóricas no divergentes pero sí diferenciales: el enfoque madurativo y el enfoque cognitivo; el

primero postula la existencia de una serie de etapas sucesivas en el proceso vital de toda persona, que van unidas a la edad cronológica, y por tanto, con fuerte dependencia del componente biológico; el segundo concede gran importancia a la experiencia y a la educación como promotoras de desarrollo, el cual es definido como el producto de una construcción, es decir, una consecuencia de la interacción del individuo con su entorno, que permite un progreso organizado y jerárquico. La mayoría de los psicólogos interesados en el desarrollo, están de acuerdo en que este principio reúne ambas concepciones. Según Miller (1971), un enfoque no excluye al otro: por el contrario, cuando ambos se toman en cuenta es posible una adecuada flexibilidad teórica y por lo tanto una intervención integral.

Es por eso que la intervención psicopedagógica a efectos del presente trabajo de investigación es considerada como la acción de involucrarse en el ahora. El ahora de la familia que por medio de los profesionales, logra vincularse

Intervenciones en Neonatología con RNAR

Se puede constatar que la díada entre madre y bebé constituye una unidad dual. El recién nacido constituye una unidad psicosomática con su madre. Cabe destacar que dicha unidad dual tiene su punto de partida biológico en la vida intrauterina. “La unidad dual se refiere a un período en que la madre y el hijo habrían vivido inseparables en la unidad redoblada de su completud respectiva” (Abraham, 1987, p. 315). Corresponde esto a un periodo en el cual la madre le ofrecería a su hijo, una completa satisfacción de sus necesidades.

La diada madre-prematuro comprende, primeramente a la madre, quien intenta estimular y contactarse con su hijo, relativamente pasivo, y a veces, no preparado para una interacción intensa. Se orientará a la familia a respetar el ritmo de su hijo, para poder percibir cuándo está listo para interaccionar y mantenerse en estado de alerta por más tiempo; o cuándo prefiere dormir sin interrupción, favoreciendo su estabilidad fisiológica.

Entendemos a la madre y el padre como una unión a los efectos del cuidado del RNAR. Una parentalidad sana traería consigo la posibilidad de establecer vínculos de apego seguros con sus niños/as.

Barudy (2005) define las competencias parentales, como las capacidades prácticas de las que disponen madres y padres para ocuparse de sus hijos.

a) La capacidad de apego

- b) La capacidad de comunicación empática
- c) La capacidad de satisfacer las necesidades de los niños a través de prácticas de crianza
- d) La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios

En este contexto, las capacidades y competencias de los padres para configurarse en una base segura de apego para sus hijos permitirían generar un ambiente óptimo para el despliegue de capacidades como la regulación emocional, el enfrentamiento de estrés, el uso de los recursos cognitivos y sociales. Facilitando de esta manera el desarrollo armónico del niño.

El Recién Nacido (RN) a término y aún más el RN Pre término (RB Pret.) pasan gran parte del día durmiendo. Es lo normal. Cuando no duerme ni llora, se encuentra en “estado de alerta”. Este es el momento en que es conveniente realizar las manipulaciones e intervenciones necesarias, pues el niño puede interactuar con el medio, sus padres y cuidadores.

1. Estado de alerta o aproximación:

Ojos abiertos.

Fija la mirada.

Succión activa.

Movimientos de miembros.

Respiración más frecuente.

2. Estado de sueño o retraimiento:

Ojos cerrados.

Hipotonía muscular.

Sonrisas.

Sobresaltos.

Apneas cortas.

Movimientos incoordinados de succión.

Respiración más lenta.

Es el momento en que el RNPre. ordena su Sistema Nervioso Central y crece. No se debe interferir con procedimientos innecesarios. Los padres deben estar comprendidos en cualquier programa de intervención, pues la manipulación adecuada favorece el desarrollo, más si quienes la realizan son los mismos padres. Estos deben ser programas individualizados, flexibles, modificables y siempre sensibles a las variaciones del estado neuro-psico-motor dinámico de cada bebé, en forma específica.

Con el objeto de lograr lo referido, se llevan a cabo en éste tipo de maternidades diferentes intervenciones tendientes construir un apego seguro de los niños con sus cuidadores: A saber:

- **Ingreso irrestricto de la madre y el padre al servicio de neonatología.** Uno de sus objetivos es desarrollar las competencias de los padres para el cuidado de su hijo.
- **Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel (COPAP)** madre/padre /hijo. Esto favorece la organización emocional materna y familiar.
- **Visita programada de hermanos con la finalidad de ayudarlos a procesar los sentimientos asociados a la internación** - Generar empatía a través de la palabra y los juegos. En este sentido, se recomienda planear una primera actividad grupal informativa donde se conforme un grupo, se explique el lavado de manos y se pacte el comportamiento dentro de la neo. Planear una segunda actividad con ingreso a todas las unidades de internación. Planear actividades post-visita para procesar la experiencia a través del juego y técnicas gráficas
- **Visita programada de abuelos.** Busca ampliar la estructura familiar continente - Reconocer la experiencia de los abuelos y su posibilidad de transmitirla intergeneracionalmente - Integrar a los diferentes miembros de la familia
- **Residencia para madres:** - Proveer de un espacio confortable cerca de la unidad de cuidados intensivos para que las mujeres puedan permanecer durante la internación de sus hijos
- **Contención de los padres en situaciones de crisis:** Disminuir el stress de la internación. - Brindar información acerca de que pueden tocar, alzar, acariciar, hablar y participar en el cuidado de sus hijos

- **Comunicación y manejo de los padres de RN con riesgo de muerte:** - Adecuar el pronóstico a la realidad del paciente - Integrar la problemática del RN al su contexto inmediato - Abordar los sentimientos acerca del duelo

- **Preparación de los padres para el seguimiento de los RN de alto riesgo:** Desarrollar un recurso familiar capacitado para el cuidado del RN en el hogar. - Capacitar en aspectos como crecimiento, desarrollo y nutrición así como crianza y puericultura - Capacitar en prevención de accidentes y RCP.

- **Desarrollo de un programa de voluntariado:** - Personal motivado, comprometido y organizado con las tareas a desarrollar - Establecimiento de un sistema pautado de trabajo en las distintas áreas de competencia - Favorecer la participación y capacitación en jornadas, talleres.

El ingreso irrestricto de madres y padres les permite estar junto al bebé todo el tiempo que deseen. Esto facilita el desarrollo del vínculo entre madre/padre e hijo y a su vez les permite a los padres desempeñar un rol directo en el cuidado y atención del bebé, lo cual impacta positivamente sobre su autoestima. Particularmente el contacto piel a piel permite que las madres y padres se familiaricen con su hijo, pierdan el miedo a tocarlo y sostenerlo en brazos. Habilitando así, la posibilidad de aprender a ser padres, siéndolo.

Finalmente, a nuestro entender, este modelo otorga al recién nacido el estatus de sujeto de derechos al cual se le debe respetar y garantizar la permanencia y contacto con su familia además de la mejor atención de su salud que sea posible. Este gozo de los derechos se extiende a la familia dado que se convierte en defensora y garante a la vez que se empodera por haber adquirido la capacidad para cuidar a un sujeto vulnerable y poder tomar decisiones más informadas. (Uriburu y otros, 2008)

SEGUNDA PARTE

ESTADO DEL ARTE

A los efectos del presente trabajo no se han encontrado investigaciones que refieren al vínculo de apego como proceso de aprendizaje en los recién nacidos de alto riesgo.

Por el contrario, existen distintos trabajos que dan cuenta de la importancia del vínculo de apego, y de las consecuencias que trae aparejadas las internaciones en RNAR. En este sentido, se ha afirmado que las respuestas al stress de los infantes son satisfactorias en cuanto a la vinculación, cuando existen conductas relacionadas con la crianza, hay sensibilidad materna, existe una sincronicidad entre la madre y el bebé y en los casos de cuidados de alto riesgo. Se ha observado una mejor reactividad y recuperación asociado a un mayor compromiso materno. (Blair, Granger, Kivlighan, Mills KoonseWilloughb y Greenberg, 2008) y a conductas maternas interactivas (Brummelte, Grunau, Zaidman –Zait, Weinberg, Nordstokke, et. al, 2011).

El desarrollo del Sistema Nervioso Central no depende sólo de su propio mecanismo de crecimiento y maduración; intervienen muchísimos factores que actúan en este período crítico o vulnerable, ya sean biológicos o determinados por el ambiente. Se extiende desde el momento de la concepción hasta varios meses del 1er año de vida. La particularidad del cerebro reside en que, aunque en su mayor parte está programado genéticamente, otra gran parte no lo está. Por lo que se pueden producir cambios de estructuras o funciones, a raíz de influencias endo y exógenas. Es lo que denomina plasticidad, y puede producirse en distintos momentos de la vida; en el cerebro en desarrollo, en el cerebro envejeciente, luego de un traumatismo o lesión aguda, o durante el aprendizaje. Para lograr un desarrollo adecuado, los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuados. La estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o la hiperestimulación son tan nocivas para los sistemas funcionales como la subestimación. (Schapira, 1994)

Según lo expuesto en el Primer Congreso de Neonatología (2010), se han evidenciado investigaciones que refieren que el estrés que atraviesan las madres internadas, configura un proceso complejo de experimentar, percibir y responder frente

a un evento estresante. Se lo describe como la respuesta del organismo ante demandas del medio ambiente que exceden su capacidad adaptativa, originando cambios biológicos y psicológicos que colocan a las personas en riesgo de enfermar. Que ante una mayor instrucción de los padres, mayores son los niveles de estrés generados. El estrés se asocia a ansiedad y depresión, con sus consecuencias en los aspectos vinculares más tempranos de la relación Padres/Niño. (González, 2010, Diapositiva 4)

Refieren que las intervenciones llevadas a cabo, no necesariamente son costosas, ni implican una sobrecarga de tecnología, sino que se basan en: Residencia Hogar para Madres y apoyo de Voluntariado • Ingreso irrestricto y participación activa de los padres en UCIN • Contacto Piel a Piel Madre/Padre/RNPT • Programa de Ingreso de Familiares • Contención de padres en crisis • Promoción de la Lactancia Materna.

El mismo documento, en relación a la experiencia propia de la madre indica:

Sub escala: Estrés Relación con su bebé	
-Me siento separada de mi bebé:	60 % a 29 % (p= 0.0002)
-No puedo alimentar a mi bebé :	44 % a 19 % (p= 0.002)
- No me siento capaz de tener a mi bebé :	53% a 25 % (p= 0.0005)
- Siento temor de tocar o sostener a mi bebé:	14% a 3 % (p= 0.003)
- Me siento incapaz de ayudar a mi bebé durante este tiempo:	45 % a 17% (p= 0.0005)

Figura 3: *Estrés Materno e Inclusión de la Familia en UCIN*

En relación al estrés que esta situación produce en los neonatos, también se han realizado investigaciones en el ámbito médico, en el cual se observa que elevados niveles de cortisol en los niños internados en Neonatología repercute negativamente en su salud. Este aumento implica un incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria de los infantes, afirmando que “Es muy importante y necesario realizar investigaciones que produzcan conocimiento respecto a estímulos positivos que ayuden a neutralizar las respuestas de estrés o disminuir lo más posible las complicaciones a consecuencia de este.” (Caudillo Díaz, García Campos, Beltrán Campos, 2019)

Asimismo en relación a las experiencias que atraviesan los RN podemos observar:

En los neonatos prematuros su umbral táctil es más bajo y las vías inhibitorias descendentes son inmaduras, lo que las hace más sensibles a estresores acumulativos. Se ha encontrado que un mayor número de procedimientos estresantes predice directamente la disminución del crecimiento de la cabeza y la función cerebral en los neonatos prematuros, lo que indica que el estrés durante este periodo vulnerable puede activar una cascada de señalización de estrés que afecta el crecimiento posterior (Xiaomei, Jing, Dorothy, Wanli, Naveed y otr, 2017)

En este sentido, afirmaron que comprender los mecanismos por los cuales la experiencia de la vida temprana altera el desarrollo neurológico ayudará a los médicos a desarrollar estrategias neuroprotectoras específicas e intervenciones individualizadas para mejorar los resultados del desarrollo infantil (Xiaomei etc. al, 2017)

En referencia al vínculo de apego en sí, Aguas y Gallardo (2015) investigaron sobre el vínculo de los padres de recién nacidos prematuros con los profesionales de enfermería de la Unidad de Neonatología del Hospital Base Valdivia. Estas arribaron a la conclusión que los padres requieren ser partícipes de los cuidados que se le realizan a sus hijos, pero que para esto, resulta imprescindible la presencia del equipo de salud. Asimismo, padres y enfermeras coincidieron en que el trabajo y el lugar de procedencia obstaculizaban el apego. Por otra parte mencionaron la flexibilidad horaria y el acompañamiento como factores facilitadores.

Por último, Allende, González Fuente, Pérez Rivera, Fernández y García (2017) evidenciaron a partir de un estudio de 82 madres con hijos comprendidos dentro de la primer semana de vida, que la separación tras el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dificulta el establecimiento de los primeros vínculos maternos. Por ese motivo es que concluyen que es necesario valorar los diferentes factores que influyen en esta situación y poder realizar futuras intervenciones para mejorar la relación materno-filial.

En síntesis, los estudios relevados dan cuenta de la importancia del vínculo de apego de los padres con sus hijos, de la importancia del equipo de salud, y de las consecuencias que trae para las madres y los niños la privación de un contacto estrecho desde las primeras horas. En contraposición, siendo que no existen referencias al vínculo de apego como proceso de aprendizaje, es que se realiza el presente trabajo de investigación

TERCERA PARTE

METODOLOGÍA

Tema

El vínculo de apego como proceso de aprendizaje en los recién nacidos de alto riesgo internados en el servicio de neonatología.

Población:

El Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Unidad de análisis

Comunidad médica y familias que trabajen o hayan estado internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Muestra

- Personal Médico de Neo 2 y 3.
- Personal de enfermería de Neo 2 y 3.
- Familias que hayan transcurrido internaciones en la maternidad de referencia.

Problema

Según Quiroga (2014) las matrices de aprendizaje se construyen desde el nacimiento, determinando así protoaprendizajes que fueron gestándose ya desde la vida intrauterina, que la UNESCO el aprendizaje se realiza a lo largo de toda la vida humana por medio de la experiencia y que las familias de los recién nacidos de alto riesgo deben enfrentarse a nuevos saberes tendientes a lograr la vinculación plena y la disponibilidad suficiente para facilitar el establecimiento de un apego seguro con su hijo/a internado/a en la UCIN, es que me propuse indagar el tipo de intervenciones que se llevan a cabo en la UCIN a fin de determinar la posible necesidad de la inclusión de los Licenciados en Psicopedagogía como profesionales integrantes de los equipos de atención de los niños y familias internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Maternidad Sardá, ya que hasta el momento no se encuentran incluidos.

Problema

¿Cuáles son las intervenciones que se llevan a cabo en la Unidad de Neonatología para colaborar en la construcción del vínculo de apego como proceso de aprendizaje en las familias y sus hijos recién nacidos de alto riesgo internados en el servicio de neonatología?

Objetivos generales

- Compilar las diferentes intervenciones que se llevan a cabo con las familias internadas en Neonatología para facilitar el establecimiento del vínculo de apego como proceso de aprendizaje.

Objetivos específicos

- Relevar las acciones que se llevan a cabo en la NEO 2 y 3 para poder facilitar el establecimiento del vínculo de apego entre los niños internados y sus familias.
- Analizar las acciones que se llevan a cabo en la NEO 2 y 3 para contribuir en el establecimiento del vínculo de apego entre las familias y sus hijos internados como procesos de aprendizaje
- Describir las intervenciones que se llevan a cabo con las familias que se encuentran internadas en la unidad de cuidados intensivos neonatales a fin de facilitar el establecimiento del vínculo de apego con los recién nacidos de alto riesgo

Instrumentos

Entrevista individual semiestructurada, en profundidad. No grabada. Llevada a cabo vía video llamada debido al contexto de pandemia COVID-19. Las mismas fueron realizadas a personal de salud y padres. Se indaga en base a una guía temática acerca de las experiencias, intervenciones, aprendizajes; llevados a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Diseño

Estudio de casos con enfoque cualitativo - análisis teoría fundamentada de datos sobre casos de construcción del vínculo de apego en familias internadas en Neonatología.

Se lleva a cabo una investigación cualitativa con enfoque descriptivo e interpretativo.

El presente trabajo es un Estudio de Caso, en tanto consiste en la recopilación e interpretación de la información disponible sobre un individuo, institución, empresa o movimiento social particular. Explora una entidad singular o fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de existencia, con el fin de recabar evidencias. No se trata de la simple descripción empírica, sino de un análisis integral que relacione teoría y evidencias (hechos, información, datos).

Categorías emergentes



Figura 4: *Diseño*

Tabla 1: Categorías emergentes

CATEGORÍA	CATEGORÍA EMERGENTE
ORGANIZACIÓN: estructuras administrativas y sistemas administrativos creadas para lograr metas u objetivos con el apoyo de las propias personas, o con apoyo del talento humano o	INSTITUCIONAL: De la institución (organismo) o que tiene relación con ella FAMILIAR: Aspectos institucionales referidos a la organización que tienen implicancia en la posibilidad de las familia de acceder a Neonatología.

de otras características

similares.

ACTORES: Sujetos que tienen implicancia y participan en la dinámica que se lleva a cabo en Neonatología

INTERVENCIONES: acción y efecto de intervenir. Este verbo hace referencia a diversas cuestiones. Intervenir puede tratarse del hecho de dirigir los asuntos que corresponden a otra persona o entidad o hacer con un propósito.

FAMILIA: Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

FAMILIA AMPLIADA: Conjunto de personas unidas por lazos afectivos, independientemente de la existencia o no de vinculación sanguínea

PROFESIONALES: Un profesional es un miembro de una profesión; es una persona cuyo propósito de vida se concreta a través de la práctica de una actividad laboral específica.

DESTINATARIOS: Sujetos hacia los que van dirigidas las intervenciones

CONCEPCIÓN: Significado que adquiere la intervención para las personas que la llevan a cabo

ACCIONES: conducta consciente, movilizadora de voluntad transformada en actuación, que pretende alcanzar precisos fines y objetivos

OBJETIVOS: Propósito que lleva a cabo dichas intervenciones

CUARTA PARTE

CONVERSANDO CON LA TEORÍA

A posteriori de los datos recolectados, y a la luz de lo investigado hasta el momento, resulta necesario diagramar nuevas categorías emergentes que permitan articular la información. A saber:

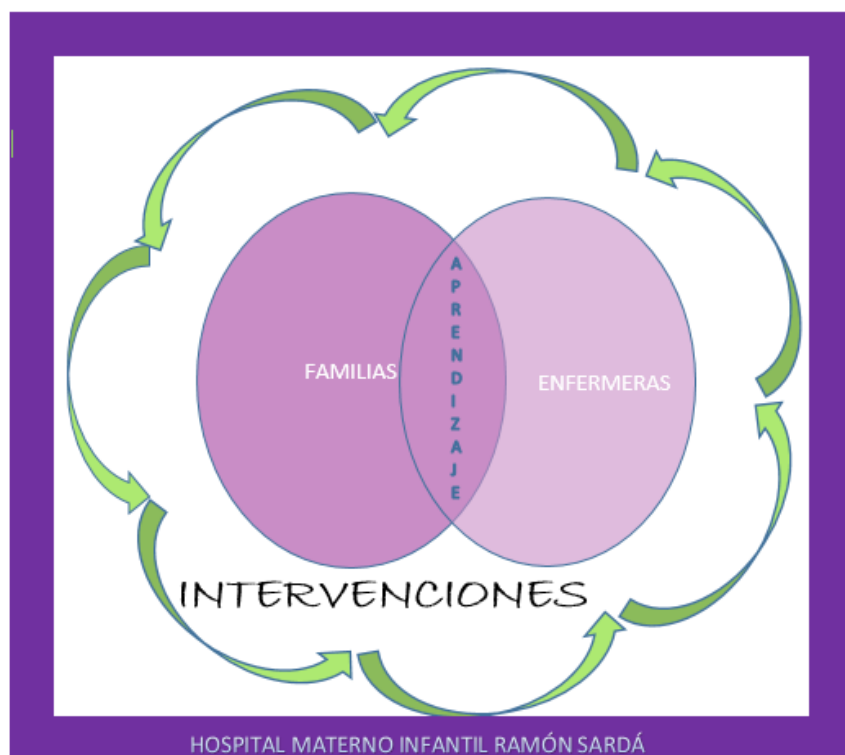


Figura 5 Diseño Posterior a la administración de instrumentos

En el año 1992 el HMIRS fue acreditado por OMS y Unicef como Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Esta acreditación consiste en identificarlo con un complejo hospitalario en el cual se garantizan los derechos de las madres y sus hijos recién nacidos.

En el año 2001, la Declaración de derechos del Recién Nacido celebrada en el 5to Congreso Mundial de Perinatología realizado en Barcelona, España, refiere, entre otros importantes puntos que la dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. En lo que nos compete al presente trabajo de investigación es que la misma establece que a ningún bebé se le debería privar de la creación del vínculo extrauterino con su madre. En este sentido, de los relatos recolectados a los

profesionales tratantes del sector de Neonatología, **se puede** dar cuenta que un valor diferencial que se rescata del HMIRS es que las familias tienen acceso irrestricto a las salas, las instalaciones de NEO, y que la institución cuenta con una residencia de madres. Algunos de ellos han referido: ***“lo bueno es que la Sardá tiene una casa de mamás”***. Por otro lado, se puede considerar que un acceso prácticamente irrestricto al sector contribuye a la realización de estos objetivos ***“ellas pueden estar las 24 horas. Los papás hasta las 21 hs”***. En este sentido, resulta importante detenerse en la posibilidad de acceso al sector en cuestión de los padres, abuelos y hermanos de los menores internados en ella. Referido a esto se sostiene que “Los beneficios del modelo MCF en el tratamiento de los prematuros son claros e incuestionables para los profesionales de la unidad de cuidados intensivos que no conciben una modalidad de trabajo que no contemple el rol primordial de la madre y la familia. Asimismo destacan el valor del contacto temprano entre la madre y el bebé y el carácter íntimo e irremplazable del vínculo con la familia”. (Uriburu et. al, 2008 p.18)

Intervenciones

Entre los hallazgos obtenidos se observa que el HMIRS prioriza un contacto temprano de los recién nacidos con sus madres. Algunas madres han referido ***“Antes de ir a neo vino una psicóloga y me contó que era muy chiquitito para que no me asuste porque imagínate que yo nunca había visto algo así”***. En esta línea los profesionales refieren ***“siempre tratar que esté con la mamá.”***. ***“Después de la visita del enfermero de piso, ellos nos avisan que está estable y ya puede. Y sino, si no viene, la llamamos nosotras. También es darle mucha atención a esa mamá”***. Lo referido está en consonancia con lo planteado por Bowlby (1944) quien realizó un estudio que lo llevó a afirmar que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental. Que sus investigaciones acerca de las consecuencias que la institucionalización tiene sobre el desarrollo psicológico de los niños, arrojaron resultados que dan cuenta de la necesidad de un vínculo temprano entre los niños y sus cuidadores; es que sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo, y para referirse a esto, utilizó el término disponibilidad.

Siguiendo esta línea, en lo que respecta a las posibilidades que la Institución brinda, la Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Neonatología enfatiza la importancia de incluir acompañante en Sala de Partos, el contacto precoz madre/hijo, la no separación innecesaria del binomio madre/hijo, el ingreso irrestricto de madres/padres a los sectores de internación neonatal, las visitas de horario amplio

para el resto de la familia (hermanos, abuelos) y la necesidad de contar con comodidades para la estadía prolongada de las madres de los recién nacidos internados y residencias para madres (hogares maternos con alojamiento). Puede comprobarse que el trabajo que realizan los profesionales no se limita únicamente a la madre y al hijo, sino que también se encuentran atentos al núcleo familiar. **“Nosotros tenemos una sala de juego del hospital de día en pediatría; y quizás si uno pesquisa algo en ese juego de un hermano, ellos intervienen.”** Es por eso que los modelos de MCF sin duda, son determinantes de un ambiente inclusivo, no invasivo, familiar y contenedor. Los profesionales entrevistados refieren **“Si no llega a haber papá cualquiera que la mamá autorice.”; “Mira. Sin lazo de sangre. Sin lazo político. Si es amigo, si es vecino, no nos importa. Lo que nos interesa es ese lazo que une a esa mamá con la persona que consideren. La mamá decide.”** (Haciendo alusión a que el acceso no está restringido a una familia unida por lazo de sangre).

En este sentido, la actual pandemia del COVID 19 no dejó de lado ni pospuso continuar cumpliendo con estas pautas. Según lo que pudo indagarse, el personal de la maternidad ha logrado que la misma no sea cerrada, para así poder continuar garantizando el acceso ilimitado al contacto madre-hijo. **“Lo que hicimos, para no cerrarla, es que por política institucional, con este contexto, la mamá se queda o se va. Y si se va, ya no puede volver a entrar.”** Es de rescatar en este punto, la importancia de la Institución para contener la demanda de las familias en situación de la pandemia. Frente a lo complejo del caso, se ha velado por preservar de todas formas, el estar, la presencia, el vínculo.

“Durante la infancia temprana, el niño experimenta rápidos y profundos cambios, pues pasa de estar dotado de las capacidades elementales para la sobrevivencia y de una amplia gama de potencialidades, a dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales”. (Bedregal, 2004 p.1), en función de esto se ha podido indagar acerca de la necesidad de la presencia de las familias **“Ósea, está comprobado, los médicos dicen, que cuando tienen pocos acompañantes, es como que los bebés se van apagando... viste como una llamita, una lucecita... así... empiezan a no tener respuesta al tratamiento.”**

Según la revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, el cambio de algunas prácticas médicas, como por ejemplo, el ingreso de los padres a la sala de cuidados intensivos del bebé, la permanencia de bebés prematuros durante tiempos

prolongados en dichas salas y las frecuentes visitas de sus padres, son situaciones que produjeron un fuerte impacto en el compromiso paternal. Las investigaciones sobre el tema han tenido en cuenta las siguientes nociones (Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1994, XIII, N° 2,)

- El contacto temprano entre el padre y el bebé, en la sala de partos o en los momentos inmediatamente posteriores al mismo.
- El contacto extenso, que consiste en las posibilidades que tiene el padre de interactuar con el niño, en los días posteriores al parto, ya sea en el hospital o en el hogar. Con respecto al contacto temprano se observó que el mismo incrementa y facilita el amor paternal. Los padres que tuvieron a sus recién nacidos en brazos, jugaban más con ellos a los 3 meses de edad, que aquéllos que no habían participado de la experiencia.

Sin embargo, otros estudios no encontraron diferencias en las conductas posteriores de apego entre los padres que presenciaron el parto y tuvieron un contacto estrecho con el recién nacido, y los que no pasaron por dicha experiencia. Según estudios transculturales, sobre 120 culturas diferentes, tan sólo el 27% admite la presencia del padre en el momento del parto. (Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1994, XIII, N° 2,) Por tal motivo, se considera indispensable tanto a la madre, como al padre o cualquier adulto significativo del RNAR

Según Brazentol (1993); el nacimiento enfrenta a los padres a un triple bebé. Por un lado, el feto invisible, el hijo deseado, y el hijo nacido. ***“Hay que ponerse en el lugar de ella. Son bebés muy chiquitos. Esa mamá esperaba otra cosa. Tenerlo, irse con su bebé. Y de golpe están acá... y no con su bebé como quizás esperaban. Y entonces ahí vas, siempre primero te presentas, le contás lo que va a ver, lo que es, quien sos, que horarios estas...”***. En la misma línea los profesionales contemplan esta realidad, velando por mantener el bienestar psíquico de la madre y la familia. Para esto, suelen estar atentos y disponibles para escucharlas, acompañarlas, etc. Esto queda de manifiesto ***“ellas ven que no le da la teta, o no toma la teta, entonces ahí interviene la pueri, que sería la enfermera de lactancia.”***; ***“ahí las enfermeras... también es un tema. Ellas son nuestros ojos, pero también juzgan mucho. Son fuente de información,”***.

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2005), la vulnerabilidad permanente, genera un estado de alerta permanente que en oportunidades podría atentar contra el rol

parental y la vinculación. En este sentido, se ha podido observar en las entrevistas realizadas en este trabajo, a las familias que refieren haber sentido un gran apoyo por parte de los profesionales, particularmente de las enfermeras. De ellas dicen: ***“Me brindaron mucho apoyo, me venían a ver por si quería hablar.”***; ***“Siempre que saludaba, me preguntaban y me lo ponían”***; ***“Las enfermeras me contenían y me explicaron de todo. Me decían que los veían súper cambiados. Al toque me los empezaron a dar para hacer COPAP.”***

. En esta misma línea, según Winnicott (1975) se puede constatar que la diada entre madre y bebé constituye una unidad dual. Esta unidad dual se consolida biológicamente en la vida intrauterina. El tono de voz, el ritmo, el contacto, conforman el medio conocido de ese niño. En tal sentido, al momento del nacimiento, resulta indispensable buscar y perdurar la continuidad de estas variantes, a fin de facilitar en el recién nacido un ambiente conocido. Por eso resultaría justificada la importancia que se le brinda a la presencia de las familias en Neonatología, haciéndolas parte integrante del equipo. ***“Ese estar, esa presencia, es porque nosotros tenemos diferentes pedidos en salud mental. A veces pasa que una mamá está en internación conjunta y de repente desde tener a su bebé normal por ejemplo pasa a Neo, por algo normal, algo sencillo. Ahí, ese estar, ese mamá y bebé se corta. Imaginate esa situación, una mamá puérpera... es terrible a veces el exceso de angustia y llanto. Y trabajamos esto y tratando siempre con el equipo médico que sea libre ese acceso.”*** Esta presencia que hacen alusión los profesionales es parte de lo que nos permite observar que la intervención del personal de enfermería es en primer lugar acompañar a las familias habilitando encuentros que permitan el establecimiento del vínculo de apego.

Esta unidad que puede resultar interrumpida por un ambiente obstaculizador como podría ser Neonatología se ve fortalecida cuando las diferentes intervenciones, entendiendo por ellas toda oportunidad tendiente a lograr los objetivos anteriormente descritos, promueven un contacto y una interacción entre la madre y el hijo. ***“me enseñaron todo. A cambiar el pañal, a darle la leche. Vos también aprendes sola al verlo. Yo aprendí, y ya sabía si saturaba mal, si estaba agitado, lo que sea, yo me daba cuenta. Yo ahí como que ya aprendí todo. Era como tu casa.”***; ***“Ya me enseñaron que tenía que poner la jeringa para arriba, sacar el émbolo, apretar y sacar el aire, y ahí soltar la leche. En UTI a veces estuvo por sonda y ahí aprovechaban y le revisaban el estómago.”*** Se puede afirmar, entonces, que el

ambiente en apariencia obstaculizador, es transformado en un ambiente facilitador que permite que el niño se encuentre con madre.

Para esto, es necesario, como afirma Winnicott (1945) que esta madre aprenda las funciones maternas necesarias que permitan comenzar a desarrollar un vínculo de apego. En este sentido, Elichiriy (2007), encuadra el proceso de aprendizaje como un proceso multidimensional de apropiación cultural de carácter experiencial, que de manera inescindible entrelaza afectividad, cognición y acción. Siguiendo este razonamiento, los profesionales de Neo, pueden ser considerados como un otro necesario que permite y habilita la Zona de Desarrollo Próximo. Siendo ésta los saberes que deben alcanzar las familias a fin de poder entablar un vínculo de apego seguro con sus hijos. **“Si, siempre le decimos que le hablen. Tratamos que el apego siempre esté presente. Siempre cuando quiera la mamá. Y nosotras siempre tratando ahí de ayudar.”** Retomando estas palabras de unos de los entrevistados se indaga acerca de la concepción de vínculo de apego que tienen los profesionales intervinientes. Bowlby (1993, p, 60) definió la conducta de **apego** como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”.

En concordancia con estos hallazgos, Ainsworth (1969) hizo posible comprobar empíricamente algunas de las ideas de Bowlby, ayudó a ampliar la propia teoría y a tipificar los diferentes tipos de apegos existentes. En este sentido, se entiende al apego seguro como un vínculo en el cual el niño siente necesidad de su madre, y la presencia de ésta es indispensable para lograr una regulación emocional y habilitante de la posibilidad de exploración del entorno. En este caso, el personal de enfermería actúa como mediador, facilitando la construcción de los primeros vínculos. A la necesidad de la presencia a la que he referido anteriormente, en este proceso de aprendizaje, la relación inicial se entabla entre la madre y las enfermeras. Luego, si no ha ocurrido previamente por parte de la madre, el equipo de enfermería da intervención a los padres. De esta manera, tanto mamá como papá son sujetos activos en el proceso de aprendizaje. Considerando las intervenciones detalladas anteriormente, y los siguientes hallazgos, se puede afirmar, que el equipo de salud interviniente, promueve el establecimiento del vínculo de apego seguro en los niños con sus cuidadores de referencia, propiciando acciones que involucren a su familia en el cuidado. ***“siempre tratar que esté con la mamá.”; “Mirá, siempre involucrarlas. Por ejemplo, ellos usan pañales de prematuros... entonces que se pongan a cortarlos, a crearlos. Les enseñamos como, y las dejamos al lado de la cunita haciendo sus pañales para su bebé. Entonces ellas se ponen y lo hacen.”*** En este sentido, la Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente (2004)

consigna que resulta indispensable el rol del padre en los procesos de cuidado, crianza, y atención del niño. ***“Generalmente el papá es el que toma más distancia y cuesta más que tome el contacto. Pero para nosotros es importante que lo hagan ambos”***. Los padres varones son figuras muy importantes en la vida del bebé, y desde el principio empiezan a construir una relación estrecha con sus hijos. Algunas observaciones realizadas en el mismo momento del nacimiento han detectado que los padres responden de la misma forma que las madres a las llamadas del bebé, mostrándose igual de sensibles y responsivos. ***“Evolucionamos en función de la necesidad de la mamá y su historia clínica. Si a veces es necesario por algunas cuestiones abordar lo que es el conjunto de la familia...”, “Si siempre tratamos que se involucren. Que estén ahí con ellos haciendo. Si vemos que no, si está la psicóloga le decimos que se fije. Igual, viste que depende el momento del día. A la noche es más tranquilo, y ahí a veces tenemos más tiempo de hablar y estar con las mamás. Apagamos las luces, ponemos la radio, charlamos más distendidas con ellas...”; “Ponele si a veces estamos muy complicadas, las llamamos para que ellas también nos ayuden con el trabajo”***. En concordancia con esto Barudy (2005) define las competencias parentales, como las capacidades prácticas de las que disponen madres y padres para ocuparse de sus hijos.

- a) La capacidad de apego
- b) La capacidad de comunicación empática
- c) La capacidad de satisfacer las necesidades de los niños a través de prácticas de crianza
- d) La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios

“Lo que sí hacemos es abrirle ahí la cunita. Andá, hablale, tocalo. Ellos te reconocen. Así que no piense que no... ya te escuchan, ya saben que sos vos. Sentilo” este relato, se corresponde con lo indagado que refiere

Los beneficios del modelo MCF en el tratamiento de los prematuros son claros e incuestionables para los profesionales de la unidad de cuidados intensivos que no conciben una modalidad de trabajo que no contemple el rol primordial de la madre y la familia. Asimismo destacan el valor del contacto temprano entre la madre y el bebé y el carácter íntimo e irremplazable del vínculo con la familia. (Uriburu et. al, 2008 p.18)

Ahora bien, Elichiriy (2007) considera al aprendizaje como “un proceso multidimensional de apropiación cultural de carácter experiencial, que de manera inescindible entrelaza afectividad, cognición y acción” (Intr). En este sentido, los modelos representacionales de las familias, entrarán en juego al momento de exponerse a esta nueva situación de aprendizaje, y siguiendo a Quiroga (2014), los procesos objetivos y subjetivos son potenciales objetos de conocimiento. Este es definido como el vínculo entre el sujeto y la realidad, en este sentido el primer registro del infante es por medio de la percepción sensorio –motriz. La intencionalidad de la madre, en la relación con su hijo, recuperando sus experiencias previas, mediará para satisfacer las necesidades tanto propias, como las que entienda que su hijo requiere. Será el continente de la demanda del Recién Nacido. En este sentido, los relatos de las familias y los profesionales guardan relación en lo que respecta a la necesidad de generar aprendizajes en ese contexto. ***“Neo es una escuela. A mí me enseñaron todo. No sé cómo hubiera hecho sino.”; “Todo. A bañarlos, como secarlos. Qué posición ponerlos, como sacarlos de las cunas. Todo lo que vos se te ocurra, las cosas cotidianas.”***. Estas intervenciones, tienen por objetivo, siguiendo lo anteriormente dicho, rescatar un rol activo y productor de las figuras parentales en la Neo, a fin de fortalecer y sostener el establecimiento del vínculo de apego, promoviendo aprendizajes y conductas que refuercen este lazo afectivo, brindando seguridad, confianza y sostén a los padres. Asimismo, conforme la UNESCO el aprendizaje se realiza a lo largo de toda la vida humana por medio de la experiencia y que las familias de los recién nacidos de alto riesgo deben enfrentarse a nuevos saberes tendientes a lograr la vinculación plena y la disponibilidad suficiente para facilitar el establecimiento de un apego seguro con su hijo/a internado/a.

QUINTA PARTE

A MODO DE SÍNTESIS

A partir de los hallazgos obtenidos resultan figuras trascendentes en las relaciones que se entablan en el contexto de Neonatología del HMIRS las de la Madre/Padre y las enfermeras. Se podría afirmar que en lo que respecta a las intervenciones llevadas a cabo en Neo, las mismas, inicialmente están orientadas a empoderar a la madre. A brindarle seguridad, confianza y experiencias sensibles. Para esto, se gesta un vínculo entre ellas y las enfermeras. En un inicio, las primeras son percibidas como desvalidas, vulnerables y desconocedoras de cómo poder atender a las demandas que les presenta el enfrentarse a un RNAR. En este sentido, las enfermeras, opuestamente, son designadas como las poseedoras del saber y las personas designadas para poder mediar entre la madre y su hijo.

Podría pensarse en una tríada en la que la madre enlaza con la enfermera, y de esta manera, se habilita la interacción con ese hijo recién nacido.

Las enfermeras, gracias al espacio institucional se convierten en maestras. Maestras que plantean nuevos aprendizajes. Aprendizajes que son experiencias. Ellas enseñan. Enseñan la manera de alimentar, de cargar, de interpretar. Acompañan el nacimiento de un nuevo rol en cada madre. Transforman desde el amor, el profesionalismo y la entrega, un contexto rodeado de cables, luces azules, ruidos extraños, máquinas y distancias; en un ambiente facilitador. Un ambiente en donde la acción materna es valorada.

De esta manera, el contexto en apariencia obstaculizador para la promoción del vínculo de apego, deja de transformarse en un entorno amenazante para las familias, y comienza a ser recorrido, conocido, aprendido, por las familias de la mano de los diferentes actores, principalmente las enfermeras. Estas enlazan el vínculo madre – hijo. Transmiten seguridad, información, conocimiento.

Podría-sostenerse entonces, que existe una madre que debe aprender algo. Que ese aprendizaje resulta tanto vincular, como también accionable. Un aprendizaje que involucra un qué y un cómo hacer. Desde conocer y acercarse a su hijo recién nacido, como también poder manipularlo, alimentarlo, sostenerlo. Un saber proporcionado por el equipo de enfermería, una madre que lo asimila, un saber que aprehende y habilita un vínculo indispensable para el desarrollo del ser humano.

La función del equipo de enfermería no se limita solo a un carácter médico-asistencial, sino que también, cumplen un rol de sostén, apoyo, sustitución y asistencia tanto a los niños como a las familias. Siendo así, éstas actúan como puente para habilitar el paso de esta dependencia a la independencia que habilita de este modo el establecimiento de un vínculo de apego seguro entre los recién nacidos y sus cuidadores. El establecimiento de este vínculo, estará condicionado por la calidad de las acciones que estas familias lleven a cabo con sus hijos, y también por sus propios modelos representacionales gestados en su infancia. De esta manera, esta interacción, por mínima que sea, resulta sumamente importante para la construcción de los modelos representacionales que comenzará a construir ese niño desde la seguridad al tocarlo, atenderlo, mirarlo; como así también en la construcción de los Protoaprendizajes, fundamentales para la construcción de los aprendizajes sistemáticos y asistemáticos, campos de intervención propios de la psicopedagogía.

Asimismo, la creación del vínculo de apego en este contexto, se encuentra inmerso en un complejo sistema de aprendizajes en el cual la familia debe incorporar nuevos saberes, a fin de sostener la sobrevivencia de su hijo. Estos aprendizajes son asimilados por las madres, y habilitan progresivamente la construcción de un vínculo entre ellas y sus hijos. En este sentido, este proceso de homeostasis se lleva a cabo, con el acompañamiento de los profesionales de NEO. Estos en un acto de entrega, acompañan esos aprendizajes, actuando como delimitadores de, en palabras de Vygotsky (1979), una zona de desarrollo próximo que permite aprender lo necesario hasta lograr la autonomía suficiente para hacerse plenamente cargo de sus hijos. Esta zona de desarrollo próxima es la que luego, en un consultorio, en una escuela o en un hospital, un/a psicopedago/a tratará de crear/recrear junto con su consultante y a partir de la tarea. Recién ahí, el equipo de enfermería comenzará a dar un paso al costado. Una vez que la madre, haya logrado ponerse como protagonista de su propia experiencia.

En este sentido, resultaría importante la inclusión de un profesional en Psicopedagogía, que pueda colaborar en la adquisición de estos nuevos aprendizajes que las familias y sus hijos adquieren, logrando de manera transdisciplinaria colaborar en la construcción de un aprendizaje significativo basado en aspectos vinculares. Por otro lado, el HMIRS centra su foco como Maternidad Centrada en la Familia, en la interacción del RN con diferentes miembros del grupo familiar; por lo que esta inclusión colaboraría en los aprendizajes a los que se enfrentan abuelos y hermanos al conocer a este nuevo integrante de la familia. Asimismo, la detección de algunas

dificultades en el establecimiento del vínculo o en la capacidad de aprender de las familias, operaría también como preventivo de futuras dificultades de aprendizaje que probablemente acompañen al menor en los futuros años y que en su mayoría son identificadas con la inserción en el sistema educativo.

REFERENCIAS

- Abraham, N. y Torok, M. (1987) – *L'Écorce et le noyau*, Flammarion. Paris, 1987. Trad. Español *La cascara y el núcleo*, Amorrortu Editores 2005, Buenos Aires
- Ainsworth, M.; Wittig, B. (1969): *Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. Determinants of infant behaviour*. Londres: Foss eds.
- Alonso Allende, Laura; Gonzalez Fuente, Luis Javier; Perez Rivera, Francisco Javier Y Fernandez Garcia, Daniel. *Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Enferm. glob.* [online]. 2017, vol.16, n.45, pp.295-308. Epub 14-Dic-2020. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.236701>.
- Barudy, J. &Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bedregal, P. y. (2004). *Desarrollo infantil temprano y derechos del niño*. Chile: UNICEF. Obtenido de http://www.unicef.cl/archivos_documento/96/Serie%20reflexiones%20Final.doc
- Bertan, A. (2006) *50 años de historia, de caminos recorridos, construidos, reconstruidos por la Psicopedagogía*. Aprendizaje Hoy. Año XXVI N° 64
- Bisquerra, R. (2005). Marco conceptual de la orientación psicopedagógica, Revista Mexicana de orientación educativa.
- Bowlby J (1944). *Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life..* International Journal of Psychoanalysis 25: 19-52 (1ª ed. edición). Londres: Baillière, Tindall & Cox
- Bowlby J (1993). *El apego y la pérdida*, v. 2. Biblioteca de psicología profunda 49. El Apego y la pérdida. Paidós.
- Brazelton, B. (1993). *La relación más temprana*. Paidós.
- Caudillo Díaz TG, García Campos ML, Beltrán Campos V. Estrés en el neonato prematuro: una revisión de la literatura. Rev. iberoamericana de Educación, investigación y Enfermería. 2019; 9(2):43-9.
- Coll, C. (1996). *Psicopedagogía: confluencia disciplinar y espacio profesional*. Madrid: Alianza.

- Elichiry, N (2004) “Fracaso escolar: acerca de convertir problemas socioeducativos en psicopedagógicos” en: Elichiry, N. (comp.) Aprendizajes escolares. Desarrollos en psicología educacional. Buenos Aires: Manantial
- Elichiry, N. (2007) Introducción. Castorina, J. A; Elichiry, N.; Lenzi, A. y Schlemenson, S. (Compiladores) Aprendizajes, sujetos y escenarios. Buenos Aires. Noveduc
- Freud S. (1895) Proyecto de una Psicología para Neurólogos y otros escritos. Buenos Aires. Editorial Alianza
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. (Cap 3).
- Freud, S. (1992). *Obras Completas* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fundación Larguía, recuperado en: <http://www.funlarguia.org.ar/Que-es-MSCF/Acciones/Ingreso-irrestricto-de-los-padres-a-los-Servicios-de-Neonatalogia-y-programacion-de-visitas-dirigidas-de-hermanos-y-abuelos>(23 de Julio de 2020)
- Giano, V. T. (1995). *Estimulación Temprana: Hacia la humanización*. Buenos Aires :Alfadil.
- Gonzalez M. (2010). *Estrés, Depresión y Ansiedad en Madres de RN internados en UCIN. Inclusión de la Familia* [Diapositiva de PowerPoint]. 1º Congreso Argentino de Neonatología. <https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/gonzalezstress.pdf>
- Henao López Gloria Cecilia y Otros, (2006) Qué es la intervención psicopedagógica. Definición, principios y componentes *El Ágora USB. Recuperado de* <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/>
- HMIRS. (2008). *El Modelo de maternidad centrada en la familia*. . OPS/OMS.
- HMIRS. (2020) Recuperado el 16 de abril de 2020 de <http://www.sarda.org.ar/>
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividad: El legado de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda Parte. La teoría del Apego*. Santiago de Chile, Chile: Editorial LOM.
- Martín Soledad. [@soledadmartin_1]. (15 de Septiembre de 2020) “*Vínculo emocional y apego en familias que se encuentran prematuramente*”[IGTV]. Instagram. https://www.instagram.com/tv/CFLSLbcDzR2/?utm_source=ig_web_copy_link)
- Martínez , P. (2002). *La orientación psicopedagógica: modelos y estrategias de intervención*. España: Editorial EOS.
- Miller, F. (1971). *Principios y servicios de orientación escolar*. Madrid: Magisterio Español.

- Oliva Delgado, A. (2004) Estado actual en la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*,, p. 65. Recuperado de <https://psiquiatriainfantil.org/ano-2004/>
- Olza, I. (2017). *Parir , El poder del parto*. Barcelona: Sipan Barcelona Network. Obtenido de <https://books.google.com.ar/books?id=8d0uDwAAQBAJ&pg=PT61&lpg=PT61&dq=ibone+olza+stress+de+separaci%C3%B3n&source=bl&ots=mRuJiLsQw1&sig=ACfU3U3BidTv55Z5eFMDs7KcNeeMeiOG9w&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilj8KPrLvqAhXLHLkGHfBSAtgQ6AEwCHoECAoQAQ#v=onepage&q=ibone>
- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-reci%C3%A9n-nacidos>
- Piaget, J. (1973). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Barral Editores.
- Piaget, J. (1976). *Development explains learning*. In S. F. Campbell (Ed.), *Piaget sampler: An introduction to Jean Piaget in his own words*. New York: John Wiley and Sonso
- Quiroga, A. (2014). *Matrices de Aprendizaje*. Buenos Aires : Ediciones Cinco.
- Riesgo, G. d. (2018). *Recomendación para el proceso de alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo*. Arch Argent Pediat.
- Schapira, I. T. (1994). Propuesta de intervención ambiental en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*(3).
- Solé, I. (2002). *Cuadernos de educación: orientación educativa e intervención psicopedagógica* (Segunda edición ed.). Barcelona: Horsori.
- Spitz, R. (1945). *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic Study of the Child*. New York: International Universities Press.
- Sternbach, S (2003). *La clínica vincular, ante el desamparo social*, Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.(Tomo XXVI N°1). Buenos Aires.
- Uriburu G y otr. (2008). *El modelo de maternidad centrada en la familia*. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud.
- Vygotsky, L. S. (1979) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo.

Winnicott, D. (1975). *“El Proceso de Maduración en el Niño”*. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1991). *Los Bebés y sus Madres*. Buenos Aires Paidós.

Xiaomei C, Jing W, Dorothy V, Wanli X, Naveed H, Shari G, et al. The Impact of Cumulative Pain/Stress on Neurobehavioral Development of Preterm Infants in the NICU. *Early Human Dev.* 2017; 108:9-16.

ANEXO

Aspectos a indagar a médicos y enfermeros

- ¿Qué acciones se llevan a cabo con las familias de los RN internados?
- ¿Qué profesionales intervienen?
- ¿Qué deben conocer los padres previo al encuentro?
- ¿Qué tipo de acciones previas se llevan a cabo con las familias?
- ¿Qué dispositivo existe para contener a las familias?
- ¿Cómo se llevan a cabo las intervenciones con las familias?
- ¿Cómo se les explica las acciones que deben realizar?
- ¿Cómo son los momentos previos del encuentro entre familias y RN?
- ¿Cómo se acompaña y contiene a las familias?
- ¿Cómo son los momentos posteriores al encuentro entre familias y RN?
- ¿Quién las sugiere/autoriza/plantea las intervenciones?
- ¿Quién o quienes las llevan a cabo?
- ¿Quiénes pueden ingresar a Neo?

Aspectos a indagar a Familias

- ¿Cómo fue el primer encuentro con su hijo en NEO?
- En caso que le hayan explicado lo referido a lo que encontraría en NEO, ¿Cómo se lo explicaron?
- ¿Cómo vivió esos primeros encuentros?
- ¿Cómo fueron los momentos posteriores?
- ¿Cómo fueron acompañados?
- ¿Con quién pudo ingresar?
- ¿Qué le explicaron previo al encuentro?
- ¿Quién le explicó?
- ¿Quién/ quienes los acompañaron?
- ¿Quién los acompañó luego del encuentro?
- Algo que desee contar de la experiencia (para las familias)

Entrevistas:

Entrevista 1: Primera Parte

Fecha: Mayo 2020

Hora: 21:00

Lugar: Videollamada de whatsapp

Duración: 1 hora aprox.

E: Entrevistadora Natalia

F: Entrevistada Florencia - Psicóloga de la Maternidad Sardá

(Tomo contacto con Florencia vía WhatsApp, quien accede a conversar telefónicamente)

E: Hola! Buen día. Cómo estás?

F: Hola Naty, bien, vos.

E: Bien, gracias a Dios todo tranquilo.

F: Buenísimo.

E: Bueno, como te comentaba, estoy haciendo mi tesis y quería conversar con vos acerca de tu trabajo en la maternidad, del trabajo general que hacen con las familias internadas; más que nada, en lo que respecta a como acompañan a las mamás y los papás en éste momento especial.

F: Si, dale.

E: Bueno, te agradecería si me contas un poquito cómo se organiza...

F: Si, mirá. Nosotros tenemos como 3 sectores, la sala común y después lo que es UCIN, sería NEO 2 y NEO 3.

E: ¿Cuál sería la diferencia entre NEO 2 y 3?

F: Y, en NEO 2 están los casos intermedios, y en NEO 3, los que tienen más riesgo.

E: Y vos, hace mucho que participas, y formás parte del equipo?

F: Yo estoy desde el 2019, e integro lo que sería el equipo de Salud Mental.

E: Ahhhh... y ¿cuál sería el trabajo que realizas, tus intervenciones?

F: La principal intervención es generar un vínculo mamá bebé sin restricción. Lograr que en lo posible esté con la mamá todo el tiempo.

E: ¿Pero cómo lo organizan eso?

F: Mirá, en el tercer piso, hay una residencia para mamás. Allá son admitidas luego de evaluación psicosocial. Y ahí el Hospital les da todo. Porque además, en general son pacientes que viven muy lejos, que no tienen recursos. Que muchas veces están solas.

E: ¿Y cuáles serían desde tu rol las intervenciones que realizan?

F: Mirá, las visitas, son una intervención. El lograr el acceso de las familias, es una intervención.

E: ¿A qué hacés referencia cuando decís familias?

F: A quien vos consideres familia. A quien sientas que es fundamental para vos. Ahí, se admiten hasta 5 personas que sean significativas.

E: Y en NEO 3 es igual.

F: Si, salvo que en NEO 3 uno tiene mayor intervención quizás con los hermanitos, o con la familia.

E: ¿Y eso como lo realizan, cómo lo logran?

F: Mirá, estando con sus bebés, todos tienen un apego. Nosotros trabajamos mucho con la prevención. Imaginate que muchas mamás están solas sin acompañantes, solo reciben visitas.

E: ¿Y quienes trabajan y cómo?

F: Mirá, nosotras trabajamos principalmente en conjunto con el servicio social del Hospital. No sé si conoces el Hospital

E: No, no conozco....,

F: En el primer piso, tenés la internación común, en el segundo, ginecología y cuidados intermedios, en el tercero, obstetricia y UCIN.

E: Ah... ¿y vos ahí en Neo, cómo logras intervenir desde tu rol?

F: No, yo trabajo en ginecología y obstetricia.

E: ¿Ah...ok y cómo es tu trabajo desde el rol?

F: Mucho preventivo. Los dispositivos, son talleres separados. Por ejemplo, hay un taller especialmente para madres adolescentes que se llama PROAMA. Es exclusivamente para adolescentes, y les damos una mayor contención. Son aproximadamente 5 encuentros que realizamos con ellas. Son talleres abiertos, se pueden incluir cuando quieran y necesitan. No les negamos jamás el acceso.

E: ¿Y tienen algún otro dispositivo similar?

F: El PIN que sería como el curso de parto.

E: ¿Y quiénes lo dan?

F: 1 psicóloga, 1 de obstetricia y a veces participa algún doctor.

E: ¿Y luego que llega el momento del parto, por ejemplo el bebé está en N3, cómo es la dinámica allí?

F: Mirá, lo que se trata es que haya menos rotación de enfermeras. Entonces ellas ya los conocen...

E: ¿En qué sentido los conocen?, a los papás, a los bebés,...

F: Mirá (ríe) ellas se creen las dueñas de los bebés...,

E: Ah.. ¿y cómo trabajan con eso?

F: Y... es como todo el tiempo... dejala!!! Es la mamá.

E: Claro... ¿Y cómo lo toman eso?

F: Es muy difícil porque ellas interpretan, ellas honestamente, son las que terminan manejando todo. Y es difícil ese trabajo a veces...

E: ¿Y en lo que respecta a la tarea de ustedes, cómo puntualmente trabajan con esas familias?

F: Principalmente antes de parir, tratamos de conectarlas con ese hijo.

E: Que tarea!!! ¿Cómo lo logras?

F: Mirá..., primero buscando por ejemplo, el nombre... ósea, cómo se llama ese hijo. Que deje de ser un bebito... y después, quizás, bueno, cómo luego, que le compraron, en qué lugar va a dormir, etc.

E: ah... como para significarlo sería?

F: Tal cual. Todas intervenciones ligadas al hacer. Todo así hasta el alta.

E: Me quedo con esto que decís del hacer, pero ¿siempre?, es decir, cuando están internados graves.

F: Si! siempre. Sin importar el diagnóstico, siempre generamos que puedan estar al lado del bebé, que le cambien el pañal, bañarlos, cantarles, hablarles.

E: Que interesante esto. ¿Cómo lo logran en N3, por ejemplo?

F: Mirá, yo ahí no estoy, pero tendría que ver si alguien puede servirte, pero si lo que te digo, que yo no lo vi, pero muchos médicos te dicen que es triste. Ósea, está comprobado, los médicos dicen, que cuando tienen pocos acompañantes, es como que los bebés se van apagando... viste como una llamita, una lucecita... así... empiezan a no tener respuesta al tratamiento.

E: ¿Y cómo hacen para lograr los acompañamientos?

F: Mirá. Hay un par de cuestiones. Por un lado, los papás pueden entrar hasta las 22 hs. a las mamás se les permite el acceso las 24 hs; y bueno, en los casos que ya les dieron el alta, o tienen otros hermanitos, o cuestiones así, lo que tratamos de hacer es

que ellas sepan que horarios o días no vendrán y ahí gestionamos el programa de voluntariado.

E: Ah... ¿cómo es esto que me decís?

F: Claro. Son voluntarios, que bueno, ahora con la pandemia, no se.. no debe funcionar... que van a ver a los bebés, para estar con ellos.

E: ¿Y cómo logran ustedes conocer esa necesidad, esa familia que se ausenta?

F: Mirá... ahí las enfermeras... también es un tema. Ellas son nuestros ojos, pero también juzgan mucho. Son fuente de información, pero también de juzgamiento. Siempre están, con mirá como lo tiene, mirá como hace, mirá la bola que le da, etc.

E: ¿Cómo sería por ejemplo algo que ellas les digan y la intervención de ustedes?

F: Mirá, por ejemplo, ella ven que no le da la teta, o no toma la teta, entonces ahí interviene la pueri, que sería la enfermera de lactancia.

E: ¿Y qué hace?

F: Y.. le enseña a sacarse la leche, le enseña a alimentarlo.

E: ¿Y siempre se logra revertir la situación?

F: No, claro, ahí, nos darían la intervención a nosotras. Y ahí nosotras buscamos la interacción entre estas mamás con el bebé.

E: ¿Y esas intervenciones quienes las realizan, vos me contabas que el equipo estaba integrado por diferentes profesionales?

F: Mirá. Si son Adolescentes, o participaron de PROAMA, o, algunos casos puntuales, los maneja el servicio social. Y después, posterior al alta y seguimiento hasta los 6 años, los psicopedagogos.

E: Ah, participan los psicopedagogos.

F: Si, como te decía con lo que es el seguimiento. Y bueno, a lo sumo, con los hermanitos. Nosotros tenemos una sala de juego del hospital de día en pediatría; y quizás si uno pesquiza algo en ese juego de un hermano, ellos intervienen.

E: Ah... y cómo se conforma el equipo de Psicopedagogía.

F: Es Silvana, la Psicope y dos concurrentes.

E: ah... y me decías, entonces que solo después del alta.

F: Sisi, en pediatría y en la sala de juegos. Ósea, la psicopedagogía está para la prevención sería.

E: ah... perfecto.

F: Se nota a veces la diferencia. Sabes que yo trabajo en la suizo, y si bien, también uno vela por el contacto con la familia, lo cierto es que como la Sardá, no es... o por

ejemplo también varía que el seguimiento en la Suiza es hasta los 4 años, no hasta los 6 como la Sardá.

E: Si. Claro... Y en éstos tiempos, como están trabajando.

F: mirá... hacemos atención remota en consultorios externos... tenemos 19 pacientes con COVID. Entonces trabajamos con ellos, y con ateneos virtuales que ahí vemos las intervenciones que funcionan.

E: ¿Cómo sería eso?

F: Claro, frente a la separación, por ejemplo, la intervención nuestra es con los fantasmas de la mamá.

E: ¿Esa separación cual sería?

F: La real del cuerpo, y la que lleva la internación propiamente dicha. Que puede ser simplemente por un bajo peso, o por algún diagnóstico más grave.

E: Ah.claro., Bueno Flor, te agradezco un montón tu disponibilidad. Probablemente, cuando el trabajo esté más avanzado, me vuelva a contactar, ya con cuestiones más puntuales. Si podría volver a entrevistarte, me harías un gran favor.

F: Si! Olvídate, lo que necesites. Me llamas y listo.

E: Gracias!!!!. Algo que quieras contarme antes de despedirnos.

F: Ay si! Sabes que cuando me contaste, me quedé pensando. Porque, que interesante sería trabajar más en equipo. Y claro, lo que me contabas de la Psicopedagogas, pienso, porque no trabajamos con ellas también. Es cierto... no se... me dejaste pensando...

E: Bueno, que honor!!jajaja Una alegría! Ojalá, podamos en algún momento abrir esa interdisciplina.

F: Si! tal cual!!! Hay que ver eso. Pero bueno.. viste que estamos medios frenados...

E: No.. ¿cómo es eso?

F: Y si..al ser público, hay muy poco recurso... muy poco personal.. pero bueno...

E: Más que valioso el trabajo de ustedes

F: Gracias!!! Un equipo.

E: Tal cual! Bueno Flor, millón de gracias, no te molesto más.

F: De nada, cualquier cosa hablamos. Un beso enorme

E: Otro.

(cortamos el teléfono)

Entrevista 1: Segunda Parte

FLORENCIA (PSICÓLOGA DE PLANTA)

DÍA: 19/09/2020

HORA: 14:00

DURACIÓN: 45 MINUTOS.

Pre entrevista: Contacto por WhatsApp y acordamos fecha y hora.

E: Hola Flor, ¿Cómo estás?

F: Hola Naty! Cómo va? Cómo viene eso?

E: Bien! Por suerte, todo bien!! Ustedes? Ya volvieron al Hospi?

F: No... pero bueno... recibimos un mail de una reunión mañana..asi que vamos a ver que quieren. Es difícil viste, porque algunos compañeros no tienen prepaga. Entonces, si volves y pasa algo... ¿Quién se hace cargo? Nosotros también estamos expuestos, entonces es difícil.

E: Claro... sisisi, me imagino. Además están en la “línea de fuego”.

F: Ese es el tema. A veces se piensa, que si no estas con el que exclusivamente está enfermo no estás expuesto, pero nada te salva en este contexto.

E: Me imagino.. (...) Bueno Flor, no quiero quitarte mucho tiempo porque sé que tenés otro compromiso. Te cuento, yo supervisé la entrevista que hicimos el otro día y nos surgieron algunas dudas que me gustaría que podamos conversar un poquito más en profundidad.

F: Si! Dale. No hay problema, decime.

E: En el encuentro previo vos me habías hecho mención a que el vínculo que es necesario construir era la posibilidad de estar... ¿Cuándo a hablás de estar, a qué acciones, o cuestiones harías referencia?

F: Ay a ver... cómo era la pregunta...,

E: (leo la pregunta y la respuesta anterior)

F: ah... si si, Porque el tema es así....Ese estar, esa presencia, es porque nosotros tenemos diferentes pedidos en salud mental. A veces pasa que una mamá está en

internación conjunta y de repente desde tener a su bebé normal por ejemplo pasa a Neo, por algo normal, algo sencillo. Ahí, ese estar, ese mamá y bebé se corta. Imaginate esa situación, una mamá puérpera... es terrible a veces el exceso de angustia y llanto. Y trabajamos esto... y tratando siempre con el equipo médico que sea libre ese acceso. Es lo ideal... pero viste que a veces no pasa.

E: ¿Cómo es eso, a qué te referís?

F: Y... a veces no siempre se logra eso. Trabajamos mucho para que algunas mamás vayan. Hay casos, donde listo, surge de la mamá querer estar ahí urgente con su bebé. Pero a veces no y ahí es donde yo aprovecho y voy... y ahí es ese enseñar que ese bebé necesita contacto, necesita mirada, a eso me refería.

E: ¿Esto del contacto que me decís? ¿Cómo lo describirías, qué sería...?

F: Mirá... no es todo blanco o negro. Y además, cada caso es particular y único. Enseñar es una tarea de conjunto. A veces escuchas que la enfermera de lactancia le pregunta, o le enseña, o le dice.... Y entonces ahí una va sabiendo también qué intervenir.

E: ¿Y esas intervenciones cuales o cómo serían?

F: A veces quizás hay temas entre el papá y la mamá. La mujer está en un momento vulnerable emocionalmente; y además, por más que sea todo bien, está en un contexto de hospitalización. Nuestra paciente es la madre. Siempre si está el papá preguntamos si quiere hablar, y si dice que no, volvemos a pasar para darle un espacio a ella. Que ella pueda preguntar y dialogar de lo que le pasa. Evolucionamos en función de la necesidad de la mamá y su historia clínica. Si a veces es necesario por algunas cuestiones abordar lo que es el conjunto de la familia...

E: ¿Cuándo por ejemplo?

F: Y ponele un bebé con sífilis. Ahí si hay que abordar al papá. Porque es un Diagnóstico difícil que por las características los involucra. Pero no perdemos de vista que la paciente es la mamá.

E: ¿Esto que me decías del trabajo con la familia... la otra vez me decías que era abierto a cualquier persona significativa... qué entienden por significativa?

F: Mirá. Sin lazo de sangre. Sin lazo político. Si es amigo, si es vecino, no nos importa. Lo que nos interesa es ese lazo que une a esa mamá con la persona que consideren. La mamá decide.

E: Ah... a ver si entendí bien... ¿en el caso de madre y padre, siempre la decisión es de la mamá?

F: Mira, uno trata de dar lugar a la pregunta, pero como te decía antes, es la mamá... Igual no es que solo esa persona puede. Es decir, hoy una, mañana otra... a lo que voy es que tiene que ser alguien que esa mamá sienta importante, necesario.

E: Ah... claro, entiendo. Y Flor, respecto a esto de la mamá que me decías. La otra vez vos me hablabas de la necesidad de conectar a la mamá con el bebé. ¿cómo es eso? Podrías describirme alguna situación concreta.

F: Mirá. Yo estoy en tercer año de la concurrencia. Quizás hay otros que vivieron otras situaciones. Conectar es esto que te decía de escuchar y atender a esa mamá que a veces desde el primer momento ese bebé es hijo, y a veces es algo que salió de la panza solamente. Y bueno, nosotros no estamos ahí para juzgar, no es bueno o malo. Pero ahí si hay que conectar (hace gesto de unión con los dedos). Nosotros tenemos que intervenir armando esa historia. Logrando que esa mamá subjetivice a ese bebé. Darle un lugar desde la formación en la panza. A veces se puede, y a veces no, porque el bebé ya nació. Es una mamá que viene a parir. A veces vienen incluso solo a tenerlo de otro país y se van. Y ese momento, ya no apuntas al embarazo, sino a este bebé que está acá y es de ella. Ósea, imagínate que hay casos de madres que aún no lo reconocen. Eso depende de cada una, de su historia, de su situación, de ese embarazo. Nosotros no estamos para juzgar. Estamos para ayudar, más aún imagínate si no es un buen pronóstico, o como hablábamos antes, es una mamá que su bebé se fue a Neo lo haya visto o no.

E: Claro, sisi, entiendo. Y respecto a esto de los pronósticos, y del acompañamiento. ¿Cómo manejan este momento de la información a la familia? Es decir, por ejemplo, un bebé que tiene alguna patología, y hay que comunicárselo a esta familia, a ésta mamá ¿Cómo lo manejan?

F: Mirá..., tenemos un equipo de diagnóstico pre natal, a cargo de Silvana Nadeiro; que lo que hace es cuando el ecógrafo o el doc que atiende a esa mamá ve algo, le

hace la orden y el seguimiento. Para que ellos intervengan y bueno, por consecuencia nosotros. Otras veces, puede pasar sobre la marcha, con esa mamá que te decía antes que vino y apareció solo para parir. En esos casos, siempre el médico habla primero.

E: Ah.. ¿No van ustedes sin dar diagnóstico, pero como a preparar a esa mamá?

F: No, no... a veces podemos llegar a ir en conjunto... pero no. Igual esto quizás la gente de planta tiene más experiencia. A mi no me tocó casos así. Pero si lo que hacemos es... viste que los médicos siempre hablan muy difícil... Como poder bajar ese discurso médico hegemónico. El médico a veces no contempla esas fantasías que la madre tiene respecto a lo que pueden estar diciéndoles. Lo que si hacemos es que cuando le dan un diagnóstico, es ayudarlas a que anoten todas las dudas. Los miedos, las preguntas, trabajamos con eso, y ahí si, vamos y le pedimos al médico que vuelva a ir y que de el lugar a esas preguntas. Que pueda explicarle un poquito mejor. Y sino, estando nosotras con ellos, para que se entienda. A veces el idioma, a veces la formación de la madre, muchas son de muchos lados distintos..., es difícil, y hay que acompañar.

E: Claro... Bueno Flor. No quiero quitarte mucho más tiempo que sé que tenés otro compromiso. Te agradezco un montón!!

F: No, por favor, cualquier cosita, me escribis.

E: Gracias Flor. Un beso, cuidate.

F: Vos también Naty, muchos éxitos, dale que queda poquito!!!!

Entrevista 2

ALEJANDRA – MAMÁ EX INTERNADA EN LA MATERNIDAD

FECHA: 19 DE SEPTIEMBRE DE 2020

HORA: 15:00

DURACIÓN: APROX. 50 MINUTOS.

PRE ENTREVISTA: La mamá toma contacto el 11/09 después de haber visto el aviso en las redes sociales de unas médicas.

Acordamos entrevista para el miércoles 16/9 a las 15 hs. Al comunicarme no atiende. Vuelvo a mandar mensaje y acordamos entrevista para el sábado 19 a las 15 hs. Refiere la necesidad de hacer llamada telefónica, ya que tiene muy mala conectividad.

E: Hola Alejandra, soy Natalia, la chica que está haciendo la tesis.

A: Si, como está?. Dígame.

E: Te cuento. Yo estoy haciendo mi tesis sobre la relación de las mamás con sus bebés en Neo de la Sardá, y quería conocer un poquito como viviste ese momento, cómo fue esa internación. Lo que vos quieras contarme. Yo voy a ir quizás haciéndote algunas preguntas, pero siempre puedes responder lo que vos quieras.

A: Bueno, no se..te cuento un poco... yo lo tuve en el 2015. Estaba todo normal. Yo estaba embarazada. De repente en la semana 27 se dejó de mover. Fu a la maternidad, escucharon ahí los latidos, y estaba todo bien. Me mandaron a casa, pero después yo seguía sin sentirlo mover. Así que volví y ahí me hicieron una ecografía y me dijeron que no tenía líquido y que como había muy poquitos latidos, tenía que ir a una cesárea. Y bueno, nació mi bebé con 790 gr. Lo mandaron a Neo y estuvo con respirador 44 días.

E: Ah... y ¿cómo fue ese momento de encontrarte con tu bebé?

A: Mirá, al día siguiente de nacer yo ya quise ir a verlo. Y ahí estaba con esa luz azul que le ponen para no me acuerdo que es

E: La bilirrubina?

A: Si... para eso... y ahí estaba él. Lo vi todo, pero no lo pude agarrar. Después al tercer día fui y me preguntaron si lo quería cargar y yo dije que si, y me lo dieron.

E: ¿Y cómo fue ese momento previo a ir a Neo?

A: Antes de ir a neo vino una psicóloga y me contó que era muy chiquitito para que no me asuste porque imagínate que yo nunca había visto algo así.

E: ¿Y cómo fue ese momento que te fue a ver?

A: Me brindaron mucho apoyo, me venían a ver por si quería hablar.

E: ¿Y ese día que fuiste por primera vez, quien te recibió?

A: Una enfermera. Ella em dio que me saque todo. Los collares, los anillos. Todo. Que me lave las manos. Me contaron que iba a estar ahí cerca de 90 días. Él estuvo más tiempo en UTI y después pasó a UCI que ahí estuvo menos tiempo. El crecía muy bien, pero no dejaba el respirador.

E: ¿Y después las otras veces que ibas, cómo era?

A: La mayoría de las veces estaban las enfermeras. Ellas eran muy buenas. Nos contaban todo. Y la mayor parte del tiempo siempre te dejaban en contacto. Y ellas también siempre lo cuidaban mucho. Siempre que saludaba, me preguntaban y me lo ponían. Sino, yo lo pedía. Siempre preguntaba si lo podía tener.

E: Tengo entendido que tienen la posibilidad de quedarse en la casa de madres. ¿Vos como te arreglabas con esa situación luego de tu alta?

A: El primer mes yo iba y venía, pero imposible, después ya me quedé ahí con él. Con todas las mamás también.

E: ¿Y cómo fue el tema del acompañamiento de tu familia o amigos en ese tiempo internada?

A: Yo estuve con el papá; pero como era militar, él no podía estar siempre.

E: ¿Y quienes te acompañaban?

A: Y a veces me sentía sola,. Pero la verdad que como estaban los días de visitas, y venían mis tios, los abuelos, mis cuñadas. Podían entrar. Podían venir a verlo y a estar.

E: ¿Y cómo era ese momento, podían entrar también?

A: A mi me gustó mucho que me ayudaran. Yo no sabía lo que era un bebé tan chiquito. Las chicas de lactario también. Ellas te preguntaban siempre. Siempre alguien estaba cuidándote. A mi me gustaba mucho. Bueno, no me gustaba estar ahí porque mi bebé estaba mal, pero me sentía bien.

E: ¿Y que me dirías que aprendiste?

A: (rie) (silencio) Ay, no se... (silencio) me enseñaron todo. A cambiar el pañal, a darle la leche. Vos también aprendes sola al verlo. Yo aprendí, y ya sabía si saturaba mal, si estaba agitado, lo que sea, yo me daba cuenta. Yo ahí como que ya aprendí todo. Era como tu casa.

E: ¿Y como aprendiste todo?

A: Ellas te lo enseñaban. Por ejemplo al cambiar el pañal. Y al principio me daba miedo, pero después lo hacía yo. Y a ellas uno la ayuda que lo haga. También para dar la teta, como darle la teta. Como hacerlo.

E: ¿De quienes dirías que aprendiste?

A: De las enfermeras. Ellas te enseñan a pesarlos. Porque los prematuros se pesan todos los días. Lo ponía en la balanza y anotaba el peso. También me enseñaron a tomarle la temperatura, y yo se la tomaba y anotaba. A mi me gustaba, porque prefería hacerlo yo. No que lo haga otro.

E: Imagino que en esos momentos, durante esos meses pasaste muchos momentos buenos y malos respecto a la salud de tu nene. ¿Qué te explicaban?

A: Si... él estuvo sin respirador 1 semana y tomando por sonda y la enfermera me decía que eso era lo mejor. Me decían que le del pecho para que succione. Igual una enfermera me dijo que tome el pecho porque él ya tenía el reflejo. Que no lo deje solo con la sonda. Que le de el pecho. Y Cuando llegó a los 2,500Kg y empezaron a decirme que le de solo la teta, que el podía por la boca para que aprenda a comer. Y ahí cuando tomó la teta, nos dieron el alta.

E: ¿Cuándo pudiste empezar a darle la teta, cuánto tiempo...?

A: En UTI me dijeron que la teta no. Porque se agitaba mucho. Entonces me dieron con la jeringuita.

E: ¿Y quién lo hacía?

A: Yo. Ya me enseñaron que tenía que poner la jeringa para arriba, sacar el émbolo, apretar y sacar el aire, y ahí soltar la leche. En UTI a veces estuvo por sonda y ahí aprovechaban y le revisaban el estómago. A ver si tenía algo. Yo no me animé, no

quise, pero me enseñaron a hacerlo; a ver si la leche estaba. También conocí a otras mamás. Pasábamos mucho tiempo juntas y compartíamos muchas cosas.

E: ¿Alguna experiencia que me quieras contar que hayas vivido. Que recuerdes?

A: Yo me fui y a la semana o a los días tenía que volver a control de pediatría y de neurodesarrollo.

(se corta la comunicación. Me vuelve a llamar)

A: te decía que entonces justo estábamos dando de alta la obra social por el trabajo de mi marido. Entonces lo atendían en el Hospital Militar. Ah. Y me acuerdo también que cuando estábamos internados le iban a hacer un estudio porque no podía respirar bien y lo iban a llevar al Garrahan, pero un doctor me dijo que no hacía falta; porque el iba a poder dejar el respirador. Entonces no lo llevaron y le sacaron el respirador, y le dejaron el SIPAF y el aguantó, entonces por suerte no lo llevaron. Y también lo operaron, de una hernia inguinal. No era grave, pero lo operaron. Y el corazón estaba todo muy bien.

E: Ah... claro... ¿Y cómo fue cuando te dieron el alta? ¿Quién te lo comunicó?

A: En el hospital militar lo derivaron al Htal de Niños Gutierrez para hacer una resonancia en la cabeza. Porque el no se sentaba y no tenía un buen desarrollo, y le encontraron algo periventricular. Y me dijeron que era por la prematurez. Y ahí la vio otra neuróloga de la Obra Social y me dijo que él tenía una parálisis cerebral, y que seguro había sido por sufrimiento en el parto. El ahora hace Kinesiología, fonoaudiología y fisiatría.

E: ¿Y a vos ya te habían contado algo en la Sardá?

A: De cómo estaba no... Yo me acuerdo que antes de entrar a quirófano, vino una doctora y me dijo que como era muy chiquitito, podía tener problemas. Pero a los días, le hicieron una ecografía de la cabecita y había salido todo normal. Ellos no sabían que él tenía algo.

E: ¿Y después que vos estabas con tu bebé y tenías que retirarte, cómo era ese momento?

A: Me acuerdo que me iba a la habitación muy mal a veces; y me acuerdo que había una psicóloga que venía. Pero también entre las mamás de ahí nos apoyábamos. O

yo veía una mamá llorar y me acercaba y yo iba. Yo me sentí muy acompañada por todos.

E: ¿Cómo describirías esos momentos con tu bebé?

A: Tengo recuerdos buenos y malos. Malos es que una vez una enfermera me dijo que mi bebé nunca iba a poder comer por la boca. Esa era una mala. Nadie la quería. Eso no me gustó, y además mi bebé hoy come por la boca!

Y momentos lindos un montón. Me acuerdo de las enfermeras.. (silencio)

E: ¿Hola?

A: (silencio)

E: ¿Alejandra?

A: (llorando muy angustiada) Estuve muy apoyada siempre por ellas.

E: Qué bueno..., y que bueno que luchaste mucho y acompañaste siempre a tu bebé. Fijate que gracias a todas estas terapias y a todo este esfuerzo, eso que te dijeron; que no te gustó y te puso tan mal, hoy es solo un recuerdo. Tu bebé come, a tu bebé lo escucho mientras hablamos.

A: Si. Yo me iba tranquila. Ellas eran tan buenas. Ellas te veían y te ayudaban y si estabas cansada o no te veían, te decían que te vayas y te quedas tranquila. También te preguntaban como estabas con el papá. El último tiempo yo tuve peleas. A último momento me sentía muy sola y las enfermeras y las mamás me apoyaron mucho. Cuando le daban el alta a alguna, siempre nos poníamos felices. Y de hecho seguimos en contacto.

Yo me hice muy amiga de una chica sola sin familia. Con ella seguimos hablando. Nos entendíamos. A veces estabas ahí y era comprensible lo que pasaba. Nos entendíamos.

E: Y hoy estás con tu bebé en tu casa.....

A: Si, como decía usted. Valió la pena. Ahora él hace las terapias y me dijo la neuróloga que él está progresando, pero que puede mucho más.

E: Bueno Alejandra. Te agradezco muchísimo. Yo voy a seguir haciendo unas entrevistas y el martes la reviso con mi profesora. Quizás, si queda alguna preguntita, me esté comunicando nuevamente con vos.

A: Si, no hay problema. Si necesitás más mamás, avísame, yo puedo decirle a una amiga

E: Ah! Si, me encantaría.

A: Yo le escibo y te paso el teléfono.

E: Bueno, muchísimas gracias.

A: De nada

Entrevista 3

ENTREVISTA A NATALÍ – EX ENFERMERA DE NEO

DÍA: JUEVES 10 DE SEPTIEMBRE DE 2020

HORA 19:00

DURACIÓN: APROXIMADAMENTE 1:30 HS

E: entrevistadora

N: Natalí, enfermera.

E: Hola ¿Cómo estás?

N: Hola! Bien vos?

E: Bien! Todo muy bien gracias a Dios.

N: Me alegro.

E: Te cuento un poquito. Yo estoy haciendo mi tesis sobre las intervenciones que se hacen en neo para la relación de las mamás y los bebés, y quería saber si podías contarme vos desde tu rol, lo que consideras que es importante, como lo hacen, etc.

N: Bueno, no se si sabes cómo se organiza Neo..

E: Un poquito una profesional de planta me había contado, pero me gustaría que puedas contarme vos que lo vivís de adentro.

N: Te cuento..., vos tenés la Neo 3 a la que asisten bebés del exterior 1 sala con prematuros extremos y otra de extremos quizás también para engorde. En la segunda sala, canal 2, son los que estuvieron más cerquita de la edad gestacional, pero que tiene problemas respiratorios o pueden estar para engorde sin bigotera. Después tenés UCI que tienen bigoterías, vías, sonditas; y UTI que estan con respirador, Sipaf, o los prematuros extremos. Ahí, cada bebito tiene sus propios elementos. Cada uno lo suyo. Y después que se va, o se lo lleva, o se limpia y desinfecta todo.

Y después Neo 2, está más cerquita del quirófano. Ahí ya tenés más para luminoterapia, ya sea internos o externos y los que quizás si de canal 2 está lleno, y el bebé está ok, lo recibimos ahí.

E: Ahh.... ¿Y particularmente, como es estar en NEO?

N: mirá, lo primero que te enseñan es el vínculo con la mamá. Salvo que veas que el bebé desatura, siempre tratar que esté con la mamá. De hecho ellas pueden estar las 24 horas. Los papás hasta las 21 hs. La idea es que el bebé esté siempre acompañado. Si nosotros observamos que el bebé está bien, ahí le enseñamos a darle la leche, a hacer más cosas.

E: ¿Cómo es eso?

N: Si, siempre le decimos que le hablen. Tratamos que el apego siempre esté presente. Siempre cuando quiera la mamá. Y nosotras siempre tratando ahí de ayudar.

E: Respecto a esto que me decis... cómo es esto que siempre que quiera la mamá, ustedes siempre tratando de estar ahí?

N: Si siempre tratamos que se involucren. Que estén ahí con ellos haciendo. Si vemos que no, si está la psicóloga le decimos que se fije. Igual, viste que depende el momento del día. A la noche es más tranquilo, y ahí a veces tenemos más tiempo de hablar y estar con las mamás. Apagamos las luces, ponemos la radio, charlamos más

distendidas con ellas..., A veces incluso le decimos que no vengan. Quizás si las vemos muy cansadas... que vayan, que duerman un poquito. Nosotras se los cuidamos. Pero es importante que ellas estén bien para sus bebés.

E: ¿Y cómo lo toman, como es esto que se vayan, porque imagino que algunas tienen sus casas post alta?

N: Si... lo bueno es que la Sardá tiene una casa de mamás. Entonces ellas tienen ahí su locket, tienen todo. Pueden también salir, ir y venir. Y cualquier cosita, siempre tenemos el número de la habitación, y las llamamos, o les contamos, o les pedimos que vengan. Ponele si a veces estamos muy complicadas, las llamamos para que ellas también nos ayuden a nosotros con el trabajo.

E: ¿Y como interpretan este vínculo ustedes, qué entienden por él?

N: mirá... siempre hay que tener muchísima paciencia. Mucha pero mucha empatía. Yo te digo, incluso lo viví después como mamá. Hay que ponerse en el lugar de ella. Son bebés muy chiquitos. Esa mamá esperaba otra cosa. Tenerlo, irse con su bebé. Y de golpe están acá... y no con su bebé como quizás esperaban. Y entonces ahí vas, siempre primero te presentás, le contas lo que va a ver, lo que es, quien sos, que horarios estás... Y le preguntamos si quiere tenerlo y si no puede, por el bebé o por ella. Lo que si hacemos es abrirle ahí la cunita. Andá, hablale, tocalo. Ellos te reconocen. Asique no piense que no... ya te escuchan, ya saben que sos vos. Sentilo.

E: ¿cómo logran eso?

N: Le enseñamos como tocarlo. Para que es cada cosa... que esta lucesita es para el corazón, que el tubito este para tal cosa, que esto otro para tal otra... le explicamos también porqué no puede tenerlo en upa... por qué mejor que el bebé no se canse.

E: ¿Y cuando no pueden más que tocarlos, cómo hacen en esos casos?

N: Mirá, siempre involucrarlas. Por ejemplo, ellos usan pañales de prematuros... entonces que se pongan a cortarlos, a armarlos. Les enseñamos como, y las dejamos al lado de la cunita haciendo sus pañales para su bebé. Entonces ellas se ponen y lo hacen. Nosotras pasamos, charlamos... estamos ahí acompañándolas pero ellas están haciendo algo para su bebé.

E: ¿Y respecto a las visitas, cómo manejan eso?

N: Mirá, tenemos días de abuelos, y hermanos.

E: ¿Y qué les enseñan a ellos, quién lo hace?

N: Nosotras. Ellos supuestamente se les explica antes, pero nosotras les enseñamos a lavarse y como entrar. Que tienen que dejar las cosas afuera.

E: ¿Y Naty, cómo es ese primer encuentro de las mamás con sus bebés?

N: Mirá... las mamás siempre son más receptivas. Generalmente el papá es el que toma más distancia y cuesta más que tome el contacto. Pero para nosotros es importante que lo hagan ambos. Entonces a veces tratas por el chiste.... No se... vas y le decís... bueno bueno... a ver si papá sabe cambiar pañales. Hoy le toca a él cambiarlo.... Así jjugando y cargándolos, pero siempre con el respeto..

E: ¿Cómo entienden ustedes que es necesario intervenir un poquito más en alguna familia?

N: Lo mirás... si bien estás haciendo otras cosas, estás atenta a cada familia. Y ahí si ves que se queda solo mirando. Que no lo toca, no le habla... ahí vas... despacito, te sentás al lado... hablás con ellas.

E: ¿Y quien habilita que esa mamá pueda ir tocar a su bebé, o qué puede hacer?

N: Después de la visita del enfermero de piso, ellos nos avisan que está estable y ya puede. Y sino, si no viene, la llamamos nosotras. También es darle mucha atención a esa mamá. A veces es necesario despertarla porque su bebé tiene que comer, o decirle que vaya al banco de leche a sacarse. Siempre tratamos de fomentar que vayan al lactario para que se saquen leche y traigan, así no le damos fórmula.

E: ¿y eso cómo lo hacen?

N: Y mirá, tratando de alentar siempre con que en algún momento ese bebé va a tomar la teta, dale mami, no te desanimes... sacate, así seguís teniendo..."

E: ¿Y estar con la familia, quienes están, quienes toman contacto en NEO?

N: Nosotras. El médico está en la primera visita con la familia, y nosotros después lo llamamos si hay una urgencia, o si lo llega a necesitar alguna mamá.

E: ¿Y estas decisiones que vos decías al principio de si satura bien o no se lo damos..., quien la toma?

N: Nosotras. Estamos todo el día nosotras. Muchas veces ante la duda consultamos al doc, pero es más a criterio nuestro.

E: ¿Y con la alimentación?

N: Muchas veces somos nosotras las que le damos su primer comida. Porque si la mamá está mal, o hasta que pueda venir y se siente bien para hacerlo, imagínate que comen cada 2 horas los prematuros extremos. Si tiene baja saturación le damos por sonda. Lo que si hacemos es que por más que tenga sonda, si puede, cada 3 horas que la mamá le de la teta. Por más que no tome, no importa. Pero que si reconozca el pecho y viste, por la succión... para que no sea vaguito después.

E: ¿Y con las otras intervenciones que hacen?

N: Nosotras siempre. Es más riguroso NEO. Es más militar (risas). No te podes equivocar en nada. Nosotras aprovechamos a hacer muchas cosas a la noche. Ahí los bañamos, los rotamos. A la noche se bañan y se pesan. Bueno, a los prematuros extremos, no los bañamos. Si son bebés de canales de engorde, ahí si les damos que ellas los sequen. O a veces, dependiendo, ponemos ahí la cuna con agua y los bañan. Y por ejemplo, si pasan de canal, o de sector, si... a veces vamos a visitarlos. Como que somos una familia. Imaginate que estamos mucho tiempo con ellos.

E: ¿Y hay psicólogos especialistas en NEO?

N: Si hay...

E: ¿Cuándo intervienen ellos?

N: Y por ejemplo si fallecen... lo que no hay es contención para los enfermeros, o el personal de salud. Me pasó que se me murió uno que cuidé y yo no podía prepararlo... porque viste que nosotros le ponemos una ropita que le pedimos a los papás que dejen, y lo preparamos... y yo no pude... tuvieron que hacerlo mis compañeros. Se lo viste... y se lo pone en la cunita en una salita, para que puedan despedirse. Ahí en la sala de aislamiento... y después lo ponemos en la bolsita, y lo rotulamos para la morgue.

E: ¿Y quién acompaña a las familias?

N: A la morgue las psicólogas. A mi la NEO me sirvió mucho para aprender a contener a las mamás. Cuando quedé embarazada, me mandaron a piso, porque en NEO son muchas horas, mucho trabajo. Y todo lo que yo había aprendido en NEO ayuda mucho.

E: Claro... y Naty, pregunta, esto de poder acompañar a las mamás, y ser maternidad centrada a la familia; ¿Cómo lo manejan, quienes pueden estar?

N: Siempre decimos que pueden elegir una persona y si esa persona cambia, nosotros nos avisamos entre los turnos. Nos lo pasamos de guardia en guardia. También si está todo tranquilo vienen los abuelos.

E: ¿Y cómo orientan esa práctica que hacen con cada chico?

N: Siempre haciendo todo para que los papás estén ahí. tenemos que ser un gran equipo. Si ellos están y se ocupan de sus bebés, nosotros podemos estar también con otros, y así sucesivamente.

Cuando vemos a los papaás con sus bebés, nos da mucha satisfacción, porque pudimos lograrlos, y focalizar en otras cosas. Ellos necesitan conocerse... necesitan aprender a mirarlos. A veces son ellos mismos los que nos dicen, mirá, note tal o cual cosa, o hizo algo. Y eso para nosotros es más alerta. Porque es la mamá la que la mayor parte de las veces no se equivoca. Cuando vos empezas a estar en NEO, te enseñan a ser equipo con los papás. A escucharlos a ellos.

E: ¿Quién te enseñó?

N: Pucherman me enseñó mucho., él era enfermero cuando entré. Y después te enseñan los bebés y los papás. Ellos te enseñan más que nada.

E: ¿Vos me decías que también lo viviste como mamá estar en Neo... qué podrías contarme?

N: Con mi primer bebé, que lo tuve ahí, estaba anémica, el nació de 35 semanas, y no podía darle la teta. Pero estaba tranquila, porque había días que no podía levantarme para ir, pero sabía que estaba cuidado. Con el segundo me pasó lo

mismo, pero ya no lo tuve ahí y fue feo. No era conocido. Si bien me sentí contenida, aunque sin equipo de psicólogos.

E: ¿Y después de esos encuentros con el bebé, quien contiene a los papás cuando salen de NEO?

N: Si los vemos muy mal, llamamos y los psicólogos los ven en el cuarto. A veces también las psicólogas los acompañan a NEO. Y algo que hacemos es siempre estar comunicados con piso. Por ejemplo, no se..si se van mal, los llamamos para que sepan que reciben a esa mamá que viene de acá, y ellos también le pregunten, la contengan. Lo mismo al revés, si no vienen, llamamos para que la manden.

E: Una experiencia que puedas contarme....,

N: El caso de ese bebé que falleció..fue muy duro para mi... fue un duelo. Y hubo un bebito también, que la mamá no lo quiso, y lo dio en adopción. Y estuvo mucho tiempo con nosotros. Yo lo sacaba a pasear por los pasillos, iba y venía con él por todos lados. Le compraba ropita. Uno se hace carne de ese bebé. Los bebés judicializados tardan mucho tiempo en irse, y quedan en NEO. Y es fuerte, viste, porque un día llegas, y yo por ejemplo como soy de la noche y las cosas pasan durante el día, llegas y no está, le dieron el alta. Se lo llevaron y decís... ¿Dónde está mi bebé? Vos ya lo conocés, sabés que posición le gusta, cómo le gusta...

E: ¿Cómo es la organización entre ustedes... rotan, cada una tiene algunos...?

N: No intercambiamos bebés. Tratamos que si hay un bebé respirado, tengas otro menos complicado, eso en UTI. En UCI tenés aproximadamente 5 bebés. En canales menos complicados, ya tenés una sola enfermera que se encarga, en canal 3 dos enfermeras, y así depende la complejidad. Y a veces, vamos a recepción de RN. Eso depende, la que esté más tranquila. O también a la que le guste. No se... a mi me gusta, asique a veces me llaman y me piden.

E: ¿Y después que se van, cómo es eso?

N: es lindo, sacamos la fotito..., pero bueno... se van con tu corazón en el alma. Además ellos siguen en tratamiento. A veces cuando ya sabes que día van, vas a verlos. Y con esos seguimientos surgen cosas. No se... por ejemplo, a veces no hablan bien, van a psico hasta que les dicen que tiene dislexia. Y es la lucha de su vida....

**Uno como papá en algún momento va a estar solo. Y nosotros mientras es bueno....
¿cómo te ayudo, cómo te suelto?**

E: (sonríó) claro..., ¿Algo más que me quieras contar?

N: No... espero que te haya servido.

E: Muchísimo. Y te agradezco también un montón. Yo en unos días tengo que supervisar mis avances, cualquier duda que surja, te agradecería si puedo volver a llamarte.

N: Si Naty, lo que necesites.

E: Gracias Naty. Muchas gracias. Que sigas muy bien!!!

Entrevista 4

ENTREVISTA A GUSTAVO – COORDINADOR DE NEO

DÍA: JUEVES 16 DE SEPTIEMBRE DE 2020

HORA 14:00

DURACIÓN: APROXIMADAMENTE 1:30 HS

N: Hola Gustavo, ¿Cómo estás?

G: Hola! Todo bien. Llegando.

N: Bueno... no te quiero quitar mucho tiempo. No se si el doctor Almada te contó el motivo de mi llamado... yo un poquito ya te dije el otro día en el audio, pero bueno, estoy haciendo mi tesis y me interesa poder comprender y conocer las intervenciones que ustedes realizan en NEO para lograr el vínculo de la mamá con el bebé. Del bebé en general con su familia.

G: Si, bueno... primero, en realidad, el vínculo se da desde la sala de partos. A veces pueden estar un poquito con su mamá. Hay que analizar siempre cada caso en particular. A veces es solo la mirada, y a veces ni siquiera, porque esa mirada, con 500 gr no puede llevarse adelante y se queda la mamá sin la posibilidad del contacto piel a piel.

N: ¿Y eso como lo determinan?

G: Y depende... a veces de día es más fácil porque hay más gente, es más efectivo para que lo vean. A veces también depende de la cesárea. Imagínate que si la mamá tuvo una , o hubo otra complicación, a veces no puede verlo hasta 3 días después. Pero hay algo que siempre depende de nosotros. Imagínate que nosotros estamos ahí y tocamos a los bebés... entonces, si nosotros lo hacemos... ¿por qué no va a poder su mamá? Osea, su mamá, su papá, su tía, abuela, quien sea..no...

N: Respecto a esto ¿Quiénes pueden ingresar?

G: Es irrestricto, incluso para los papás. Ahora bueno..con el COVID cambió pero solo de afuera, a veces los hermanos. Si no llega a haber papá cualquiera que la mamá autorice.

N: ¿Y cuando ya sea la mamá, un hermano, un familiar va a entrar, qué se hace?

G: Primero que nada, es informar cómo serán esos primeros días en NEO. Imagínate que esa mamá llega a un lugar súper invadido por ruidos, por monitores, luces... entonces ahí les explicamos cómo serán esos primeros días. Les contamos que alrededor de las 8 o 9 am hacemos el pase de sala y que en ese horario en general no va a poder ingresar. Eso porque los papás no pueden escuchar el informe de otro bebé. Ponele que se olvidaron, o vienen de lejos, o lo que sea, tratamos que seguridad los frenen para que no lleguen.

N: Claro..., ¿Y después de explicarle éstos primeros días?

G: Tratamos con el médico de planta o el residente que siempre sepan su nombre. Que sepan quien va a estar y como se llama. Quienes vamos a atender a su bebé. En esto fuimos logrando una mejor atención, un mejor vínculo,, yo creo que es un cambio generacional. Somos médicos y enfermeros más comprometidos. Trabajan en el Finocchietto, en el Austral, en la Suizo, y acá, en la Sardá, con el mismo profesionalismo. Y eso te da ganas de formar parte de este equipo de salud.

N: Me imagino... claro... ¿Y ese vínculo imagino que ayuda a explicarle lo que viene..., que sería...?

G: Primero les enseñamos que se laven las manos. Después que no pueden entrar con el celu. Que lo pongan en la bolsita. Si, pueden tomarle alguna fotito, para los hermanitos, los abuelos. Bueno... más ahora, una lucha que tuvimos es que no se

cierre la residencia de madres. Por este tema del COVID. Lo que hicimos, para no cerrarla es que por política institucional, con este contexto, la mamá se queda o se va. Y si se va, ya no puede volver a entrar. Imaginate que si se nos contagia una mamá o un bebé, es una catástrofe. Entonces, se quedan en la residencia. Si te quedas ahí si puedes seguir entrando.

N: ¿Hicieron esta tan famosa burbuja de la que se habla?

G: Tal cual, así. No sale ni entra nadie de las familias. Asíque, por eso te digo que algunas fotos les dejamos, porque bueno..hay una familia del otro lado.

N: Claro... ¿y particularmente qué dirías que hacen en ppos de éste vínculo de apego?

G: Fundamentalmente habilitar el tacto. Hablarle, cantarle, que usen las jeringas si comen por sonda. Después de a poco vamos aumentando. Trabajar con esa mamá es fundamental.

N: ¿Qué sería lo que van aumentando, que hacen?

G: Y, el cambio del pañal por ejemplo. No importa que se manche la sabanita, importa que lo hagan ellos. que quizás le den una medicación, que hagan el copap. Si no puede verl por la cesárea, que igual vaya al banco de leche a sacarse leche. Nosotros una vez por mes hacemos un relevamiento para ver el tiempo de extracción de leche que tardan en ir al centro de lactancia. Eso nos indica porque es importante que lo hagan. Siempre les decimos, que descansen, que se saquen leche, aunque sean 2cm, pero lo hagan, aunque estén estresadas. Descansá, tomá líquido.

Sabemos que hay cosas que aumentan y fomentan ese vínculo y ellas siempre nos lo agradecen, valoran mucho todo l que habilitamos.

N: Claro... ¿hace cuánto tiempo estás en NEO?

G: Hace 25 años... uno ya va aprendiendo. Las mamás, los papás, vienen con gran carga emocional. Y uno trata de contenerlos y habilitarlos e incentivarlos en que van a crecer y que van a estar bien. Pero que también hay cosas que van a cambiar. Que va a haber días críticos.

N: ¿Y esos días críticos... qué sucede?

G: Tratamos de empatizar mucho. Que las familias trabajen y nos ayuden. El COVID no nos cambia ni la misión ni la visión. Cada familia es una situación particular. Nosotros no estamos acá para juzgar. Estamos para acompañar. Y cada uno elabora y transita como puede.

N: Claro... ¿Y como organizan la tarea?

G: Los enfermeros son independientes. Tenemos un cuidado individualizado según cada bebé. No funcionamos con protocolos de intervención mínima. Nos manejamos con planillas que tanto médicos como enfermeros vamos completando. Por ejemplo, con el copap, nosotros no les decimos cuanto tiempo pueden estar, si los vamos a sacar. Los dejamos en función de cómo responda. Si vemos que el chico no se estabiliza inmediatamente, vuelve a la cuna. Y se prueba mañana o después. Señal que ahora, en ese momento no está preparado. Y eso lo saben los papás y se los explicamos. Pero no los prohibimos.

N: Que interesante esto que me decís. Yo tuve un caso cercano que la madre pudo recién hacer copap al mes de vida...

G: (interrumpe) Es terrible! Es terrible!! Por eso es un cuidado individualizado. Imaginate que hay bebés que mueren sin contacto. Hay tanto que seguir trabajando en eso. No podemos permitirlo. Si hay que planificar y ver cómo ir progresando. Pero siempre tocar cada cosa en particular. Se necesita que se intervenga más, que se involucre más gente para lograr mejores condiciones. Sino, si yo restrinjo, pongo en riesgo la vida del chico. Yo creo en el cuidado individualizado. Y para eso, no hay recetas.

N: Igual entiendo que hay reglas que cumplir para visitas por ejemplo, ¿no?

G: Si, hay un protocolo donde hay psicólogos para los hermanos y los abuelos. Es un programa de simulación donde les explican si lo pueden o no tocar, los ruidos que hay, como van a estar. Es un programa desarrollado por Psicopatología de maternidad. En mi experiencia, te digo que no creo que haya otros programas así en ningún lado. Cuando mirás para adentro, ves la cantidad de gente que hace una tarea monumental. La jefa es Ma. Aurelia Gonzalez que es la esposa de Largúia Miguel, que es el jefe y el hijo del anterior jefe de la Maternidad.

Y ellos también hacen un seguimiento 10 años. Y eso es único... igual ahora que me decís, en estos años, nunca tuve la posibilidad de participar. Yo quizás les hago la logística, les llevo las cosas, tienen una incubadora, es todo bien simulado, entonces es más fácil después. Pero ahora hablando pienso que no sé que le dicen... el servicio no excluye. Siempre trabajamos juntos.

N: ¿En qué casos por ejemplo trabajan juntos?

G: Y por ejemplo, si vemos alguna situación agresiva, algo complejo. O algo raro entre padres o los maridos. En esos casos, urgente pedimos la derivación y psicopato decide. Pero los enfermeros son los que están en la línea de fuego. Porque el servicio funciona de 8 a 13, el resto del día, nosotros....

Imaginate que bueno, las mamás pueden estar las 24 hs, pero los papás hasta las 22..de 13 a 22, estamos nosotros, y nosotros...

N: Y ¿cómo dirías que es ese vínculo con las familias?

G: Cada familia se vincula con uno de manera diferente. Eso depende también mucho del profesional.

N: alguna experiencia, ¿podrías compartirme?

G: Mirá..tengo muchísimo recuerdo de los pacientes, pero trato de no vincularme emocionalmente. Es muy difícil, porque es un bebé. Yo lo tengo entre 90 y 120 días. ¿Cómo hacés para no encariñarte? Pero hay que mantener una distancia, sino, te haces mi (se detiene)... sino es difícil. Igual uno se engancha.

N: ¿Y lo más lindo?

G: Lo más lindo es la visita. Porque ahí es cuando se ven las secuelas. No siempre es ese tiempo. Entre los 4 y los 5 aparecen las dificultades, y viste que el logro es de todos, pero el fracaso después de nadie. Y ahí aparecen las secuelas. Neuronales, motoras, son difíciles, y frecuentes en casi todos, pero cuando siguen los tratamientos,, y vas viendo los resultados a los 7 u 8 años después... eso gratifica. Nosotros que trabajamos ahí, y que los tuvimos, sabemos que ellos lunes y viernes van a seguimiento. Entonces si podemos pasamos o vienen a vernos y eso nos da mucha satisfacción.

N: ¿Con respecto a los casos que no llegan a darse de alta.... Cómo atraviesan ese duelo con las familias?

G: El duelo nos cuesta a todos. Tenemos un sector especial para el duelo. Y los dejamos ahí... hoy bueno, tenemos protocolos por COVID pero nosotros. (interrumpe). Me pasó con un bebé de 40 semanas con mamá de presunción de COVID positivo, ese bebé se va directo a la morgue.

El duelo es neo y es sala de partos también. Es un bebé que nace, que quizás está una hora vivo, y muere. El contexto NEO también es sala de partos. Quizás, lo subo, le hago paliativos, para que tenga lo que se dice un buen morir. Que la familia pueda despedirse.

Antes de la cuarentena, venían quienes querían. Los dejábamos en esa sala separados, 4, 5 horas, lo que necesiten. Tíos, abuelos, hermanos. Quien sea. Con la posibilidad de la privacidad, como si fuera un responso. Ese es el momento del responso.

Y con eso, seguís aprendiendo. Te das cuenta de lo importante...

N: Me quedé con esto que me decías del protocolo de COVID... qué fuerte no poder despedir a tu hijo.... Digo, esto que me decís que también es el vínculo en sala de partos.

G: Mirá... (respira hondo). La mamá no podía venir... pero en esto hay que ser humano... cerramos todo y le bajábamos al bebé. Teníamos todo armado. Por suerte 30 minutos antes, llegó el negativo. Igual por las dudas, como estuvo en aislamiento se lo llevamos, pero vos pensá que ese bebé se moría y se iba a la morgue y a cremar y todo, sin que esa mamá lo haya conocido..., eso es tremendo!

Por suerte Ma. Aurelia siempre está muy predispuesta, el servicio en general siempre predispuesto para ayudarnos todos.

N: Que bueno y necesario que existan profesionales así. Más aún en estos tiempos que todo a veces es tan frívolo. Que escuchamos en la tv todo el tiempo casos de familias que no pueden despedirse.

G: Siempre hay que ser humano ante todo.

N: Ya lo creo. Y ustedes sin duda lo son. Felicitaciones!

G: Gracias.

N: Bueno Gustavo. Te agradezco muchísimo. Yo voy a estar supervisando mis avances, y cualquier cosita, te agradecería si puedo volver a contactarte.

G: Si..

N: Muchas gracias! Que tengas buen día.

G: Gracias! Igualmente. Saludos.

Entrevista 5:

**ENTREVISTA MARIANA – MADRE DE MELLIZOS PREMATUROS
INTERNADOS EN OTRA MATERNIDAD DIFERENTE A LA SARDÁ**

Fecha: Septiembre 2020

Hora: 16:30 hs

Lugar: Videollamada de whatsapp

Duración: 1 hora aprox

E: Entrevistadora Natalia

M: Mariana

(Tomo contacto con Mariana vía WhatsApp, quien accede a realizar la entrevista por videollamada)

E. Hola Mariana, ¿Cómo estás?

M: Bien!!! Vos?

E: Bien. Gracias. Te agradezco que te tomes el tiempo para estas preguntas.

M: No hay problema, lo único, estoy pendiente de la sietsa de los nenes. Asi que hasta que se depsierten, tenemos tiempo.

E: Perfecto. Trataré de no robarte mucho tiempo.

M: NO hay problema.

E Bueno, quería pedirte que me cuentes cómo fue que llegaste a estar internada en Neo. Cómo fue vivida esa experiencia por vos.

M: Dale. Mirá..primero, al ser un parto de gemelos, tenía ya muchísima chance que los bebés estén en neo. La verdad que yo no quería saber nada, pero bueno, empecé a informarme, y la más recomendada era la Trinidad. Así que bueno, eso..en el caso que nos tocase, nosotros ya sabíamos que íbamos a Neo allá. Y al final... en la semana 36, yo tuve una coleostasis, por lo que hubo que hacer una cesárea y al final el miedo y mi negación, se hicieron realidad.

E: ¿Y cómo fue ese transitar neo?

M: Lo mejor de Neo es la gente. Yo después, entendí que me sirvió para organizarme. Neo es una escuela. A mi me enseñaron todo. No sé como hubiera hecho sino.

E: Y ese momento en qué te enterás que van a Neo, cómo fue? Tuviste algún acompañamiento?

M: Mirá... yo llegué, me mandaron a internar, y cuando entro a la habitación estaba la cunita. Me hacen el monitoreo y cuando la enfermera termina me dice: me llevo la cunita, porque los gordos no vienen para acá. Imaginate!!!! Fue muy chocante.

Bueno, fui a la cesárea, estaba el obstetra, otro médico más, y todos los de neo. Nació el primero, me lo pusieron al pecho. Yo escuchaba que las neos hablaban. Nació el segundo, y al toque se los llevaron. En ese momento uno de los neo, se me acercó y me dijo que se los llevaban a observación, que habían nacido con 2,100 y 2,400 kg. Yo no entendía nada. Volvieron, me los dieron para despedirme y por suerte, al toque pudo ir Ari a verlos.

E: ¿Y vos?

M: A mi, como fue cesárea, no me dejaban ir hasta el otro día. Y ahí me agarró un ataque. Enseguida hablé con mi obstetra y él me autorizó a que vaya en la silla de ruedas. Asíque, ese día, a las 23 que se me había ido la anestesia, fui.

E: ¿Cómo fue ese momento?

M: Me lloré la vida. Fue re triste. No dejás de verlos conectados. Te hablan de cosas que no entendes.

E: ¿Quiénes te hablan?

M: La enfermera que se me acercó. Era una divina. Despues vino el jefe de Neo. La enfermera sabía todo. Me dio mucha tranquilidad. Ella sabía todo, me explicaba para qué cada cosa. El neonatólogo, más o menos repitió lo mismo.

E: ¿Y el tema del acceso a la neo, cómo es?

M: Podes estar las 24 hs. En general estabamos de 9 a 22. Ellas me echaban para comer, para descansar, etc.

E: ¿Y ese primer día, alguien te recibió? ¿Te explicaron algo, más allá del estado de los bebés?

M: *Mirá..ni bien entramos, todo lo que tiene que ver como higienizarnos. Tener el pelo atado. Te daban un camisolín que tenés que ponerte. Y después es estar ahí. Había momentos que estábamos mirando al techo. Al inicio yo no podía para de llorar. Yo estaba un rato al lado de una cuna, Ari en la otra. Mucho no podes hablar. Nos cambiabamos para estar un poquito con cada uno. Despues por suerte, se acercó una enfermera y nos dijo que corramos las cunas, que las pongamos juntas así nosotros podíamos estar con los dos. Esas cosas...*

E: ¿Y con el paso del tiempo, cómo fue esa relación con las enfermeras, con la gente de neo, etc?

M: *Las enfermeras me contenían y me explicaron de todo. Me decían que los veían super cambiados. Al toque me los empezaron a dar para hacer COPAP.*

Al segundo día, ya me enseñaron a cambiarlos. Hacíamos todo juntos. Yo me fui de neo dando pecho gracias a las enfermeras. La pueri se me sentaba al lado y me decía. “dale, dale, vamos! Vamos Mariana”

A mi me enseñaban a dar el pecho, y a Ari a dar con la jeringuita. Y ahí estábamos los dos.

E: ¿Algo más que recuerdes que te enseñaron, que aprendiste?

M: *Todo. A bañarlos, como secarlos. Que posición ponerlos, como sacarlos de las cunas. Todo lo que vos se te ocurra, las cosas cotidianas. Yo te digo Na, no seque hubiera hecho sin ellas. Es más. Las primeras horas ellos tienen que regular la temperatura, y ellas le ponían unas mantitas para que ellos activen. Me decían, no digas nada, porque me van a matar, pero lo hacían para sacarlos rápido. Para que ellos arranquen.*

E: Claro... ¿y recibiste algún tipo de apoyo de algún otro sector por fuera de la Neo?

M: *mmm... no, no tenían psicóloga. Lo que si, al volver al piso, las enfermeras saben todo. Son super contenedoras. Bueno, un día, vienen a las 22 y me dejan el sacaleche y me dice, solo lo dejo, mañana vengo. Eso era señal que iba a tener que irme. Lo llamé al obstetra y ahí hicimos un tramoyo me puso como que estaba hipertensa, para que me quede más días.*

E: ahh... tuviste esa posibilidad. Claro. ¿Y mientras estuvieron allá, el tema de las visitas, cómo era, quienes podían entrar, etc?

M: *mirá. 1 día los hermanos, y un día los abuelos. Fueron mi suegra y mis papás; pero para ellos fue muy traumático.*

E: ¿A qué te referís con traumático?

M: Nosotros tuvimos que explicarle todo. Ellos tienen solo 10 minutos por abuelo. Te aclaran que no pueden levantarlo, tocarlo, etc. Solo lo ven.

E: Y respecto a esto de explicarle ustedes, ¿Qué piensas que hubieses precisado?

M: No se..nosotros decidimos que no vengan más. Porque a parte viste que los abuelos son más sensibles, entonces ellos después quedaban mal. O un día les contábamos que no se... uno no comió, y ya ellos estaban llorando que algo pasaba, etc. Decidimos quedarnos nosotros solos, sin visitas. Es mucho lo que uno vive para cargar con el afuera también.

E: Claro. ¿Me decías que te dejaron el sacaleches, qué paso?

M: ah si..al otro día, escucho, “la liberamos” que decían las enfermeras. Pero ellas son pro teta. Y mi gran miedo era saber si se estaban alimentando bien. Pero bueno, me quede unos días más, pero ellas igual, les dejás leche por las dudas. Pero si toman de la teta, mejor.

E: ¿Qué más podrías decirme de tu vivencia en neo?

M: Mirá a las enfermeras yo las amo. Conocen todo a la perfección.

E: ¿El personal varía?

M: No, se ocupan los mismos siempre. Ellos eran como sus hijos o sus nietos.

E: Claro.. ¿Y se externaron juntos, o vos antes?

M: No..yo antes.

E: ¿Y cómo fue ese momento?

M: Imaginate. No podía parar de llorar. Ellas priorizan mucho el vínculo. Me veían llorar, y ellas me decían, quedate tranquila, te los vamos a cuidar muy bien, vos tenés que descansar. Pero a la hora que sea, me llamas, o te venís. No hay problema.

E: ¿Cómo te sentías con eso?

M: Eso me tranquilizaba, pero bueno, volver sin tus hijos, es terrible.

E: Claro... imagino. ¿Algo más que quieras contarme?

**M: Las manos me quedaban en carne viva..porque estábamos todo el tiempo lavándonos. Pero a la neo le debo todo. Yo voy a estar eternamente agradecida a ellos. No tenes un lugar de descanso, el lactario es chiquito, el locker es solo para camperas, el día no sabes si es día o noche, pero son todo. Eternamente agradecida a ellas.
(se despiertan los bebés de la siesta)**

E: No te molesto más, muchísimas gracias por el tiempo. ¿Una última consulta, vos podías elegir quien te acompañe?

M: Ah!! Una cosa, super importante. No... sabés que si la mamá está en coma o intervenida no se la reemplaza, salvo pedido expreso y hay que ver con los médicos, todo... no es tan fácil.

E: perfecto. Muchísimas gracias por tu tiempo.

M: A vos! Lo que necesites me avisas!

E: Gracias Marian!

Matriz de datos

CATEGORÍA	CAT. EMERG	REF	INCIDENTE
ORGANIZACIÓN	INSTITUCIONAL	1	<i>“Nosotros tenemos como 3 sectores, la sala común y después lo que es UCIN, sería NEO 2 y NEO 3.”</i>
		1	<i>“Y, en NEo 2 están los casos intermedios, y en NEO 3, los que tienen más riesgo”</i>
		1	<i>“Mirá, en el tercer piso, hay una residencia para mamás.”</i>
		1	<i>“En el primer piso, tenes la internación común, en el segundo, ginecología y cuidados intermedios, en el tercero, obstetricia y UCIN.”</i>
		1	<i>“Mirá..hay un par de cuestiones. por un lado, los papás pueden entrar hasta las 22 hs. a las mamás se les permite el acceso las 24 hs; y “</i>

		3	“lo bueno es que la Sardá tiene una casa de mamás.”
		3	“Te cuento..., vos tenés la Neo 3 a la que asisten bebés del exterior 1 sala con prematuros extremos y otra de extremos quizás también para engorde. En la segunda sala, canal 2, son los que estuvieron más cerquita de la edad gestacional,”
		3	“: No intercambiamos bebés. Tratamos que si hay un bebé respirado, tengas otro menos complicado, eso en UTI. En UCI tenés aproximadamente 5 bebés. En canales menos complicados, ya tenés una sola enfermera que se encarga, en canal 3 dos enfermeras, y así depende la complejidad. Y a veces, vamos a recepción de RN”
		4	“Bueno... más ahora, una lucha que tuvimos es que no se cierre la residencia de madres. Por este tema del COVID. Lo que hicimos, para no cerrarla es que por política institucional, con este contexto, la mamá se queda o se va. Y si se va, ya no puede volver a entrar”

		4	. Es un programa de simulación donde les explican si lo pueden o no tocar, los ruidos que hay, como van a estar. Es un programa desarrollado por Psicopatología de maternidad.
	FAMILIAR	1	<i>quien vos consideres familia. A quien sientas que es fundamental para vos. Ahí, se admiten hasta 5 personas que sean significativas</i>
		3	<i>“ellas pueden estar las 24 horas. Los papás hasta las 21 hs.”</i>
		5	<i>Podes estar las 24 hs. En general estabamos de 9 a 22. Ellas me echaban para comer, para descansar, etc.</i>
		4	<i>Es irrestricto, incluso para los papás.</i>

ACTORES	FAMILIA	3	tenemos días de abuelos, y hermanos.
			Siempre haciendo todo para que los papás estén ahí.
	FAMILIA AMPLIADA	1	<i>salvo que en N^o 3 uno tiene mayor intervención quizás con los hermanitos, o con la familia.</i>
			<i>A quien vos consideres familia. A quien sientas que es fundamental</i>

			<i>para vos. Ahí, se admiten hasta 5 personas que sean significativas.</i>
	PROFESIONALES	1	<i>Mirá, nosotras trabajamos principalmente en conjutno con el servicio social del Hospital.</i>
			<i>tenemos un equipo de diagnóstico pre natal, a cargo de Silvana Nadeiro; que lo que hace es cuando el ecógrafo o el doc que atiende a esa mamá ve algo, le hace la orden y el seguimiento. Para que ellos intervengan y bueno, por consecuencia nosotros.</i>
		2	<i>: Antes de ir a neo vino una psicóloga y me contó que era muy chiquitito para que no me asuste porque imagínate que yo nunca había visto algo así.</i>
		2	<i>La mayoría de las veces estaban las enfermeras</i>

INTERVENCIONES	DESTINATARIO	3	<i>las mamás siempre son más receptivas. Generalmente el papá es el que toma más distancia y cuesta más que tome el contacto</i>

	OBJETIVOS	1	<i>acceso de las familias, es una intervención</i>
			<i>tratamos de conectarlas con ese hijo.</i>
		3	siempre tratar que esté con la mamá.
	ACCIONES	3	Mirá, siempre involucrarlas. Por ejemplo, ellos usan pañales de prematuros... entonces que se pongan a cortarlos, a armarlos.
		1	<i>acceso de las familias, es una intervención</i>
		2	Me brindaron mucho apoyo, me venían a ver por si quería hablar.
			Ellas te preguntaban siempre.
		3	presentás, le contas lo que va a ver, lo que es, quien sos, que horarios estás... Y le preguntamos si quiere tenerlo y si no puede, por el bebé o por ella. Lo que si hacemos es abrirle ahí la cunita. Andá, hablale, tocalo.
		3	Ellos te reconocen. Asi que no piense que no... ya te escuchan, ya saben que sos vos. Sentilo.
		3	Mirá, siempre involucrarlas. Por ejemplo, ellos usan pañales de prematuros... entonces que

			se pongan a cortarlos, a armarlos.
		4	. En esos casos, urgente pedimos la derivación y psicopato decide. Pero los enfermeros son los que están en la línea de fuego.
		5	<i>Neo es una escuela. A mi me enseñaron todo. No sé como hubiera hecho sino.</i>
			<i>Todo. A bañarlos, como secarlos. Que posición ponerlos, como sacarlos de las cunas. Todo lo que vos se te ocurra, las cosas cotidianas.</i>
	CONCEPCION	1	<i>generar un vínculo mamá bebé sin restricción</i>
			<i>Nosotros trabajamos mucho con la prevención</i>
		4	Tratamos de empatizar mucho. Que las familias trabajen y nos ayuden Los enfermeros son independientes. Tenemos un cuidado individualizado según cada bebé. No funcionamos con protocolos de intervención mínima.