

ARTÍCULO DE HALLAZGOS

**VÍNCULO AFECTIVO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE IMPLEMENTAN SEIS
MADRES ADOLESCENTES CON SUS HIJOS PREMATUROS Y SU RELACIÓN
CON LAS TRADICIONES CULTURALES**

Estudio en la Unidad Neonatal del Hospital General de Medellín 2014

POR

LUZ ESTELLA AGUILAR RIOS

ELIZABETH PRADA ARAQUE

ANDRES RESTREPO BERNAL

ASESORA

DIANA MARÍA GÓNZALEZ BEDOYA

MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CONVENIO CINDE

OCTUBRE 2014

MEDELLÍN



VÍNCULO AFECTIVO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE IMPLEMENTAN SEIS MADRES ADOLESCENTES CON SUS HIJOS PREMATUROS Y SU RELACIÓN CON LAS TRADICIONES CULTURALES

Estudio en la Unidad Neonatal del Hospital General de Medellín 2014

RESUMEN

El objetivo de este estudio es interpretar las experiencias de vínculo afectivo y las prácticas de cuidado que implementan seis madres adolescentes con sus hijos prematuros en la Unidad Neonatal del Hospital General de Medellín, estableciendo una relación de esas prácticas con las tradiciones culturales.

Se utilizó un modelo comprensivo (cualitativo) de investigación para dar cuenta de las ideas, creencias y experiencias que subyacen a las prácticas que estas madres adolescentes emplean con sus hijos prematuros en la cotidianidad del hospital, utilizando el lenguaje como mediador. La metodología empleada fue la teoría fundamentada y el enfoque epistemológico, interaccionismo simbólico.

La información se recolectó a través de entrevistas en profundidad, grabadas y transcritas en su totalidad. Los resultados permitieron llegar a una categoría central: “Prácticas de cuidado, crianza y vinculación de madres adolescentes con un hijo prematuro en unidad neonatal”, complementada con otras subcategorías que explican el fenómeno en estudio.

Dentro de las conclusiones se destaca la importancia de la comunicación clara, amable y constante entre el personal que cuida al bebé y la madre adolescente, con miras a crear ambientes más tranquilos y favorables para el aprendizaje del cuidado y la vinculación de la diada (madre-hijo), respetando las creencias culturales.

PALABRAS CLAVE

Madre adolescente, Recién nacido prematuro, prácticas de cuidado, prácticas de crianza, vínculo afectivo y creencias culturales.

INTRODUCCIÓN

A medida que transcurría el análisis de las entrevistas se fueron hallando los conceptos, las categorías y subcategorías de lo expresado por las madres. Es decir, los datos se fueron llevando a la abstracción para que reflejaran las experiencias no de una, sino de seis madres adolescentes con un hijo prematuro en una unidad neonatal y respondieran a nuestro interés investigativo: prácticas de cuidado, establecimiento del vínculo afectivo y prácticas de crianza. Es así como se abrió el camino para determinar una categoría central que diera cuenta de manera general del fenómeno de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

Nuestra categoría central se titula: “Prácticas de cuidado, crianza y vinculación de madres adolescentes con un hijo prematuro en unidad neonatal”. De ella se desprenden otras categorías que se fueron interrelacionando a través de los análisis y codificaciones. Entre ellas, la experiencia de ser madre adolescente con un embarazo no programado, la manera como ven y perciben el autocuidado, las personas significativas que están alrededor para apoyarlas y la influencia de la conformación familiar en esta nueva situación. En esta

categoría central, igualmente confluyen las circunstancias especiales de cuidado y vinculación con un bebé prematuro¹ y lleva a las madres y sus familias a pensar en sus proyectos de vida, ya sean laborales, económicos o afectivos.

Por otro parte, la madre adolescente y su familia requieren que esas prácticas de cuidado sean enseñadas por el personal de salud, quienes favorecen el establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo, ya que permiten un acercamiento más seguro y confiado en actividades como el canguero², la lactancia y el baño. A estas prácticas de cuidado le subyacen las creencias del grupo familiar y de las madres, y emergen algunas prácticas de crianza iniciales que van conformando las que posteriormente implementarán en sus hogares para darle continuidad al cuidado especial que requieren los bebés prematuros, facilitando el apego y la vinculación con las madres.

Por las razones mencionadas, llegamos a la conclusión que la categoría central es las prácticas de cuidado, dado que encierra otras categorías y subcategorías que se relacionan entre sí, la explican y la complementan.

PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE SE APRENDEN Y SE EXTIENDEN A LA FAMILIA

En el análisis de esta investigación emergió la categoría “Prácticas de cuidado que se aprenden y se extienden a la familia” y que comprende a su vez dos subcategorías: el cuidado de sí y el cuidado del otro. Se destacan las prácticas de cuidado y autocuidado que las madres adolescentes tienen consigo mismas, con sus bebés prematuros y las que ellas reciben de su familia y del personal de salud.

El cuidarse, cuidar y recibir cuidados son actividades necesarias para la supervivencia de todo ser vivo, especialmente entre los humanos. El cuidado acompaña a los individuos en todos los ciclos de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte y ha sido objeto de estudios y reflexiones filosóficas que permean todos los ámbitos y se viven en la cotidianidad. Para Collière(2009) cuidar es: “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”(pág. 7).

El autocuidado se puede definir como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para lidiar con los factores, internos o externos, que pueden comprometer su vida y

¹Un bebé prematuro es aquel nacido antes de 37 semanas completas de gestación. Se puede clasificar en tres grupos: prematuro entre 33 y 36 semanas; muy prematuro entre 29 y 32 semanas y prematuro extremo menor de 29 semanas. Cuanto menor sea la edad gestacional al nacer habrá más probabilidades de complicaciones graves, debido a la inmadurez de los sistemas. Estos bebés presentan dificultades con la regulación de la temperatura, la inmadurez en el reflejo de succión, dificultades con la alimentación y con la maduración pulmonar. (Charpak & Figueroa, El bebé prematuro: como ser padres canguero, 2011)

²Al hablar de “canguero” nos referimos a la posición canguero que permite el contacto piel con piel entre la madre y el bebé, idealmente las 24 horas del día, en posición vertical en medio del pecho de la madre y bajo su ropa. Esta posición hace parte del Método Madre Canguro para recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. (Charpak & Figueroa, 2014)

desarrollo posterior. Estas acciones tienen como objeto mantener el funcionamiento íntegro de la persona de forma independiente”(Muñoz, 2009, pág. 393).

Es decir, que el autocuidado implica una serie de actividades intencionadas y que han sido aprendidas, íntimas y personales, propias de la vida cotidiana y que tienen como fin mantener la integridad de la persona. Como afirma Uribe (1999), es un asunto fundamental en la promoción de la vida y el bienestar de las personas y depende de la cultura, el género, la clase social y el ciclo vital, entre otros.

Prácticas de autocuidado de la madre adolescente

La adolescente embarazada se enfrenta a múltiples cambios propios de su edad y a los provenientes de su nueva condición, lo que la hace más vulnerable. Es sabido de las complicaciones y los riesgos biológicos, psicológicos, emocionales y sociales que la madre podría afrontar, por lo cual requiere aprender a cuidar de sí misma y recibir cuidado de otros para vivir la situación de la manera más adecuada. Las madres adolescentes de nuestra investigación asumieron el cuidado de sí mismas, inicialmente asistiendo a los controles durante su embarazo y aprendieron del personal de salud de la unidad neonatal a cuidar a su bebé prematuro.

“Por allá era muy complicado, me tocaba ir del pueblo al hospital, entonces no me daba y me tocó venirme para Medellín, para poder con los controles, con todo[...] después de los tres meses me fue muy bien, asistí a los controles desde el primer mes hasta los siete meses”. (Entr-M-3)

Las prácticas de cuidado personal en esta madre se presentan desde el embarazo, evidenciado en el traslado de residencia a la ciudad de Medellín, para asistir a los controles de manera regular y poder recibir la información médica necesaria para cuidar su embarazo y la salud de ella y de su bebé, además implicaba la posibilidad de recibir los cuidados de su familia materna.

El autocuidado, según Tobón (2003), “se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud [...]” (pág. 39). Dichas prácticas se realizan por voluntad propia con el fin de fortalecer la salud, recuperarla o prevenir complicaciones. Por lo tanto, el cuidado de sí es esencial para la vida y su aprendizaje depende de la cultura a la cual se pertenece y de las experiencias de la vida cotidiana. Una de las características del autocuidado es que tiene un carácter social porque implica la formación de saberes y conocimientos previos a través de la interrelación con otros. Tal es el caso de la madre cinco, quien toma la decisión de cuidar de sí y de su embarazo asistiendo a las capacitaciones en el Programa Buen Comienzo³ y a todos los controles prenatales.

³ Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Buen Comienzo. Tiene por objetivo garantizar que los niños y niñas del Municipio de Medellín, desde la gestación hasta los cinco años de edad, puedan disfrutar de un desarrollo adecuado, diverso e incluyente en su primera infancia. Y cubre a los niños y a las niñas de toda la ciudad, que son atendidos por instituciones públicas y privadas. (Ministerio de Educación Nacional, s.f.).

“...a ti te enseñan desde que empiezas embarazo, cuentas con una pedagoga, una nutricionista [...]Es un apoyo, enseña a ser mamá, estimulación, juegos para los bebés”.(Entr-M-5)

Por otro lado, para el cuidado de sí se requiere motivación y responsabilidad, condiciones que se apoyan en las capacitaciones informales proporcionadas por los sistemas de salud y en los aprendizajes de las experiencias de la vida cotidiana. Esta madre fue motivada para el cuidado propio por el personal de salud, recibe enseñanzas y ella toma la decisión responsable de hacerlo.

“La doctora dice que uno tiene que tomar abundante líquido para que le pueda bajar bastante alimento y cada vez que tomo mucho, me baja mucho”.(Entr-M-5)

Al hablar de autocuidado en salud existen determinantes como los conocimientos, las actitudes y las prácticas de cada persona (Esguerra, 1994). Por esta razón, el personal de salud que acompaña a la madre debe buscar los espacios para conocer lo que ella sabe, vive y siente frente a la situación de cuidar un hijo prematuro e identificar las prácticas de autocuidado favorables y desfavorables para la salud y el bienestar de su hijo.

El cuidado que recibe la madre de personas significativas: familia y pareja

Cuidar encierra acciones individuales que cada persona se autoproporciona cuando adquiere autonomía, y al mismo tiempo implica el cuidado hacia alguien de manera temporal o definitiva, si no está en capacidad de asumir sus necesidades y requiere ayuda. Las madres adolescentes de nuestro estudio recibieron ayuda y cuidado desde el mismo momento en que supieron que estaban embarazadas, lo que confirma que el cuidado hace parte de la estructura fundamental de los seres humanos y de su cotidianidad en el momento que otro lo requiere. También puede estar relacionado con el valor que nuestra sociedad le da a la maternidad y el cuidado preferente hacia las mujeres en este estado.

A pesar de que al principio los padres y/o familiares de las adolescentes no ven su embarazo como algo positivo, sino como una situación que les va a “amargar la vida” (De la Cuesta, 2002) terminan aceptándolo y tomando acciones de cuidado hacia las madres.

“...yo le mostré eso a mi mamá y mi mamá se puso a llorar y yo en un mar de lágrimas. Le dije: mamá perdóname [...] les dije a uno por uno [...] primero a mi mamá, y yo la pensaba mucho porque mi mamá era muy zafada con mi papá [...] le contaba muchas cosas [...] mi mamá cuidándome y todo, el apoyo de ella fue ahí mismo”.(Entr-M-5)

Es importante destacar, que para el desarrollo humano se requiere principalmente del cuidado que se recibe de las personas significativas, con las que existe un vínculo afectivo (Vásquez, 2009). En nuestra investigación, el familiar que representa el vínculo más cercano es la abuela del bebé. En todas las entrevistadas, ellas fueron quienes asumieron la responsabilidad del cuidado de las madres durante el embarazo y el periodo de hospitalización del bebé, este cuidado incluyó el apoyo económico y afectivo.

“Mi mamá de por sí ahora que él [su pareja] está por allá, que apenas está trabajando, me da los pañales, los pasajes, ella es la que ahora me está colaborando, me da la comida, todo”. (Etre-M-3)

En el caso de nuestras madres, la abuela es una de las personas significativas más importantes junto con la pareja, en el cuidado de la madre durante el embarazo y durante el tiempo de hospitalización del bebé. Es un referente de apoyo en el momento del parto y el puerperio, así la noticia no fuera esperada o deseada, la abuela asume el cuidado de la joven madre. Este aspecto está presente en la mayoría de los estudios rastreados con madres adolescentes en los que, a pesar de las circunstancias y dificultades del embarazo y el puerperio, la abuela se convierte en uno de los mayores apoyos emocional y económico.

Apoyo de la pareja

El embarazo y el nacimiento de un bebé traen consigo cambios en la vida no solo de la madre, sino de su familia y de su pareja. Además de las relaciones de la madre con su grupo familiar, el apoyo y la aceptación de la pareja desde el momento de la noticia del embarazo, durante el nacimiento y la etapa del puerperio, es de vital importancia para el bienestar de la madre y de su bebé, ya que influirá en su estado de ánimo, los niveles de ansiedad y el grado de penetración en la relación con su hijo (Araujo, Rejane, & Delvianne, 2012).

El acompañamiento de los padres de los bebés a las madres que participaron en esta investigación se evidenció desde el momento del embarazo, continuó hasta la permanencia en la unidad neonatal y se caracterizó principalmente por el apoyo emocional más que económico, debido a que la mayoría (cuatro de ellos) no tenían trabajo o era inestable.

“¿Sientes el apoyo de él? Sí, mucho, demasiado apoyo, gracias a Dios. Él me respeta mucho, es súper bien conmigo, con el bebé está dichoso. Quiere mucho a mi otra hija, que es lo más importante. Sí, es demasiado bien”. (Entr-M-2)

El apoyo de la pareja es fundamental para el buen desarrollo de la madre adolescente, ya que se ve disminuido el riesgo de depresión postparto e implica una mejor actitud de la madre para cuidar a su hijo. Por el contrario, la falta de cuidado hacia la madre facilita no solo estados depresivos, sino un posible rechazo al bebé. Araujo et al. (2012)

En el caso de estas madres, se rescata el buen trato y el respeto que sienten sus compañeros por ellas, lo que facilita todas las actividades propias de su cuidado y el de su bebé (en momentos en que su hijo/a está hospitalizado y ellas deben permanecer en la Unidad de Cuidados Neonatales, la mayor parte del día), posibilitando mejores condiciones para el establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

Con respecto al apoyo de los amigos/as no se evidenció en los relatos de las entrevistas que su presencia fuera significativa. Es notable como las madres, a pesar de ser adolescentes y estar en una etapa de establecimiento de relaciones fuertes con sus pares, reconocen el principal apoyo emocional y económico en su madre y su pareja, respectivamente.

El cuidado del personal del hospital

El cuidado que reciben las madres dentro de la unidad neonatal es de vital importancia para el buen desempeño con sus bebés, con respecto al cuidado y el establecimiento del vínculo entre los dos. Las relaciones que se establecen con el personal de salud, especialmente con las enfermeras, tienen una gran influencia en el desarrollo de una hospitalización tranquila, en un ambiente de confianza, con aprendizajes claros y correctos en beneficio de la salud de la madre y de su hijo (Tahise & Carraro, 2012).

La hospitalización de un recién nacido prematuro requiere del acompañamiento constante del personal de salud a la madre adolescente y su familia, ante una situación nueva y desconocida que implica enfrentar diferentes acontecimientos terapéuticos en ocasiones prolongados, en un ambiente hospitalario estresante, a lo que se le suman los sentimientos de miedo, angustia y/o culpa de los padres. Así mismo, requiere de un constante contacto con el personal de enfermería que tiene la labor de enseñar los procesos a la madre y su familia. Esto se evidencia en las madres entrevistadas, quienes reconocen el cuidado por parte de las enfermeras principalmente:

“Las enfermeras me enseñaron a bañarlo, la doctora a ponerlo en posición para alimentarlo bien, fueron varias personas que me enseñaron varias cosas que no sabía[...] ¿Cómo crees qué haces todas las cosas relacionadas con el bebé? Las mismas doctoras me dicen que lo estoy haciendo bien”. (Entr-M-1)

“...nunca me habían explicado estos cuidados. Las enfermeras me enseñaron, pero yo no sabía que un bebé prematuro se trataba así”. (Entr-M-5)

Las enseñanzas que las madres reciben requieren de actitudes amables, que generen confianza en el ambiente neonatal y durante el tiempo de hospitalización de sus bebés, generalmente prolongado, lo que facilita las relaciones interpersonales entre enfermeras, la madre y sus familias.

“Al principio no me gustó el trato de una enfermera, pero luego he visto que las enfermeras los tratan bien. ¿Por qué no te gustó con esa enfermera? Al segundo día que llegué, lo iba a tocar y me dijo que no lo tocara y lo iba a cargar y me dijo que no. Yo me sentí mal”. (Entr-M-1)

El personal de salud debe tener la disposición para enseñar de manera amable y explicar las razones de las restricciones en el contacto y las visitas de familiares, para que las madres no aumenten su ansiedad y puedan tener confianza al momento de solicitar orientación o ayuda, lo que favorece una estancia hospitalaria más tranquila. De esas enseñanzas que la madre recibe, depende en gran medida la independencia y seguridad que ella adquiera para su autocuidado y el de su bebé, lo que facilita con el tiempo las actividades dentro de la unidad y disminuye el estrés que las madres viven con sus hijos prematuros, dadas las condiciones de la hospitalización, el ruido de la unidad, el temor a la pérdida, la separación del bebé y el no poderlo llevar a casa, entre otras. La comunicación clara, cálida y amable entre las enfermeras y las madres y/o familiares es primordial y permite mayor acercamiento, contacto y vinculación con su hijo (Guerra & Ruiz, 2008).

EL CUIDADO DEL OTRO

El cuidado del otro incluye una serie de actividades que buscan el bienestar del que se cuida y puede ser visto de diferentes maneras: como actividad, como tarea profesional, como actitud y como compromiso moral, lo que implica la interacción entre dos o más personas (Ramos, 2011).

El cuidado encierra la ayuda desinteresada para buscar el bienestar del otro, según sus necesidades. Como tarea profesional se deriva de una preparación anticipada y protocolizada. Como actitud, proviene de la sensibilidad y la responsabilidad sobre las necesidades de los otros y del mundo. Como compromiso moral se refiere a atender la fragilidad y la vulnerabilidad del otro y actuar en consecuencia.

Las actividades de cuidado en la unidad neonatal incluyen las que las enfermeras y los médicos realizan a los neonatos y sus madres y las que las madres ofrecen a sus hijos. Los cuidados de los médicos y enfermeras están protocolizados y son de carácter técnico, pero al mismo tiempo están cargados de sentimientos de respeto y responsabilidad por la salud del bebé, facilitan la finalización más rápida del periodo de hospitalización y buscan que las madres aprendan todas estas actividades para continuarlas en sus hogares.

Enseñanzas del personal de salud a las madres

El cuidado de las enfermeras hacia los bebés prematuros es constante dentro de la unidad neonatal, se realiza con mayor intensidad en los primeros días de hospitalización cuando los padres desconocen dichas prácticas y más cuando los bebés son prematuros y requieren de atención especial. La transmisión de dicho conocimiento es necesaria, ya que permite la autonomía de los padres con sus hijos, el establecimiento o afianzamiento del vínculo y los prepara para continuar con los cuidados en casa.

En la Unidad Neonatal del Hospital General la enseñanza del cuidado, que está principalmente a cargo del personal de enfermería, se realiza de manera directa con la madre dentro de la unidad y junto a su hijo, por medio de charlas educativas individuales y grupales acerca de la forma de alimentarlos y los beneficios que la lactancia materna ofrece; cómo canguearlos⁴ y sus bondades; cómo bañarlos, vestirlos y mantenerlos aseados. De igual manera, si los bebés requieren apoyo terapéutico físico, del lenguaje o respiratorio, las madres reciben también la instrucción de los respectivos profesionales.

Las madres entrevistadas dejan ver en sus relatos como de manera voluntaria y razonada aceptan las enseñanzas recibidas, llegando incluso a influenciar a las familias a pesar de que estas no entran en contacto tan directo con los bebés prematuros.

“...entonces yo tomo más bien lo que dicen las enfermeras que saben más que los de la casa[...] Con los cuidados, mi mamá me dice que haga lo que las enfermeras digan porque de por sí uno no sabe mucho”. (Entr-M-3)

⁴ Dentro de los beneficios de la posición canguro se encuentran: la regulación de la temperatura corporal del bebé, regulación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, regulación de los periodos de vigilia y sueño, disminución de la irritabilidad del recién nacido, aumento de la autoconfianza de la madre con disminución de los niveles de estrés, lo que favorece la vinculación con su hijo. (Charpak & Figueroa, 2014)

Esta madre demuestra aceptación de las enseñanzas sobre el cuidado de su bebé, recibidas del personal de salud. Reconoce que la información, el cuidado y el conocimiento que de ello se deriva es muy importante para la salud de su hijo. Además, las orientaciones le generan confianza, por lo que ella las acepta fácilmente.

Es importante destacar como en la enseñanza del cuidado se requiere de comunicación efectiva con la madre y su familia, utilizar lenguaje claro y accesible, brindar confianza y seguridad a los padres a fin de hacer que estas actividades sean aprendidas de forma correcta y en un ambiente de amabilidad, lo que facilita la interacción entre los padres y el personal de salud, disminuyendo los niveles de ansiedad y facilitando las actividades de cuidado y vinculación con el bebé. (Tahise & Carraro, 2012).

Prácticas de cuidado de la madre hacia su hijo/a

Las prácticas de cuidado que estas madres reportaron incluyen las actividades básicas como el baño, la limpieza de la boca, de la nariz, del ombligo, el cangureo del niño, la alimentación y el cambio del pañal, todas ellas aprendidas en la unidad neonatal a través del tiempo de hospitalización y enseñadas en su mayoría, por las enfermeras.

“Cómo canguriarla, cómo bañarla, lavarle la boca, la nariz, que no se puede vestir por lo que hay que mantenerla canguriada todo el tiempo, cómo limpiarle el ombligo, cómo alimentarla y eso”. (Entr-M-6)

La información sobre la condición clínica de los bebés es brindada especialmente por los médicos, pero los cuidados básicos son enseñados por el grupo de enfermería, con una gran aceptación de los mismos. En las observaciones realizadas por los investigadores en la unidad neonatal, se evidenció que las madres participan en las actividades de cuidado involucrándose en la rutina del baño, el cangureo y la alimentación, cada vez con mayor independencia y con menos temor. Los padres de los bebés no lo hacen de la misma manera, ya que la visita está restringida a una hora de la tarde, que la mayoría de las veces ellos la utilizan para cangurear, mirar, acariciar, observar al bebé o en ocasiones cambiar el pañal.

Las prácticas de cuidado vinculan a la madre con su hijo

Las actividades del cuidado básico hacia los neonatos, además de preservar su salud, vinculan a la madre con su bebé. A pesar de que estas madres son adolescentes y pasan por momentos de dificultades emocionales y económicas y se enfrentan a nuevas rutinas, ellas reconocen como estas actividades las unen más a sus hijos y favorecen los lazos de afecto que inician en la unidad.

¿Qué sientes cuando cangureas? Me parece como toda linda y me da ganas de apretarla y darle un abrazo [...]¿Disfrutas el cangureo? “Sí, por decirlo así. Por ejemplo, cuando llega la hora de irme, no me quiero ir porque ahí es cuando le da por despertarse, y me da cosa dejarla así”. (Entr-M-6)

En tanto las madres cuidan a sus bebés, los acarician, les hablan, les cantan, la interacción entre los dos se enriquece favoreciendo los lazos vinculares, como afirman Guerra y Muñoz(2013) “Para la madre ese comportamiento expresado con amor y cariño,

es el que le da a ella ese reconocimiento como madre, enfatizando la relación de apego con su hijo recién nacido”(pág. 90). Al observar a las madres de la investigación durante las actividades de cuidado con sus hijos, se percibe como logran adquirir mayor confianza y seguridad hacia su hijo a pesar de ser pequeño o de estar dentro de una incubadora.

Prácticas de cuidado en beneficio de la salud del bebé

Todas las personas que entran en contacto con los bebés en las unidades neonatales deben conocer las normas de higiene y protección personal básicas para el cuidado de la salud del bebé y evitar complicaciones en su salud. El personal de enfermería es el que principalmente enseña estas actividades.

“Lo primero que hago cuando llego es preguntar por él, cómo va en el peso, el oxígeno, todo eso. Ya después me siento y lo cargo, hasta la hora del almuerzo, voy y almuerzo y vuelvo y lo cargo hasta que me vaya por ahí a las 4:00 o 4:30”.(Entr-M-4)

Todas las madres entrevistadas mostraron en sus relatos que se habían vinculado fuertemente con las prácticas del cuidado del bebé y reconocían su importancia para la salud y el bienestar del niño. En sus respuestas manifestaban el compromiso por continuar realizándolas en su casa. Aceptaban la importancia de darle calor para el aumento de peso, de la lactancia, y de las actividades rutinarias de limpieza y baño.

EXPERIENCIA DE SER MADRE ADOLESCENTE

En nuestra investigación con madres adolescentes se eligió la categoría de “experiencia de ser madre adolescente” por ser una vivencia que experimenta desde el momento en que se entera del embarazo y comienza a afrontar una situación que afectará el resto de su vida, y para la que no se encuentra preparada. La joven vive esta experiencia como adolescente, hasta que asume su rol como madre responsable de los cuidados y la salud de su hijo en condición de prematuridad. Para interpretar esta experiencia, Cisneros(1999), retomando los conceptos de experiencia y conciencia en Mead, plantea:

...el conocimiento del mundo, tanto del exterior como el de la misma persona, son producto de la interpretación de cada quien. El Self, el sí mismo en donde radica la conciencia, nace de la experiencia, como la única determinante del conocimiento y el significado de las cosas.(pág. 105)

Abordaremos esta experiencia y la interpretación que nuestras madres hacen de ella por ser crucial en la vida de la adolescente, pues irrumpe en una etapa en la cual, no solo se está formando su identidad como mujer, sino en la que afronta cambios físicos y psicológicos.

A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron diferentes características que dan cuenta de la situación por la que atraviesan las madres adolescentes. En la primera parte le daremos una mirada a los sentimientos ambivalentes que se generan por la noticia del embarazo; en la segunda parte revisaremos las condiciones generadas por el nacimiento del bebé pretérmino; y en la tercera analizaremos cómo se replantea el proyecto de vida de la madre.

Sentimientos ambivalentes frente a la maternidad

Afrontar la maternidad en la adolescencia genera sentimientos ambivalentes, especialmente porque en las madres entrevistadas el embarazo fue un acontecimiento imprevisto o no planeado, una experiencia para la cual no estaba preparada. La adolescente se encuentra frente a una serie de pensamientos y decisiones que afectan el resto de su vida, pues no solo enfrenta los cambios físicos y emocionales, producto de su maduración corporal y psíquica, también enfrenta los que son propios del embarazo. Para Torres(2008):

...la adolescente embarazada suele encontrarse inmersa en un estado de confusión, aislamiento, temor e inseguridad. El embarazo, al tiempo que configura precozmente una identidad femenina en la adolescente, también se convierte en una amenaza para su identidad, precisamente por la fragilidad de sus identificaciones en esta etapa.(pág. 288)

La identidad de la joven se ve alterada por una eventualidad a la cual se le debe enfrentar y que genera sentimientos contradictorios, producto de su paso de la niñez a la adultez, el rol que desempeña en la familia y las responsabilidades que afrontará ante la sociedad. Según Vaca (2012):

Al ser la adolescencia una etapa para la adquisición de una madurez biológica y psíquica, la presencia del embarazo en este periodo suele tornarse conflictivo tanto a nivel familiar, ya sea por condiciones económicas e individuales, por lo que la adolescente se ve obligada a abandonar tareas propias de esta etapa como son el asistir al colegio[...]debido a que se carece de programas de reinserción escolar para esta población y se le limita en las posibilidades de acceder a un trabajo.(pág. 54)

En nuestro estudio con madres adolescentes se evidencian diferentes actitudes frente al suceso imprevisto del embarazo, influenciadas por la posición personal, familiar y social. Las adolescentes entrevistadas expresaron lo inesperado del embarazo, la situación difícil por la que atravesaron y las nuevas responsabilidades que adquirieron como madres, lo que implicó un cambio en sus vidas y una ruptura con su cotidianidad.

“Uno piensa muchas cosas. ¿Por qué no me cuidé? Porque a uno de joven le gusta salir, pasarla rico, ir a paseos, a uno con un hijo le cambia mucho la vida, uno ya no va a poder salir, ya le toca quedarse cuidando el bebé. Yo pensaba mucho en eso, pero después uno dice: no me cuidé, ya tengo que saber que hay un bebé que me necesita”. (Entr-M-3)

Las entrevistas con las madres adolescentes nos muestran que estos sentimientos ambivalentes se desarrollan en dos vertientes: la primera es el embarazo no programado que genera sentimientos encontrados y la segunda es el deseo de ser madre y las emociones que se generan en ella con el nacimiento de su hijo.

Embarazo no programado: deseo y miedo a lo desconocido

Inicialmente, la adolescente embarazada se niega y rechaza la situación, pero a la vez surgen ilusiones, deseos y esperanzas con relación al bebé, lo que se reflejan en tres momentos entre la gestación y el nacimiento.

El primero es el de la culpa o arrepentimiento, que las hace pensar en porqué no tomaron precauciones para no quedar en embarazo; en algún momento las asaltan las dudas sobre si

tener o no el bebé; lo que dirán en la casa y si contarán con el apoyo de la pareja. Son múltiples los pensamientos de una adolescente que se encuentra en esta situación. Aparecen también sentimientos de angustia y miedo asociados a la condición de ser madre.

“Yo lloraba mucho porque no creí. Ya estoy en embarazo, en qué momento sucedió, voy a decepcionar a mi mamá y a mi papá, eso es lo que primero uno piensa. Yo también sentía que iba a decepcionar a la mamá de él”. (Entr-M-5)

Posteriormente, viene un segundo momento, el de la renuncia. Siente que su vida se transforma con la llegada de un hijo, cambia las rutinas cotidianas y la forma de vivir, se asumen nuevas responsabilidades que implican el cuidado de su hijo y deja de hacer las cosas que antes le divertían.

“Sí porque estoy muy joven, no puedo ir a parrandear, sé que me van a cambiar mucho las cosas y que ya no puedo salir, pero que más hace uno. Hay cosas que le cambian mucho la vida”. (Entr-M-3)

Y por último, el tercer momento o sentimiento es la aceptación. La madre asume que su hijo la necesita y que debe dedicarse a él, piensa más en el bienestar del bebé que en sí misma, porque su hijo requiere de unos cuidados especiales debido a su condición de prematuro.

“Es muy duro uno haber tenido un bebé así. Pero bueno, mi Dios nos está poniendo todos esos obstáculos y nosotros los estamos pasando, quién sabe más adelante qué [...] yo no creo pues que nos dé más problemas. ¡Ah, ya no más!”. (Entr-M-4)

Es importante tener en cuenta todos estos sentimientos para entender lo que pasa una madre adolescente, cuando se entera de que va a tener un hijo que no había planeado y que llega a generar unas rupturas en su cotidianidad y la de otros. Esta mezcla de sentimientos permanece durante todo el embarazo, aunque comienzan a tomar fuerza los de aceptación a su nueva condición de ser madre.

Deseo de materner: solo déjate amar

El deseo de ser madre se configura desde el individuo que asume y fija un objetivo. Para el análisis tomaremos desde el interaccionismo simbólico los planteamientos de Blumer, (1982) quien habla sobre el acto en el cual el ser humano debe incluir el deseo:

...la acción se configura en el enfrentamiento con el mundo [...] Para poder actuar, el individuo tiene que determinar lo que desea, fijarse una meta u objetivo, planear de antemano una línea de comportamiento, advertir e interpretar las acciones ajenas, asumir su propia situación, verificarse a sí mismo. (pág. 47)

Algunas de las madres de nuestro estudio reflejan en sus testimonios el deseo de ser madres, al expresar las emociones, los sentimientos y las ideas asociadas a sus decisiones. Por ejemplo, alguna de las entrevistadas asume el deseo de la maternidad como un querer desde ella y desde su pareja:

“Desde el primer mes de novios estábamos buscando el bebé. Era una decisión desde que nos conocimos, teníamos las mismas expectativas, las mismas ideas”. (Entr-M-1)

“Él, hace mucho tiempo quería un bebé. Somos jóvenes y muchas veces no pensamos la vida como es, sino como un querer. Él quería, yo también porque lo amo mucho. Llevamos cinco años ya, lo conocí a los catorce, en el colegio”. (Entr-M-5)

Las madres toman decisiones relacionadas con las emociones que experimentan en esta etapa de su vida, y especialmente cuando sienten que son correspondidas por sus parejas en el deseo de tener un bebé.

En las entrevistas las madres adolescentes hablan sobre el cambio permanente de emociones, de situaciones y de la transformación de su cuerpo. Estas vivencias se dan en un periodo de gestación más corto que el normal por diferentes situaciones o complicaciones de salud, circunstancias que sumadas a la etapa de vida por la cual están atravesando generan cambios en su modo de pensar, sentir y actuar. Muchas de ellas señalan esta experiencia como un gran cambio en sus vidas, y en especial por las renuncias que deben hacer en cuanto a su estilo de vida y sus formas de interacción social como adolescentes. Este cambio genera en ellas una reflexión que las lleva a aceptar su maternidad.

Una vez asumido el rol de madre, para ella es difícil pensar en la posibilidad de la pérdida de su bebé, como se evidencia en la entrevista a la madre cuatro, quien sufrió las más difíciles circunstancias desde su proceso de gestación. Además, el nacimiento del niño estuvo marcado por las más precarias condiciones de salud de los bebés prematuros de nuestras madres:

“También hay una canción que yo le dediqué acá cuando yo le hablaba. Le dediqué una canción que se llama ‘Solo déjate amar’ [...] Creo que el niño ha sufrido mucho y cuando él estaba en la UCI (en Cuidados Intensivos), que los doctores me dijeron que en algún momento se podía morir le canté. En esa canción me parece que soy yo, rogándole que se quede conmigo”. (Entr-M-4)

En este caso, la adolescente asume su rol de madre precozmente a causa de las dificultades generadas desde la gestación, en ella se crea—desde antes de nacer— una necesidad de cuidado de su hijo. Con el nacimiento pretérmino y el internamiento del prematuro en la UCI, por la precariedad de su salud, en la madre se desatan sentimientos de sufrimiento, acentuados por la posibilidad de muerte y pérdida de su hijo.

ESTRÉS POR LA CONDICIÓN DE PREMATUREZ

La condición de prematurez del bebé marca una huella en la madre que experimenta este acontecimiento:

...esta situación está predeterminada por la edad gestacional del bebé y con la susceptibilidad de la madre sometida al aislamiento físico como el no poder alimentar o cambiarle el pañal del bebé y al aislamiento afectivo al tener un determinado horario de visita y no poder compartir al bebé con otros miembros de la familia, además de sentir impotencia por no poder evitar la realización de procedimientos dolorosos en el bebé, todo esto es considerado por las madres como una situación muy o extremadamente estresante. (González, Ballesteros, & Serrano, 2012, pág. 50)

Es claro que para las madres adolescentes el estado prematuro del bebé, su salud y las condiciones hospitalarias causan angustia, ansiedad y zozobra. Las madres de nuestro

estudio solo pueden estar en las horas del día, en el horario establecido por el hospital para las visitas y pueden compartir con su bebé en ese horario, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones que incluyen el contacto y las medidas asépticas para con el bebé dentro de la incubadora.

Los procedimientos invasivos realizados al recién nacido son considerados como eminentemente estresantes:

Los equipos biomédicos como monitores y aparatos al ser desconocido por las madres son vistos como sinónimo de gravedad, y las alarmas que estos emiten como una señal de emergencia de que algo no anda bien, convirtiéndose así en fuente eminente de estrés". González et al.(2012, pág. 50).

En el caso de la madre tres, el nivel de estrés se incrementa por los cuidados de salud que requiere su hijo, quien debe ser internado en la UCI del hospital. La adolescente interpreta estas señales de emergencia con angustia y ansiedad por la posibilidad de muerte de su bebé, pero a la vez confía en que los cuidados que se le brindan en el hospital, le posibilitarán la supervivencia y la estabilidad física para llevarlo a casa.

“Cuando lo vi para mí fue muy duro. Lloré mucho cuando lo vi entubado en esa incubadora y supe que no me lo podía llevar y que tenía que quedarse ahí, pero ahora ya es como una costumbre y ya tengo que saber que él está ahí porque se va a mejorar y porque va a salir bien de ahí, si Dios permite.” (Entr-M-3)

En el siguiente testimonio de la madre seis, se identifica más claramente el miedo a la muerte y toda la responsabilidad que conlleva tener un hijo hospitalizado y en esas condiciones por tener que madrugar, estar pendiente del bebé y asumir los costos.

“Miedo porque no sabía si iba a vivir o algo, me daba miedo que le pudiera pasar algo malo, cuando ella nació,[...] nació toda morada y finalmente se dieron cuenta que estaba bien”. (Entr-M-6)

En las madres se evidencia el estrés por la condición de sus hijos, la ansiedad por salir del ambiente hospitalario y los costos económicos que conllevan los desplazamientos al hospital; por ello el Hospital General de Medellín, comprendiendo las necesidades de las madres, adecuó un espacio diferente a la unidad neonatal que les permite descansar de la rutina y realizar algunas actividades de ocio.

LA MATERNIDAD PENSADA DESDE EL PROYECTO DE VIDA

Los proyectos de vida se edifican en torno a la educación, la familia y la sociedad. Para la adolescente, la irrupción de un embarazo no programado influye fundamentalmente en las expectativas de su futuro y conlleva un cambio en su estilo de vida. Para Climent(2003):

La familia y la sociedad inciden sobre los proyectos de vida, debiéndose tener en cuenta que las opciones disponibles estarán condicionadas socioculturalmente. Es decir que existen fuertes relaciones entre el origen social, el sexo del individuo y su educación.(pág. 81)

Nuestro estudio se desarrolló en el contexto del Hospital General de Medellín, con una población de madres adolescentes de escasos recursos y pertenecientes a un estrato

socioeconómico bajo, lo cual enmarca los diferentes aspectos que influyen en las jóvenes madres. Además de su estado de vulnerabilidad, se identifica la dependencia económica de su familia y pareja, y la exclusión social sobre la cual Climent (2003) comenta:

Esta limitación de la participación social activa conduce al aislamiento, a ubicarse en una posición de subordinación por su no participación en el mercado laboral, a la dependencia económica, a la autodesvalorización, la inseguridad y la sumisión. Es en este microcontexto en el que la mayoría de las adolescentes que no estudian se embarazan. Y es a ese microcontexto al que se ven confinadas las adolescentes que se embarazan y abandonan los estudios. Abandonar los estudios significa, en una palabra, la exclusión y el peligro de la marginalidad. (pág. 88)

En las entrevistas se identificaron aspectos académicos, laborales y afectivos que se vieron afectados por el cambio en sus rutinas y estilos de vida. Uno de los que se altera por un embarazo no programado es el académico, en el caso de nuestras madres se evidencia en ellas las dificultades que atraviesan para continuar su inserción en el sistema escolar.

“Yo estaba estudiando, pero me salí [...] por un apretón económico. Estaba en octavo grado, hace un año dejé de estudiar en el colegio. Pero en el San Vicente (fundación que se dedica a la formación para el trabajo), estudiaba máquinas de coser y apenas había empezado, llevaba quince días cuando me enteré del embarazo”. (Entr-M-4)

En las entrevistas, el referente socioeconómico de las familias de las adolescentes es precario, su sostenimiento y el de sus bebés depende de alguno de los miembros de su familia. El factor económico influye sobre la situación de abandono escolar, según Climent (2003) “... algunas madres tienen una actitud ambivalente en relación con el estudio, en la que el aspecto económico tiene su peso. Asimismo, que la hija no estudie permite que la madre trabaje, constituyendo una estrategia de supervivencia” (pág. 83).

Con el embarazo de la adolescente se afecta la economía familiar, deben asumir los gastos propios del periodo de gestación, del nacimiento y en este estudio, los generados durante el tiempo de hospitalización (transporte, alimentación, pañales, etc.)

Por otro lado, con respecto a los estudios, el embarazo adolescente se convierte en una barrera para culminarlos o en una excusa para interrumpirlos. Sin embargo, para algunas de las madres de nuestra investigación es importante seguir con su formación académica, son conscientes de la necesidad de ofrecerles un mejor futuro a sus hijos, por medio del trabajo y el estudio.

“Enfermería, y lo voy a estudiar. Yo no me voy a quedar. Aunque tengo dos hijos, sí me da para trabajar y estudiar. Tampoco los puedo descuidar, pero sí tengo que estudiar, y ellos son mi motor...”. (Entr-M-2)

El acompañamiento de los miembros de la familia y de sus parejas es fundamental para sostener y apoyar a la madre adolescente que requiere tener alternativas, que por su vulnerabilidad, situación social y económica le permitan afrontar su situación.

“Al principio era bien, pero hubo unos tiempos en que estaba cansada por que no podía disfrutar de lo que yo debía por estar cuidando a mis hermanitos. Sin embargo, le

agradezco a mi mamá por haberme dejado hacerlo porque gracias a Dios he salido adelante en estos días con mi hijo”. (Entr-M-1)

Esta madre da cuenta de las experiencias previas de cuidado con familiares, a quienes acompañaba y apoyaba en el desarrollo de las actividades propias del rol de madre, experiencia con la cual encuentra un nivel de identificación con otros.

Otro aspecto que emerge en las madres es la sensación que les genera su pareja, con relación a la responsabilidad y apoyo como padre de su hijo y la necesidad de ser acompañada en el nuevo proceso.

“Él quería un hijo y ya, él quiere mucho los niños. ¡Todo hay que decirlo! Él adora los niños, él se refleja muy buen papá, y hasta el momento excelente”. (Entr-M-5)

En el caso de las madres de nuestro estudio, se generan diversos factores que las protegen y ayudan en el redireccionamiento de sus vidas. La irrupción del embarazo no programado afecta su proyecto de vida, pero a la vez les exige plantear nuevas estrategias que incluyen, ya no deseos narcisistas ni personales, sino obligaciones y responsabilidades con un otro que las necesita y que por su condición les demanda toda la atención.

LAS FORMAS DE VINCULACIÓN DE LA MADRE CON EL BEBÉ PREMATURO Y SUS PERSONAS SIGNIFICATIVAS

Este fragmento se basa en la experiencia de la madre al inicio de la maternidad con un bebé en condición de prematuridad. Las madres de esta investigación, en esta aproximación teórica manifestaron en su discurso y comportamiento una serie de expresiones afectivas y emocionales, que dan cuenta de la formación de vínculos de “apego” con sus hijos, como una adquisición de carácter afectivo que será comentado en el desarrollo de esta categoría.

La autora Erica Grisola, (2005) en su corto escrito sobre ser madre adolescente, habla sobre la maternidad en edades tempranas casi como una tradición que ha ido perdiendo su popularidad o recurrencia, por motivos como: “...proyectos e intereses son los que han crecido, desplazando temporalmente el advenimiento de la maternidad e institucionalizando otros espacios de realización social de los que antes estaba excluida” (pág. 191).

Para algunas mujeres la maternidad hace parte de su proyecto de vida, la elección de la edad adecuada para concebir depende de diferentes factores, sin embargo muchas adelantan su experiencia sin haberlo planeado. En el caso de nuestra investigación, la joven se enfrenta a la maternidad no programada y a los significados que tiene para la madre el reconocimiento del vínculo con su bebé pretérmino como fundamental, no solo para el desarrollo de sus vidas sino para la conservación de la especie, el establecimiento de las redes sociales cercanas y la asunción de nuevos roles en la sociedad.

En este apartado desarrollaremos los diferentes aspectos encontrados en la investigación con madres adolescentes y la forma como se vinculan afectivamente con el recién nacido en la unidad neonatal. Igualmente, analizaremos como la madre vincula a sus personas más significativas con el bebé.

SENTIDOS DE LA MADRE EN LA VINCULACIÓN CON SU BEBÉ PREMATURO

Las madres entrevistadas coinciden en que la maternidad es una cosa muy bonita que no pueden expresar con palabras, refiriéndose a la posibilidad que tienen de atender al bebé en su condición de vulnerabilidad. Sin embargo, cada madre en su singularidad asume la maternidad desde aspectos como el cambio de rutina y las responsabilidades que implica.

“Se me vino otra responsabilidad más grande encima y esa sí que es más. [...] ¡Ay! Por chiquitico, porque requiere más cuidado, ¡por todo!”. (Entr-M-2)

La madre dos es una joven de 17 años que tiene una hija de dos años y que acaba de tener un bebé prematuro que por su estado al nacer, presenta peligro de muerte. Según cuenta ella misma, siente una alta responsabilidad al sumar las complicaciones de salud a las problemáticas de orden familiar, la situación de otros integrantes de la familia y las responsabilidades adquiridas con anterioridad, relacionadas con su hija mayor.

En el caso de la madre uno, la imagen de sí misma cambia por el rol que considera debe asumir al haber tenido un bebé. Lo nombra como un cambio de etapa, en la que no solo adquiere responsabilidades, también un estatus diferente que debe cuidar por medio de sus actos hacia los demás y hacia el bebé.

“Ya se ve muy feo una madre como yo: vestía muy extrovertido, llamaba mucho la atención y tanto ‘piercing’ con un bebé se sentiría incómodo, tanto para él como para mí, porque sería feo una mamá así. No me sentiría cómoda y todo pasa por etapas”. (Entr-M-1)

Algunas de las madres asumen la maternidad como una etapa, que genera cambios que requieren acomodarse a su estilo de vida, a la familia y a la sociedad, mostrando que esas transformaciones favorecen el desempeño del rol materno. (De la Cuesta, 2002)

“Es que con mi hija es más responsabilidad, porque no está el papá, que los pañales, que esto. ¡Ah! (otro hijo) es más diferente porque yo le pido al papá y el papá siempre está ahí”. (Entr-M-2)

A pesar de ser una madre joven, pasa por la segunda experiencia como madre, hecho que le ha generado una perspectiva más amplia de la maternidad, dado que son géneros, condiciones y nacimientos completamente diferentes.

Para estas madres los cambios en la rutina diaria, ocasionados a partir del nacimiento del bebé pretérmino generan diversos sentimientos de afecto que demuestran a sus hijos por medio del establecimiento de un vínculo que durará por el resto de la vida de ambos. Por ello, la madre siente la necesidad de vincularse con su hijo y asumir su rol de protección y cuidado para la conservación de la vida de su bebé.

LAS EXPRESIONES DE AMOR FAVORECEN LA SALUD DEL BEBÉ

El ser humano deposita de forma permanente afecto sobre las personas, especies o cosas, con la finalidad de darle un lugar en su desarrollo psíquico, por este motivo, no todas las personas, cosas o situaciones son recordadas o adquieren el mismo valor.

La experiencia de maternidad con bebés prematuros y con necesidad de canguero, favorece el desarrollo de lazos más cercanos por la proximidad que da el contacto corporal; pero también porque despierta el afecto, como una conducta necesaria y exigida

socialmente por el estamento hospitalario para garantizar la vida desde la vinculación entre la madre y el prematuro. Según Lizarazo(2012):

La estrategia del Programa lleva a que la madre canguro desarrolle mayor competencia para cuidar y criar a los bebés prematuros, en comparación con el personal de salud, las madres se hacen más sensibles a las necesidades de salud y desarrollo de los bebés incidiendo en la disminución del índice de morbilidad que presentan estos niños. (pág. 35)

Para Bowlby,(1976) las acciones del ser humano tendientes a la vinculación, provienen de la necesidad de supervivencia o autoconservación; reconoce entonces dos necesidades:

1. Necesidad de protección ante la vulnerabilidad de la vida: entendida como la necesidad de protección física y seguridad emocional. En el caso del prematuro, las madres manifiestan los cuidados y el cariño que deben tener por el estado de indefensión y fragilidad de su bebé:

“Cuando lo acaricio a mí me provoca como estriparlo, como apretarlo duro, pero a mí me da miedo porque es muy duro tener un bebé así [...]a mí me parece que ese es un cariñito. Moviéndole la cabecita para los lados, los bracitos, porque él tiene como principios de osteoporosis [...] este masaje es para que coja fuerza en los huesos y no se fracture fácil. Yo le hago todo y a mí me parece que es como un cariñito”. (Entr-M-4)

Asumen entonces el rol de generar acciones sobreprotectoras que favorecen la vinculación entre ambos, la protección para el bebé y la estimulación de orden afectiva, con la intención de no hacer daño al bebé, ni disminuir su expectativa de vida. Entre los cuidados que debe tener la madre con un hijoprematuro está adecuar la vivienda, generar zonas aisladas de las demás personas y familiares y cambiar los hábitos de quienes viven en el entorno del bebé, de acuerdo con las indicaciones médicas y de salud.

2. Socialización: es otra de las necesidades que tiene el ser humano, dado que se ha identificado que una de las razones por las que ha logrado las condiciones adecuadas para la conservación como especie durante muchos siglos, ha sido la vinculación con otros de su misma especie.

Los vínculos afectivos o emocionales a lo que Bowlby denominó apego, según Fonagy et al.(2012) son una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos con determinadas personas en particular. Es decir, todo individuo deposita cargas afectivas sobre otras personas para hacer parte de su entorno social e incluirlas en su experiencia de vida, de acuerdo con sus necesidades o deseos.

LOS REFLEJOS IDENTIFICADOS POR LA MADRE COMO UNA FORMA DE COMUNICACIÓN CON EL BEBÉ

Son muy diversas y variadas las formas en las cuales la madre se comunica con el recién nacido:

En la comunicación madre-recién nacido, los comportamientos: maneras de comunicación, sentido de la comunicación, las conexiones madre recién nacido, evidencian que a pesar de la circunstancia de hospitalización del recién nacido, madre e hijo inician una relación a través de la comunicación, empleando la voz, la música, y la aplicación del sentido del

humor como forma de conectarse con el entorno y dar inicio a la relación de apego.(Guerra & Muñoz, 2013, pág. 87)

Las madres adolescentes de nuestro estudio utilizan diversas formas para comunicarse con sus bebés como se identifica en sus testimonios:

“Yo lo miro, le hablo, le pregunto que si le gusta, le digo que lo amo, que soy la mamá”.(Entr-M-1)

En el caso de los bebés, ellos tienen la habilidad de comunicar las sensaciones corporales por medio de gestos y/o acciones reflejas, que se producen en su desarrollo y maduración biológica, y que las madres entienden con claridad como una forma de comunicación y vinculación que entabla el bebé con ellas. Estos actos están acompañados de la interpretación que las madres les otorgan.

“Sí, porque de una abre los ojos. Cuando no los abre, yo le coloco el dedo en su mano y me aprieta, lo comienzo a acariciar y como que siente que ya llegó mi mamá”.(Entr-M-3)

CONTACTO PIEL CON PIEL

La finalidad del contacto piel con piel con el prematuro es beneficiar su salud y estimular el vínculo madre-hijo. En las madres de nuestro estudio cangrear permite disminuir la tensión y la ansiedad, dado que vienen de una experiencia traumática causada por la posibilidad de muerte del bebé. También es importante involucrar a los padres en el cuidado y desarrollo de su hijo.

Una de las madres entrevistadas definió el cangreo desde la emoción que le generaba el contacto piel con piel con su hijo, no como una obligación sino como una forma afectiva y emotiva para ella y para el bebé:

“Darle calorcito, porque ellos se sienten como si estuvieran en la barriga de uno. Entre más lo cangreo, más puede subir de peso y más rápido se lo puede llevar uno a casa [...] Es algo muy bonito que le sonrían que le abran los ojos a uno [...]”.(Entr-M-3)

La madre nombra su experiencia como algo bello y especial. Según ella, es una sensación que no se puede describir. Esta actividad no es un acto molesto, por el contrario implica disfrute y acercamiento en la relación con su hijo, ya que le permite sentirlo, mirarlo, acariciarlo lactarlo y dedicarle tiempo.

Parte de la tarea de la madre es cumplir con los cuidados enseñados por el personal médico del hospital, a fin de evitar mayores complicaciones en la salud del bebé. Dichos cuidados fortalecen los vínculos entre ella y el bebé y/o familiares.

DEL BEBÉ IDEAL DEL EMBARAZO, AL BEBÉ REAL EN EL NACIMIENTO

Alicia Oiberman(2005) lanza el siguiente postulado “El embarazo en tanto proceso psicobiológico, une en una misma secuencia temporal a tres generaciones; el feto, la mujer y su propia madre enfatizando la significación fantasmática de ello”(pág. 183).

Esta frase permite preguntarse por esa significación que está oculta detrás de la figura de cada madre, puede estar encerrada tanto en los vínculos generados inicialmente con las figuras primarias de la propia madre o padre de la adolescente embarazada, quienes aportaron unas herramientas psíquicas que favorecieron la estructuración de la personalidad de la gestante. Las madres de nuestro estudio imaginaban un bebé con ciertas características debido a sus deseos y expectativas, pero cuando nace confrontan lo idealizado con lo real.

Una de las expectativas generadas en la madre antes del nacimiento es la forma en la que lo va a vestir, la ropa que puede elegir para presentar a su bebé ante los demás. Es una imagen típica de una madre comprando las prendas de vestir para su bebé, y para ello se piensa primero en el género.

Algunas madres se enteran del sexo biológico de su bebé antes de dar a luz, y tienen la oportunidad de buscar las prendas e imaginarlo con ellas, pero en el caso de la madre seisno sabía el sexo del bebé.

“Yo me imaginaba un niño, obviamente a mí me gustan más las niñas, pero como me decían que era un niño, empecé a hacerme a la idea de que era un niño y que lo iba a querer. [...] Sentí emoción (cuando se dio cuenta que era una niña) porque siempre había querido tener una niña”. (Entr-M-6)

Otro aspecto que se reconoce en las madres cuando nace el bebé es la forma en la cual ven a su hijo, a pesar de las complicaciones médicas que evocan vulnerabilidad y fragilidad, se identifica una posición contemplativa de su bebé, en la que se observan las características reales de su hijo de una manera particular.

“Uno piensa muchas cosas, pero cuando nace uno se da cuenta que no es como se lo imaginaba, sino que lo ves de otra forma, súper lindo”. (Entr-M-3)

Los bebés generan la sensación de plenitud por ser reconocidos como provenientes de la naturaleza personal, se idealiza su figura como una hermosa muestra derivada del vientre de la madre, como algo irreplicable, frágil y propio, que se nombra desde la estética, con las características idealizadas.

“No, ¿Yo ser mamá? Que mentira, cargar mi hijo, imaginarme el cuerpecito salir de mi cuerpo. ¡Ayno! [...] Yo me lo imaginaba blanquito, [...] así me lo imaginaba, súper grande”. (Entr-M-5)

VÍNCULACIÓN PATERNA

En esta investigación se identifica que hay restricciones asociadas a la salud del bebé, como el ingreso a la sala de prematuros, donde solo se autoriza el ingreso de la madre en un horario que cubre la jornada diurna, lo cual limita su estadía y el acompañamiento que le brinda a su hijo. Además de la ansiedad que le produce el tener que dejar a su hijo en la

noche para retornar al día siguiente. Aunque se establece un vínculo afectivo entre ambos, los horarios, la condición de prematuridad y la separación limitan el contacto permanente entre la diada.

Si la madre tiene estas limitaciones en el contacto con su hijo, aún más el padre, cuya vinculación también es de vital importancia para el desarrollo del niño. En la unidad neonatal se evidencia, a través de las observaciones no participantes, como el padre solo puede entrar una hora diaria en la tarde. Esta medida restringe drásticamente las condiciones en las cuales él puede relacionarse y cuidar de su hijo, los demás integrantes del núcleo familiar no pueden ingresar a la unidad neonatal, excepto la abuela cuando no está la madre.

“El papá no puede venir mucho, pero ya lo conoce, ya hicimos el registro y todo. A mi mamá no la dejan entrar, pero diario le muestro fotos” (Entr-M-1)

Algunos padres aprovechan el horario de una hora impuesto por el hospital para la visita, cangureando y realizando algunas actividades de cuidado al bebé, favoreciendo el vínculo afectivo y emocional con su hijo.

“Él ha venido todos los días desde que lo dejaron hospitalizado, y es desesperado por venir a verlo, lo alza, lo cangurea, quiere llevarse” (Entr-M-5)

Tanto la madre como el padre sienten la necesidad de tomar en sus brazos a quien se encuentra en estado de indefensión, estado que reconocen y que favorece la necesidad de proteger al recién nacido para evitar hacerle daño, y expresándole afecto con caricias, miradas, sonrisas y la atención a las demandas que realiza el bebé por medio del llanto.

CAMBIOS Y PERMANENCIAS EN LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA

Durante el siglo XX, la familia ha sufrido diversas transformaciones asociadas a los cambios sociales, culturales, políticos y económicos. Según Echeverri (2012), los roles se han modificado, la mujer antes cuidaba de sus hijos, del hogar y ahora asume responsabilidades económicas, por lo tanto se ha vinculado al trabajo y son otras personas o instituciones las que se encargan del cuidado y la crianza de los hijos. Esto significa que las prácticas de cuidado y crianza también se modifican con los cambios anteriormente mencionados. Todos estos elementos hacen parte del proceso de socialización “...mediante el cual los seres humanos en el transcurso de su vida, desde que nacemos hasta que morimos, nos incorporamos y vivimos en sociedad”(Triana, Ávila, & Malagón, 2010, pág. 936).

En el libro de Aguirre y Durán (2000), la socialización es un proceso en el cual el ser humano adquiere un conjunto de conocimientos que le permiten construir su identidad individual y social. Aguirre identifica cuatro aspectos relacionados con la socialización como: proceso continuo, interactivo, desarrollo de la identidad personal y social y por último la representación que los seres humanos hacen del mundo social que los rodea. Según Berger y Luckmann (2001), la socialización puede definirse como:

La inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o de un sector de él. La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez; por medio de ella se convierte en miembro de una sociedad.(pág. 166)

Por consiguiente, se entiende la socialización como un proceso que todo ser humano inicia desde su nacimiento, dura toda la vida y le permite entender que hace parte de una sociedad con reglas que aprender y cumplir para poder encajar y sentirse parte de ella, significa tener un lugar en el mundo. La familia es la encargada de acompañar al niño en ese proceso de encontrar su identidad, por medio de los conocimientos que va adquiriendo de la sociedad que lo rodea.

En el proceso de socialización, la familia es la primera responsable desde el nacimiento del bebé de los cuidados para garantizarle su sobrevivencia. Por su condición de fragilidad requiere de otras personas que le satisfagan sus necesidades básicas para que pueda crecer y desarrollarse. Por lo tanto, “cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objeto hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle”(Grisola, 2005, págs. 109-110). Las prácticas de cuidado son acciones presentes en todo momento de la vida del ser humano.

Los bebés que se encuentran en la Unidad Neonatal del Hospital General, requieren de unos cuidados especiales debido a su situación de vulnerabilidad por su condición de prematuridad. Durante su permanencia en este lugar, están al cuidado y observación del personal médico la mayoría del tiempo, de sus madres y de algunos padres por varias horas diarias. En este período, los padres reciben enseñanzas sobre las prácticas de cuidado que deben tener dentro de la unidad y cuando estén en casa con su hijo.

Las madres adolescentes aprenden del personal de salud a cuidar de su bebé atendiendo a las necesidades básicas de salud, higiene, alimentación y manifestaciones de afecto, las cuales son unas prácticas que desempeñan diariamente y que se van convirtiendo en costumbres o hábitos, y que con el tiempo se vuelven prácticas de crianza y son consideradas como acciones que los padres o adultos responsables de los niños realizan para garantizar la supervivencia y su integración al mundo social(Aguirre & Durán, 2000).

Para autores como Peralta(1996) las prácticas de crianza son concebidas como acciones de quienes cuidan a los niños en su vida diaria, que implican una interacción permanente entre adulto y niño. Ella, luego de la revisión de varios autores, concluye que hablar de prácticas de crianza es un concepto más integrador porque tiene en cuenta nociones como normas, hábitos, valores, creencias y explicaciones, en cambio los patrones de crianza hacen referencia a prescripciones o guías para actuar en la crianza de los niños.

Estos autores coinciden en que las prácticas son acciones que desarrollan los adultos para poder acompañar a sus hijos en el proceso de socialización, de integración a la cultura, y logran diferenciar entre las prácticas y las pautas de crianza. Con relación a este aspecto, es necesario aclarar que en esta investigación se consideró el concepto de prácticas de crianza porque contempla varios aspectos, presentes en las entrevistas como los valores, las creencias y las explicaciones que las madres daban frente a lo que esperan de la crianza.

Una de las prácticas de crianza que surgió en una de las entrevistas fue el deseo manifiesto de una madre de cuidar a su hijo, según las recomendaciones médicas. Expresa que el bebé ha sufrido mucho y por esto ella asumirá una actitud sobreprotectora con él, por temor a la enfermedad y en últimas a la muerte.

“Si a mí me lo entregan me lo entregan bien. Los cuidados que acá me dicen que yo tengo que tener con él en la casa es no dejarlo cargar de nadie, solamente del papá, que no lo deje tocar, ni sacarlo tarde de la noche, que ni en la casa, en la mañanítica se le da el solecito y ya... yo pienso cuidarlo a él como sobreprotegerlo, hasta que él esté grande, por ahí de seis mesecitos”. (Entr-M-4)

Para una madre adolescente, la llegada de un hijo prematuro modifica el diario vivir de ella y el de su familia, desde el punto de vista relacional, afectivo, económico, emocional y social. En el caso de la madre debe interrumpir sus actividades cotidianas como estudio y trabajo para poder asistir a la unidad neonatal durante la hospitalización del bebé, y en alguna medida las actividades del padre también cambian para poder ir a visitar a su hijo en el horario establecido. Por consiguiente, las rutinas que cumplen las madres, están dadas desde el momento de la llegada a la unidad, el acompañamiento a su hijo desde el baño, la alimentación y la cangureada, el contacto con el personal médico, las averiguaciones sobre el estado de salud del bebé, el compartir con otras madres un espacio estresante donde los sonidos de los monitores interrumpen de manera constante el sueño y la tranquilidad de los bebés y de ellas.

Pero si las madres tienen rutinas diferentes, las familias de las adolescentes también sufren unos cambios asociados con el cuidado. De parte de la abuela hacia su hija y su nieto, llegan nuevas responsabilidades afectivas y económicas para las que muchas familias no están preparadas, debido a que la situación de embarazo de la adolescente fue inesperada. Además, porque las condiciones económicas son precarias, la abuela es la proveedora económica y figura de autoridad en ausencia de la figura del abuelo.

Todas las madres adolescentes entrevistadas viven con la abuela, la cual ejerce una gran influencia en la vida de ellas. Incluso las madres identifican como una dificultad la intromisión de las abuelas o los abuelos en la crianza de sus hijos, pues en ocasiones invisibilizan la autoridad y las normas de ellas con sus hijos. Aunque no todas las madres lo han vivido directamente han podido observar la relación que tiene la abuela con los otros nietos que conviven en su casa. La madre dos expresa que ella tiene una niña de un año, ha tenido dificultades con los abuelos por las prácticas de crianza que utilizan y la forma como desearían educarla, ella piensa que una situación similar pasaría con su bebé prematuro.

“...los abuelos paternos son más como enseñando, como criando otra vez al hijo que estaban criando, pues cuando el hijo estaba pequeño le decían: no toque esto, esto no se hace [...] en cambio en mi casa no es así. En mi casa me dicen: no me vas a regañar a la niña y no le vas a pegar a la niña...”

Con respecto al tema de la crianza con los abuelos y otros familiares, la madre tres menciona lo siguiente:

“¿Cómo crees tú que va a ser la crianza de tu hijo en casa de la abuela? Pues eso depende de como lo eduque yo[...] Pues mis dos hermanitos son muy groseros, mi hermana también es muy grosera, entonces yo no me sentiría muy contenta al lado de ellos y que mi bebé aprenda lo que ellos hacen, en cambio yo sé que con mi marido somos más tranquilos [...]”.

Esta madre piensa que por el bienestar de su hijo es mejor convivir con su pareja, aunque reconoce que entre ellos se han presentado algunos conflictos, espera que se superen para que su hijo tenga la oportunidad de crecer con el padre. Otro aspecto que considera en el momento de la entrevista es que la situación económica es precaria en la casa de la abuela, debido a la presencia de sus hermanos y sobrinos, quienes son sostenidos con el trabajo de la abuela. Sin embargo, la decisión de irse a vivir con el padre de su hijo también está mediada por la condición de salud del bebé cuando le den de alta.

“Por el bien de mi bebé y también porque yo a él lo quiero y yo sé que para los dos, y para mí, es mejor estar con el papá [...] Aunque no somos la pareja ideal porque tenemos problemas, yo digo que sí, que si me voy a vivir con él y con el bebé es mejor, yo quiero darme esa oportunidad, pues él ha sido muy responsable y quiere sostenernos, pues que nos vaya bien” “[...]y de por sí, uno debe pensar que ya somos dos y a mi mamá le queda muy duro la obligación, entonces yo tengo que ser consciente de que mi marido me va a colaborar y me va a dar lo necesario y que me va a respetar...”(Entr-M-3)

Son evidentes los temores que las madres tienen con relación a la nueva condición de ser madres adolescentes con un bebé prematuro, con relaciones de pareja que presentan conflictos y donde la situación económica es difícil.

Como se dijo anteriormente, las prácticas de crianza también están influenciadas por las creencias que tienen las madres adolescentes transmitidas por la cultura. Algunas se convertirán en prácticas de crianza, a pesar de la recomendación médica.

“Le pongo fajas, porque yo creo en eso, una prima no le puso la faja y el ombligo del bebé le quedó salido. A mí sí me gustaría ponerle la faja, pero aquí no se permite”.(Entr- M-1)

Para esta mamá los tatuajes son una expresión estética y del cuerpo, y le gustaría que su hijo participara. Para ella es una práctica de crianza porque hace parte de unos valores culturales con los que está de acuerdo y se convierten en un estilo de vida, en una forma de ver el mundo.

“Lo apoyo porque mi mamá me apoyó y no le vio nada de malo a eso si se lo cuida bien y más si yo sé tatuar, claro lo apoyaría”. (Entr-M-1)

Las prácticas de crianza se modifican según las influencias del contexto en el que se desarrollan y teniendo en cuenta los cambios sociales, culturales e históricos. Pero como hemos visto con la información proporcionada por las madres en las entrevistas, hay algunas de ellas que utilizan prácticas de crianza que son transmitidas de generación en generación, o sea que permanecen en el tiempo. Según Myers(1993) “Entender las diferencias culturales en las prácticas y creencias sobre la crianza del niño requiere comprender por qué esas prácticas se cumplen cuando lo hacen”(pág. 433). Esto significa

que tiene que ver con los momentos del desarrollo de los niños, pero también con las creencias y prácticas que la familia utilice en el cuidado del bebé, las cuales pueden ser aprendidas en la unidad neonatal y otras son experiencias o tradiciones transmitidas por la cultura.

CAMBIOS Y PERMANENCIAS EN LAS CREENCIAS SOBRE EL CUIDADO

La familia, por medio del proceso de socialización introduce al niño en la cultura, le transmite valores, creencias que hacen parte de las prácticas de crianza. En este apartado nos ocuparemos de entender cómo las creencias están relacionadas con las prácticas de crianza. Para autores como Myers (1993) las creencias se transforman, según el contexto cultural en el que nace un niño, son transmitidas por los padres de generación en generación y de acuerdo con el tipo de niño y adulto que una sociedad desea tener.

Las culturas suelen guiarse y distinguirse por un conjunto específico de creencias acerca de lo que sucede en este mundo y en una vida que no se conoce, después de la muerte. Las creencias pueden surgir de experiencias prácticas en las condiciones particulares en que vive la gente... o puede representar intentos de lidiar con lo desconocido. En materia de creencias, es posible distinguir algunas diferencias bien fundamentales entre los pueblos.(pág. 437)

Las creencias están basadas en saberes populares o tradicionales que son utilizadas en la crianza de los niños, algunas de esas creencias están asociadas al cuidado de los niños y según el artículo “Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura”(Noguera & Rodríguez, 2008), es importante que el grupo de enfermeras que atiende a los niños tenga en cuenta el aspecto cultural que las madres adolescentes utilizan en el cuidado de sus hijos, no deben ser ignoradas ni rechazadas, sino evaluadas para identificar cuáles se deben preservar, corregir o transformar para obtener el bienestar del bebé.

Estos mismos autores(2008) plantean la necesidad de que el personal de salud respete y valore las creencias que las madres adolescentes con hijos prematuros tienen en cuanto a las prácticas de cuidado y crianza, a fin de ofrecer una atención cultural congruente, que responda a los saberes profesionales, pero también culturales, de manera que se eviten conflictos entre profesionales de la salud, la madre y sus familias y sea más fácil acompañar, negociar o reestructurar algunas prácticas de cuidado que pueden ser perjudiciales para la salud del bebé.

En esta investigación se han identificado dos tipos de creencias que surgieron en las entrevistas: creencias religiosas y creencias culturales. En las creencias religiosas, Dios aparece como mediador de la salud del bebé y de los sucesos de la vida. Por lo tanto, el embarazo ocurre porque Dios quiso y si “él lo mandó ese bebé es su voluntad que nazca” y ella aceptará ese designio. Esta es una manera de responsabilizar a otro que puede ser la pareja, la familia y por último Dios de todas las acciones para las que no se quiere responder o no se tiene respuesta. Además, también es una forma de sentirse menos culpable por no tomar precauciones frente a un posible embarazo, así como aferrarse a un ser superior para pedir por la salud de su bebé.

“No, yo nunca había pensado ser mamá, todavía no, pero; Dios sabe cómo hace sus cosas!”. (Entr-M-3).

En las creencias culturales que surgen sobre el cuidado de sí y el cuidado del bebé, las madres empiezan a tomar medidas para cuidarse durante y posterior al embarazo como incluir una alimentación saludable, así como tomar líquidos que permitan aumentar la producción de leche, el cuidarse durante la dieta de las corrientes de aire y del sereno.

“[...]al principio, cuando salí del hospital, mi mamá me daba que los calditos, que el chocolate y ahora último mi mamá me dice que me cuide los últimos días, aunque los últimos días me está doliendo mucho la cabeza”. (Entr-M-3)

En el caso del cuidado de los bebés hay madres que tienen tradiciones que han utilizado su madre y abuela.

“[...]hacerle la curvita del pie en el baño, aquí no se la puedo hacer porque no se puede demorar mucho en el baño, eso se le hace porque hay gente que tiene el pie muy plano [...] para que el pie no le quede plano porque hay zapatos que tiene una curva, así sea hombre”. (Entr-M-1).

Las creencias hacen parte de las prácticas de crianza que las madres adolescentes han aprendido de sus familias y de su contexto cultural. Es fundamental por consiguiente, el reconocimiento de dichas creencias por parte del personal de salud que cuida al bebé y le enseña a la madre su cuidado, respetando las que se pueden conservar y enseñando a modificar otras para beneficio del bebé.

CONCLUSIONES

Una madre, con un bebé prematuro en una unidad neonatal, requiere del apoyo de todo personal de salud, pero principalmente de las enseñanzas proporcionadas por las enfermeras y que deben ser transmitidas con claridad, calidez y amabilidad para facilitar su aprendizaje, aumentar su confianza y seguridad y favorecer la vinculación de ella con su hijo, así como disminuir la ansiedad y el estrés por la condición de hospitalización. Las madres adolescentes aceptan las indicaciones y enseñanzas recibidas en la unidad neonatal, lo que demuestra la gran influencia del personal de enfermería sobre las prácticas de cuidado, crianza y vínculo afectivo con el bebé prematuro.

El aprendizaje de las madres adolescentes está enfocado en las necesidades de salud, higiene, alimentación y manifestaciones de afecto, prácticas que con el tiempo se convierten en costumbres o hábitos y se transforman en prácticas de crianza.

Para una madre adolescente, la llegada de un hijo prematuro modifica su cotidianidad y la de su familia desde el punto de vista relacional, afectivo, económico, emocional y social. La madre debe interrumpir su estudio y su trabajo para poder asistir a la unidad neonatal para acompañar a su hijo en el baño, alimentarlo y cangurearlo.

A pesar de que muchas de esas familias de adolescentes con bebés prematuros no están preparadas para asumir esta situación, resultan directamente involucradas con el cuidado, la atención del bebé; así como con las responsabilidades afectivas y económicas que implica el nacimiento de un ser humano. En muchos casos, la abuela se convierte en la principal proveedora económica y figura de autoridad.

Las creencias culturales que permean las prácticas de crianza de las madres adolescentes hacia sus bebés deben ser conocidas por el personal de salud, aceptadas, transformadas o modificadas en beneficio de la salud del recién nacido prematuro.

A pesar de que el ambiente de la unidad neonatal no es el más adecuado contribuye al establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijo, actividades como el baño, la alimentación, el cangureo, las caricias, las miradas y el contacto con el bebé durante el día son fundamentales. Sin embargo, la vinculación con el padre es más limitada por las restricciones en el horario de las visitas o el poco interés de él por hacerlo.

Referencias

- Aguirre, E., & Durán, E. (2000). *Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Araujo, T., Rejane, K., & Delvianne, C. (2012). Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. *Acta Paulista de enfermagem*, 371 - 377.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora S.A.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Charpak, N., & Figueroa, Z. (2011). *El bebé prematuro: como ser padres canguro*. Bogotá: Aguilar.
- Charpak, N., & Figueroa, Z. (2014). <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>.
Obtenido de <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>.
- Cisneros, A. (1999). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales. *Revista Sociológica*, 103-126.
- Climent, G. (2003). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. *Revista Argentina de Sociología*, 77 - 93.
- Collière, M.-F. (2009). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- De la Cuesta, C. (2002). *Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en adolescentes*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Echeverri, L. (Agosto de 2004). La familia en Colombia transformaciones y prospectivas. *Cuadernos del CES No.6*. Bogotá, Colombia: Ces Universidad Nacional.
- Esguerra, C. (1994). Autocuidado materno neonatal en el postparto. Programa docente asistencial. *Avances en enfermería.*, 35 - 41.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Straathearn, L., Target, M., & Allison, E. (9 de julio de 2012). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de la personalidad. Madrid, Madrid, España.
- González, D., Ballesteros, N., & Serrano, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Ciencia y cuidado*, 43-53.
- Grisola, E. (2005). El lado oscuro de la maternidad. En A. Oiberman, *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal* (págs. 191-227). Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Guerra, J., & Ruiz, C. (2008). Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances de Enfermería*, 80-90.
- Guerra, M., & Muñoz, L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería Universitaria*, 84-91.
- Lizarazo, J., Ospina, J., & Ariza, N. (2012). Programa madre canguro: una alternativa sencilla y de costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Revista salud pública*, 32-45.
- Ministerio de Educación Nacional. (s.f.). *www.colombiaaprende.edu.co*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2014, de *www.colombiaaprende.edu.co*: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/home/1592/article-228165.html>
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 291- 401.
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Noguera, N., & Rodríguez, M. (2008). Aprendiendo a cuidar el recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. *Avances de Enfermería*, XXVI(1), 103-111.
- Oberman, A. (2005). *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal*. Buenos aires: JCE Ediciones.
- Peralta, M. (1996). *La crianza de los niños menores de 6 años en Latinoamérica. Un análisis de estudios realizados y propuestas para su continuidad*. Santiago de Chile: OEA.
- Ramos, S. (2011). La ética del cuidado: valoración crítica y reformulación. *Laguna*, 109-122.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tahise, A., & Carraro, T. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 514 - 521.
- Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la salud*, 37 - 49. Obtenido de El autocuidado una habilidad para vivir.
- Torres, N., Santacoloma, A., Gutiérrez, M., & Henao, J. (Abril de 2008). Una aproximación a la caracterización de la atmósfera psíquica en cuanto factor de desarrollo psíquico en adolescentes gestantes. *Universitas Psychologica*, 7(1), 290.
- Triana, A., Ávila, L., & Malagón, A. (2010). Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 933-945.

- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia*, 109 - 118. Obtenido de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
- Vaca, P. (01 de Junio de 2012). Análisis de los patrones de comunicación en la familia de origen de las adolescentes embarazadas entre 13 y 18 años de la sala "A" del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito, Ecuador.
- Vásquez, V. (2009). La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. Valencia, España: Universidad de Valencia.