

La Pérdida Simbólica en el Rol materno: El nacimiento de un bebé prematuro, un análisis ecológico.

María Alejandra González López

Supervisora: Sandra Juliana Plata Contreras

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Psicología
Práctica Familias, Vínculos y Violencias
Programa Madre Canguro Integral
Bogotá, Mayo 2019

Nota

La correspondencia relacionada con este documento debe ser enviada a gonzalezma@javeriana.edu.co

Resumen

La maternidad es un proceso que trasciende los aspectos biológicos y físicos de la gestación, que rompe con el ideal de belleza, deseabilidad y satisfacción que culturalmente hemos adoptado, generando un interés en el impacto psicológico que tiene lugar.

El presente trabajo de sistematización se fundamenta en el proceso realizado y los aprendizajes adquiridos durante la práctica familias, vínculos y violencias con el fin de describir y analizar lo que implica el rol materno, y el surgimiento de pérdidas simbólicas para aquellas mujeres que han experimentado el nacimiento de un bebé prematuro y/o de bajo peso al nacer, usuarias del Programa Madre Canguro Integral (PMCI) del Hospital Universitario San Ignacio.

Teniendo en cuenta que el ser humano está en constante interrelación con diferentes universos simbólicos que lo constituyen y sobrepasan el ámbito individual (ontosistema), se reflexiona siguiendo al modelo ecológico de Bronfenbrenner en donde el microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema constituyen escenarios que involucran factores de riesgo y protectores que desencadenan percepciones, ideales, expectativas, emociones y actuaciones en torno a la maternidad canguro.

Para llevarlo a cabo se realizaron 46 entrevistas semiestructuradas a 46 madres del programa cuyo rango de edad fue de 15-42 años analizadas por medio de la codificación axial abierta propia del método de teoría fundamentada; en donde se encontró que todas las mujeres conciben la maternidad de acuerdo a influencias familiares y culturales, esto hace que se den pérdidas especialmente después del conocimiento de la noticia de prematuridad, generando procesos asociados al duelo anticipado y simbólico; en donde el PMCI hace parte del sistema que representa mayor protección (microsistema), y las creencias del país (macrosistema) el de mayor riesgo.

Palabras clave: Prematuridad, Maternidad, Pérdida simbólica, Duelo, Modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Abstract

Motherhood is a process that transcends the biological and physical aspects of pregnancy, which breaks with the ideal of beauty, desirability and satisfaction that we have adopted culturally, generating an interest in the psychological impact that takes place.

The present systematization work is based on the process carried out and the learning acquired during the practice of families, links and violence in order to describe and analyze what the maternal role implies, and the emergence of symbolic losses for those women who have experienced the birth of a premature and / or low birth weight baby, users of the Integral Kangaroo Mother Program (PMCI) of the Hospital San Ignacio. Bearing in mind that the human being is in constant interrelation with different systems and symbolic universes that constitute it and surpass the individual scope (onto system) is reflected following the ecological model of Bronfenbrenner where the microsystem, mesosystem, exosystemic and macrosystem constitute scenarios that involve risk factors and protectors that significantly influence the perceptions, ideals, expectations, emotions and actions that emerge from kangaroo motherhood.

In order to carry it out, 46 semi-structured interviews were carried out with 46 mothers of the program whose age range is 15-42 years analyzed by means of the open axial coding of the grounded theory method; where it was found that all women conceive motherhood according to family and cultural influences, this causes that they are lost especially during the knowledge of the news of prematurity, where the PMCI is part of the system that represents a greater amount of protective factors (microsystem), and finding that the risk factors emerge from the microsystem.

Key words: Prematurity, maternity, symbolic loss, Grief, ecological model of Bronfenbrenner.

Introducción

La llegada de un nuevo integrante a la familia, desencadena un conjunto de percepciones y por ende reacciones entre ellas el estrés, la inseguridad y el miedo que influyen de forma significativa en las creencias, emociones, identidades, relaciones y prácticas de las futuras madres; ya que **la maternidad** trasciende los aspectos biológicos de la gestación y el parto, al tener además componentes psicológicos, sociales y culturales del ser madre que se construyen en la interacción con otras personas en sistemas particulares, con universos simbólicos y con significados propios.(Cáceres, Molina y Ruiz, 2014).

Estas percepciones se intensifican según sea el nacimiento, y el parto prematuro y/o de bajo peso al nacer, caracterizado por la llegada de un bebé antes de las 37 semanas de gestación o con un peso inferior a 2500 gramos. (Charpak, 2006), genera un conjunto de pérdidas relacionadas a un embarazo y maternidad idealizado, ya que posee ciertas características que desestabilizan el sistema individual de la madre (ontosistema), a su familia (microsistema), influenciado por la interacción con escenarios externos (exosistema y macrosistema) que serán abordados a lo largo del presente trabajo de investigación.

La prematurez es vista como un problema de salud perinatal importante; anualmente se presentan entre 15 y 20 millones de nacimientos prematuros o de bajo peso al nacer, lo que representa el 9.8 % de todos los nacimientos a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2018). En América Latina, países como Costa Rica, Honduras, Uruguay, Nicaragua y Brasil presentaron una prevalencia de prematurez de más de 0,9 millones para el año 2016. (Tascón, Claros, Mendoza, Arias y Peñaranda, 2016). Por su parte, Colombia registra 58,760 casos atendidos. (DANE, 2016). Al tener en cuenta estas cifras, se han generado distintas estrategias entre las cuales se destaca al Programa Madre Canguro Integral (PMCI) del Hospital San Ignacio ubicado en la ciudad de Bogotá, al cual ingresan en promedio 150 niños con esta condición en el mes.

Desde la psicología es necesario plantear que muchas de las madres que ingresan al programa, han tenido que pasar por un contexto clínico y hospitalario que genera un gran impacto en el bienestar emocional y psicológico, ya que no se está preparado; las madres ven esto como algo totalmente nuevo, algo que desconocen y por ende temen en la mayoría de los casos; se interrumpe el proceso de anidación psicobiológica, fundamental para que los padres completen la creación de un lugar físico y psíquico para el nuevo miembro de la

familia y para que el neonato consume su maduración biológica y esté en condiciones para sobrevivir fuera del útero. (Restrepo, 2017). Este impacto emocional se relaciona significativamente con la emergencia de algunas pérdidas de carácter simbólico que generan procesos cognitivos y emocionales relacionados a la elaboración de un duelo, y aunque estas no son tangibles, fácilmente percibidas por las madres, ni representan la muerte física del bebé, poseen un valor significativo para la salud y tranquilidad mental.

De esta manera y siguiendo a Carvalheira, Pamplona y García (2010), el proceso de constitución de la maternidad se inicia mucho antes de la concepción y en él contribuyen aspectos transgeneracionales, sociales, contextuales y culturales, asociados a lo que se espera de una mujer, tanto en ella, dentro de la familia y en la sociedad. De esta forma, al pensar en la maternidad, la mujer ya tiene una idea preconcebida de cómo será desencadenado el proceso del parto, de cómo será atendida y cuáles las dificultades que tendrá que enfrentar, por ejemplo, el tener que pasar largas horas de espera, el equipo de salud, las contracciones etc.

Sin embargo, la prematurez y el bajo peso no están contemplados por la mayoría de madres que han ingresado al PMCI y aun así se exige una reorganización y adaptación inmediata por la supervivencia del bebé interrumpiendo abruptamente con ideales y expectativas preconcebidas por las familias en relación al niño y a identidades que no se perciben relacionadas al ser hijo, ser mujer y ser mamá, que interrumpen con el proceso de mentalización propuesto por Setterberg (2017).

Así, por ejemplo, uno de los aspectos no esperados, son los grados de inmadurez en el sistema respiratorio, circulatorio, digestivo o de termorregulación que presenta el bebé, pudiendo desarrollar dificultades en su salud tales como hipotermia, ictericia, bronco aspiraciones, apnea central, obstructiva y mixta, hemorragias intraventriculares, entre otras dificultades. (Charpak, 2006). que interrumpen con el ideal de salud en el niño. Ante esto, se reconoce la existencia de probabilidad de mortalidad; según datos epidemiológicos, el nacimiento prematuro es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años, la cual corresponde al 40% y la más significativa durante el primer mes de vida (Tascón et al., 2016).

Investigaciones adelantadas por la UNICEF (2012), mencionan que en Colombia para el año 2012 se registraron 912.000 nacimientos prematuros, en donde la tasa de mortalidad

fue del 11% durante el primer mes de vida. En Bogotá cerca de 364 bebés fallecieron debido a su nacimiento prematuro. (Ministerio de protección social, Y Programa Mundial de Alimentos PMA, 2010).

No solamente las condiciones de salud se ven afectadas, además de ello, según Halpern, Brand y Malone (2001) se encontró que estos bebés tienen altos niveles de inestabilidad conductual, lo que afecta la emisión de señales afectivas o de necesidad (hambre, sueño, dolor, incomodidad o comodidad), lo cual complejiza la interacción afectiva madre-bebé.

Así pues, los bebés demandan especial atención y cuidados, escenarios y actores nuevos; entre ellos la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), incubadoras, intervención quirúrgica, fototerapia, oxígeno, posición canguro las 24 horas del día, adaptación a la lactancia materna y al seguimiento de diferentes especialistas; pediatras, neonatólogos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos, aspectos que por lo general no son esperados y fomentan un mayor nivel de exigencia y estrés por parte de sus padres o cuidadores, que aquellos que son puestos en práctica en niños nacidos a término.

Ante esta situación, cobra relevancia preguntarnos por la influencia de aquellas pérdidas dentro del bienestar psicológico en padres y cuidadores antes, durante y después del conocimiento de la noticia de prematurez, pues ante cualquier pérdida se desarrollan distintos procesos internos y reacciones que, en este caso, tendrán influencia en la forma como la madre percibe al niño, a su rol y por ende en las conductas que despliegue tanto para el cuidado propio como del menor.

Por ejemplo, reacciones emocionales como tristeza, estrés, inseguridad, irritabilidad, enojo etc. Así como reacciones cognitivas dentro de las cuales se dan asociaciones negativas de la prematurez, entre ellas se destacan que puede ser percibida y vivida como un proceso de duelo anticipatorio, como se evidencia en Lavielle-Sotomayor, Rozen-Fuller, Bustamante & Martínez, 2017) en donde familiares de pacientes oncológicos poco a poco se preparan para la muerte de sus seres queridos, estructurando de forma significativa su concepción de la vida y su relación con la persona doliente.

Quintero (2016), por su parte, expone en su investigación ante la primera separación entre la madre y el bebé que implica la internación por el bajo peso de este, puede llevar a que se desarrolle un duelo anticipatorio, generando importantes dificultades en el vínculo

ya que cuando esto sucede, por lo general, la madre evita “la interacción por temor a la pérdida de ese bebé que impresiona gran labilidad, llegando incluso a no concurrir a verlo.

La reacción en ella es la de no apegarse a ese ser tan frágil con riesgo de vida para evitar que el dolor sea tan intenso una vez que lo pierda” (Quintero, 2016, pp. 25). En casos en que el duelo anticipado es más intenso, la madre evita pensar en la relación con su bebé llegando incluso a no hablar de él con otras personas, por ejemplo, familiares (Cramer, 1990).

En el contexto que nos compete las madres, o cuidadores de los niños paulatinamente se preparan de manera inconsciente para la muerte de sus hijos por las condiciones en las cuales se encuentran, se estipula que dentro del PMCI se presentaron cerca de 68 casos de duelo anticipatorio para el año 2018 según comenta la psicóloga de la institución Martha Cristo.

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida (Cabodevilla, 2007). Y, dependiendo de su resolución o no, se corre el riesgo de desarrollar procesos clínicos graves; por ejemplo, en un estudio realizado por Rodríguez, Rincón, Velasco, Hernández, Ramos y González (2012) en Colombia se muestra que el trastorno mental de mayor prevalencia fue el síndrome depresivo y la depresión posparto (DPP) presentándose en 66.8% de las madres que tuvieron un embarazo prematuro.

Otras consecuencias que puede darse es que debido al duelo o las reacciones que ensimisman a la madre y que por ende generar un malestar personal, es posible encontrar deserción del tratamiento, ya que 10 madres abandonaron el programa, 53 tuvieron rechazo por la lactancia materna y 30 por la posición canguro dentro del PMCI del Hospital San Ignacio para el año 2018. Ante esto, se hace necesario abordar no solamente lo que pasa dentro del ámbito de salud si no todo lo que implica el contexto en el cual se desarrolla la madre, ya que en él se encuentran factores de riesgo asociados a aquellas pérdidas.

Esta investigación es relevante ya que, ante la problemática, suele esperarse que el foco de atención recaiga en la salud del menor, pero desde la psicología, el objetivo del programa y la integralidad del mismo, las necesidades de las familias y su emocionalidad

no pueden ser pasadas por alto, ya que de su satisfacción depende el grado de adaptación y vinculación tanto al proceso como al bebé recién nacido.

Con ella se busca que desde diferentes disciplinas se reconozca y se de relevancia desde aproximaciones teóricas relacionadas al desarrollo, psicoanálisis, Apego (Bowlby, 1983), y sistemas expuesto en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996), citado en Torrico, Santín, Montserrat, Menéndez & López (2002), que el nacimiento prematuro y/o de bajo peso, y las pérdidas de orden simbólico que de él surgen y que no han tenido una reflexión investigativa amplia en este contexto hasta el momento, tienen implicaciones en el bienestar individual de las madres y en general de las familias canguro.

El alcance también está dado para la psicología social, ya que, a través de la exploración de las experiencias maternas a través del discurso, se permite conocer la construcción de su propia subjetividad, realidad e identidad sin dejar de lado la construcción social que permea en ese discurso. (Berger y Luckmann, 1999), como se mencionó, este reconocimiento se nutre y aporta, desde el marco ecológico expuesto por Bronfenbrenner, 1986 (citado en Torrico, et al, 2002), dentro del cual se ve al sujeto como un ser partícipe de distintos sistemas, entre ellos el más elemental: la Familia. Los distintos ambientes en los que participa influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional. Lo cual permite desde este modelo desarrollar una investigación integral.

Por ello la importancia de reconocer aquellos factores socioculturales que median no sólo la experiencia y percepción de familias y madres colombianas, sino también cómo esto constituye su identidad, ya que la maternidad, la paternidad y el género se reconocen como construcciones simbólicas relativizadas por lo histórico y lo sociocultural que poseen dimensiones subjetivas. (Molina, 2006). identificando así, factores preventivos, protectores y de riesgo en las mismas, generando procesos de prevención e intervención que permitan desarrollar un acompañamiento psicosocial.

De esta manera también se haría un aporte a la psicología prenatal, perinatal y neonatal, resaltando la importancia del acompañamiento psicológico en el embarazo y [postparto](#) de la mamá y el bebé como promotor del [vínculo](#) que se irá construyendo durante toda la vida.

Teniendo en cuenta a Tessier, Cristo y Charpack. (2013), los psicólogos que trabajan en Programas Canguro deben nutrir sus conocimientos, actitudes y acción por medio de procesos de autoevaluación y mejoramiento de su práctica profesional, no solo para mejorar

sus procesos si no los de otros profesionales, por tal motivo se propone un trabajo multidisciplinar.

Para la neonatología y pediatría esta investigación es importante ya que el bienestar físico y el desarrollo óptimo del bebé prematuro no sólo está relacionado con aspectos biológicos o morfológicos, sino que además se condiciona por el adecuado seguimiento al tratamiento de parte de las familias de los niños. Con esto, el profesional podrá enriquecer su conocimiento y sus estrategias de intervención por medio de otras alternativas que involucren las relaciones afectivas y el emocionar de quien cuida en el tratamiento eficaz. Se espera que este reconocimiento sirva en conjunto para disminuir los riesgos en las madres, su rol y relación con el niño, a través de explicaciones efectivas de parte de estos profesionales hacia los cuidadores, sobre cómo es el bebé prematuro, sus cuidados etc., y que transversalmente se dé una promoción de la autoestima, del empoderamiento del rol materno y de la mujer y del vínculo como estrategia fundamental de apego seguro. Todo esto influenciado por la teoría del apego de Bowlby (1983), en donde por medio de estas estrategias se constituye la base de la seguridad, y de valoración personal reproduciendo patrones positivos internalizados.

Dentro del campo de la enfermería, entre estas ideas, se busca fomentar algunos cuidados y prácticas tales como la lactancia materna exclusiva, y la posición canguro integrándose con teorías psicológicas que la exponen como camino vincular efectivo, el objetivo es poder trascender de la explicación mecánica de la lactancia a la explicación afectiva, al igual que con la posición canguro. Así, identificar los diferentes tipos de respuesta psico-socio-emocional de los padres y de las madres a esta situación es parte del trabajo de enfermería, y en ella también reposa la responsabilidad de organizar y planificar acciones que reduzcan el estrés parental ante el desconocimiento de estas prácticas.

Dentro de la política, esta investigación tiene un alcance significativo ya que permite reflexionar sobre las políticas públicas que se tienen en relación a la salud, atención y bienestar como por ejemplo la política de atención integral en salud (Minsalud,2017) o en relación a programas canguro en Colombia, tomando como ejemplo el Decreto 425 de febrero de 2008 publicado por el Ministerio Público en Salud “obliga a las instituciones de salud que trabajan con niños y sus madres, a implementar y promover el MMC en su

servicio”. (Minsalud, 2017). Con la investigación se propone promover el método y cómo influir en la emocionalidad de los cuidadores que tienen esa responsabilidad.

A nivel social y siguiendo los objetivos de la práctica familias, vínculos y Violencias de la Universidad Javeriana, se espera que con el descubrimiento de aquellos factores que obstaculizan el vínculo madre e hijo y la intervención temprana en los mismos, se puedan prevenir procesos de maltrato intrafamiliar entre ellos negligencia hacia el bebé prematuro por la no aceptación del rol, o patrones de violencia física o psicológica dirigida al bebe, en relación a la reacción desadaptativa de la madre a todo lo que implica la nueva experiencia, especialmente dentro del holón paterno-filial.

Además permite valorizar la voz de las mujeres, a través de las cuales se puede reflexionar sobre cómo se ha constituido socialmente y culturalmente el hecho de que “ser una buena madre” (Gill-Bello, 2018) implica unos rasgos, comportamientos y deseos que en algunos casos no se cumplen por la condición de prematuridad de sus hijos, o por la historia, expectativas y creencias que cada mujer tiene dentro de su plan de vida y de su estructura familiar, rescatando la diversidad que en Colombia y en el PMCI puede evidenciarse en la composición familiar. Específicamente, para las madres del PMCI Es importante que se logre la identificación de cuáles son los mecanismos que se están adelantando desde el programa para estabilizar el sentimiento de pérdida, angustia, desinformación etc., así como la manera en la que la madre está percibiendo esta ayuda de parte del programa.

Considerando todo lo postulado, el cuestionamiento que se busca responder con la presente sistematización es:

¿Cuáles pérdidas simbólicas emergen en el contexto de un nacimiento prematuro asociadas e influyentes al rol materno de 46 madres que asisten al Programa Madre Canguro Integral, desde una mirada ecológica?

Marco teórico

El ser humano por naturaleza es un ser social, por ende, depende de un otro para la satisfacción de sus propias necesidades, en otras palabras, necesita relacionarse

para poder adaptarse al mundo y así sobrevivir, supliendo diversos factores tales como el hambre, la protección y el lenguaje, aspecto que no cambia en el caso de un recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer.

Este proceso ha sido evidenciado desde inicios de la historia de la humanidad, en donde el primer grupo social y nuclear básico conformado para la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas se refiere al sistema familiar; el cual hace parte del microsistema si tenemos en cuenta lo expuesto por García (2001) el cual “corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones directas e interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado” (pp. 2).

Un elemento central en el desarrollo óptimo de las familias y en la calidad de las relaciones presentes en ella, es el afecto, “la familia fragua el afecto y éste fragua a la familia. Si una estructura familiar no posee lazos afectivos se viene abajo irremediablemente, ya que éstos constituyen la fuerza más poderosa que la sostiene”. (Repetur & Quesada, 2005, pp.113).

De esta manera el vínculo afectivo hace referencia a los lazos que se dan generalmente con los cuidadores primarios (padres), y demás relaciones construidas con el paso de tiempo (familiares y amigos), en cuyas dinámicas se evidencia el cariño y el amor que va más allá de los lazos de parentesco que se tengan ya que representan la unión indispensable que le da soporte y equilibrio a las decisiones y situaciones que se presentan en el curso de la vida. (ICBF, 2016).

En una investigación adelantada por Restrepo (2017), sobre los roles de género dentro de las familias, se observó que todas estas responsabilidades afectivas y de cuidados fueron mayormente asociadas y asumidas por las mujeres, especialmente las madres. Por ello para poder comprender la experiencia materna en las madres de bebés prematuros se hace necesaria una conceptualización previa de lo que significa ser mamá.

El primer concepto relevante dentro de la investigación es la maternidad humana, la cual ha sido abordada desde diferentes perspectivas y a lo largo de la historia los modelos con mayor número de investigaciones y relevancia social han sido el empírico-analítico, el conductista y el modelo biomédico (Cáceres, et al. 2014) en los cuales se la destaca por ser un proceso biológico, físico y natural, caracterizado por una serie de conductas y rasgos innatos con funciones específicas, entre ellas la gestación, reproducción y la crianza

encaminada hacia la supervivencia. Una investigación llevada a cabo por Gil-Bello (2018), ha demostrado que la mayoría de las madres cursando la semana 37 de gestación ve a la maternidad como destino propio del ser mujer. De igual modo, este proceso se ha visto como perteneciente a la vida privada de todas las mujeres, es decir se relaciona al género. (Vallana, 2016).

Siguiendo a Palomar (2005), estas concepciones tienen actualmente, como pieza central, un elemento que las sostiene: el *instinto materno*, “el cual, desde la naturaleza femenina, es transmitido de madre a hija, en forma de capacidades y deseos de ejercer la maternidad”.

pp. 4. Revisando otras conceptualizaciones importantes, se han encontrado tres grandes marcos epistemológicos desde la literatura (Bermúdez, 2016) el primero de ellos hace énfasis en elaboraciones más sólidas sobre la psicología femenina que derivan de las llamadas vertientes maternalistas del psicoanálisis. Nancy Chodorow citada en Bermúdez, (2016), propone que el hecho de que las mujeres sean responsables del cuidado temprano de los niños y que, por lo tanto, la primera figura de identificación sea femenina, tiene una importancia central en la configuración psíquica humana especialmente desde la diferenciación de género.

Por otra parte, desde la psicología social y del desarrollo se sitúa a la madre como un sujeto en constante interacción y aprendizaje mutuo no solo con el niño, sino también con su contexto, desde pensamientos provenientes de la teoría del apego, ser madre tiene que ver con aprender a reconocer las necesidades infantiles que expresen alguna necesidad y a satisfacerlas por medio de una respuesta adecuada definida por cada cultura. (Bowlby, 1963).

De hecho, existen ciertas investigaciones donde se evidencia que la expresión *madre suficientemente buena* fue acuñada por Winnicott (1965) y seguida por varios autores tales como Harry Guntrip (1969) y Bruno Bettelheim (1978) citados en Everingham (1977). Este pensamiento considera a la madre como el único ser que proporciona un ambiente de cuidado y seguridad al hijo, minimizando las experiencias emocionales negativas del mismo.

En la presente sistematización se pretende abordar la maternidad como experiencia psicológica, emocional y social, que cambia la forma de comprenderse con el nacimiento prematuro, por lo tanto, se tiene en cuenta lo dicho por Everingham, (1997) en su libro

“Maternidad, autonomía y dependencia” cuando afirma que ser madres es un “proceso de aprendizaje, que va más allá de ser solo un acto instrumental de satisfacción de necesidades masculinas e infantiles”. (pp.37). En ese sentido la definición que se tendrá en cuenta, además de las ya mencionadas, es aportada por Gill-Bello (2018), en la cual “la(s) maternidad(es) son experiencias individuales y colectivas, íntimas y a la vez sociales, sujetas a las subjetividades de cada mujer, a la vez que contextualizadas en un entorno social, cultural, histórico, económico y laboral” (pp.9).

De esta definición se rescatan una serie de elementos importantes, el primero es la **subjetividad**. En otras especies, las actividades maternas se hallan determinadas casi por completo por mecanismos innatos mientras que en los seres humanos se destaca la capacidad de “adaptar su comportamiento en relación con el autoconocimiento adquirido” (Scheffer, 1979, pp.12). Cada mujer siente la maternidad desde una perspectiva muy íntima es decir se ve como parte de un onto sistema, el cual hace referencia a las características propias (biológicas y psicológicas) de cada individuo. pues se trata de un conjunto de emociones personales que no son uniformes, sino que presentan todo tipo de matices relacionados a su historia y a la forma en la cual ella concibe el mundo.

Desde una definición aportada por Schaffer (1977) “la maternidad es una relación que ocurre de forma espontánea y de la cual todo el mundo ha tenido cierta experiencia personal” pp.11. De esta surge entonces otro elemento central en este proceso, el autoconcepto de cada mujer, que varía de una madre a otra en cuanto a sus estilos de expresión, intensidad emocional y otras características personales que se han ido construyendo a lo largo del ciclo vital, con el fin de entender que el proceso de constitución de la maternidad se inicia mucho antes de la concepción, a partir de las primeras relaciones e identificaciones de la mujer.

De esta manera se involucra el ambiente que rodea a la madre, en el cual se encuentran variables como la historia familiar e individual, por lo tanto, es una fase crucial en la vida de las mujeres porque se encuentra lleno de expectativas, deseos y experiencias anteriores que puede llegar a impactar positiva o negativamente la interacción con su hijo. (Innamorati, Sarracino & Dazzi, 2010).

Un tercer elemento es la influencia social/cultural. El contexto en el cual la madre está inmersa, le exige a la mujer unas formas de ser y actuar de acuerdo a lo que se espera de

una buena madre, lo que corresponde a un tercer sistema, el macrosistema (Bronfenbrenner, 1965, a lo largo de la historia y la cultura se ha tenido un modelo que representa a la mujer como la entidad encargada de la gestación y al hombre como ítem de fuerza y trabajo, esto está arraigado en creencias judío cristianas donde la sagrada familia y en general la heteronormatividad e ideales patriarcales han entrado en juego como determinantes de la construcción del rol materno. (Molina, 2006).

Una vez revisada las conceptualizaciones de lo que significa ser una “buena madre”, es necesaria una transición al contexto que nos compete, la maternidad vista desde el nacimiento prematuro y/o de bajo peso. Siguiendo a Arboleda (2009), es importante tener en cuenta que, en este tipo de nacimientos, se requiere de un proceso de interrupción y finalización del embarazo intrauterino, que conlleva a una irrupción con el proceso de gestación psíquica, ya que para llevar a cabo un embarazo, "es necesaria una preparación a nivel físico que es observable en los cambios corporales, así como a nivel psicológico en donde no sólo es necesario que la mujer aloje a su bebé en su vientre, sino que es sumamente importante ir generando un espacio en su psiquis para él." (Quinteros, 2016, pp.8).

Para tener una contextualización más completa, debe entenderse que significa ser un bebé prematuro o de bajo peso, para comprender de la misma forma a lo que la madre o sus cuidadores deben enfrentarse, por ello, aquel pequeño con bajo peso al nacer (BPN), se caracteriza por presentar un peso inferior a los 2,500 gramos independientemente de su edad gestacional. Existen tres tipos de clasificación del peso, bajo peso > 2500 gramos, muy bajo peso >1500 gramos y peso extremadamente bajo >1000 gramos. (Charpak, 2006).

Por otra parte, es sabido que el feto crece, se desarrolla y madura en la vida intrauterina a un ritmo biológicamente predecible; cuando completa las 37 semanas de gestación se dice que es lo suficientemente maduro para salir a la vida extrauterina. “Todos los bebés en el vientre materno necesitan un proceso de maduración para poder nacer con sus funciones aptas para hacer frente al medio que los rodea y de esta manera relacionarse correctamente con el mismo, a esto se llama nacimiento a término, que abarca desde la semana 37 a la 42 de edad gestacional” (Russi y Montoya, 2017, pp.27).

Sin embargo, los niños prematuros o pre término nacen antes de lo esperado, independientemente de cuál sea su peso al nacer. El grupo de los niños prematuros es

diverso, ya que incluye a recién nacidos de diferentes edades gestacionales y pesos tales como: pequeños para edad gestacional (PEG) con frecuencia por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), adecuados para edad gestacional (AEG) y grandes para edad gestacional (GEG). Esta clasificación es determinante para explicar los diferentes grados de inadaptación, intervenciones requeridas e inmadurez que pueden presentarse en diferentes sistemas de su organismo. (Mariño,2014).

Además de las complicaciones en la salud de los niños, se ha demostrado en algunas investigaciones que la calidad de la interacción madre-bebé también se ve obstaculizada y depende del peso al nacer y de la edad gestacional, por ejemplo, los prematuros nacidos con bajo peso al nacer o con complicaciones de salud elevadas, suelen presentar más dificultades iniciales de interacción, a comparación de un bebé nacido a término. (McManus & Poehlman, 2012). ya que presentan menores habilidades para emitir señales, estar alerta de los estímulos etc. lo cual dificulta el proceso de socialización diada-infante que hace parte del microsistema.

Choca (2007) realizó una investigación donde se evidencia que estos bebés están mucho menos abiertos a la interacción que los bebés maduros y denomina a este fenómeno como “déficit interactivo” catalogando al recién nacido prematuro como un bebé de alto riesgo, ya que cuando son manipulados, estos niños parecen estresarse y quedan exhaustos tras una corta sesión de interacción. Los neonatos prematuros y pequeños para la edad gestacional que no retroalimentan las conductas maternas son poco reactivos al rostro de una persona, a su voz, a estímulos visuales o auditivos en general y es muy difícil lograr un diálogo tónico con la madre, lo que predispone al fracaso del vínculo.

En estudios realizados se ha encontrado que, durante el séptimo mes de embarazo, las mujeres ya tenían una representación de sí mismas como madre y de sus bebés (Innamorati, Sarracino y Dazzi, 2010). Por lo tanto, en este contexto, la madre tiene que pasar por una transición en donde ve poco a poco que el bebé que se imaginaba antes del parto de una manera idealizada socialmente, es decir con unas características relacionadas al tamaño, la gordura, el tono de la piel, el cabello, en general su salud no son las que obtiene con un bebé prematuro, pues él posee ciertos rasgos como lo son una coloración de piel roja o transparente, vello corporal en exceso, inestabilidad en el tono de muscular (hipotonía),

ausencia de uñas o cejas en algunos casos y como ya se mencionó un tamaño y un peso significativamente pequeños. (Carvajal, Vargas & Rueda, 2014).

En ese sentido, y teniendo en cuenta lo expuesto por Innamorati et al, (2010) las constelaciones maternas se encuentran organizada en deseos, ideas, memorias, miedos y motivaciones, los cuales influyen en las emociones y comportamientos de la madre hacia el bebé, sin embargo este conjunto de saberes y experiencias maternas está mediado por la percepción que tenga la madre en ese momento de lo que acontece, según los postulados de Mariño (2014) la percepción es un proceso de “extracción y de selección de información relevante, que permite un desempeño de mayor grado de racionalidad y coherencia con la realidad” pp.11. Realidad que en este caso se desenvuelve en un contexto hospitalario diferente al que se había previsto para el postparto.

Cuando la madre entra en relación con su hijo prematuro no se encuentra en las mejores condiciones para responder a las necesidades del recién nacido. “Un embarazo que no ha sido llevado a término deja en la mujer con un sentimiento de insatisfacción, como si algo no hubiera sido completado, generando varias semanas de ansiedad”, (Choca, 2007, pp.66).

Además, Se debe tener en consideración un cuestionamiento que implica a todas las madres en el mundo ¿el embarazo no planeado las vuelve menos madres? A veces el parto llega de modo inopinado y no se desarrolla como había sido proyectado.

Respecto a su rol materno, como se evidencio en las definiciones aportadas al comienzo del presente análisis , Ainsworth (1981) afirman que en la interacción madre e hijo, se encuentra el constructor de sensibilidad materna, el cual es un indicador clave en la calidad de cuidado e incluye un número de cualidades maternas, como lo es: el afecto, el tiempo, la flexibilidad, la aceptación, la negociación de conflictos, la interpretación de las señales infantiles y la capacidad de respuesta apropiada, sin embargo esto no se da de manera efectiva pues, a la madre canguro se le dificulta responder a las necesidades no solo por la inmadurez del menor, si no por el tiempo y las dinámicas que se viven en los programas de atención hospitalaria.

Retomando a Arboleda (2009), la irrupción de orden psicológico que se presenta ante el parto prematuro, puede conllevar a sentimientos de culpabilidad y tener un impacto en la relación madre-hijo. González (2010) afirman que las reacciones emocionales ante un nacimiento prematuro, se puede observar de dos formas, la primera es aquella madre que

ante el nacimiento de su hijo, no cuenta con los recursos emocionales para atender las necesidades de su bebé, sino también por su falta de control del entorno que la pone a prueba desatando sentimientos de culpa, enojo, ansiedad y miedo, (Innamorati et al., 2010). Todo esto ligado a las constantes presiones de la posición canguro, el aumento de peso, oxígeno etc. Investigaciones adelantadas por Vallana, 2016 evidencian que la madre no se siente lo suficientemente buena por el hecho de haber traído al mundo a un ser en esas condiciones, aquí también entran en juego el tipo de parto, vaginal o cesárea, siendo este último rechazado por muchas mujeres al afirmar que no es un verdadero parto, por la concepción de que, si no está presente el dolor característico de la normatividad del parto vaginal, entonces no es lo que se espera de un nacimiento.

Otra práctica asociada a la maternidad que afectan el rol materno y que se supone debe darse de forma “natural” no sucede, por ejemplo, la lactancia materna a pesar de ser el mejor alimento y el más natural para el bebé porque colabora con su crecimiento saludable y es un “derecho tanto de la mamá a amamantar, como del bebé a recibir leche materna” (UNICEF, 2010). En algunos casos no se puede establecer por diferentes motivos entre ellos la falta de adaptación del bebé a la alimentación, al seno materno, el dolor y la incomodidad del momento y de la madre a este nuevo entorno, por lo cual debe recurrirse a otros métodos como lo son los suplementos nutricionales, el uso de jeringas, vasos y teteros. Es importante rescatar lo que menciona (Gómez, 2015) en donde el no lactar tiene implicaciones en la carga afectiva que volviendo a mencionar no cumple con las exigencias del rol esperado.

La unidad de cuidados intensivos (UCI), también demuestra otra serie de obstáculos que afectan las funciones maternas, como lo son la condición médica del bebé, la interrupción de las responsabilidades parentales normales, estar separado físicamente del niño y el ambiente que ofrece la unidad. Por lo tanto, esto impide una óptima interacción entre padres e hijos. (Lindavista, Hellstrom & Hellstrom, 2007). Adicionalmente en el estudio llevado a cabo por el doctor Fabricio Choca (2007), se analizó que compartimos con los animales ciertos temores: el desconocimiento del otro ser o de un objeto; el temor a objetos que aumentan de tamaño o se aproximan rápidamente, el temor a los ruidos intensos y el temor a la oscuridad y el aislamiento. Nada de esto es peligroso en sí mismo, pero desde el punto de vista evolutivo tiene explicación: son señales de peligro” pp.56.

De esta manera Bowlby y Ainsworth, citados en Choca (2007), plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso, en este caso no solo por parte del niño si no también del cuidador. Los cuidadores de los bebés prematuro deben hacer frente al desconocimiento propio de la prematuridad, y las máquinas que se necesitan tales como fototerapia, incubadoras, respiradores etc. Las mujeres, observan que su participación es mucho más exigente y enfrentan una pérdida del control asociado con la angustia, frustración y ansiedad de tener un contacto físico con su bebé. (Lindbergh et al., 2007 citado en Mariño 2014).

En palabras de Mariño (2014), “se encuentran abrumados por los tratamientos médicos que sus hijos reciben para su supervivencia. Presentan dificultades para comprender lo que sucede a su alrededor, incluso si el personal médico les da alguna información acerca de sus hijos, ellos se sienten incapaces para comprender dicha información, debido a que predomina la sensación de irrealidad” pp.11.

Arockiasamy, Holsti y Albersheim (2008) encontraron que los padres dentro de la UCI asumen roles inesperados, por lo tanto, los padres deben redefinir su rol como “protector” o “supervisor”, debido a la supervivencia del bebé.

La actividad cerebral del bebé se forma a partir de la imitación de patrones cerebrales propios de su madre. Así, cuando esta experimenta emociones negativas, depresión, ansiedad o estrés constantes durante la gestación, se promueve actividad cerebral en el área frontal, lugar donde se procesan las emociones negativas. Muller-Nix, Forcada, Pierrehumbert, Jaunin, Borghini y Ansermet.(2004) señalan que un alto nivel de estrés parental luego del nacimiento de un hijo prematuro puede afectar el vínculo madre-hijo, dicho estrés dificulta el establecimiento de un apego adecuado ya que según Bowlby (1983), lo anterior se debe a que el vínculo que la madre genera con su hijo se inicia desde la gestación y el tipo de vínculo que el niño establezca tendrá grandes implicaciones en su propio desarrollo (Moneta, 2014; Bowlby, 1983).

Este conjunto de ideales o expectativas revisadas dentro del marco del nacimiento prematuro y/o de bajo peso al nacer que no son cumplidas, y se enmarcan dentro de la conceptualización de *pérdidas simbólicas*, no sin antes hacer énfasis en que las pérdidas y su proceso de elaboración, como parte constante de la vida de todo hombre, se han

constituido desde diferentes perspectivas, de hecho en la literatura y desde la psicología se ha centrado su atención en la naturaleza del objeto perdido, “por ello este proceso psicológico se ha definido con relación a la muerte, considerada como el magno exponente en cuanto a pérdidas se refiere”. (Pinzón, 2009, pp.131).

Esta pérdida es entendida como una separación temporal o definitiva; en este caso se da cuando un vínculo emocional se rompe, se pierde o deja de existir, representando sufrimiento o aflicción en las personas que la experimentan. “La pérdida de una persona amada constituye, una de las experiencias más penosas por las que un ser humano pueda pasar”. (Bowlby, 1983, pp.32). A partir de esta se produce un desequilibrio en la homeostasis del sistema comportamental del apego.

Según Dávalos, Castillo, García, Martínez, Torres & Sauri (2008). Ante esta aflicción, la reacción natural y universal esperada ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo es el proceso de Duelo, el cual es entendido desde Bowlby, 1983 como “todos aquellos procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, que una pérdida pone en marcha”. pp.41. En este sentido podemos afirmar que el proceso, es una reacción que incluye componentes psicológicos, físicos, sociales, y comportamentales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión, significado y vinculación afectiva del objeto de pérdida. Este proceso, aunque es esperado afecta el bienestar, identidad, la visión del sí mismo y del mundo, las relaciones y el comportamiento de un ser humano, ya que implica la aceptación de una nueva realidad indeseada, que se preferiría negar. (Vargas, 2015).

Aunque este proceso puede manifestarse de manera silenciosa, en donde solo quien lo experimenta es consciente de sus sentimientos porque no hay una demostración directa externalizada, en la mayoría de situaciones se hace evidente. Para denotar la manifestación pública de la aflicción podemos usar la expresión “ritos del duelo” (Bowlby, 1983, pp.41). En donde el llanto, el aislamiento, desinterés, silencio y comportamientos tales como anhelo inconsciente de la persona y objeto de pérdida, reproche inconsciente contra la persona perdida, auto reproches y persistente incredulidad de la pérdida (negación), adquieren protagonismo en la vida del deudo.

La pregunta que nos compete analizar ahora, teniendo en cuenta el contexto es la siguiente: ¿Esta pérdida se da respecto a qué exactamente en el nacimiento de un niño prematuro? Su fundamento teórico se ha dificultado en el presente contexto, es decir dentro

del nacimiento prematuro, principalmente porque el objeto de pérdida no es el niño que fallece.

Por esto teniendo en cuenta la clasificación aportada por Tizón (2004), se explicará brevemente los tipos de pérdidas y su relación con el contexto. La primera de ellas ya se mencionó y es de carácter relacional, es decir se dan respecto “a un otro”, incluye el fallecimiento de personas cercanas, divorcios, abortos o abandonos. En segundo lugar, se sitúan las pérdidas, de objetos externos no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Por ejemplo, pérdidas al trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos, en tercer lugar, encontramos las pérdidas interpersonales las cuales se refieren al propio ser o al propio cuerpo, aquí se destaca la disminución o pérdida total de capacidades intelectuales o físicas. Esta categoría se relaciona con las pérdidas evolutivas en donde las fases de nuestro ciclo vital, suponen una serie de cambios que conllevan diferentes pérdidas. Por ejemplo, el rol de adolescente al rol materno.

Como se mencionó en este contexto, el niño prematuro no muere, pero si mueren ideales en relación al proceso de maternidad, cuidados y relación con el mismo; si revisamos la propuesta freudiana se tiene que “algunos procesos de duelo se refieren a la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces”. (Freud, 1915 citado en Pinzón 2009). En esta definición es posible afirmar que no sólo se inviste la relación con un otro, se inviste también todo aquello que sea percibido como propio, independientemente de si su naturaleza es tangible o intangible. (Pinzón,2009).

Del lado de lo intangible es posible encontrar pérdidas enmarcadas en el orden de lo simbólico, tales como “la identidad, el prestigio, el honor, los valores asumidos como principios o la dignidad”. (Pinzón,2009, pp. 149). Así mismo es posible situar de este lado los cambios de etapas como las del mismo desarrollo (infancia, adolescencia) o de estados como la soltería en su paso al matrimonio, ser adolescente a ser madre, ser mujer libre a tener responsabilidades con un otro, en este caso el bebé prematuro etc.

Adicionalmente en estudios realizados por Arboleda (2009), las madres de bebés prematuros experimentaban sentimientos de tristeza e inconformismo cuándo su bebé no demostraba los efectos que ellas esperaban o por su parte no podían demostrarlos. Toda pérdida de un objeto de amor acarrea consigo un efecto en la organización psíquica, pues se

convierte, a su vez, en una pérdida del yo, esto, gracias al compromiso narcisista que se establece con los objetos. (Sastre de Blas, 2017). “El efecto en el equilibrio psíquico implica tramitar los sentimientos hacia el objeto perdido e iniciar un proceso de organización del yo, esto, con el fin de culminar la perturbación del sentimiento de estima de sí que se instala con la falta del objeto de amor y de esta manera disponer del capital libidinal que anteriormente estaba colocado en el objeto perdido”. (Pinzón, 2009, pp.152).

Cuando aquello perdido tiene principalmente una connotación simbólica, como en el caso que nos ocupa, no se desconoce una posible pérdida en lo real, es aquí donde se instala el agravio, la afrenta. Este es, de nuevo, un terreno desprovisto de certezas, pues lo que duele a unos difiere de lo que puede doler a otros, y esta diferencia radica en la carga libidinal investida sobre aquello que se pierde (Caponá, 1999, citado en Pinzón 2009).

Gill-Bello(2018), plantea en su artículo, dentro de la segunda categoría “lo que comporta la maternidad y la adaptación a su nuevo rol”pp. 7 desde la postura de las mujeres es que existen dos visiones paralelas por un lado se tiene a la madre que entrega todo por su hijo, amor, confianza, ternura, cariño y protección (rasgos atribuidos a las mujeres), pero por el otro está el tener que afrontar nuevas responsabilidades y un conjunto de pérdidas tales como el tiempo, la libertad y el dinero.

En el caso de la prematurez, también se evidencia una pérdida entre el bebé imaginado y el niño prematuro con características particulares, Setterberg (2017) propone que dentro de la sensibilidad materna es importante que la madre adapte la imagen del niño idealizado con la del niño real, aspecto denominado “mentalización o proceso reflexivo”. Que en algunos casos se distorsiona por lo que implica ser una madre canguro.

La relación madre-feto atraviesa diferentes etapas llenas de fantasías, imaginaciones y proyecciones, comenzando incluso antes de que el niño sea concebido, ya que siguiendo a Quinteros (2016), a medida que el embarazo avanza se va modificando la forma en que la madre vivencia e imagina a su hijo. En una primera etapa de la gestación lo concibe por lo general como una parte de su propio cuerpo, como si fuera un órgano más. En este momento la mujer no se ha formado una imagen muy clara y se alternan ideas del embrión como un conglomerado de células con ideas del mismo como un ser ya formado.

Dentro del nacimiento prematuro, el sentimiento de pérdida es producido por el ideal del bebé que se espera nacerá en un tiempo establecido con anticipación, sus características

físicas, sus cuidados, la forma de presentarlo ante la sociedad, y el rol paterno, aspectos normalizados culturalmente. Así como la anticipación de pérdida ante un evento que no ocurre, en este caso la muerte del bebé, ya que como fue explicado en el planteamiento del problema, en la actualidad, la prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal e infantil. Suponiendo esta prematuridad la principal causa de muerte en las primeras cuatro semanas de vida, y la segunda en menores de cinco años. (Herrerros, 2015).

En Pinzón (2010), se describe al duelo como un proceso que tiene lugar ante la pérdida o la percepción de pérdida de un objeto que puede ser de carácter tangible o intangible, es decir no solo está relacionada con la muerte directa de una persona física, además está relacionada a procesos tales como la libertad, un ideal o la patria. Lo intangible cobra importancia, siempre y cuando se haya invertido en él cargas afectivas significativas y su intensidad no depende de la naturaleza del objeto perdido sino del valor que se le atribuye a dicho objeto. Esto puede denominarse como Duelo Simbólico.

El segundo ejemplo corresponde al Duelo Anticipatorio, al que también podríamos denominar Duelo Imaginado comparte con los otros duelos la característica fundamental de ser una respuesta emocional frente a una pérdida. Que, en este caso, tiene la característica fundamental de no estar aconteciendo en la realidad presente sino en un futuro virtual fruto de la capacidad de imaginar un desenlace. Pues de hecho la situación en la que se desarrolla no es irreversible. Con el Duelo Anticipado comparte que se producen antes que la pérdida cursando con los mismos síntomas, y se diferencia en reversibilidad/irreversibilidad de la situación en la que se producen. (Sánchez, Corbellas y Camps, 2018).

Despierta interés preguntarnos por el bienestar psicológico de las madres, y de qué manera se adaptan o elaboran procesos relacionados al afrontamiento de este tipo de pérdidas, ya que de esta celebración dependerá una adecuada organización del sistema individual de cada mujer, y en la adaptación que tenga por el niño, la maternidad y la adherencia al programa y método canguro. Es importante diferenciar que cuando la pérdida está ligada a la muerte de un ser querido, el despojo es su cuerpo, éste permite empezar el lento proceso de aceptación de su muerte. En el caso que nos ocupa, no existe otro despojo que el yo mismo, pues es la madre quien se vuelve pobre y vacío, es ella quien se identifica con el objeto resignado, con el depositario de su dignidad y quien padece la pérdida de un

trozo de sí. Ante su pérdida, lo que se “vuelve pobre y vacío” (Freud, 1915, citado en Pinzón 2009) ya no es el mundo sino el yo mismo.

Por lo tanto, pueden desencadenarse diversas reacciones que se observarán en la presente sistematización, entre las cuales se evidencia que estos eventos no son esperados, por lo que en los padres se podrán presentar una serie de emociones o sentimientos no agradables ante la incertidumbre de perder roles o rutinas diarias, y adicionalmente en cualquier momento la incertidumbre de perder a sus hijos.

Ante esto se espera que el padre reaccione tal como se encontró en un estudio que aborda la experiencia emocional de los padres de niños nacidos prematuros y aspectos psicológicos en donde las madres presentaban comportamientos tales como aislamiento, la ansiedad y el estrés elevado, hasta el punto de desencadenar algunos trastornos del afecto, o alteraciones psíquicas como lo son depresión post-parto, estrés postraumático etc. (Dulguerían, 2012).

Así mismo Rubiños (2012), encontró que cuando un niño ingresa a la UCI, presenta un estado crítico en su salud, situación que no es grata para los padres de familia y que se puede ver expresada en sentimientos de dolor, enojo, tristeza y temores sobre el diagnóstico.

Green, M. y Solnit, A. (1964) desde su investigación llamaron a esto “Vulnerable child syndrome” común en todo niño que en algún momento de su vida a estado a punto de morir en la primera infancia. Según una investigación llevada a cabo por Dávalos et al, (2008) puede presentarse como reacción un duelo anticipado que no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes, como la emisión de un pronóstico de incurabilidad; en este caso el diagnóstico de prematuridad o bajo peso que no siempre se descubre en el momento del nacimiento, puede darse durante el embarazo cuando la madre asiste a un control, ecografía o tiene una hospitalización repentina. Este proceso de duelo puede generar tristeza en la familia, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación, es decir se prepara para la despedida del menor, aunque ésta todavía no ocurra. Kaplan y Mason 2002 (citados en Choca 2007) distinguen cuatro etapas que atraviesan las madres de los prematuros, el duelo anticipado por posible muerte del hijo, aceptar el fracaso de no poder parir un hijo a término, reanudación del proceso de vinculación y aprendizaje de las particularidades del prematuro.

Ante esto, hay que aclarar que no sólo se inviste de dicha carga la relación con un otro, son también investidas las circunstancias, los lugares, los trabajos, los bienes adquiridos, todo aquello que pertenezca al orden de lo propio o sea percibido de esta manera.

Las pérdidas que se intentan abordar en el presente trabajo de sistematización, no solo están relacionadas al contexto actual, pues desde las narrativas maternas se encuentran episodios propios del ciclo vital donde han ocurrido otro tipo de pérdidas tales como el fallecimiento de un familiar, abortos etc. (Pinzón, 2009) ya que el proceso de vinculación con el menor y de adaptación a estas pérdidas no está desligado de otras relaciones.

Para esto es necesario tener en cuenta que el desarrollo psicológico entendido como un proceso complejo, responde a la influencia de una multiplicidad de factores estrechamente ligados al ambiente o entorno ecológico propuesto por Bronfenbrenner en el cual se expone que “El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana (...) pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos ” Bronfenbrenner 1979 citado en Torrico et al.2002, pp. 18).

En el caso de las madres con niños prematuros, se sabe que deben adaptarse a esta nueva situación y así mismo a los ambientes que la rodean y forman parte de su vida cotidiana, así como los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto en este caso la prematurez.

En la investigación llevada a cabo por (Torrico et al.2002) donde se hace un análisis del modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología, se conceptualizan los diversos sistemas que se irán relacionando con el contexto hospitalario del niño prematuro. Dentro de estos sistemas se encuentran el ontológico, luego encontramos en microsistema, este es “el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos” (Torrico et al.2002, pp.47). en él la madre interactúa cara a cara y fácilmente con los miembros de su familia, en el hogar, en el trabajo y con sus amigos. En el PMCI se tiene la concepción de que este sistema es el que representa el apoyo social más fuerte para la madre, aspecto que será discutido más adelante en resultados. Según Bronfenbrenner (1979) “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa

activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, pp. 44). Dentro del PMCI y siguiendo las investigaciones planteadas por Torrinco et al 2002, se deberían trabajar 3 bloques de interrelaciones: las vinculadas al flujo de información, las relacionadas con la potenciación de conductas saludables y las asociadas con el apoyo social.

El tercer nivel se denomina mesosistema y se refiere a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que lo afectan” (Tarrico, 2004, pp.54). Como por ejemplo la relación del padre del bebé prematuro con su trabajo, con la familia de la madre, o con el mismo PMCI, lo cual influye en dinámicas y percepciones. Aquí entra en juego la historia previa: Muerte en el pasado, de forma desagradable y por la misma condición de otros miembros de la familia, a los que el sujeto ni siquiera conoció.

Por último, se reconoce al macrosistema el cual se relaciona con aspectos propios de la cultura y el momento histórico-social en este caso colombiano. Entran en consideración las creencias que se tienen sobre familia, maternidad, parto y prematurez. En este nivel tendrían gran influencia las políticas públicas que rigen a nuestro país Colombia relacionadas a la maternidad, salud y educación, por ejemplo, la política de salud sexual y reproductiva, especialmente en su apartado de maternidad sana que busca garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. Por medio de una oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación y un manejo de los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/o, brindando un tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo. (Ministerio de Protección Social, 2003).

Otro ejemplo es la política Distrital de Salud Mental, desarrollada con el fin de “garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida”. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015, pp.5). En particular la Ley 1616 de 2013 de Salud

Mental o Ley Esperanza definió los elementos requeridos en toda política de salud mental para el país.

Todos los niveles y las dimensiones humanas están interrelacionados entre sí, por ejemplo, los esquemas cognitivos (nivel individual: dimensión cognitiva) son en gran parte constituidos por las pautas culturales (microsistema) mediatizadas por las instituciones (ecosistema) y por la familia (microsistema) que, a la vez, han moldeado la dimensión cognitiva a lo largo del desarrollo de la persona.

Objetivo

Objetivo general

Describir y analizar el surgimiento de pérdidas simbólicas asociadas a la maternidad en el contexto de un nacimiento prematuro y de bajo peso al nacer, a través de las percepciones maternas de mujeres que hacen parte del Programa Madre Canguro Integral del Hospital Universitario San Ignacio, teniendo en cuenta el modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Objetivos específicos

Explorar a través de las historias maternas, las percepciones, emociones y creencias actuales acerca del proceso y del significado de la maternidad.

Evidenciar el surgimiento de pérdidas simbólicas y reflexionar sobre las reacciones psico-socioemocionales que emergen y pueden influir en el rol materno, entre ellas el proceso de Duelo.

Comprender de forma transversal la influencia de los sistemas ontológico, micro, meso, exo y macrosistema que hacen parte del modelo ecológico de Bronfenbrenner dentro del nacimiento prematuro y el rol materno identificando factores protectores y de riesgo en cada sistema que inciden en el bienestar psicológico de las madres.

Metodología

Diseño

La presente sistematización de la práctica cuenta con un diseño cualitativo de carácter exploratorio con el fin de reconocer que en el discurso materno se encuentra su propia subjetividad, es decir sus propias percepciones, creencias, sentimientos y emociones relacionadas al fenómeno que se pretende analizar: Pérdida simbólica, el cual no ha sido muy abordado en este contexto, además es descriptivo por que se pretende mencionar y caracterizar variables tales como maternidad, embarazo, apoyo social, rechazo u aceptación del embarazo etc.; este tipo de estudios se enfocan en “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, pp. 364).

Para la interpretación de los resultados, se hace pertinente la utilización de la teoría fundamentada en los datos, este método, la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí, se permite que la teoría emerja de los datos en contraposición a una teoría preconcebida, Corbin, Strauss y Zimmerman (2002), y comienza con un área de estudio que permite que la teoría emerja a partir de los datos. Este proceso se caracteriza por tener un análisis, donde detalladamente se observan los datos recolectados, analizando línea por línea los discursos maternos, lo cual permitirá generar categorías y fenómenos a partir del análisis y creatividad del investigador con el fin de encontrar también relaciones entre dichas categorías. Este proceso analítico Corbin, Strauss y Zimmerman (2002) lo denominan codificación, a través del cual se “fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría” (p. 11). Y dentro de sus propósitos se encuentran construir una teoría sin necesidad de comprobarla, brindar a los investigadores herramientas que les son de utilidad para poder manejar grandes cantidades de datos, ayudarlos a tomar en consideración significados alternativos respecto a los fenómenos, ser sistemático y creativo y descubrir, desarrollar y relacionar diferentes conceptos entre sí.

Categorías de análisis

Maternidad: En ese sentido la definición que se tendrá en cuenta es aportada por Gill-Bello (2018), en la cual “La(s) maternidad(es) son experiencias individuales y colectivas, íntimas y a la vez sociales, sujetas a las subjetividades de cada mujer, a la vez que contextualizadas en un entorno social, cultural, histórico, económico y laboral” (pp.9). Para poder comprenderla se tendrá en cuenta lo que significa ser una madre para cada una de las mujeres entrevistadas sin sesgo alguno, así como lo que significa la maternidad canguro, entendida por Charpack, 2006 como “la responsabilidad de tener a un niño en condiciones distintas, pero que puede ser recuperado brindando las mejores condiciones para su desarrollo tal cual se haría con un nacimiento a término” pp.30. Esto con el objetivo de conocer cuál es la influencia de la noticia de prematuridad en el rol

Pérdida Simbólica: Relacionadas al campo de lo intangible y no con la muerte del prematuro que producen malestar en la madre al acabar con ideales, expectativas y roles que se pierden o nunca son obtenidos por la condición de prematuridad; tal como se mencionó en el marco teórico estas pueden estar clasificadas en intrapersonales evolutivas. Es pertinente abordar también aquellas pérdidas que pueden emerger de carácter relacional o físico y de objetos externos (Tizón, 2004).

Modelo ecológico de Bronfenbrenner: cada una de las madres. Enfoque ambiental diseñado y elaborado por [Urie Bronfenbrenner](#) sobre el desarrollo del individuo mediante los diferentes ambientes en los que este se desenvuelve, hacen parte el onto sistema, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema en los cuales se desenvuelve

Técnicas e instrumentos

Entrevista semiestructurada: Herramienta cualitativa, consiste en la formulación de preguntas previamente establecidas por la entrevistadora dirigidas a las madres, con el fin de desarrollar una conversación caracterizada por la empatía, la confianza y la seguridad. Las preguntas han sido relacionadas al objetivo principal del programa y de la investigación, conocer cómo es la percepción de las madres en cuanto a la noticia del embarazo, el nacimiento del bebé prematuro y de bajo peso, maternidad etc. A través de la exploración de temas relacionados a la noticia del embarazo, cuidados, red de apoyo, interacción, programa canguro, proyecto de vida etc.

Esta herramienta está en concordancia con los fundamentos epistemológicos de la investigación, pues es precisamente a través de las narrativas que se construye identidad y significados. (La estructura de esta entrevista podrá ser encontrada en el apartado de anexos.)

Observación etnográfica: Herramienta cualitativa, utilizada con el fin de que la recolección de datos sea más completa, ya que con la observación dentro de las entrevistas las personas pueden hacer descripciones más detalladas y se puede dar cuenta de otros aspectos tales como el lenguaje corporal que da cuenta de la perspectiva emocional del sujeto entrevistado. Según Fernández-Ballesteros (1992) la observación es una estrategia que permite recoger y así poder formular o verificar hipótesis, haciendo referencia al cómo, qué, cuándo y dónde observamos. (Uribe, 2018). Los elementos observados fueron las expresiones faciales y corporales de la madre al momento de expresarse en la entrevista, teniendo en cuenta el tema abordado en cada pregunta y la interacción entre ella y el bebé.

Codificación axial abierta (anexo 1): Con el ánimo de seguir lo planteado por la teoría fundamentada en los datos (Corbin, Strauss y Zimmerman, 2002). Se realizó un análisis de la transcripción de la entrevista de forma detallada, pudiendo identificar elementos conceptuales párrafo por párrafo, línea por línea.

Participantes

Para la investigación, fueron entrevistadas 46 madres que hacen parte del Programa Madre Canguro Integral del Hospital San Ignacio, todas ellas contaban con una estadía en el programa de 2 a 8 días y el rango de edad que se observó fue de 15 a 42 años, por lo tanto, se pueden encontrar diversos grupos etarios (adolescentes, madres jóvenes (20-25), fértiles (26-35), y añosas (mayores de 35 años). Las madres fueron seleccionadas de forma aleatoria el único requisito que debían cumplir era ser madres de nuevo ingreso ya que, en este momento, la familia hasta ahora se está adaptando al bebé prematuro o de bajo peso, al rol y al programa canguro. Adicionalmente esto permite dar cuenta de los factores de riesgo o protectores que deben ser considerados con cada madre y que tuvieran la disposición para la realización de la entrevista.

Procedimiento

Esta sistematización tuvo lugar en dos semestres (8 meses aproximadamente) dentro de la práctica Familias, Vínculos y Violencia de la Universidad Javeriana. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las historias clínicas del PMC, con el fin de identificar aquellas madres de nuevo ingreso, una vez tomado el día de control con pediatría, se procedía a encontrar a la madre y a entablar una pequeña conversación donde se hacía explícita no sólo la intención de la entrevista si no también el cómo se había sentido con esta nueva experiencia.

Cuando la madre aceptaba ser parte del estudio, se dirigía a un lugar adecuado para la realización de la entrevista semiestructurada (consultorio de psicología, sala de fototerapia o sala de adaptación). La cual tuvo una duración de 30 a 60 minutos; con la que se pudo obtener sus datos sociodemográficos, lo que incluye la edad, nivel educativo, ocupación y estado civil de ellas y del padre del bebé, así mismo se indagó sobre los elementos relacionados con el embarazo y el parto, sus acciones, reacciones, sentimientos y emociones, su red de apoyo, la percepción que han tenido del Programa Madre Canguro Integral hasta el momento y su proyecto de vida.

En este espacio también se realizó una observación etnográfica para conocer el lenguaje corporal de la madre y su coherencia con el discurso, así como la forma de interacción entre la madre y el bebé, en algunos casos entre ellos y algún acompañante (padres, abuelas, tías).

Una vez obtenida la información, se realizó una transcripción de la entrevista, con elaboración de genograma y clasificación de factores de riesgo, protectores y remisiones pertinentes, así como un análisis de rechazo o aceptación del embarazo (Anexo 2), para el caso de la sistematización se realizó la codificación axial abierta en Excel. (Anexo 3)

Resultados

Las madres fueron clasificadas según el grupo etario, por lo tanto, primero se presentan los datos sociodemográficos de cada grupo en conjunto y posteriormente se

desarrolla una comprensión individual de cada madre según las categorías mencionadas anteriormente:

maternidad (elección del rol, significado materno y maternidad canguro), *pérdida simbólica*, en donde se menciona el momento de la gestación (Antes, durante o después de la noticia de prematuridad) donde mayor cantidad de pérdidas emergieron y las reacciones que tuvieron lugar (conductuales, emocionales, físicas y cognitivas); en el apartado de anexos se encuentran las tablas correspondientes a este análisis.

Finalmente el *modelo ecológico de Bronfenbrenner*, analizado de igual manera en una tabla que podrá ser encontrada en anexos, mostrando el sistema (ontosistema, microsistema, exosistema, mesosistema y microsistema) y si corresponde a un factor de riesgo o protector para la madre.

Madres adolescentes (13-19 años)

Datos sociodemográficos:

Este grupo está conformado por 10 madres, 5 han adquirido el nivel académico de bachilleres mientras que las demás no terminaron el bachillerato. Ser ama de casa, es la ocupación más evidenciada (6) y ser estudiante la segunda (4). 3 madres presentan riesgos en su salud entre ellos vitíligo, hipertensión, depresión y artritis juvenil, ninguna de ellas consume medicamentos, y tan solo una es madre por segunda vez.

5 padres hacen parte del grupo de adultez joven (20-25), 3 son adolescentes y 1 está en el periodo de edad fértil (26-34), cuyo nivel académico es bachiller (6 padres), tecnólogo (1) y tres no han terminado sus estudios; Tan solo 7 cuentan con estabilidad laboral y de ellos 4 no han ofrecido su apoyo a la madre, por lo tanto, en cuanto a su estado civil 6 se encuentran conviviendo en Unión Marital de Hecho y 4 son padres solteros.

La tipología de familia más encontrada es extensa conviviendo en Bogotá, tan solo una pareja reside en Albania -Santander; Nueva EPS la EPS más frecuente.

En cuanto a los datos del bebé, se encuentran 4 niños y 5 niñas, siendo muy prematuros y de bajo peso, el motivo del nacimiento se asocia a ser casos RCIU y el tipo de parto más evidenciado es por cesárea (7 madres); las intervenciones más evidenciadas son hospitalización y oxígeno.

Maternidad:

Elección del rol: Embarazo no planeado, pero si deseado, por lo tanto, el mantenimiento de este es producto de la *libertad personal* de la madre sin influencias.

Significado materno: *Maternidad como responsabilidad no esperada*, especialmente por la situación económica y las dificultades en la relación de pareja que repercute en la emergencia de pérdidas durante el proceso de gestación. En este caso también se evidencia el significado de *paternidad condicionada* a lo económico, pues la madre se separa de su pareja unos meses y vuelve para mayor estabilidad económica.

Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol, especialmente ante el desconocimiento del mismo y la asociación de este con el hecho de *no ser una verdadera madre*.

Pérdida simbólica:

El momento que mayor pérdida representa es *antes de la noticia de prematurez*, asociadas en primer lugar la historia de maltrato producto del conflicto Armado en Colombia de la madre entre ellas: *pérdidas físicas por asesinato de hermanos mayores, Historia de abandono paterno y dignidad humana*. En segundo lugar, pérdidas asociadas al embarazo: *identidad y libertad, independencia y anticipación de pérdida económica*. Especialmente porque la madre tiene un ideal de sí misma y esto afecta su autoestima, como una mujer que todo lo puede, ya que fue madre a los 16 y “he podido con todo sola”. Las reacciones que emergen son de carácter *emocional* especialmente, entre ellas tristeza, rabia, preocupación e irritabilidad frecuente. Por ello no se supone un *duelo simbólico* (en la etapa de ira) ante la noticia de prematurez, maternidad y cambio de identidad, pero tiene mayor influencia en el estado de la madre Duelos anteriores relacionados a la pérdida física

que no han sido elaborados de forma correcta. Dentro de los mecanismos de afrontamiento se destaca el reconocimiento de recursos propios y la capacidad de introspección y herramientas de autorregulación como el manejo de la respiración.

Madre 19

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo tanto, no hay *elección del rol*, el mantenimiento se da por *elección personal libre* sin influencias externas. Dentro de los significados familiares se encuentra a la maternidad como un *obstáculo para el proyecto de vida y una carga económica*. Significado materno: *Maternidad como una responsabilidad no deseada y como obstáculo en el proyecto de vida y económico* relacionado al hecho de que la madre quería ser modelo, pero el embarazo no se lo permitió. Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol que produce preocupación asociado al desconocimiento y al ideal de maternidad.

Pérdida simbólica:

El momento en el que más se evidencian pérdidas es *antes de la noticia de la prematurez*, especialmente por la pérdida de *identidad/libertad, proyecto de vida, relación con grupo de pares y belleza física asociado* al embarazo no planeado. Que generan en la madre reacciones de tipo *conductual, emocional y cognitiva* tales como percepción negativa del embarazo, de los cambios corporales y asociación del bebé como un impedimento para continuar con su proyecto de vida.

En cuanto a la prematurez se evidencian mayor cantidad de respuestas *durante la noticia* relacionadas con el *ideal del niño a término relacionado a la salud, embarazo idealizado en relación con el parto vaginal*. Por lo tanto, se presume un *Duelo simbólico*.

Los mecanismos de afrontamiento evidenciados son Mantenimiento de la esperanza relacionado a expectativas en proyecto de vida y conocimiento del bebé, por ejemplo, señales de llanto y personalidad.

Madre 20

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad, por lo tanto, no hay *elección del rol*, sin embargo, el mantenimiento del mismo se da por una *elección libre* de la madre sin influencias. Dentro de las creencias familiares se evidencia que la maternidad es vista como *generador de trascendencia* asociado a la percepción positiva del embarazo a pesar de la edad de la madre y *maternidad como obstáculo económico*.

Significado materno: *Maternidad como una responsabilidad no esperada, como destino y universal relacionada al género* a pesar de que la madre no tenía planeado el rol, siempre fue su sueño ser madre “porque es el sueño de toda niña”. Maternidad Canguro: Percepción positiva del rol.

Pérdida simbólica:

No se evidencia un número significativo de pérdidas, por lo tanto la madre no está pasando por un proceso significativo de Duelo simbólico o anticipado, sin embargo *después de la noticia de prematuridad* se evidencian la pérdida del *ideal del niño nacido a término relacionada al contexto y a la salud*, que generan reacciones de tipo *emocional, cognitivo y conductual* tales como miedo hacia la incubadora, percepción de la prematuridad como obstáculo de la interacción de la madre con su familia y aislamiento.

Debido a las pocas pérdidas evidenciadas, solo hay un mecanismo de afrontamiento que es el mantenimiento de la esperanza respecto a expectativas con la niña evidenciados en el proyecto de vida y Preparación para el parto por cesárea por información previa influyen en la tranquilidad de la madre ante este procedimiento.

Madre 24

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación ni deseabilidad del mismo, de hecho, la relación con la pareja estaba a punto de terminarse, por lo tanto, *no hay elección del rol* y la razón de su mantenimiento fue por *influencia de la pareja* quién le insistió para mantener la relación.

Significado materno: *Maternidad como responsabilidad no deseada, como mecanismo de unión con la pareja, y como obstáculo con proyecto de vida*.

Adicionalmente la madre afirma que “ser madre es algo natural” asociado con *maternidad como instinto* y ve a la lactancia materna exclusiva como *indicador de maternidad eficaz*.

Maternidad Canguro: Percepción positiva del rol relacionado al conocimiento de este.

Pérdida Simbólica:

El momento en el que se evidencian más pérdidas es *después de la noticia de prematurez*, entre ellas se encuentra el *ideal de niño nacido a término relacionado al aspecto físico, intervenciones médicas, interacciones y objetos externos tales como prácticas sociales y cotidianas*. Entre las reacciones mayor evidenciadas están las de carácter *cognitiva* tales como percepción física negativa del tamaño del bebé, malestar por la inmadurez del prematuro, y percepción de la prematurez como un obstáculo para salir con el grupo de pares.

El mecanismo de afrontamiento que fue hallado es mantener la esperanza hacia el futuro con su proyecto de vida laboral, educativo y familiar, así como Re significación de la experiencia en este caso el embarazo al verlo como una situación que le permite experimentar cosas nuevas, y la prematurez como algo que le permite estar cerca de su bebé.

Madre 25

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo tanto, *no hay elección del rol*, sin embargo, decide mantener el rol por *elección libre* sin influencia alguna. No hubo uso de métodos anticonceptivos por desconocimiento materno de los mismos. Las creencias familiares relacionadas son de *maternidad como obstáculo en el proyecto de vida*. Significado materno: *Maternidad como responsabilidad no deseada y como obstáculo en el proyecto de vida*, pues era “en lo último en lo que estaba pensando para mi vida”.

Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol especialmente por el desconocimiento y por creerla asociada al hecho de *no ser una verdadera madre*.

Pérdida Simbólica:

El momento en el que más se evidencian pérdidas simbólicas es *Después de la noticia de la prematurez*, por el ideal que se tenía del *niño nacido a término relacionado al*

aspecto físico, a la interacción que se ve afectada por la inmadurez que representa la prematuridad y el *ideal de embarazo relacionado a las prácticas*, en este caso, el cangurear al bebé genera inconformidad en la madre, otro tipo de reacciones (*emocional*), especialmente tristeza, odio y culpa, características de un duelo simbólico y anticipado. (se evidencia anticipación de muerte del niño dentro de las reacciones cognitivas). El método de afrontamiento evidenciado es el Manteniendo la esperanza en el futuro vista en su proyecto de vida laboral y con su hijo, así como la preparación para la prematuridad, pues la madre comenta que le avisaron con anticipación del bajo peso y por ello la cesárea la vivió con tranquilidad.

Madre 26.

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación, deseabilidad o influencia especialmente por la condición laboral precaria de los padres, esto provoca que el significado materno sea visto desde esta categoría: *maternidad como una responsabilidad no deseada*. Sin embargo, para la familia, el embarazo es percibido de manera positiva por ser *generador de trascendencia*.

Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol debido al desconocimiento y a la pérdida del ideal del contexto “nunca nos imaginamos ser padres canguros, no sabíamos lo que era”.

Pérdidas simbólicas:

El momento en el cual se evidencian mayor cantidad de pérdidas es *Después de la noticia de prematuridad* en donde el *ideal del niño nacido a término* no se da como se esperaba, estando relacionado a tres factores *la salud, intervenciones médicas y el aspecto físico* del mismo produciendo más reacciones de tipo *cognitivo y emocional* tales como asociación de la prematuridad con gravedad, anticipaciones de muerte lo que genera, tristeza, ansiedad e impotencia en la madre, un aspecto particular se refiere a una reacción *conductual y social*, donde la madre evita y rechaza el contacto de otras personas por la prematuridad. Por ello se supone un *Duelo anticipado y simbólico*.

Los mecanismos de afrontamiento evidenciados son: Manteniendo la esperanza asociada a evolución del prematuro “Ahora ven a la bebé “más grande y bonita, hoy subió

de 2210 a 2240”, Conocimiento del bebé lo que permite una interacción de calidad y Re significación de la experiencia, en donde se antepone las cualidades del bebé por encima de las dificultades.

Madre 36

Maternidad:

Elección del Rol: No se evidencia planeación, pero si deseabilidad, desde pequeña su sueño fue convertirse en madre, influenciada por *experiencias infantiles* donde se asume un rol parental izado con hermanos. Significado materno: *Maternidad como proyecto de vida, como destino, como instinto* esta última relacionada a que nadie influyó en su decisión, para ella fue algo “natural”. y *Lactancia materna como indicador de maternidad eficiente*.

Creencias familiares de maternidad: Mensaje doble vincular; por parte del abuelo es vista *como obstáculo con proyecto de vida* y por la abuela materna *como generador de trascendencia*. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol por desconocimiento, así como reacción emocional de miedo al asumirlo y verlo *como no ser una verdadera madre*.

Pérdida simbólica:

El momento que más pérdidas representa es *Después del nacimiento*, ya que se pierde el *ideal del niño nacido a término* asociado a la *salud y a intervenciones médicas* (en este caso fototerapia). Así como ideales de *lactancia materna, interacción madre-bebé y rol materno*. que están influenciadas por los deseos de la adolescente de ser madre y su concepción de la maternidad y de la lactancia. Lo cual produce en la madre especialmente reacciones de tipo *emocional* tales como tristeza, enojo, miedo, culpa e impotencia, lo cual incide en la interacción madre bebé por el miedo ante el físico del niño. Se presume un *Duelo Simbólico* en la etapa de depresión. El mecanismo de afrontamiento evidenciado es Conocimiento del bebé y Aprendizaje tanto de lo que implica ser un bebé prematuro como de las técnicas de lactancia e intervención.

Madre 39.

Maternidad:

Elección del rol: Planeado y deseado por *influencia de la pareja y del sistema familiar*, se concibe a la maternidad como mecanismo para mantener la unión con el padre del bebé y por creencias de la abuela materna sobre ella como *generador de trascendencia*, ya que, sin importar la adolescencia de la madre, tiene una percepción positiva de su embarazo. Significado materno: *Maternidad como destino, como universal relacionada al género, y como instinto*. “Ser mamá es algo que está destinado por Diosito, todas las mujeres tienen esa idea de tenerlo porque es algo natural”. En este caso en particular el padre se tiene como generador económico por encima de sus otras obligaciones, se habla de una *paternidad condicionada*. Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol debido al desconocimiento, lo cual genera una creencia y emoción negativa atribuida a enfermedad de la madre “yo pensé que eso era una enfermedad “y miedo frente a la asunción del rol.

Pérdidas simbólicas

El momento en el cual se evidencian mayor cantidad de pérdidas es *después de la noticia del nacimiento prematuro*, entre ellas están *la pérdida el ideal de la realización del baby shower*, que genera dos tipos de reacciones (*emocional y cognitiva*) asociadas a que no hubo un reconocimiento familiar del status de la nueva madre, aspecto que a su vez genera *percepción negativa de la prematurez y tristeza*. Por otra parte, *la pérdida del ideal de la salud del niño a término* se evidencia en distintos tipos de reacciones (cognitivas, emocionales y conductuales. Suponiendo un *duelo anticipado y simbólico* en la etapa de negación e ira. Dentro del mecanismo de afrontamiento se encuentran 3: Aprendizaje como generador de esperanza, tranquilidad y empoderamiento “he aprendido muy rápido por el bienestar del niño”, Mantenimiento de la esperanza con expectativas futuras, pues en el proyecto de vida materno está relacionado con la educación y el bienestar del bebé, y Re significación de la experiencia traumática, en este caso de cargar al bebé, donde se la asocia finalmente con felicidad por tener al niño cerca.

Madre 41.

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación ni deseabilidad por lo tanto no hay *elección del rol*, se evidencia un deseo de aborto durante los 5 primeros meses del embarazo y los motivos para mantener el embarazo es por *la influencia de la pareja* lo cual influye en concebir a la maternidad como *mecanismo de unión* con el padre del bebé e *influencia de la primera percepción del bebé* que dificultan la aceptación del aborto como opción.

Significado materno: *Maternidad como una responsabilidad no deseada, como mecanismo de unión con la pareja y como obstáculo para proyecto de vida*. Además, se evidencia que el paro vaginal y la lactancia materna son percibidos como *indicadores de una maternidad eficiente*. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol genera miedo por concebirla con el hecho de no ser *una verdadera madre*.

Pérdida simbólica:

El momento en el que más se evidencian pérdidas simbólicas es *Antes de la noticia de prematuridad*, relacionado al hecho de que la madre no quería asumir el rol se pierden *ideales de prácticas sociales y cotidianas, identidad adolescente, auto concepto propio relacionado a la belleza física y el apoyo familiar de su familia extensa*, además de encontrarse una *anticipación de la pérdida del proyecto de vida*.

Los mecanismos de afrontamiento vistos son conocimiento del bebé, mantenimiento de la esperanza relacionado a tener expectativas hacia el futuro dentro del proyecto de vida, e introspección y auto regulación propia, en este caso relacionada a buscar soluciones que generen “paz mental”, como las mándalas y el manejo de la respiración.

Madre 42

Maternidad:

Elección del Rol: No hay planeación ni deseabilidad por lo tanto no hay *elección del rol* y se dan pensamiento de interrumpir el embarazo. Sin embargo, se evidencia una *influencia familiar y de creencias religiosas* que influyen en el mantenimiento del rol al percibir el aborto como negativo asociado al pecado.

Significado materno: *Maternidad como una responsabilidad no deseada, como destino*, asociada a que la mujer soñaba con ser madre, pero no en este momento por lo tanto también se la concibe *como obstáculo con proyecto de vida y como universal relacionada al género* “ser madre es responsabilidad solo de nosotras”. Adicionalmente se ve al *embarazo a término y de parto vaginal como indicadores de maternidad eficiente*.

Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol, en donde se lo asocia con no *ser una verdadera madre*. “¿Seré una buena madre siendo canguro? No creo que sea lo mismo”.

Pérdida simbólica:

El momento en el que más se evidencian pérdidas es *antes de la noticia de prematurez*, asociado con el hecho de que la madre es adolescente y no deseaba ser madre, por lo tanto, se dan pérdidas de objetos externos tales como *prácticas sociales y cotidianas y proyecto de vida*. Pérdidas evolutivas tales como *identidad adolescente* por el nuevo rol y pérdida vincular *de apoyo familiar y social y relación con el padre*. Ante ellos emergen especialmente reacciones de tipo *emocional y conductual*. Se evidencia un *Duelo anticipatorio*. Los mecanismos de enfrentamiento encontrados son re significación de la experiencia, “ser una madre canguro es terrible pero la ventaja es que estás más pendiente y cerca del bebé”, además de ver al embarazo adolescente como motivador en su vida personal, preparación mental de la prematurez, ya que le avisaron en el 5 mes de gestación, reconocimiento de recursos personales, conocimiento del bebé (señales y personalidad del mismo) y mantenimiento de la esperanza en proyecto de vida.

Madres en la etapa de adultez joven (20-25)

Datos sociodemográficos:

Este grupo está conformado por 12 madres con un promedio de edad de 23 años, de ellas, 2 son profesionales y 4 tecnólogas. En cuanto a su ocupación, la mayoría son empleadas, 3 amas de casa y 1 no cuenta con empleo. La enfermedad que se encontraron son preclamsia, anemia, artritis juvenil, esquizofrenia y depresión. Ninguna consume medicamentos y todas son madres primerizas.

De los padres, 6 hacen parte del grupo de adultez fértil (26-34), 5 son adultos jóvenes (20-25) y 1 es un padre añoso, cuyo nivel académico más evidenciado es ser bachiller (6 padres), universitarios (3), tecnólogos (2) y uno es especialista; Todos ellos cuentan con estabilidad laboral y han ofrecido su apoyo a la madre, por lo tanto, en cuanto a su estado civil 11 se encuentran conviviendo en Unión Marital de Hecho, 1 pareja es casada y 1 han decidido separarse. La tipología de familia más encontrada es nuclear (8) y

extensa (4) conviviendo en Bogotá; y Compensar es la EPS más frecuente, una de las madres no está afiliada al sistema de salud.

En cuanto a los datos del bebé, se encuentran 8 niños y 4 niñas, siendo moderadamente prematuros y de bajo peso, el motivo del nacimiento se asocia a ser casos RCIU y el tipo de parto más evidenciado es por cesárea (9 madres); las intervenciones más evidenciadas son hospitalización y oxígeno.

Madre 1

Maternidad:

Elección del rol: Planeación y deseabilidad sin influencia alguna. Por lo tanto, se evidencia una *elección libre e individual*. Significado Materno: El embarazo fue planeado desde hace tres años, la madre siempre quiso tener un bebé desde que era pequeña por lo tanto la maternidad es visto como *destino – proyecto de vida*.

Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol por desconocimiento y por ser lo último que esperaban, lo cual rompe con el ideal de embarazo idealizado asociado a las prácticas que en él se desenvuelven.

Pérdida simbólica:

En este caso se evidencian pocas pérdidas asociado al hecho de que la madre deseaba el embarazo desde hace mucho, por lo tanto, antepone ese deseo a la condición de prematuridad, siendo los tres momentos (*antes, durante y después*) los representantes de una sola pérdida, *Embarazo idealizado sin complicaciones relacionada a la salud materna, Ideal del niño a término relacionado a su salud e Ideal del niño nacido a término asociado al aspecto físico*. Produciendo reacciones de carácter *cognitivo* en su mayoría, tales como disgusto ante el tamaño del bebé, y las condiciones de salud de la madre y anticipación de muerte. Características de un duelo simbólico y anticipado.

Los mecanismos de afrontamiento evidenciados son el aprendizaje, relacionado a que la madre buscó por otros medios informarse sobre lo que implicaba la prematuridad y así sentirse más tranquila, el mantenimiento de la esperanza asociado no solo al proyecto de vida si no a la evolución que día tras días las enfermeras le mostraban de su bebé y anteponer los deseos del embarazo a la prematuridad. Lo cual hace que la madre reconozca más cosas positivas que negativas.

Madre 3

Maternidad:

Elección del rol: Planeación y deseabilidad del embarazo influenciada por el deseo de compensar una experiencia *de aborto anterior*. Significado materno: *Maternidad como proyecto de vida* pues a pesar de la pérdida física tenida su deseo era el de convertirse en madre a pesar de todo. Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol asociado al desconocimiento del mismo.

Pérdida Simbólica:

Se debe tener en cuenta que las pérdidas anteriores inciden en el bienestar psicológico de la madre y su manera de afrontar las pérdidas presentes por eso se tiene en cuenta la pérdida *vincular del abuelo paterno y la física de su anterior hija* que en sus palabras ya “ha sido superada” al no presentar reacciones negativas y el tiempo que ha transcurrido. Por otra parte, el momento que mayor pérdida tiene es *Durante la noticia de prematurez* relacionado al ideal de *Embarazo relacionado al tiempo de gestación, niño a término relacionado al aspecto físico*. En donde emergen reacciones especialmente de tipo *emocional*, tales como miedo y sorpresa. El mecanismo de afrontamiento evidenciado es Red de apoyo, mantenimiento de la esperanza, y anteponer el deseo del embarazo por encima de la prematurez.

Madre 5

Maternidad: Falta de planeación y deseabilidad por el embarazo. Por lo tanto, *no hay elección del rol* y la razón principal para mantenerlo es por *la influencia de su pareja* ya que, aunque su reacción no fue la mejor, le brindó su apoyo desde el principio y la invitó a vivir con él. Dentro de las creencias familiares se evidencia una percepción negativa asociada a la *maternidad como obstáculo con proyecto de vida y como un error relacionado al concepto de “puta”*.

Significado Materno: *Maternidad como una responsabilidad no deseada y obstáculo de proyecto de vida* pues se evidencia el malestar que le genera asumir este nuevo rol especialmente el dejar de estudiar. Maternidad Canguro: Percepción negativa del rol relacionada a tener que asumir mayores responsabilidades que en un embarazo a término.

Pérdida Simbólica:

El momento que mayor número de pérdidas evidencia es *después de la noticia de prematurez* relacionados al ideal *del niño a término respecto al aspecto físico, lactancia materna, belleza física, cercanía de pares y prácticas sociales y cotidianas*, generando así reacciones de tipo *cognitivo*, entre ellas atribuciones negativas a su auto concepto y al físico del niño. Este aspecto ha generado una dificultad para la adherencia al tratamiento, pues la madre se desespera fácilmente y prefiere retirar al niño y no seguir las órdenes de las enfermeras, creando conflicto y dificultades para la interacción con el bebé y la sensibilidad materna. En este momento se da cuenta de un duelo Simbólico en etapa de negación.

El único mecanismo de afrontamiento encontrado es mantener la esperanza relacionada a su proyecto de vida con su familia.

Madre 10

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación ni deseabilidad por el embarazo, por lo tanto, *No hay elección del rol*. El motivo por el cual se mantiene es por influencias familiares en donde la maternidad es vista *como generador de trascendencia* y por experiencia de la abuela materna como *universal asociada al género y a la edad de la madre*, Evidenciadas en su reacción positiva del embarazo al decir que “ya era hora”.

Significado materno: Maternidad como *una responsabilidad no deseada*, relacionada por ser concebida como un *obstáculo* para el *proyecto de vida y económico*. Lo cual refuerza la idea de ver al bebé como una carga, posteriormente se da cuenta que el parto vaginal es visto como *indicador de maternidad eficiente*. Y se relaciona con el que la madre piense que ser madre es un proceso *natural y por instinto*.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después de la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *embarazo sin complicaciones, prácticas sociales y cotidianas, Proyecto de vida y lactancia materna*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivo* especialmente, tales como Percepción del bebé como obstáculo para realizar cosas que a ella le gustan y Asociación de la prematurez como obstáculo de la relación y el proyecto de vida. Características de un Duelo Simbólico y anticipado de proyecto de vida.

El mecanismo de afrontamiento evidenciado es el conocimiento del bebé, especialmente de sus señales (llanto y sonrisa) y mantenimiento de la esperanza propio de su proyecto de vida.

Madre 14

Maternidad:

Elección del rol: Se evidencia planeación y deseabilidad por el embarazo, por lo tanto, *hay elección del rol* por influencias de *aborto espontaneo*.

Significado materno: Maternidad como *instinto*, en donde el parto vaginal es visto como *indicador de maternidad eficiente*, pues en palabras de la madre “nacer de otra manera no es natural no es como una verdadera madre lo haría”.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a la salud, y el parto idealizado* como natural. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivo* especialmente, tales como asociación de prematurez con no ser una verdadera madre, confusión e injusticia.

Características de un Duelo Simbólico.

El mecanismo de afrontamiento evidenciado es la oración, Re significación de la experiencia asociado a la cercanía que puede obtener con su hijo de la posición canguro, y anteponer el bienestar de la bebé a la prematurez y prepararse para ella por información previa, así como el mantenimiento de la esperanza propio de su proyecto de vida.

Madre 18

Maternidad: Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad del rol, por lo tanto, aunque no hay elección del mismo, si hay una elección libre por mantenerlo sin ningún tipo de influencias. Dentro de las creencias familiares se encuentra a la maternidad como generador de trascendencia. Significado materno: Maternidad como responsabilidad no deseada y como instinto, además de que el parto vaginal es indicador de maternidad eficiente.

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento de este.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a la salud, embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación y parto idealizado* como natural y *rol materno*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas y emocionales* especialmente, tales como pensamientos recurrentes de la salud del menor, miedo y tristeza. Características de un Duelo Simbólico.

El único mecanismo de afrontamiento evidenciado es la preparación al estado físico del niño por información previa.

Madre 22.

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad del rol, por lo tanto, aunque no hay elección de este, si hay una elección libre por mantenerlo sin ningún tipo de influencias. Dentro de las creencias familiares se encuentra a la maternidad como generador de trascendencia.

Significado materno: Maternidad como responsabilidad no deseada y como instinto, además de que el parto vaginal es indicador de maternidad eficiente.

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento de este.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a la salud, embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación y parto idealizado* como natural y *rol materno*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas y emocionales* especialmente, tales como pensamientos recurrentes de la salud del menor, miedo y tristeza. Características de un Duelo Simbólico.

El único mecanismo de afrontamiento evidenciado es **la preparación al estado físico del niño** por información previa.

Madre 23

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo no hay elección de este y el motivo de mantenerlo se ve influenciado por la pareja en donde el apoyo de este hace que la madre cambié de opinión (en vez de interrumpirlo). Dentro de las creencias

familiares se encuentra a la maternidad como requisito del matrimonio. Significado materno: Maternidad como responsabilidad no deseada y como obstáculo con proyecto de vida, además de que el parto vaginal es indicador de maternidad eficiente. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento de este.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a la salud, embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación y parto idealizado*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas y emocionales* especialmente, tales como anticipación de la muerte del niño y miedo. Características de un Duelo Simbólico y anticipado.

El mecanismo de afrontamiento evidenciado es la preparación al estado físico del niño por información previa y mantenimiento de la esperanza evidenciada en su proyecto de vida.

Madre 28

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo tanto, no hay elección del mismo, ante esto emergen pensamientos sobre la interrupción del embarazo, pero el motivo por el cual se mantiene está influenciado por la pareja “yo no voy a ser cómplice de un asesinato”. Significado materno: Maternidad como responsabilidad no deseada y como obstáculo con proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento de este.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematurez*, por lo ideales previos de *identidad, prácticas sociales y cotidianas y libertad de decisión*. Además de verse una pérdida física (abuelo materno) cuyo proceso de duelo no ha sido elaborado. Aspecto que genera en la madre reacciones *conductuales* especialmente, tales como el rechazo y alejamiento de su esposo y acciones que ponen en peligro el embarazo.

El mecanismo de afrontamiento evidenciado es el conocimiento del bebé especialmente de sus señales y mantenimiento de la esperanza evidenciada en su proyecto de vida.

Madre 29

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si alta deseabilidad, ya que el sueño de la madre siempre fue tener un hijo, pero en ese momento no lo estaba esperando por lo tanto no hay elección del mismo, pero su decisión de mantenerlo es por elección libre sin influencia alguna.

Significado materno: Maternidad como responsabilidad no esperada y como obstáculo con proyecto de vida en ese momento.

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento de este.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a la salud, y embarazo asociado al tiempo de gestación*. Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales* especialmente, tales como miedo y culpa, características de un duelo simbólico.

El mecanismo de afrontamiento evidenciado es Red de apoyo ya que la madre afirma que toda su familia le ha dado fuerza para salir adelante, el conocimiento del bebé especialmente de sus señales, Re significación de la experiencia y mantenimiento de la esperanza evidenciada en su proyecto de vida.

Madre 37

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si alta deseabilidad, dentro de las creencias familiares la edad materna influye en la continuidad del rol materno Significado materno: Maternidad como responsabilidad no esperada y como destino ya que según ella “todas las mujeres están destinadas a ser madres”, además de ver a la lactancia materna como indicador de maternidad eficiente. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento del mismo.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas aspecto físico y forma de actuar*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas* especialmente. Su proyecto de vida se ha visto perjudicado por la preocupación de la prematurez.

Madre 38

Maternidad:

Elección del rol: Si hay planeación, pero no deseabilidad, sin embargo, el motivo por el cual se mantiene es por influencia de su pareja y del sistema familiar donde por medio de chantajes lograron convencerla de que se convirtiera en madre. Significado materno: Maternidad como destino, instinto “ser madre es algo natural”, además de ver a la lactancia materna y el parto vaginal como indicadores de maternidad eficiente. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento del mismo y al no ser una verdadera madre

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas aspecto físico y forma de actuar*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas* especialmente. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan el reconocimiento de sus recursos personales y la creatividad para estimularlo.

Madre 47

Maternidad:

Elección del rol: Si hay planeación, pero no deseabilidad, sin embargo, el motivo por el cual se mantiene es por influencia de su pareja y del sistema familiar donde por medio de chantajes lograron convencerla de que se convirtiera en madre. Significado materno: Maternidad como destino, instinto “ser madre es algo natural”, además de ver a la lactancia materna y el parto vaginal como indicadores de maternidad eficiente. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento del mismo y al no ser una verdadera madre

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas aspecto físico y forma de actuar*. Aspecto que genera en la madre reacciones *cognitivas* especialmente. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan el reconocimiento de sus recursos personales y la creatividad para estimularlo.

Madres en edad fértil (26-34)

Este grupo está conformado por 12 madres con un promedio de edad de 28 años, de ellas, 3 son profesionales, 3 son tecnólogas, 4 bachilleres y 2 no han culminado sus estudios. En cuanto a su ocupación, la mayoría son empleadas y 5 amas de casa. Las enfermedades que se encontraron son hipertensión y preclamsia, siendo este grupo el de mayor cantidad de madres saludables con menos riesgos. Ninguna consume medicamentos y 4 son madres por segunda vez.

De los padres, todos hacen parte del grupo de adultez fértil (26-34), menos 1 que es adulto joven (20-25), cuyo nivel académico más evidenciado es ser bachiller (6 padres), universitarios (4) y tecnólogos (3); Todos ellos cuentan con estabilidad laboral y 3 no han ofrecido su apoyo a la madre, por lo tanto, en cuanto a su estado civil 7 se encuentran conviviendo en Unión Marital de Hecho, 1 pareja es casada y 4 han decidido separarse.

La tipología de familia más encontrada es extensa (9) y extensa (3) conviviendo en Bogotá; y Compensar es la EPS más frecuente.

En cuanto a los datos del bebé, se encuentran 6 niños y 6 niñas, siendo moderadamente prematuros y de bajo peso, el motivo del nacimiento se asocia a ser casos RCIU y el tipo de parto más evidenciado es por cesárea (7 madres); las intervenciones más evidenciadas son hospitalización, fototerapia y oxígeno, tan solo uno de los bebés ha tenido que ser intervenido quirúrgicamente.

Madre 3

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad, por lo tanto, aunque hay elección del rol, el motivo por el cual se mantiene es por influencia de la pareja y por una experiencia de aborto pasada. Significado materno: En este caso la maternidad es vista

como una manera de reemplazar al niño perdido anteriormente y como una responsabilidad no esperada.

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento y a las responsabilidades que deben ser asumidas.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas, aspecto físico y prácticas sociales y cotidianas*, Además debe tenerse en cuenta una perdida anterior que no ha podido ser superada (aborto espontaneo). Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales* especialmente tales como enojo, sorpresa y miedo. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan la red de apoyo, mantenimiento de la esperanza y deseos por encima de prematurez.

Madre 4

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad, por lo tanto, aunque hay elección del rol, se ve influencia familiar y de pareja. Significado materno: En este caso la maternidad es vista como responsabilidad no esperada y quiebre con proyecto de vida.

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento y a las responsabilidades que deben ser asumidas.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas, aspecto físico y prácticas sociales y cotidianas*, Además debe tenerse en cuenta una perdida anterior que no ha podido ser superada (aborto espontaneo). Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales* especialmente tales como enojo, sorpresa y miedo. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan la red de apoyo, mantenimiento de la esperanza y deseos por encima de prematurez.

Madre 8

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad, por lo tanto, no hay elección del rol, pero se evidencia una elección libre de la madre de tenerlo sin influencia alguna. Significado materno: Maternidad como una responsabilidad no esperada y como un obstáculo en el proyecto de vida Maternidad canguro: Percepción positiva del rol en cuanto a los conocimientos del mismo por el trabajo de la madre.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a sus intervenciones médicas, salud, aspecto físico y formas de actuar, así como de lactancia materna, proyecto de vida*. Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales* especialmente tales como enojo, sorpresa y miedo. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan red de apoyo, mantenimiento de la esperanza, y conocimiento del bebé.

Madre 12

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad No hay elección del rol, el mantenimiento se da por una elección libre. Significado materno: Maternidad como una responsabilidad no esperada que no rompe con proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol por el desconocimiento

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a su aspecto físico y embarazo respeto al tiempo de gestación*. Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales y cognitivas* especialmente tales como enojo, sorpresa y miedo. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan red de apoyo, mantenimiento de la esperanza, y anteponer el bienestar del bebé a la prematurez.

Madre 14

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación, pero si deseabilidad No hay elección del rol, el mantenimiento se da por una elección libre Significado materno: Maternidad como una responsabilidad no esperada que no rompe con proyecto de vida

Maternidad canguro: Percepción negativa del rol por el desconocimiento

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por lo ideales previos del *niño a término relacionado a su aspecto físico y embarazo respecto al tiempo de gestación*. Aspecto que genera en la madre reacciones *emocionales y cognitivas* especialmente tales como enojo, sorpresa y miedo. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan red de apoyo, mantenimiento de la esperanza, y anteponer el bienestar del bebé a la prematurez.

Madre 27

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo tanto, no hay elección del rol, el motivo para mantenerlo fue para poder olvidar a un hombre. Las creencias familiares se relacionan con que la maternidad es un requisito para después del matrimonio es decir está influenciado por creencias religiosas Significado materno: Maternidad como una responsabilidad no esperada que no rompe con proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol por el desconocimiento

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematurez*, por ideales de identidad, relación con la pareja y físicas (abuelo) que no han sido elaboradas. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan empezar a cuidarse a raíz de la noticia, búsqueda de aprendizaje y mantenimiento de la esperanza.

Madre 33

Maternidad:

Elección del rol: No hay planeación ni deseabilidad, por lo tanto, no hay elección del rol, el motivo para mantenerlo fue para poder olvidar a un hombre. Las creencias

familiares se relacionan con que la maternidad es un requisito para después del matrimonio es decir está influenciado por creencias religiosas. Significado materno: Maternidad como una responsabilidad no esperada que no rompe con proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol por el desconocimiento

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematurez*, por ideales de identidad, relación con la pareja y físicas (abuelo) que no han sido elaboradas. Características de un duelo simbólico. Dentro de los mecanismos evidenciados destacan empezar a cuidarse a raíz de la noticia, búsqueda de aprendizaje y mantenimiento de la esperanza.

Madres añosas (Mayores de 35)

Este grupo está conformado por 11 madres con un promedio de edad de 39 años, de ellas, 5 son profesionales, 2 son tecnólogas, 3 bachilleres y 1 no ha culminado sus estudios. En cuanto a su ocupación, la mayoría son empleadas (10) y amas de casa (1). Las enfermedades que se encontraron son hipertensión, depresión y lupus. Una de ellas consume rivotril y 7 son madres por segunda vez.

De los padres, 3 hacen parte del grupo de adultez fértil (26-34), y 8 son padres añosos, cuyo nivel académico más evidenciado es ser bachiller (7 padres), universitarios (1) y tecnólogos (4); Todos ellos cuentan con estabilidad laboral menos 1 y 3 no han ofrecido su apoyo a la madre, por lo tanto, en cuanto a su estado civil 7 se encuentran conviviendo en Unión Marital de Hecho, 1 pareja es casada y 3 han decidido separarse.

La tipología de familia más encontrada es recompuesta (6) y extensa (4) y nuclear (1) conviviendo en Bogotá; y Compensar es la EPS más frecuente.

En cuanto a los datos del bebé, se encuentran 6 niños y 5 niñas, siendo moderadamente prematuros y de bajo peso, el motivo del nacimiento se asocia a ser casos Complicaciones en el embarazo (8 madres) y casos de RCIU (3 madres) y el tipo de parto más evidenciado es por cesárea (8 madres); las intervenciones más evidenciadas son hospitalización, fototerapia y oxígeno.

Maternidad:

Elección del rol: Hay deseabilidad y planeación del embarazo por lo tanto hay elección del rol. Significado materno: Se tiene a la maternidad como proyecto de vida y como requisito después del matrimonio y por instinto. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante la noticia de prematurez*, por cuanto existen atribuciones negativas a su autoconcepto por sentirse culpable, y malestar por desear parto vaginal, hay confusión ya que ella se había cuidado durante el embarazo.

Dentro de los mecanismos evidenciados sobresalen el conocimiento del bebe, la preparación para afrontar su bajo peso, por información previa, la sensibilidad materna y la creatividad para estimularlo, lo mismo que la resignificación de la experiencia y su mantenimiento.

Madre 7

Maternidad:

Elección del rol: Se toma la maternidad como responsabilidad no deseada, por lo tanto, no hay elección del rol.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematurez*, ya que miedo asociado a volver a criar después de tantos años , hay una anticipación y asociación de la edad con malformaciones físicas del bebé, se guarda secreto y hay ocultamiento del embarazo y vergüenza por asumir el rol, los pensamientos son recurrentes asociados a su edad conductual, existen atribuciones negativas a su autoconcepto, los pensamientos son constantes sobre perder el trabajo a causa del embarazo, hay percepción negativa del niño, al igual que situación y anticipación de muerte .

Dentro de los mecanismos evidenciados hay mantenimiento de la esperanza.

Madre 13

Maternidad:

Elección del rol: Hay una elección propia y libre. Significado materno: Se toma la maternidad como responsabilidad no deseada, como irresponsabilidad, como obstáculo y proyecto de vida, al igual que como obstáculo económico.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes la noticia de prematurez*, Pues existe tristeza y vergüenza, hay negación a tener un bebé sin un padre nuevamente, hay miedo ansiedad, llanto e insomnio por el mismo miedo que genera enfrentarse sola a la maternidad, negaba el embarazo por lo tanto no asistía a los controles prenatales igualmente hay sentimiento de soledad y deseos de que nunca hubiese ocurrido.

Dentro de los mecanismos evidenciados sobresale el mantenimiento de la esperanza para darle lo necesario y sacarlo adelante.

Madre 16

Maternidad:

Elección del rol: Existe la maternidad como proyecto de vida, hay deseabilidad y planeación Significado materno: Se toma la maternidad como proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociado al desconocimiento.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después de la noticia de prematurez*, El ideal del niño a término asociado al aspecto físico, pues ver al bebé como demasiado pequeño, asociarlo con fragilidad y anticipación de muerte, también atribuciones negativas a su autoconcepto emocional, terror al ver al bebé y miedo por cargarlo, rechazar al bebé y aislarlo por temor a lastimarlo.

Dentro de los mecanismos evidenciados, lo más lindo de este proceso es ver la unión como pareja, pues decidieron vivir juntos, hay más dialogo, se comparten espacios, el bebé para ellos ha permitido una conexión inmensa con sus familias, lo que significa una red de apoyo. En cuanto al aprendizaje le habla al bebé al momento de amamantarlo, dándose cuenta que hay hábitos en él, pues responde con movimientos al escucharla. Hay una resignificación por cuanto la madre se capacitó y se preparó durante el embarazo, lo mismo que asistió a los cursos psicoprofilácticos, logrando así una cercanía más profunda,

para su óptimo desarrollo. En cuanto a su proyecto de vida, hay planes de boda, vacaciones, un hermanito y una familia numerosa, igualmente mantener expectativas hacia el futuro.

Madre 21

Maternidad:

Elección del rol: Existe la voluntad propia de seguir con el rol, pues en el momento no hay elección del rol Significado materno: Se toma la maternidad como responsabilidad no esperada y como quiebre de proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociado al desconocimiento.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después de la noticia de prematuridad*, Se tenía claro que se mantenía la tradición y el reconocimiento social a través del baby shower, lo cual no sucedió, llevando a cabo una gran desilusión, lo mismo que el ideal del niño a término relacionado a las intervenciones médicas que generan miedo e incertidumbre, en especial las fototerapias.

Dentro de los mecanismos evidenciados, cabe destacar la preparación al aspecto físico del niño por experiencia con el embarazo anterior, la creatividad para estimularlo para su aprendizaje y conocimiento, existiendo una red de apoyo y un muy buen mantenimiento de la esperanza.

Madre 23

Maternidad:

Elección del rol: Existe la deseabilidad y planeación del embarazo, por lo tanto, hay elección del rol. Significado materno: Se toma la maternidad como proyecto de vida. Maternidad canguro: Percepción positiva del rol por conocimiento previo.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *después de la noticia de prematuridad*, Se mantiene una sensación de aburrimiento y cansancio relacionado al aspecto físico y en cuanto a su contexto emocional, preocupación y mal genio. Igualmente, una frustración

conductual debido a la lactancia materna por preferir darle de otra manera al no sentirse capaz de darles con el propio seno a las niñas.

Dentro de los mecanismos evidenciados, se tiene en cuenta la preparación realizada para el parto vaginal, el continuo aprendizaje y el mantenimiento de la esperanza.

Madre 30

Maternidad:

Elección del rol: No hay elección del rol, pero de forma personal se mantiene. Significado materno: Se toma la maternidad como responsabilidad no esperada. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematuridad*, Existe tristeza y duelo elaborado, aunque sigue influyendo en la preocupación con el embarazo actual por miedo a un aborto. igualmente, sentimiento de injusticia emocional y tristeza asociada especialmente a la muerte de su padre y abuelo.

Dentro de los mecanismos evidenciados, Es de resaltar que debe empezar a cuidarse mejor después de la noticia, la unificación de la familia como red de apoyo, se debe preparar para las intervenciones médicas por información previas, el conocimiento del bebé, el aprendizaje de la experiencia de otras madres y el propio, lo mismo se resalta el mantenimiento de la esperanza.

Madre 31

Maternidad:

Elección del rol: No hay elección del rol, aunque existe la voluntad de la madre para mantenerla. Significado materno: Se toma la maternidad como responsabilidad no esperada, y existen obstáculos con el proyecto de vida, sin embargo, se toma la lactancia materna como un indicador de maternidad eficiente. Maternidad canguro: Percepción negativa del rol asociada al desconocimiento y por las nuevas responsabilidades que deben ser asumidas, existe una asociación a que no era igual a ser una verdadera madre.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *durante de la noticia de prematuridad*, Existe un rechazo por el tiempo prematuro de gestación y miedo, de acuerdo al embarazo idealizado realizado al tiempo de gestación. igualmente, una asociación del niño prematuro con deformidad o déficits futuros en desarrollo, relacionado a su salud.

Dentro de los mecanismos evidenciados, Se establece como forma primordial anteponer el deseo y bienestar a la prematuridad y su preparación previa, ya que su aprendizaje tranquiliza a la madre, esto le permite conocer mejor al bebé para así constituir una red de apoyo lo mismo que el mantenimiento de la esperanza.

Madre 34

Maternidad:

Elección del rol: Existe por la influencia familiar y de pareja. Significado materno: Se toma la maternidad como instinto. Maternidad canguro: Hay una Percepción de la maternidad con mayores cargas, distinta a la maternidad a término.

Pérdidas simbólicas:

El momento que más pérdidas acontece es *antes de la noticia de prematuridad*, Existe un embarazo idealizado asociado al tiempo de gestación, provocado por la preocupación y ansiedad por el diagnóstico de prematuridad.

rechazo por el tiempo prematuro de gestación y miedo, de acuerdo al embarazo idealizado realizado al tiempo de gestación. igualmente, una asociación del niño prematuro con deformidad o déficits futuros en desarrollo, relacionado a su salud.

Dentro de los mecanismos evidenciados, Se establece como forma primordial anteponer el deseo y bienestar a la prematuridad y su preparación previa, ya que su aprendizaje tranquiliza a la madre, esto le permite conocer mejor al bebé para así constituir una red de apoyo lo mismo que el mantenimiento de la esperanza.

Discusión

De acuerdo con los objetivos planteados se prosigue a describir los resultados y el sustento teórico de los mismos, teniendo en cuenta que las tres categorías se analizan de forma transversal evidenciando su relación.

Maternidad

El 68% de las mujeres no eligió su rol, por el contrario, no hubo planeación o deseabilidad previa dentro de este porcentaje; de esta manera emerge una categoría que puede ser considerada como factor de riesgo dentro del ontosistema materno, el considerar a la *maternidad como responsabilidad no deseada, carga o error*.

Dentro de las razones principales, se destacan 4, de las cuales 1 afecta directamente el nivel individual materno, ya que el 46% no ve a la maternidad como una expectativa dentro de su proyecto de vida; por lo tanto, se está preparada para otras cosas y no se da lugar al proceso al cual Quinteros (2016) denomina “proceso de gestación psíquica”, es decir no hay una preparación psicobiológica para la llegada del nuevo ser.

Las otras tres razones visibilizan una problemática que emerge del macro y exo sistema, ya que 37% de las madres no es consciente del uso de anticonceptivos por desconocimiento de los mismos o porque hay fallas con los métodos de planificación utilizados ya que ellos no son 100% eficaces (Langer,2002); finalmente 17% ven a la maternidad como una carga económica de acuerdo a las condiciones actuales del país, entre ellas falta de oportunidades laborales y educativas. (DANE, 2018).

De igual forma Carbonell et al (2010) expone que el vínculo afectivo entre madre-hijo, se supone emerge antes del nacimiento, desde la gestación, e incluso antes de la misma, desde que la madre comienza el proceso de preparación psicobiológica para concebir en su vientre un bebé. Ante ello, la falta de deseabilidad representa también un riesgo para el microsistema (relación madre-hijo), afectando así el desarrollo posterior y psicoafectivo de ambos miembros. Esto se relaciona con el hecho de que al no haber deseabilidad es difícil que se desarrolle algún tipo de afecto referido como un lazo que se fortalece con el tiempo y llega a formar parte de la estructura psíquica de los individuos.

Por otra parte, dentro del 32% de las mujeres que evidencian una planeación y deseabilidad, la mayoría de ellas en edad fértil (26-34), reflejan que dentro de sus principales motivaciones hay influencia directa del microsistema, en donde hay una presión constante, en el caso de las adolescentes de empezar una vida sexual activa, o por parte de la familia y de la pareja por el que la mujer tenga un bebé, ya que se evidencian dentro de las creencias familiares que la maternidad puede ser vista *como generador de trascendencia* (24%), incluso si la madre era adolescente se evidenciaba una reacción positiva al embarazo por esto, ser *requisito propio del matrimonio* (28%) relacionada al macrosistema donde imperan creencias de tipo religioso o donde se evidencia un pensamiento donde las mujeres que tienen hijos en edades superiores a 35 años son estereotipadas como “malas madres, irresponsables o solteras”. Evidenciando así a la maternidad *como requisito de la edad de la mujer*.

Otra fuente de motivación relacionada a estos sistemas, es por considerarse un mecanismo de *unificación familiar*, en donde la mujer ve al embarazo como la opción perfecta para sanar relaciones inestables dentro de la familia extensa paterna o materna, o incluso como un *mecanismo de unificación y retención* de la pareja evidenciado en un 11% de las mujeres entrevistadas.

Existe una pérdida física que también impulsa a las madres a tomar la decisión de embarazo o a aceptarlo, se hace referencia a las experiencias previas de abortos espontáneos, por ejemplo 3 madres afirmaron buscar desesperadamente la manera de concebir otro hijo por el temor que les generaba no volverlo a hacer nunca más. Siguiendo la investigación de Brown (2007) las mujeres que habían abortado presentaban malestar psicológico hasta cinco años después de la interrupción, siendo los efectos de evitación, pesar, angustias mayores en estos casos.

Esto se relaciona con lo expuesto por Freud (1915) en duelo y melancolía y a Bowlby (1983) en su libro la pérdida afectiva, donde se realiza una transferencia de la carga libidinal del objeto perdido a un nuevo objeto como mecanismo defensivo al dolor que genera dicha pérdida. Respecto a las madres analizadas, ante esto surge una creencia dentro del ontosistema en el cual este embarazo es visto *como reposición del hijo fallecido*. Aspecto que será abordado de forma más detallado en el apartado de pérdidas.

Tan solo el 22% de las madres asumió el rol de forma *voluntaria y libre* de cualquier influencia, es decir fue una decisión autónoma. En ellas se evidencia que el deseo se presenta como una posibilidad de transformación de las formas tradicionales de familia de pareja y de maternidad siguiendo a Sánchez, (2016); pues en Colombia (macrosistema) impera una cultura de sumisión femenina, determinada especialmente por las estructuras de tipo patriarcal y la desigualdad de género.

De esta forma, una vez tenidas en cuenta algunas condiciones que influyen en el deseo de convertirse en madre, es necesario considerar cuales son los significados que se le otorga a la maternidad desde la voz de las madres canguro entrevistadas.

Se encontraron 4 categorías emergentes:

La primera de ellas hace referencia a la *maternidad naturalizada*, en donde el 40% de las mujeres afirma que ser madre se relaciona con aspectos biológicos, es de carácter universal y se supone las madres deben estar programadas y reaccionar de forma instintiva cuando el niño lo necesite. Rescatando las voces de las madres “es algo natural que se da de forma espontánea”, “quiero que todo sea más natural, como una mamá normal”, “nadie influyó en mi decisión, eso es como un instinto” y “una buena madre es la que sabe reconocer y actuar ante las necesidades”. Lo cual se percibe como una dificultad en tanto que la maternidad prematura, quiebra muchas de las normas en las que se desarrolla la gestación dentro de esta concepción.

En ella también se instauran elementos que se supone son indicadores de una maternidad efectiva y con el ser “una buena madre”, termino utilizado por la mayoría de las mujeres (un 62%), entre estos elementos destacan *la lactancia materna eficaz y exclusiva* (91%), *el parto vaginal* (65%) y *el tiempo de gestación a término*. (26%). Esta categoría se relaciona con lo expuesto por Gill- Bello (2018) en donde el instinto maternal aparece en el imaginario de las mujeres para dar una “explicación naturalista al rol de madre”. Pp.4.

Además, se relaciona con el macrosistema en el sentido de que con lo expuesto por Simone de Beauvoir (1949) al plantear que la maternidad es natural, porque “la cultura patriarcal la naturalizó; el patriarcado instauró en el psiquismo femenino el ser madre como uno de los pilares de su subjetividad, un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría *sujeto social*”. Pp. 103.

La segunda categoría hace referencia a *la maternidad como destino* en donde 33% de las madres afirman que “Todas están destinadas a ser madres, que la maternidad es belleza para todas, así como un proyecto de vida que se debe cumplir”. Según Silvia Tubert, (1993) la mayor parte de las culturas identifican la feminidad con la maternidad, en función de su organización patriarcal. Así, la maternidad acaba siendo una «norma», un destino para todas las mujeres. Sin embargo, se evidencia que 5 madres contradicen esta última afirmación al expresar que uno de sus más grandes deseos desde muy pequeñas era el de convertirse en mamás sin influencia de “nada ni de nadie”.

La tercera categoría se asocia y es la de *maternidad relacionada al género*, ya que 2 de las madres entrevistadas afirman que dentro de sus contextos y dentro de su propia percepción, las mujeres son las encargadas principales del cuidado de los niños, pues ellas son las que dan afecto, leche materna y en este caso las que más tiempo mantienen la posición canguro, además de que en sus parejas está la creencia de que ellas deben asumir ese rol “yo niños pequeños no cargo”, afirma una de las parejas, demostrando así la desigualdad en los roles de género donde los padres son considerados como dadores económicos (Eagly & Johnson, 1990), un ejemplo puntual es que la mayoría responden económicamente por toda la familia mientras que muchas madres se hacen responsables del hogar a pesar de que no lo deseen, en ella una influencia muy importante respecto a esta cuestión social, al asignar a las mujeres, como si fuera una capacidad innata de éstas, la responsabilidad de la supervivencia y de la buena salud de los hijos, idealizando el rol maternal, vinculándolo a la naturaleza y a la ternura.

Finalmente, está la *maternidad narcisista*, un término retomado de Setterberg (2017) “narcisismo parental” pp.10. en el cual se evidencia un patrón repetido de anticipaciones y preocupaciones por cumplir, en el cual la madre es idealizada por la sociedad como la mujer perfecta (disfraz socialmente deseable) que esconde emociones negativas evitando conflictos con las normas culturales. En ese sentido es normal ver afirmaciones tales como “yo no puedo llorar en frente de los niños por que se los trasmito”, “las madres todas son berracas y nunca es débil”, “maternidad es sinónimo de fuerza”, “yo me aguanto el dolor así me esté muriendo para demostrar que puedo”. Así se representa una protección, donde en definitiva se rescatan recursos personales, pero se contradice con el hecho de que demostrar es sinónimo de debilidad.

En cuanto a la maternidad canguro, como se evidencia se desvanecen estas concepciones previamente establecidas, por tal razón es percibida de forma negativa por la mayoría de las madres, es decir por el 89% de ellas, aspecto que también se relaciona con la falta de conocimiento del rol y del PMCI (57%), el hecho de tener que asumir mayores responsabilidades que una madre a término (15%) además de ser considerada por el 25% de las mujeres con no ser una verdadera madre.

Pérdida simbólica

En ese sentido, se logra comprobar que la maternidad Canguro fractura ideales y expectativas que no solo están relacionadas a la prematuridad o bajo peso del niño, la noticia del embarazo también genera reacciones que afectan el bienestar psicológico de la madre y que dan cuenta de pérdidas simbólicas particulares. De esta manera, al retomar el alto porcentaje de madres que no deseaban el embarazo (68%) se evidencia un conjunto de pérdidas que emergen *antes de la noticia de la prematuridad*, asociadas a la no elección del rol.

Identidad e independencia: El porcentaje de madres que la experimenta es del 65% lo cual se correlaciona con el porcentaje de rechazo evidenciado; rescatando el discurso de las madres, muchas de ellas afirman: “No sentirme como yo era”, “ya no soy la chiquita de la casa”, “el embarazo cambió lo que yo era y no me gusta”. Esta pérdida se asocia a la clasificación aportada por Tizón (2004) (pérdidas evolutivas) en donde se dejan de lado roles tales como ser estudiante, adolescente, joven o empleada y se asumen nuevos como el de ser ama de casa, esposa, y el más relevante ser madre. Moreno (2002) afirma que cada etapa del ciclo vital es de por sí una etapa de duelo, donde se pierden hábitos y privilegios, es por eso por lo que una madre en duelo se puede sentir sobrepasada en su capacidad de hacer frente a los cambios. Aspectos propios del ontosistema, pero que involucra escenarios del micro y macrosistema.

Tabla 2. Reacciones ante la pérdida de identidad e independencia

Pensamiento constante de maternidad como obligación 46%
Indecisión 30%
pensamientos relacionados a la interrupción del embarazo 65%
pensamientos negativos en relación al bebé 65%
pensamientos constantes de que no sería una buena madre 43%
Negación del embarazo 86%
Tristeza 56%
Enojo 65%
Irritabilidad 26%
Preocupación 65%
Miedo 86%
Culpa 21%
Inseguridad 21%
Aislamiento del grupo de pares 21%
Falta de apetito 21%
Llanto 80%
Secreto /ocultamiento de la noticia 43%
Omisión de cuidados prenatales 30%

Prácticas sociales y cotidianas: 63% de las madres evidencian este tipo de pérdida, la cual estuvo caracterizada por que ya no podían desenvolverse en los mismos entornos de antes, entre ellos el colegio, el trabajo, discotecas, o espacios deportivos; una particularidad es que desde el micro sistema (grupo de pares y familia) se evidencio un factor de riesgo que aumenta la sensación de pérdida, ya que dentro de las dinámicas relacionales habían burlas, humillaciones, alejamiento y rechazo hacia las madres, situación evidenciada en un 34% especialmente en adolescentes, o se daba otro tipo de pérdida entre ella el *apoyo familiar*. 30% de las madres afirma sentirse muy mal con la falta de apoyo fraterna (hermanos).

Tabla 3. Reacciones ante de la perdida de prácticas sociales y cotidianas

Pensamiento constante de maternidad como obligación	46%
Percepción negativa de la situación	65%
Percepción del embarazo como obstaculo para salir	65%
Negación y rechazo del embarazo	86%
Dificultad para dejar las prácticas	22%
Tristeza	22%
Ansiedad	22%
Aislamiento del grupo de pares	21%
ocultar el embarazo	43%
Acciones que implicaran peligro para el bebé	22%

Libertad de decisión: 22% de las madres afirmaron que no se sintieron capaces de tomar decisiones por sí solas respecto al embarazo, pues, en primer lugar, 65% de las mujeres pensó en la posibilidad de interrumpirlo, de las cuales 32% decidió abstenerse por influencia de su pareja con acusaciones del tipo “no voy a ser cómplice de un asesinato”, o su familia y creencias religiosas “Eso es pecado”. 18% no lo hizo por miedo a los procedimientos a pesar de tener razones consideradas como causales para interrumpir el embarazo de acuerdo con la ley 599 del 2000 de la constitución Política o sentirse señalada a nivel social “que va a pensar la gente de mi” y tan solo el 15% cambió de opinión por deseos de tenerlo. Lo cual evidencia falta de orientación jurídica y educación en torno a la salud sexual y reproductiva, y derechos de la mujer.

Tabla 3. Reacciones ante la pérdida de libertad de decisión:

Aislamiento de la persona que no permitió el aborto	4%
Sensación de impotencia y culpa	32%
Acciones en contra del bienestar del bebé	22%

Proyecto de vida: El 68% de las mujeres afirmó que el embarazo fue un obstáculo para su vida por no poder conseguir el empleo deseado, “yo quería ser modelo, tenía un casting y al otro día me enteré que estaba en embarazo” (lo cual también evidencia una falla en el macrosistema y mesosistema en cuanto a la protección laboral de las madres gestantes y lactantes), seguir estudiando, evitar un viaje familiar o simplemente terminar con el deseo de la mujer respecto a no tener hijos.

Tipo 4. Reacciones ante la pérdida de proyecto de vida:

Percepción negativa del embarazo

como obstaculo 22%

Aceptar a la fuerza el embarazo

Imposibilidad de pensar en el futuro 13%

Soledad

Aburrimiento

Embarazo idealizado sin complicaciones: La prematurez está asociada a diversos factores, entre ellos riesgos en la salud materna, es común que las madres esperen los dolores típicos del parto, o síntomas físicos, entre ellos emesis, desmayos, cansancio físico, rebote etc. Sin embargo, en este caso se presentan riesgos tales como infecciones vaginales, hospitalizaciones frecuentes, preclamsia, diabetes gestacional, colestasis, ruptura de membrana o casos de RCIU (Charpack, 2016). Por lo tanto 47% de las madres demuestran inconformidad “Era mucho más difícil de lo que esperaba y no me gustó”.

Tipo 5. Reacciones ante la pérdida de embarazo idealizado sin complicaciones

Descos de no esta embarazada	47%
Ansiedad y preocupación	32%
Anticipación de muerte	35%

Auto concepto positivo relacionado a la Belleza física: Dentro del psiquismo gestacional, (Quinteros, 2016) hay un espacio donde la madre se prepara para asumir cambios corporales, entre ellos el más común es el crecimiento del estómago. Sin embargo, muchas madres afirmaron no sentirse bellas, “me siento más vieja y gorda”, “yo siempre he tenido un cuerpo atlético y cuando me empecé a engordar me salieron manchas estrías y me dio durísimo”. Estas creencias más allá de asociarse con los cánones de belleza culturalmente aceptados (macrosistema) que provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan (Salazar, 2008). realmente afectan la autoestima materna. Este tipo de pérdida se encontró en 28% de las mujeres, donde la mayoría son adolescentes, pues en esta etapa, retomando lo abordado por Salazar (2008), Para integrar su autoimagen, los y las adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia aspecto que no se facilita con un embarazo.

Tabla 6. Reacciones ante la pérdida de belleza física:

Atribuciones	
negativas al autoconcepto	28%
Percepción negativa del autoconcepto	28%
Desmotivación y anhedonia	22%

Durante la noticia de prematuridad, se encuentran las siguientes pérdidas:

Ideal del niño nacido a término en relación a su salud: El 59% de las madres, aseguran que apenas escucharon la noticia de prematuridad en lo primero que pensaron fue en muerte, enfermedad, deformidad física etc., aspecto que se intensificó en aquellas madres que fueron avisadas con anterioridad, ya que el temor de tener a un “niño enfermo”, las mantenía angustiadas, estresadas, era difícil conciliar el sueño etc. Diferentes estudios han mostrado evidencia sobre el impacto que genera en los padres el nacimiento antes de lo esperado, repercutiendo en las conductas y actitudes que tendrán hacia su bebé. Si bien no se puede generalizar a todos los por ejemplo los padres reaccionan con estrés (Miles 1997 et al. citado por Galimberti, s/f). Algunos autores hablan de una crisis por la que transita la madre a nivel psicológico (Caplan citado por Cramer, 1978). Estas crisis producen un importante desbordamiento a nivel emocional, que se puede expresar de diversas maneras, siendo las más frecuentes la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad (González, 2010). Por ello las manifestaciones emocionales más encontradas en esta investigación ante esta pérdida son culpa, miedo, ansiedad, tristeza, enojo y preocupación con una frecuencia y duración que traspasa el momento de la noticia. Así como desmayos, sordera, cefalea, aumento del ritmo cardíaco y sensación de vomito, propios de un “estado de shock”. (Figuroa, Cortés, Accatino & Sorensen, 2016).

Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación : Pérdida experimentada por el 59 % de la población, en donde se pierde el ideal de gestación de 9 meses o 40 semanas; pues el promedio de semanas de nacimiento evidenciado en la muestra fue 35 por lo tanto, no solo se interrumpe con el proceso de gestación, además la madre aún no se

encuentra preparada para la separación física, ya que aún lo concibe como parte de su propio cuerpo, “lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento” (Ruíz,2004, p.259). Esto también puede generar alteraciones en el desarrollo de lo que Winnicott planteó como “Preocupación maternal primaria” (1956), ya que se trata de un proceso que se pone en marcha en la mujer en las últimas semanas del embarazo. (Quinteros, 2016).

Tradición cultural: Asociada a la celebración del baby shower, ya que además de ser un evento que las madres anhelan tener, este tiene un sentido y es el reconocer en sociedad a la maternidad, aspecto que se pierde con el nacimiento pretermo. Por lo tanto, el 35% de las madres afirmó haber tenido este tipo de pérdida “a mí me dio duro no poder celebrar el baby shower, porque en mi familia eso es algo que se hace siempre, reunirnos con los tíos, mis papás, ya no es igual con el niño nacido”.

Parto idealizado: El 80% de las madres deseaban que el parto fuese vaginal, sin embargo, el 57% de los nacimientos fue por cesárea. La sensación de pérdida se relaciona con el hecho de que el 65% de ellas consideraban que esta práctica no se relaciona con ser una verdadera madre, ni para ellas, ni para la sociedad, “cuando yo llegué a mi casa y le conté a la vecina que fue cesárea, de una me dijo, ah entonces usted no sabe lo que es ser mamá”, “Yo quería que fuera algo más natural, los dolores del parto te hacen madre”. Por otra parte, de este porcentaje, un 13% manifestó rechazo por la cesárea debido a que es concebida como un obstáculo de percepción positiva a su autoconcepto, “tener esa raja ahí, y sentirla todos los días es horrible”, “a lo que más le tenía miedo yo era a esa cicatriz asquerosa”.

Finalmente, el momento que mayor cantidad de pérdidas evidenció fue *después del conocimiento de la noticia*, es decir una vez la madre sale del trabajo de parto, percibe a su bebé y empieza a adaptarse a su nuevo rol, ya que ahora es consciente de que no solo es una noticia si no empieza a ser parte de la experiencia real y de cambios que nunca imaginó.

Ideal del aspecto físico del niño: El 83% de las madres comenta que las características del neonato prematuro hacen difícil para los primeros encuentros pues se evidencia temor de la madre por cargarlo, o simplemente asociarlo con la muerte, siendo así fuente de intensas emociones. Lo que predomina es una impresión de fragilidad en relación

a su hijo. Siguiendo a Quinteros (2016) existe una distancia muy grande entre el bebé fantaseado y el bebé real cuando se da el nacimiento de forma prematura, condicionado a lo que hoy por hoy nos venden de la imagen del niño ideal a partir de los medios de comunicación (bebés grandes, gordos y sanos). La madre no ha pasado por la etapa en que las representaciones fantasma ticas más fuertes disminuyen acercándose más al bebé real. Por otro lado, el bebé no solo se aleja del bebé fantaseado, sino que además hace realidad los temores más intensos de la madre. “En este caso se da el encuentro con un “desconocido”, aquel que representa anormalidad”. (Quinteros, 2016, pp. 28).

Interacción madre-bebé: Asociada a dos cosas, la primera la hospitalización ya que el 35% de las madres experimentó un intenso dolor al ser separadas de sus hijos, así como a percepción de que los estaban abandonando, y querer poner en juego las reglas del hospital escapándose para poder verlos o poniendo en riesgo su propia salud al estar ellas también hospitalizadas. Esto asociado a lo planteado por Quinteros (2016) donde los primeros tiempos del vínculo van a transcurrir en un ambiente medicalizado, en el cual no existe el clima de intimidad tan importante para que la interacción se desarrolle de forma armoniosa, además hay un elemento importante en la formación de dicho vínculo que es el contacto físico que brinda elementos cenestésicos (olor, calor y sonidos corporales) importantes para el desarrollo del psiquismo del bebé. El segundo aspecto es a la dificultad en el reconocimiento de las señales del bebé que dificulta el juego o la interacción materna afectiva, así como el proceso de lactancia materna eficaz. Ante esto emerge la pérdida del ideal de forma de actuación del bebé (39%).

Contextos y escenarios: Muchas de las madres esperan llevar a sus hijos a casa, estar rodeada de cosas cotidianas, pero el prematura demanda una estadía semi permanente en la UCIN, PMCI etc. Por ello el 56% de las madres presenta miedo, ansiedad, pavor, rechazo y enojo y difícil adaptación del miedo especialmente por el temor a lo desconocido y la falta de dominio del entorno como elemento fundamental del bienestar psicológico, pues se escapa la posibilidad del manejo de exigencias y oportunidades que facilita el ambiente. (Ryff, 2014)

Mecanismos de afrontamiento

Dentro de los objetivos de la sistematización también fue importante reconocer aquellos factores que disminuyeran el sentimiento de riesgo, angustia, estrés, ansiedad y depresión que como se demostró pueden ser consecuencia del nacimiento de un niño prematuro. Por ello dentro del análisis, se descubrió que el 100% de las madres cuenta con al menos un mecanismo que le permite hacer frente a la pérdida.

A diferencia de la investigación llevada a cabo por Hernández (2007) con familiares de pacientes oncológicos, cuyo proceso de elaboración de duelo facilitaba un “desapego” y que la carga libidinal puesta en el objeto de amar fuera investida con mayor facilidad, en este contexto el Duelo Anticipado o simbólico permite que la madre, en algunos casos 58% logre de forma espontánea buscar elementos que le permitan asegurar el bienestar del niño, mientras que en el 41% restante, el malestar obstaculiza lactancia materna, posición canguro, sensibilidad materna y seguimiento, aspectos que hacen parte de la adherencia al tratamiento canguro (Charpack,2016).

Siguiendo al modelo Kubler Ross, citado en Cuadrado (2010), para la elaboración de un Duelo, existen 5 etapas que permite un desarrollo óptimo o patológico del mismo. Una de ellas es la etapa de *Aceptación*, caracterizada por la capacidad de sobrellevar la situación transformado el evento traumático y en general a las adversidades en posibilidades y oportunidades para el cambio. “aceptar no significa sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado”. Cuadrado (2010). Por ello al momento de concretar esos mecanismos se tuvo en cuenta la definición de *resiliencia* aportada por Luthar (2003) “la manifestación de la adaptación positiva a pesar significativas adversidades”. pp. 230. Así como la expuesta por Becuña (2010) “«un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad» (pp. 98-99). Estos fueron los resultados:

Mantenimiento de la esperanza: A pesar de que la anticipación de muerte fue la reacción cognitiva más evidenciada, el 87% de las madres contaba con una capacidad de visión a futuro, donde dentro de su proyecto de vida no solo se entraban aspectos económicos, laborales o familiares, ellas describían como veían a sus hijos una vez que salieran de posición canguro. “Yo me veo con ella, llevándola al colegio, bien grande, sana y bonita”. Además, este mecanismo se fortalecía cuando las enfermeras o algún miembro del equipo médico le informaba a la madre la

evolución en el estado de salud del bebé, por ejemplo, el no tener que volver a hospitalizarlo, quitarle el oxígeno, o que subiera de peso. “Cada vez que nos dicen subió tantos gramos a mí me da una alegría que no se imagina y me motivo paz seguirle dando de comer”.

Reconocimiento de recursos positivos: Por lo general el rol materno se vio afectado por las atribuciones negativas que las madres hacen a su auto concepto “soy pésima madre”, sin embargo aunque el porcentaje es pequeño, 17% de ellas logró reconocer que ante esta situación eran capaces de ver capacidades que antes no se habían imaginado o no se habían dado cuenta, sin necesidad del reconocimiento de otro, por ejemplo “ me vi más fuerte, más responsable e independiente, pasé de pensar en mí misma a ver que era responsable de otra vida y no lo cambiaría”.

Anteponer el bienestar del bebé a la prematuridad: Este mecanismo de afrontamiento está asociado especialmente a aquellas madres que desde el comienzo demostraron planeación y deseabilidad por el embarazo, específicamente aquellas que después de varios intentos no habían podido concebir o habían tenido un aborto espontáneo previamente, por lo tanto el 45% de ellas manifestaba que a pesar de las complicaciones en la salud del niño, de las intervenciones médicas y tener que venir casi a diario al PMCI, “no era nada comparado al hecho de saber que mi hijo estaba vivo”.

Red de apoyo: Si bien esta categoría puede corresponder a un factor propio del microsistema de la madre, en este punto es entendida como el hecho de que la madre pueda reconocer que con el parto prematuro se han unido más las familias, ha sentido más apoyo emocional, mayor reconocimiento o estabilidad de pareja. “Como la ve que yo tengo que esforzarme el doble, me hace calditos, es más cariñoso, nos hemos unido más como pareja”. “Antes yo era super desapegada de mis hermanos, pero el niño nos ha mantenido en contacto todos los días”. Este mecanismo de afrontamiento se evidenció en el 25% de las mujeres, especialmente con red de apoyo extensa.

Oración: Influenciada por las creencias religiosas del país y familiares, el 28 % de las madres afirmó que una de las formas de tranquilizarse y “seguir en pie”, era poner su fe en una deidad religiosa, en el caso de las madres colombianas, en Dios. Esto se corrobora con el estudio latinoamericano realizado por Reyes, Alcázar y Redil (2017), en donde la población mexicana evidenció menores puntajes de estrés, ansiedad y miedo por medio de la oración, además Gantiva, Luna, Dávalos y Salgado (2010) exponen en su estudio sobre respuestas ante la ansiedad que “el rezo y la oración se consideran como estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. Soportada en la creencia de un Dios paternalista, el cual interviene en todas las situaciones estresantes”. pp.66

Aprendizaje: Se descubrió que el factor que mayor miedo, inseguridad e intranquilidad generaba en las madres era el desconocimiento ante el nuevo rol, el espacio y el bebé, por lo tanto una vez que las madres aprendían por medio de explicaciones por parte del personal médicos, a través de talleres realizados desde el PMCI, cursos psicoprofilácticos, sala de adaptación, desde otras madres o desde su propia experiencia, la mujer se sentía más segura, tranquila y por ende había un empoderamiento del rol más evidente “Me sentía más mamá”. Aspecto evidenciado en el 34% de ellas. Adicionalmente no solo se asocia al aprendizaje adquirido de otro, las propias mujeres por voluntad propia deseaban la búsqueda de conocimiento y este era alcanzado por su propia cuenta, es decir por medio de información en internet, libros o la observación de otras madres que llevaran más tiempo en el programa.

Resignificación : El 13% de las mujeres afirman que el nacimiento prematuro no es considerado para ellas como algo experimentado de manera negativa, por el contrario lo ven como una oportunidad de crecimiento personal, donde se aprende y se viven nuevas experiencias, adicionalmente como se demostró que el 89% de ellas no tuvo una reacción positivo al enterarse de la maternidad canguro asociada a la sunción de nuevas responsabilidades y el creer que no se era buena madre, muchas de ellas se dieron cuenta que aunque tener al bebé en posición canguro las 24 horas del día era percibido como lo más difícil; también era considerado como una de las ventajas al “tener al niño todo el tiempo cerquita”, “poder sentir sus manitos y su corazón en mi pecho” etc. Además de ser una preferencia antes que la hospitalización.

Capacidad de introspección y de herramientas de autorregulación: Relacionado a la capacidad de observación que una persona hace de su propia conciencia y del estado emocional con el fin de reflexión (Sánchez & Palanga, 2007), se refiere al autoconocimiento y reconocimiento de emociones. Sin embargo, de nada sirve reconocer emociones si no es posible manejarlas de forma adaptativa. Por lo tanto, siguiendo a Sánchez y Pangea (2007). El proceso de autorregulación se activa en la persona cuando las consecuciones de las metas prefijadas se ven amenazadas por algún motivo o, con mayor fuerza, cuando no es posible la actuación latinizada, en este caso el nacimiento a término que no se da, utilizando insumos meta cognitivos que permiten una reflexión adecuada del self. Tan solo el 7% de las mujeres demostró que eran capaces de pensar estrategias para mantener a salvo su paz y tranquilidad mental, entre las más destacadas se encontraron el dibujar mándalas, escuchar música, respirar profundo y aceptarse tal y como se es. Elemento que despierta un gran interés en la psicología para poder fortalecer este mecanismo de afrontamiento en la madre, especialmente en casos donde no se cuenta con atención psicológica o ayuda de un profesional.

Conocimiento del bebé y creatividad para estimularlo: El 10% de las mujeres afirmó que después de pasar por “crisis”, lo mejor era poder reconocer en su bebé señales consideradas por las madres, de satisfacción, entre ellas la sonrisa del prematuro, la mirada y el hecho de que aprieten o chupen el dedo de la madre. Además, se sienten más seguras sabiendo reconocer los distintos tipos de llantos para responder de forma oportuna, aspecto asociado al concepto de sensibilidad materna. (Carbonell et al. 2007). Adicionalmente, eran capaces de idear formas de estimulación al bebé que no ponían en riesgo la vida o iban en contra de lo planteado por el programa, por ejemplo, poner música en momentos especiales, inventar historias, crear un tipo de masaje etc.

Preparación para el desarrollo de la prematuridad: Como se evidenció, el 24% de las madres fueron informadas de la prematuridad o el bajo peso del niño con anticipación, debido a controles médicos y atención prenatal oportuna. Por lo tanto, iban acoplando a su proceso de psiquismo gestacional un imaginario del niño distinto al idealizado, es decir se venían preparando para el tamaño, peso y fecha de parto, por lo tanto, al momento de recibir la noticia, las reacciones no eran tan observables o tan marcadas como en aquellas madres a las que la noticia llegó por sorpresa, lo cual implica un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del nacimiento” (Ruiz, 2004, p.259). Por otra parte, en el último tiempo del embarazo es cuando la mujer ingresa a un periodo de mayor sensibilidad al cual Winnicott (1956) denominó “Preocupación maternal primaria” que reforzaría este mecanismo.

Duelo Anticipado o simbólico:

Teniendo en cuenta a Cabodevilla (2997), las manifestaciones que suelen tener las madres, muchas veces des adaptativas, se representan en distintas dimensiones del ser humano, ya que cualquier situación externa produce reacciones que en este caso fueron en su mayoría cognitivas y emocionales:

Respuestas cognitivas:

“Toda situación que afrontamos en la vida está relacionada con modelos de representación que tenemos de nosotros y del mundo circundante”. (Bowlby, 1983, pp.240). La información es seleccionada e interpretada en relación a esos modelos, la significación y la ejecución de acción también está determinada por ellos. Una de las

respuestas cognitivas relacionadas al proceso de Duelo Anticipatorio más evidenciada fueron las atribuciones de muerte (Dávalos et al. 2008), ya que el 56% de las madres afirmó que al recibir esta noticia lo primero que aparece dentro de su esquema de pensamiento es la muerte del recién nacido.

La prematuridad se relaciona para ellas con conceptos tales como peligro, enfermedad y fragilidad. “yo me imaginaba lo peor”. Este pensamiento permite otorgar un sentido a lo que parece incomprendible desde nuestros esquemas cognitivos. La mayoría de las madres no está familiarizada con el contexto de bebés nacidos antes de tiempo, de hecho se observó que el 72% de ellas, desconocía esta situación o programas de asistencia, por lo tanto cuando una información relativa llega a las personas, en este caso a las madres, de manera repentina e inesperada, puede ser procesada de manera incompleta, además, cuanto más perjudicial resulta para los propios intereses, más elaboraciones cognitivas apresuradas y desfiguradas se van a presentar. (Bowlby,1983). Sin embargo, Dentro de este mismo porcentaje, las madres hacían esta relación debido a experiencias pasadas, ya que habían sufrido abortos espontáneos que evocaban nuevamente este pensamiento. “Yo de una recordé cuando me dijeron lo del aborto, solo pensaba cosas negativas, como había pasado con la otra niña”. Desde Bowlby (1983), algunos procesos cognitivos que contribuyen a las variaciones de la respuesta de la pérdida, cuando se produce una ruptura en el lazo afectivo, generalmente se produce un registro preliminar de la información pertinente combinado con una incapacidad de evaluar nuevas posibilidades, Mejor definida como fase de embotamiento de sensibilidad (Bowlby,1983). Es decir, que se busca este tipo de apreciaciones por las madres con el fin de confirmar implicaciones que se han aceptado tentativamente, limitando oportunidades accesibles a la situación. “La situación en la que se producen los hechos sensoriales, desencadena expectativas en experiencias pasadas y en los conocimientos generales”, (Bowlby, 1983, pp.68).

Respuestas emocionales:

Dos de las reacciones más evidenciadas fueron miedo y ansiedad, para puntualizar sus diferencias, la primera se presenta como mecanismo de adaptación en los seres humanos, por lo tanto, es esperable ante una situación que desajusta al sistema en su totalidad, se presenta cuando el peligro es real, conocido, inmediato o inminente, por esta

razón el 82 % de las madres reportaron sentir esta emoción al conocer la noticia de prematuridad. En el 54.6% de los casos de las madres que lo reportaron, se podía dar cuenta del objeto que producía el miedo: la condición de prematuridad, mientras que en el 45.5 % se afirmaba que lo que realmente les produce esta sensación eran los dispositivos propios del contexto hospitalario. Siguiendo los postulados de Bowlby (1983), el Miedo o la ansiedad intensos son persistentes cuando se producen por el hecho de tener que separarse de una persona con la que los une un vínculo estrecho, en este caso la hospitalización, incubadora de fototerapia etc. representa una barrera que distancia a la madre y el bebé. De ahí es pertinente mencionar una de las respuestas arrojadas por la madre 6 quién afirma que ante la hospitalización se sentía “en soledad”. Una sola madre afirmó que el miedo se debía a que el bebé podría morir. Desde la antropología, se afirma que “El significado de la muerte se define socialmente, y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto refleja la influencia del contexto social donde ocurren”. (Caycedo, 2007, pp.332). Así, diferentes culturas manejan el problema de distinta manera. Dentro de nuestra cultura occidental, la muerte es vista como un tema tabú. Por esta razón fue difícil evidenciar de manera espontánea en las madres el admitir que su miedo se basaba en esta afirmación, teniendo en cuenta las respuestas cognitivas este si paso por el pensamiento de la mayoría, pero es difícil aceptarlo como un hecho posiblemente real.

La ansiedad por su parte, es una emoción de malestar que se traduce en un estado de estrés o nerviosismo y su origen no es claro a diferencia del miedo (Vega,2018), evidenciada en el 52% de las mujeres, dentro de sus discursos, el factor que representaba riesgo, no podía ser definido, en otras palabras, tenían ansiedad por algo desconocido que pudiera pasar con el bebé en un futuro. “Yo estaba súper ansiosa, el corazón me palpitaba, pero yo no sabía porque, de pronto que le pasara algo al niño”. Mientras que otras afirman que tener lejos a su hijo representaba “algo malo, pero indefinido porque usted sabe que es por el bien del bebé” Bowlby (1983) expone que la relación entre el Duelo y la Ansiedad parte del hecho de que la figura amada está temporalmente ausente. Las madres, literalmente están a la expectativa de seguir teniendo esperanza de reencontrarse con los niños o esperar lo peor de la situación. Milton, citado por Bowlby (1983), señalaba que el temor presupone la esperanza. “Cuando luchamos por algo mejor y abrigamos la esperanza de alcanzarlo, experimentamos ansiedad ante la posibilidad de no obtenerlo”. pp.50.

El sentimiento de Culpa, en este caso está asociado a una herida narcisista mencionada por Quinteros (2016). en la mujer “por haber expulsado a su bebé antes de tiempo cuando aún es demasiado frágil para sobrevivir fuera del útero”. pp.16.

El 32% de las mujeres afirmaron sentir tristeza. En donde las factoras que evocaban esté sentimientos relacionados a la noticia de prematuridad eran la condición en sí misma, el bajo peso al nacer y el aumento de este en días posteriores y ver al bebé dentro de incubadoras, con oxígeno o ictericia.

El 56% de las madres, experimento irritabilidad tanto por la situación, los demás, hacia ellos mismos y hacia los bebés. Algunos sociólogos han descrito estallidos de cólera en el proceso de Duelo. Puede sonar confuso que se llegue a experimentar ira en contra del bebé prematuro, sin embargo, si tenemos en cuenta lo expuesto por Freud (1923), “la identificación es la forma original del vínculo emocional con un objeto y que de una manera regresiva se convierte en un sustituto del vínculo libidinal”. (pp. 107). Adquiere sentido ya que la madre pone sus ideales en el niño, y el hecho de que estos se vean en riesgo por la condición de prematuridad las hacen sentir amenazadas, sin embargo, habría que profundizar más en las expresiones de ira, a quien va dirigida y el riesgo que puede representar para la persona que la experimenta como para los demás al traer consigo expresiones de hostiles, violentas etc.

Conductuales:

Muchas de las madres optaron por rechazar al bebé, por temor a lastimarlo físicamente, al tener en cuenta que dentro de sus representaciones mentales se encontraban imágenes de un niño frágil y pequeño, evitando así el contacto físico, relacionado a lo expuesto por Quinteros (2005), “Cuando esto sucede la madre, por lo general, evita la interacción por temor a la pérdida de ese bebé que impresiona gran labilidad, llegando incluso a no concurrir a verlo. La reacción en ella es la de no apegarse a ese ser tan frágil con riesgo de vida para evitar que el dolor sea tan intenso una vez que lo pierda”. PP. 25. En este contexto era un mecanismo para evitar 1. Lastimar al niño 2. Inconscientemente, evitar el dolor que le causaría a la madre lastimarlo ella misma, por lo tanto, se lo deja al cuidado de las enfermeras para que “lo cuiden bien” y no tener que pasar por una segunda pérdida.

Modelo ecológico

Ontosistema: En este sistema se hacen presentes las características individuales de cada sujeto lo cual incluye condiciones físicas, de salud y personalidad, así como historia y creencias firmemente asumidas.

Por lo tanto, dentro de los factores protectores se encuentra que 41% representa a madres saludables antes, durante y después del nacimiento, protegiendo a la madre de una pérdida adicional en su salud o disminución de alguna habilidad física más allá de las secuelas de la cesárea. También se evidenció en 30% de las madres calidad de apego y sensibilidad materna de acuerdo a los planteamientos de Carbonell et al (2007), deseabilidad y planeación del embarazo (32%), calidad del auto concepto (17%), y capacidades cognitivas relacionadas no solo a la salud mental de la madre si no de igual manera a su nivel educativo y afectivo, en el cual el 70% evidencia un nivel académico superior al bachillerato.

En Relación al embarazo y nacimiento se dio cuenta de que 52% madres tuvo precauciones por voluntad propia y cuidados prenatales que favorecen el vínculo madre bebé, así como una adaptación al tratamiento del PMCI donde se evidencia lactancia materna exclusiva en el 69% de los casos, 30% en posición canguro y 45% en seguimiento. Lo cual favorece a uno de los mecanismos de afrontamiento encontrados que es el de aprendizaje y estimulación del niño.

En contraposición, **como factor de riesgo**, están las enfermedades entre ellas los más influyentes trastornos depresivos (7%), artritis juvenil (4%), lupus, hipertensión (34%) e infecciones vaginales (22%), lo cual interfiere con la aceptación del embarazo, el NPT y los cuidados de ellas y de los niños una vez nacidos. Además de enfrentarse a la pérdida de su propia salud generando mayor bienestar si la madre era saludable antes del embarazo, caso evidenciado en la mayoría de embarazos adolescentes. Adicionalmente la pérdida de contexto cotidiano de la madre influye y representa riesgo de deserción del programa, este aspecto logró verse en el 55% de las madres desafortunadamente, así como la pérdida de interacción madre bebé genera. En cuanto a lactancia materna el 13% de ellas no podía lactar por la estructura del pezón o historia genética de lactancia ineficaz, aspecto que influyen significativamente la pérdida de lactancia materna y por ende de rol materno.

Un factor de riesgo que se encuentra para poder emprender la elaboración del duelo es las personalidades de las madres cuya característica es de fortaleza, la madre no demuestra sus emociones porque se le dificulta, las niega, las esconde o no le gusta demostrarlas. Aspecto que se evidenció en el 8,6% de las madres.

Finalmente, dentro del historial materno se encuentran casos de Violencia de pareja, Abuso sexual, maltrato infantil, alcoholismo y bullying, relacionados a pérdidas relacionadas a la dignidad humana (Dávalos et al, 2008). que no han sido elaboradas y esto repercute de forma negativa tanto en las pautas de crianza que se desarrollarán con los bebés, autoconcepto y elaboración de las pérdidas posteriores.

Por ello se evidencian también *Antecedentes de Duelo*, en donde el 52% de las madres presentaba historias vinculares afectadas por pérdidas especialmente del abuelo paterno (padres de las madres), o separaciones amorosas con el padre del bebé; Bowlby (1983), en sus intentos por explicar las diferencias individuales de los adultos ante la pérdida hace énfasis en los acontecimientos y circunstancias vividos en la infancia, en 20% madres se encontraron pérdidas de la figura parental en la infancia. Bowlby (1983). El 12% presentaba fallas vinculares desde el momento del embarazo, una de estas madres había perdido la relación con su hermano, porque él no estaba de acuerdo con el nacimiento del bebé.

Microsistema: En este sistema se dan las características y funciones de la familia nuclear y extensa entre las más importantes las de apoyo; en el caso de las madres canguro, el apoyo que más se necesita es el del padre por ella se busca la integralidad de las familias dentro de sus objetivos; el cual, aunque es obtenido en la mayoría de los casos, 36% no lo evidencian como suficiente debido a la creencia de paternidad condicionada donde el hombre aporta económicamente, pero se retira de la parte emocional y afectiva que queda supeditada a la muerte. 15% ni siquiera evidencian apoyo paterno de ningún tipo. En cuanto a la familia extensa (abuelos o tíos), se evidencia que son factores protectores para 59% de las madres al aumentar la red de apoyo de la misma, evidenciándose habilidades interpersonales, resolución de conflictos y la capacidad de reflexión de los adultos especialmente al momento de develar la noticia del embarazo, lo cual posibilita la flexibilidad, la comunicación y la cohesión familiar encontrándose estas características en 16 de las familias.

Mientras que los aspectos de riesgo encontrados y que se relacionan con conflictos familiares (17%) se evidencian incongruencia o inconsistencia en la puesta de límites, las dificultades en la comunicación familiar y la presencia de historia de maltrato en los progenitores.

El grupo de pares, el sistema escolar, laboral y la red familiar extensa resultan protectoras cuando son grupos que brindan contención, lo cual va en sentido opuesto al aislamiento, ya que muchas madres afirman no tener apoyo o un ambiente laboral sano en favor del embarazo, de hecho 34% de ellas afirman sentirse excluidas, humilladas y aisladas por su condición de embarazo y maternidad canguro.

Como se evidenció, el Programa Canguro se vuelve parte de la cotidianidad de las madres, y por ello es tan importante que se establezcan relaciones positivas con el personal médico para demostrar a la madre que ella no tiene la culpa y tampoco es menos madre por ser una madre canguro a partir de comunicación oportuna y atención sensible evidenciada en el otro modo, pueden darse fallas de comunicación, en el caso del canguro una madre reporta tener inconvenientes con el personal. Finalmente, La relación que la madre establece con otras madres puede ser decisiva en el ajuste y adaptación que tenga ante el diagnóstico y/o tratamientos. Este tipo de interacciones pueden ser positivas donde suelen relatarse los historiales, evolución y logros del niño o por otro caso asustarse por diagnósticos y síntomas de otros niños que bien pueden ser mejores que los propios o peores, aumentando la ansiedad en las madres.

Exosistema: El factor de riesgo más encontrado es el sistema laboral paterno (35%) ya que les impide tener una cercanía constante con la madre y la familia, así como la pérdida del empleo o la relación que este haya tenido con su familia de origen, pues se descubrió que en 5 casos el padre había sufrido maltrato o abandono y por ello 3 de esos padres estaban replicando dichos patrones de comportamiento con su familia actual. De otra parte, el padre decide abandonar a la madre por influencia de su familia extensa o se desquita con el bebé por ser el representante de la emergencia de conflictos con su familia, dándose una pérdida de apoyo familiar o social. Es importante reconocer que los padres también pasan por un duelo que no fue abordado en este documento y que de igual manera afectan su bienestar psicológico.

Macrosistema: Como factores de riesgo, se encuentran todas aquellas creencias rígidas y descalificadoras respecto a los roles de género y el lugar de la madre o del prematuro en la sociedad, así como la presión social de que la maternidad debe ser algo que se disfrute y sea gozado por todas las madres, que influyen de forma significativa en la presión por adquirir el rol y la pérdida de la libertad de decisión, en el caso de las mujeres añosas se evidenció que muchas sienten vergüenza por el rechazo que viene de la sociedad relacionado a la falta de educación y a la anticipación de juicios sin censura del menor, entre ellos decir que será un niño con síndrome de Down, deforme o que la madre es demasiado vieja; en uno de los casos se evidencia que no hubo una protección del estado que garantizará el derecho de la madre a no tener más hijos, por lo tanto no se aceptó que quisiera operarse por solo tener un solo hijo. Lo cual se asocia a falta de educación y de políticas públicas que no solo protejan, sino que además informen.

Teniendo en cuenta la propuesta de análisis ecológica el sistema que menos se ha tenido en cuenta hasta ahora es el macrosistema, por ello me pregunto, ¿que se está haciendo

desde el sector salud para apoyar a la madre en este momento tan importante? Se hace necesaria una articulación con la política pública de salud sexual y reproductiva en donde se

ve un concepto importante, maternidad segura, en ella se manejan todos los riesgos preconceptionales y durante la gestación, brindando un tratamiento a todas las complicaciones biopsicosociales. Las medidas adelantadas por esta política son:

Promoción

de la maternidad segura, aquí se refuerza en la población los beneficios de la adherencia al control prenatal de la madre y su familia. 29 madres no asistieron a controles, tan solo 13 de

ellas por condiciones socioeconómicas, el resto era por desconocimiento. Coordinación intersectorial e interinstitucional, en donde se plantea para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos a los oferentes, pues 30 madres describieron como pésima

la atención y servicios brindados por las instituciones de salud. Fortalecimiento de la gestión

institucional, en donde se toca la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales de acuerdo con las características culturales, étnicas y sociales de las diferentes poblaciones. Pues como se aborda la maternidad no significa lo mismo para todas las futuras madres y las ideas de cada cultura afectan ese significado y por ende las formas de intervención, lo cual va de la mano con la Potenciación de las redes sociales de apoyo en donde se busca vincular al control prenatal a otros miembros del núcleo familiar para que mediante una adecuada información y formación, puedan acompañar a la mujer gestante en situaciones de emergencia o detectar factores de riesgo, Ya que, en 15 casos, la mujer tuvo que valerse por sí sola para buscar atención inmediata ante sangrados, contracciones y preeclampsia, además de trabajar con las redes de apoyo, y en el contexto de la interculturalidad, la transformación de creencias en costumbres y prácticas tradicionales que se han identificado como no seguras y que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido/a.

Conclusiones

“Mujer Acabas de traer a un ser humano al mundo. El mundo debería de estar arrodillado
antes tus pies”

Laural Curtis

Para que se desarrolle una pérdida simbólica se necesita de una expectativa nacida generalmente de una creencia en este caso asociado al ser, actuar y sentir como una madre. Como en todo proceso socio cultural es necesaria una transmisión de dichas creencias a

través de diferentes sistemas, dentro de los cuales se destacan instituciones gubernamentales, educativas y familiares que de acuerdo a lo encontrado están bajo ideales de estructura familiar patriarcales, religiosos y estereotipados provenientes de una tradición cultural colombiana; con un amplio alcance, que llega a ser parte del sistema ontológico e individual de identidad materna, empiezan a formar parte de sus propias cogniciones, emociones y acciones cotidianas, tanto así que incluso se ponen a la cabecera a la hora de elegir el rol materno y de identificarse como “buenas o malas madres”.

Esto, desencadena un conjunto de emociones, percepciones y actuaciones en contra de la maternidad canguro porque son contrarios a lo que se propone desde la maternidad por instinto, relacionada al género, al tiempo de gestación, lactancia eficaz y parto vaginal, categorías encontradas dentro de los esquemas cognitivos y representacionales maternos. Lo cual representa un riesgo no solo en el bienestar psicológico, además implica desajustes en la interacción madre-bebé, esto puede ser considerado como un posible predictor al maltrato en dado caso de que la madre no cuente con los recursos personales que le permitan elaborar dicha pérdida y contener sus reacciones, entre ellas tristeza, miedo, anticipación de muerte y enojo, y al ser expresadas de forma desadaptativa se pongan en contra del bebé o incluso de la propia madre, por lo tanto se hace pertinente elaborar investigaciones que permitan idear estrategias y prevenir el maltrato.

Es importante que se haga un llamado a futuras investigaciones donde el sector salud pueda implementar medidas directas de prevención en donde primero se eduque a la población sobre los diferentes tipos de embarazo, ya que se evidencio que el aprendizaje y la preparación fueron mecanismos asociados al afrontamiento; posiblemente que se recurra al psicólogo para poder abordar la noticia de prematuridad, desembrazar o RCIU.

Así como de respeto, protección y conocimiento de derechos de las mujeres respecto al disfrute de su sexualidad, por ello es importante remarcar la importancia de la política pública de salud y educación sexual y reproductiva, en donde más allá de informar sobre métodos anticonceptivos se genere conciencia de lo que implica ser madre, y como algo novedoso de lo que implica ser madre canguro.

También es importante que dentro del PMCI se impulse el reconocimiento de recursos personales y la resignificación de la experiencia teniendo como base la teoría de resiliencia, pues desafortunadamente este fue el mecanismo de afrontamiento que menos se evidenció en las madres; además de poder implementar herramientas tales como el árbol genealógico de la lactancia materna para que ellas también conozcan su historia y por ende reconozcan dificultades o posibilidades que no se asocian al ser buena o mala madre.

Ya que dentro de los objetivos se busca integrar a la familia, y traer el apoyo del padre, se hace necesaria una investigación de pérdidas simbólicas en ellos no solo para determinar relaciones y similitudes sino además para comprender el sistema paterno y creencias que también pongan en tela de juicio su participación dentro del campo de la prematuridad.

Referencias

- Ainsworth, M. (1981). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Morris (Eds.) *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51).
- Alcaldía Mayor De Bogotá. (2015). *Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025*. Secretaria Distrital De Salud. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf
- Amargo, F; Monticello, F; Palma, F; & Patrignani, V., (2012). Significado cultural del baby shower. (Tesis de maestría). Recuperado de: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/11613_36015.pdf
- Arboleda, J. (2009). Consulta colectiva del programa madre canguro integral. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- Arockiasamy, V; Holsti, L y Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pubmed*. 18182470. DOI: -10.1542/peds.2007-1005. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18182470>.
- Beauvior, S. (1949). *El segundo sexo*. Madrid, Cátedra, Universitat de València, 2 vols, 363, 545.
- Becoña, E (2006) Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(3). 125-146. Santiago de Compostela. Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Berger, P; y Luckman, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Traducción Zuleta, S; (2001). Buenos Aires. Recuperado de <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>
- Bermudez, E. (2016). Reflexiones acerca de la Experiencia Emocional de la Maternidad: Gestación y Parto. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica). Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19047/BermudezHernandezEdwinOneiber2016.pdf?sequence=1>
- Bowlby, J. (1983) *La pérdida afectiva*. Versión Castellana de Alfredo Vallez. Editorial Paidos, Buenos Aires Barcelona
- Bowlby, J. (1983) *La Separación afectiva*. Versión Castellana de Alfredo Vallez. Editorial Paidos, Buenos Aires Barcelona.

- Brown, J. (2007). El aborto en Argentina, genealogía de una demanda. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-066/774.pdf>.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Recuperado en 10 de mayo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es.
- Cáceres, F., Molina, G., & Ruiz, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Scielo*; 2014. 14(3): 316-326. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n3/v14n3a04.pdf>.
- Carbonell, O.A., Plata, S.J., Peña, P.A., Cristo, M. & Posada, G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 773-785.
- Carvajal, V., Vargas., C & Rueda, E. (2014). E. Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebe prematuro. *Rev Cuid*. 2014; 5(2): 782-91. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93>.
- Carvalho, A., Pamplona, B., García, C.(2010). Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Revista Latinoamericana. Enfermagem*. 18(6):[08 pantallas] nov.-dec. 2010. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a0d4/dfa0def02bf568bfca6aa968fc3e990bf2db.pdf>
- Caycedo, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339. Retrieved January 09, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200012&lng=en&tlng=.
- Charpak, N. (2006). Bebés Canguro. El método que humaniza el cuidado de los recién nacidos mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés. España: Gidesa.
- Choca, F. (2007). VÍNCULO EN EL BEBÉ PREMATURO. *Revista de APPIA* - Octubre 2007 - N°. 16. Recuperado de <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/079737212007001605.pdf.nacimientos/nacimientos-2016>
- Cramer, B. (1990). De profesión bebé. Barcelona: Ediciones Urano.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, (DANE), (2016), (Diciembre del 2017). Nacimiento por peso al nacer según departamento, municipio de ocurrencia y sitio de

- parto". Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/>
- CONPES social. (2014). Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Definiciones teóricas, políticas y programáticas. Bogotá: Ministerio de Salud y protección social.
- Corbin, A., Strauss, J & Zimmerman, E. (2002). Capítulo 8, Codificación axial abierta. Bases de la investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colección ciencias sociales y humanas. Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de [03581https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=0JPGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA110&ots=Ew661gbZXi&sig=dhjMB3-TvKQ5TO8thxVQTxe1hSg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=0JPGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA110&ots=Ew661gbZXi&sig=dhjMB3-TvKQ5TO8thxVQTxe1hSg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- Cuadrado, D (2010) Las cinco etapas del cambio. Capital Humano. 241. 54-58 Recuperado de: https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf.
- Dávalos, E., García, S., Castillo, L., Martínez, S., Torres, A., & Sauri, S.(2008). El proceso de Duelo. Un mecanismo humano para el manejo de pérdidas emocionales. Revista de especialidades médico quirúrgicas.13(1),28-31. ISSN:1665-7330. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>.
- Dulguerian, M. (2012). Prematuridad: experiencia emocional de los padres de niños nacidos prematuros y aspectos psicológicos. Pediatría 47 (3), 1-6 [doi:10.1016/S1245-1789(12)62751- 6].
- Eagly, A. H., & Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 108, 233-256.
- Everingham, C. (1997). Maternidad, autonomía y dependencia, *un estudio desde la psicología*. Nacea. S.A de ediciones. Madrid. España. Recuperado de la biblioteca central Universidad Javeriana.
- Fernández-Ballesteros, R., (1992). Evaluación psicológica y test. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de [70333066qhttps://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=DXBVBjUj7E0C&oi=fnd&pg=PA11&dq=fernandez+Ballesteros+\(1992\)+Observaci%C3%B3n&ots=TiyTvjn3YI&sig=Xa0HF6y6gDfdHq96dKc89q6o408#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=DXBVBjUj7E0C&oi=fnd&pg=PA11&dq=fernandez+Ballesteros+(1992)+Observaci%C3%B3n&ots=TiyTvjn3YI&sig=Xa0HF6y6gDfdHq96dKc89q6o408#v=onepage&q&f=false).
- Figueroa, R; Cortéz, P., (2016) Trauma psicológico en la atención primaria: Orientaciones de manejo. Rev Med Chile 2016; 144: 643-655. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n5/art13.pdf>

- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- Freud, S. (1923). El yo y el Ello. Clínica Baumgarten-Santamaría. Traducción de López Ballesteros (2012). Recuperado de file:///C:/Users/Male/Downloads/Freud_Sigmund_El_Yo_y_el_Ello.pdf_SUGERIDA.pdf
- Galimberti, M. (sf). RECIÉN NACIDO PREMATURO INTERNADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, ESTRÉS MATERNAL Y MODELOS DE INTERVENCIÓN. Universidad De Flores. Recuperado de <http://centroipcc.org/wp-content/uploads/2016/10/psicologiadel desarrollo.pdf>.
- Gantiva, C; Viveros, A; Dávila, A; Salgado, M. (2010) Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina* 4(1). 63-70. Bogotá. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>
- García, F.(2001). Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid. España. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- Gill Bello, R.(2018). The imaginary of pregnant women about motherhood. *Matronas Prof.* 2018; 19(1): 4-10. Recuperado de [1ae-3ab%https://eds-a-eb.scohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e856a7e0-c643-4852-ae3c-99a6b4706688%40sdc-v-sessmgr05](https://eds-a-eb.scohost.com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e856a7e0-c643-4852-ae3c-99a6b4706688%40sdc-v-sessmgr05).
- González, F. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos, atención y acompañamiento al bebé y la familia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, 49 (133-152).
- Green, M & Solnit, A. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable Child Syndrome. *Pediatrics*, 34, 58-66.
- Halpern, L., Brand, K., & Malone, A. (2001). Parenting Stress in Mothers of Very-Low-Birth-Weight (VLBW) and Full-Term Infants: A Function of Infant Behavioral Characteristics and Child-Rearing Attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), 93-104.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. ISBN: 978-607-15-0291-9 (ISBN edición anterior: 978-970-10-5753-7). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20Edici%C3%B3n.pdf

- Innamorati, M;Sarracino, D; & Dazzi, N. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal* 31(4):379-396DOI:10.1002/imhj.20261. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/215740050_Motherhood_constellation_and_representational_change_in_pregnancy.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2016). Familias en Protección del ICBF refuerzan vínculos afectivos en Bolívar Cartagena, Comunicado de prensa.2016-10-19. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/noticias/icbf-fortalece-los-vinculos-afectivos-de-la-primera-infancia>
- Lavielle-Sotomayor, P., Rozen-Fuller, E., Bustamante, J., & Martínez, C. (2017). Optimismo, cohesión familiar y tratamiento como predictores de calidad de vida en padecimientos oncohematológicos. Unidad de investigación en Epidemiología Clínica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano de Seguro Social. *RevMediNstMex Sefuro Soc.* 55(4), 456-63.
- Langer, A (2002) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(3). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8688/9402.pdf;sequence=1>
- Lindavista, P, Hellstrom, L & Hellstrom,I. (2007)From Distance Toward Proximity: Fathers Lived Experience of Caring for Their Preterm Infants, January 2008. *Journal of Pediatric Nursing* 22(6):490-7.DOI: 10.1016/j.pedn.2007.04.008. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/5812143_From_Distance_Toward_Proximity_Fathers_Lived_Experience_of_Caring_for_Their_Preterm_Infants
- Luthar, S. S. (2003). Preface. En S.S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability.Adaptation in the context of childhood adversities*.Cambridge, RU: Cambridge University Press
- Mariño, M. (2014). *La Percepción De Maternidad y Paternidad, De Padres y Madres de bebés que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos neonatales.* (Tesis de pregrado en psicología). Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19115/MarinoMartinezMariaP aula2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- McManus, B. M. y Poehlmann, J. (2012): Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin. *Child: Care, Health and Development*, 38 (3): 425-434 (en línea). , acceso 3 de junio de 2019.

- Miles, M., Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatal*. 21 (3): 254-266.
- Ministerio de Protección Social & Programa Mundial de Alimentos PMA. (2009). INFORME DE LA EVALUACIÓN A PROFUNDIDAD DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA REFUGIADA EN ECUADOR Y DE LA POBLACIÓN DE ACOGIDA. Quito, Julio de 2010. Recuperado de <https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp241438.pdf>
- Ministerio de Protección Social (2013). Protocolo de Atención preconcepcional. Bogotá, Colombia. ISBN: 978 958 8735 65 8. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>
- Minsalud (2017) Actualización de los lineamientos técnicos para la implementación de programas Canguro en Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://fundacioncanguero.co/wp-content/uploads/2017/10/implementacion-programa-canguero1.pdf>
- Molina, María Elisa. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyche (Santiago)*, 15(2), 93-103.- <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>.
- Moreno Llorca, M. (2002) Intervención en duelo en las diferentes etapas evolutivas. *Luria Psicología*. Recuperado de: <http://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/Intervencion%20en%20duelo.pdf>
- Muller-Nix, C.,55 Forcada-Guex, M.,55 Pierrehumbert, B.,55 Jaunin, L.,55 Borghini, A y55 Ansermet,F.(2004) Prematurity, maternal stress and mother-child interaction. *Early Hum Dev*. 2004 Sep;79(2):145-58. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324994>.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2018). Recuperado el 19 de Febrero de 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Palomar C. Maternidad: historia y cultura. [Internet]. *La Ventana* 2005 [visitado 23 octubre 2009].
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Género. La ventana*, (22), 35-67. INSS:1405-9436. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>.
- Pinzón, C. (2009). Elaboración de Duelo en la Pérdida Simbólica: El Caso de la Dignidad. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, Vol. 1, No. 2, 2010, pp. 01- 206. Recuperado de

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/2229/1/Elaboracion%20de%20Duelo%20en%20la%20Perdida%20Simbolic.pdf>.

Quintero L (2016) Vínculo Temprano y Prematurez: particularidades de la interacción temprana madre bebé prematuro. Universidad de la República Facultad de Psicología (Trabajo Final de Grado). Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_entregaquinteros_15-2-2016.pdf.

Repetur, k., Quesada, A. (2005). VÍNCULO Y DESARROLLO PSICOLÓGICO: LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES TEMPRANAS. Revista Digital Universitaria Volumen 6 Número 11 ISSN: 1067-6079 Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>

Restrepo, C. (2017). Caracterización de Familias Recompuestas Canguro: Reacción ante Embarazo, Apoyo Social y Estrés. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de [/33332392https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/35110/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20Recompuestas%20Canguro%20Reacci%C3%B3n%20ante%20Embarazo%20C%20Apoyo%20Social%20y%20Estr%C3%A9s.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/35110/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20Recompuestas%20Canguro%20Reacci%C3%B3n%20ante%20Embarazo%20C%20Apoyo%20Social%20y%20Estr%C3%A9s.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Reyes Pérez, V; Alcázar Olán, R; Redil Martínez, L (2016) Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. Psicogente. 20(38). 240-255. Barranquilla. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00240.pdf>

Ryff, C., (2014). *¿Qué es el bienestar psicológico? El modelo de Carol Ryff*. Recuperado de <http://www.uniminuto.edu/documents/702814/0/Qué+es+el+bienestar+psicológico/94cf47ca-be8b-44cf-85a7-d9359f351f95?version=1.0>

Rodríguez, M., Rincón, H., Velasco, M., Hernández, C., Ramos, M., y González, J. (2012). Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a03.pdf>.

Rubiños, A. (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. Centro de Investigación en Tecnología Aplicada a las Ciencias sociales y Humanidades. Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías. Vol. 1. No. 1, pp:15-34. Recuperado de <file:///C:/Users/Male/Downloads/34-Texto%20del%20art%C3%ADculo-144-2-10-20161227.pdf>.

- Ruiz AL. Un nacimiento antes de tiempo. Edit Universidad de Ciencias Empresariales y sociales (UCES) Subjetividad y procesos cognitivos. 2004; (6):256-80.
- Russi, M y Montoya, D. (2017). Caracterización neuropsicológica en niños entre seis y ocho años con antecedente de muy bajo peso al nacer y prematuridad. *Med U.P.B.* 2016;35(2):89- 99. DOI:10.18566/medupb.v35n2.a03. Recuperado de 04-%<https://eds-b-ebshost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4bb3424f-9224-43ce-a643-e23133ef8722%40sessionmgr104>.
- Salazar Mora, Zaida (2008) Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones.* 87 (2). 67-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- Sánchez Benitez, N (2016) La experiencia de la maternidad en mujeres feministas. *Nómadas* 44. 255-267. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n44/n44a15.pdf>
- Sánchez Hernández, P; Corbellas Solanas, C y Camps Herrero, C (2018) Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. *Duelo en Oncología.* Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. Recuperado de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>
- Sastre de Blas, M. (2017). El proceso simbólico y la construcción del sujeto, a partir de la relación adulto-niño. *Desarrollo como revolución.* Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filosofía. Tesis Doctoral. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/43278/1/T38924.pdf>
- Schaffer, R. (1977). *MOTHERING.* Londres. Traducción al español, Lequerica, M. (1979). "Ser madre". Ediciones Morata S.A. Madrid, España. Recuperado de biblioteca central Pontificia Universidad Javeriana.
- Setterberg, S. (2017). The fantasmatic and imaginary child of the pregnant woman. *Shanghai archives of psychiatry.* 2017 Jun 25; 29(3):161–170. Published online 2017 Jun 25. doi:10.11919/j.issn.1002-0829.216064. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579460>.
- Tascón, I; Claros, D; Mendoza, L; Arias, M y Peñaranda, C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología,* 81(4), 330-342. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, investigación y asistencia.* Researchgate. Recuperado de

- https://www.researchgate.net/publication/304947866_PERDIDA_PENA_DUELO_Vivencias_investigacion_y_asistencia_Loss_Grief_and_Mourning/citation/download.
- Tessier, R; Cristo, M; Velez , S; ,Figuroa de calumne, Z; Ruiz, P; y Charpack, N. (2013) "Kangaroo care and the bonding hypothesis" . En: Estados Unidos Pediatrics ISSN: 0031-4005 ed: American Academy of Pediatrics v.102 fasc.2 p.17 - 25. Recuperado de https://scienti.colciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000018872.
- Torrice, E; Santín, C; Montserrat, A; Menéndez, S; & López, M. (2002) El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicología. *Canales de psicología*, vol. 18, nº 1 (junio), 45-59. Madrid, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>.
- Tubert, S. (1993). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Debate feminista*, vol. 8.
- Unicef. (2012). Indicadores Básicos. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SPFINAL%20Tables%201-14.pdf>
- Vallana, V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. (Tesis de maestría en estudios culturales). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19135/VallanaSalaVivianaValeria2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Vargas, J. (2015). Construcción de una escala de duelo por rupturas amorosas de Vargas y Ruíz para estudiantes del nivel técnico superior de Moyobamba. Universidad Peruana Unión. Tesis Facultad en ciencias de la salud. Recuperado de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/533/Geni_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1 Formato Entrevista

Aspectos sociodemográficos

- Edad de la madre
- Nivel educativo
- Ocupación
- Estado civil
- Familia recompuesta
- Primer hijo
- Otros hijos
- Edad del padre
- Nivel educativo del padre
- Ocupación del padre
- Edad gestacional del bebé
- Peso al nacer
- Lubchenco
- Embarazo múltiple

Aspectos del Embarazo

- Embarazo planeado
- Motivo de hacerse la prueba
- Quedó embarazada planificando
- Cuando se enteró del embarazo
- Reacciones maternas al enterarse del embarazo
- Reacciones paternas al enterarse del embarazo
- Reacciones de la familia al enterarse del embarazo
- Qué hacía durante el embarazo
- Síntomas del primer, segundo y tercer trimestre
- Qué fue lo que más le gustó del embarazo
- Qué fue lo que menos le gustó del embarazo
- Cuando comenzó a sentir la bebé
- Estuvo hospitalizada durante el embarazo
- Cuidado y control prenatal
- Percepción del embarazo múltiple
- Imaginario del bebé durante el embarazo
- De qué forma interactuó con su bebé durante el embarazo

Aspectos del parto

- Tipo de parto
- Motivo para ir a la clínica
- Información que le dieron los médicos
- Sentimientos al oír del parto prematuro
- A dónde fue remitido el bebé después del nacimiento
- A donde fue remitida la madre después del nacimiento
- Dónde vio la madre por primera vez al bebé
- Dónde vio el padre por primera vez al bebé
- Sentimientos de la madre al ver por primera vez al bebé
- Sentimientos del padre al ver por primera vez al bebé
- Tiempo de hospitalización

- Desde cuando comenzó a interactuar con el bebé
- Salió con oxígeno
- Sentimientos al sacar al bebé con oxígeno
- Cómo interactúa con su bebé ahora
- Cómo es el llanto de su bebé
- Cómo responde ante el llanto de su bebé

Programa Madre Canguro Integral

- Conocía antes el programa
- Qué expectativas tenía del PMCI
- Forma como conoció el PMCI
- Primera impresión al llegar al PMCI
- Percepción de la lactancia
- Percepción de la posición canguro
- Percepción del seguimiento
- Percepción de la consulta abierta
- Cómo ve al bebé ahora

Red de Apoyo

- Usted tiene quien le ayude
- En qué aspectos recibe ayuda
- Quién la ayuda a cuidar al bebé en posición canguro
- Quién la ayuda económicamente
- Cómo se siente con el apoyo recibido
- Los padres viven juntos
- Desde hace cuánto viven juntos
- El nacimiento del bebé alteró la relación de pareja

Proyecto de Vida

- Qué proyectos tiene a futuro
- Qué tanto afectó su vida el bebé
- Como cambió su proyecto de vida con la llegada del bebé
-

Anexo 2 Tabla rechazo de embarazo

Cuestionario de Rechazo al Embarazo

Embarazo planeado SI NO. Planificaba en ese momento SI NO

Variable	Presente
Reconocimiento tardío del embarazo	
Sentimientos negativos asociados a la noticia embarazo	
Sentimientos negativos asociados al bebé	
Síntomas físicos negativos persistentes después 3 meses	
Ausencia de comportamiento de cuidado en embarazo	
Percepción tardía del bebé, después del 5 mes	
Incapacidad de tener imaginario, sentir al bebé, diferente a ecografía	
Ausencia de duelo anticipatorio asociado a la prematurez del bebé	
TOTAL	
INTERPRETACION	

Si se presentan 2 de los 8 anteriores se cataloga como aceptación del embarazo

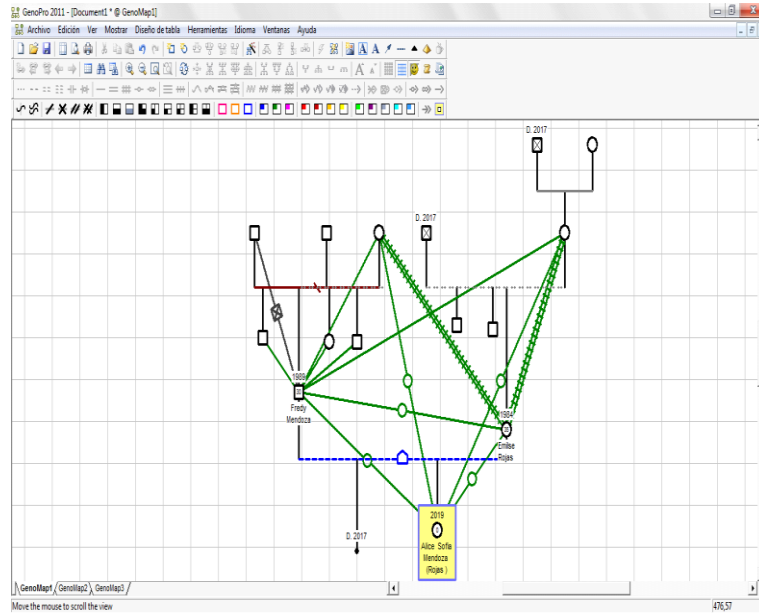
Entre 3-4 variables es rechazo bajo

Entre 5-6 variables es rechazo medio

Entre 7-8 variables es rechazo alto

- La mujer se da cuenta de su embarazo después de los 2 meses de gestación del bebé
- Supone la presencia de llanto, preocupación, tristeza, ansiedad, ocultarlo entre otros.
- Sentimientos negativos experimentado por la madre diferente a los asociados a factores externos como conflicto marital.
- Entre estos síntomas se encuentran vómitos, mareos, gastritis, que no están asociados a condiciones médicas
- No se preocupa por que el bebe en gestación tenga una buena condición de salud. Se incluyen los cuidados prenatales, la adherencia a las recomendaciones del gineco-obstetra, los hábitos alimenticios y de vida, el tipo de trabajo realizado, el consumo de sustancias negativas.
- ----
- ----
- Implica sentimientos de preocupación y angustia asociados con la salud, el bienestar, y el desarrollo del bebé como consecuencia del nacimiento prematuro.
-

Anexo 3 Ejemplo de Genograma familiar



Anexo 5 Ejemplo de Codificación Axial

Sociodemográficos	Datos maternos	Edad materna	Adulthood temprana (20-25)	"24 años"
Sociodemográficos	Datos maternos	nivel académico materna	Bachillerato incompleto	"Solo hice hasta octavo, no me gustaba estudiar"
Sociodemográficos	Datos maternos	ocupación materna	Empleada con licencia de maternidad	"Trabajo en una estación de gasolina"
Sociodemográficos	Datos maternos	enfermedades maternas	Madre saludable	"No"
Sociodemográficos	Datos maternos	medicamentos durante el embarazo	Ácido Fólico	"Tomaba ácido fólico"
Sociodemográficos	Datos maternos	Lugar de residencia materna	Cundinamarca/Bogotá/20 Julio	"Vivo en el 20 Julio"
Sociodemográficos	Datos maternos	convivencia materna	Familia extensa	"Vivo con mi mamá, mi hermano, mi hija y el bebé"
Sociodemográficos	Datos paternos	Edad paterna	Adulthood temprana (20-25)	"Tiene 23"
Sociodemográficos	Datos paternos	nivel académico paterno	Sin información	"No sé"
Sociodemográficos	Datos paternos	ocupación paterna	Empleado	"Creo que trabaja en algo de alturas"
Sociodemográficos	Datos del bebé	LUBCHENCO	Pretérmino pequeño para edad gestacional	"PTPEG"
	Datos del bebé	Intervenciones	Oxígeno	No
	Datos del bebé	Intervenciones	Hospitalización	No
Sociodemográficos	Datos del bebé	Intervenciones	Fototerapia	Si
Sociodemográficos	Datos del bebé	Enfermedades del bebé	No	No
Embarazo	Percepciones frente al embarazo	Rechazo del embarazo por no planeación	No planeado	"No, no fue planeado"

Madre 6

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Durante la noticia de prematuridad	<p>Ideal del niño a término relacionado a la salud</p> <p>Ideal del niño asociado a su salud</p> <p>Parto idealizado</p>	<p>Cognitiva: Confusión ya que ella se había cuidado durante el embarazo</p> <p>Duelo anticipado</p> <p>Emocional: Miedo Cognitiva: Atribuciones negativas a su autoconcepto por sentirse culpable, y malestar por desear parto vaginal Física: Mutismo y tembladera por los nervios</p>
Después de la noticia de prematuridad	Rol materno relacionado a la lactancia materna	Emocional: Frustración Cognitiva: No sentirse una buena madre y rechazar las jeringas y los teteros

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>Adecuado nivel académico</p> <p>Estabilidad económica y laboral</p> <p>Presencia de cuidados prenatales</p> <p>Aceptación al seguimiento, lactancia y posición canguro</p> <p>Sensibilidad materna y creatividad para estimularlo</p>	<p>Factor genético predispone a enfermedad materna</p> <p>Factor genético predispone la prematurez</p>
Microsistema	<p>Apoyo del PMCI</p> <p>Apoyo familia extensa y hermano de la madre</p>	<p>No hay apoyos de compañía al programa por lo tanto la madre se siente desprotegida</p> <p>Apoyo inexistente por parte de la familia extensa</p>
Macrosistema	<p>A filiación al sistema de salud</p> <p>Apoyo de pares y de familia extensa materna</p> <p>Posibilidad de asistencia prenatal</p> <p>Conocimiento del PMCI</p>	
Exosistema		

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuridad	Identidad	Emocional: Miedo asociado a volver a criar después de tantos años Cognitivo: Anticipación y asociación de la edad con malformaciones físicas del bebé Conductual: Secreto y ocultamiento del embarazo y vergüenza por asumir el rol Pensamientos recurrentes asociados a su edad Conductual Oración
	Proyecto de vida	Cognitiva: Atribuciones negativas a su autoconcepto
	Anticipación de pérdida laboral	Cognitiva: Pensamientos constantes sobre perder el trabajo a causa del embarazo y percepción negativa del niño
	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	Emocional: Percepción negativa de la situación y anticipación de muerte
Después de la noticia de prematuridad	Interacción madre-hijo relacionada a la hospitalización	Cognitiva: Distorsión cognitiva a causa del impacto hace que se olvide de las cosas Conductual: Constante oración
	Lactancia Materna y rol materno	Cognitiva: Asociación de distanciamiento por el rechazo a ser alimentado

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>No hay antecedentes genéticos de enfermedad familiar</p> <p>Conciencia de uso de anticonceptivos</p> <p>Presencia de cuidados prenatales Rechazo del embarazo</p> <p>Estabilidad laboral y protección laboral a las mujeres embarazadas</p> <p>Aceptación de la posición, lactancia y seguimiento</p> <p>Sensibilidad materna</p> <p>Bajo nivel educativo</p>	
Microsistema	<p>Apoyo de familia extensa</p> <p>Apoyo del PMCI</p> <p>Apoyo del padre del bebé y estabilidad en la relación de pareja</p>	<p>Apoyo inexistente de la familia extensa paterna</p> <p>Distanciamiento y rivalidad con hermanos del bebé</p> <p>Apoyo inexistente por parte de la familia extensa paterna</p>
Macrosistema	<p>Creencias religiosas inciden en la tranquilidad de la madre</p> <p>Estabilidad laboral y protección laboral a las mujeres embarazadas</p> <p>PP educación y salud pública y sexual inciden en la utilización de métodos anticonceptivo</p>	<p>desempleo del país</p> <p>Creencias sociales de que la maternidad en madres jóvenes es negativa hacen sentir vergüenza a la madre</p>
Exosistema		<p>Inestabilidad económica y laboral del padre</p> <p>Fallo en los anticonceptivos</p>

Madre 13

	Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	Apoyo familiar (hijo mayor)		Emocional: Tristeza y vergüenza
	Relación con el padre		Cognición: Negarse a tener un bebé sin un padre de nuevo Emocional: Miedo y ansiedad Conductual: Llanto e insomnio por el miedo que le generaba enfrentarse sola a la maternidad Además negaba el embarazo y por eso no asistía a los controles prenatales Sentimiento de soledad
Durante la noticia de la prematurez	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación		Física: Sordera, dolor de cabeza, aumento de los latidos del corazón Conductual : Distorsión cognitiva
Después de la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionado al contexto		Cognitiva: Sentía todo distante Emocional: Le tenía miedo a todo, a los sonidos del lugar, a las máquinas, en general al hospital Emocional: Miedo y sorpresa y culpa Cognitiva: Anticipación de muerte
	Ideal del niño a término relacionado al aspecto físico		

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

	Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Sistema laboral cálido de la madre Sensibilidad materna Lactancia, posición y seguimiento eficaz		Falta de educación en cuanto a métodos anticonceptivos
Microsistema	Apoyo de la familia extensa materna Sistema laboral cálido de la madre Apoyo de pares		Inestabilidad de pareja Apoyo inexistente del padre del bebé Falta de apoyo por parte del hermano mayor del bebé
Macro sistema	Afiliación al sistema de salud		Falta de educación en cuanto a métodos anticonceptivos Patriarcado e inequidad de género Creencias de que las madres mayores son malas madres

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuridad	Ideal del niño a término relacionado a su salud relación previa	Emocional: Preocupación y miedo Cognitivo : Atribuciones de muerte Duelo elaborado
Durante de la noticia de prematuridad	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	Emocional: Miedo y angustia Cognitiva: Incredulidad de la fecha del parto
Después de la noticia de prematuridad	Ideal del niño relacionado a su aspecto físico	Cognitiva: Percepción del niño como frágil y demasiado delgado

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

	Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
	Ontológico	<p>No hay antecedentes genéticos de enfermedad familiar</p> <p>Conciencia de uso de anticonceptivos</p> <p>Presencia de cuidados prenatales Rechazo del embarazo</p> <p>Estabilidad laboral y protección laboral a las mujeres embarazadas</p> <p>Aceptación de la posición, lactancia y seguimiento</p> <p>Sensibilidad materna</p> <p>Bajo nivel educativo</p>	
	Microsistema	<p>Apoyo de familia extensa</p> <p>Apoyo del PMCI</p> <p>Apoyo del padre del bebé y estabilidad en la relación de pareja</p>	<p>Apoyo inexistente de la familia extensa paterna</p> <p>Distanciamiento y rivalidad con hermanos del bebé</p> <p>Apoyo inexistente por parte de la familia extensa paterna</p>
	Macrosistema	<p>Creencias religiosas inciden en la tranquilidad de la madre</p> <p>Estabilidad laboral y protección laboral a las mujeres embarazadas</p> <p>PP educación y salud pública y sexual inciden en la utilización de métodos anticonceptivo</p>	<p>desempleo del país</p> <p>Creencias sociales de que la maternidad en madres jóvenes es negativa hacen sentir vergüenza a la madre</p>
	Exosistema		<p>Inestabilidad económica y laboral del padre</p> <p>Fallo en los anticonceptivos</p>

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Después de la noticia de prematuridad	Ideal del niño a término asociado al aspecto físico	Cognitiva: Ver al bebé como demasiado pequeño asociarlo con fragilidad y anticipaciones de muerte y atribuciones negativas a su autoconcepto Emocional: Terror al ver al bebé y miedo por cargarlo, Conductual: Rechazar al bebé y aislarlo de ella por temor a lastimarlo

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>Adecuado nivel educativo</p> <p>Estabilidad económica</p> <p>cuidados prenatales</p> <p>Aceptación y percepción positiva de la lactancia materna</p> <p>Sensibilidad materna</p> <p>Aceptación del embarazo</p>	Riesgo en salud materna por nervio asiático
Microsistema	<p>Sistema laboral materno le permite flexibilidad para el cuidado de su embarazo</p> <p>Percepción positiva del PMCI</p> <p>Apoyo de familia extensa y padre del bebé</p>	
Mesosistema		<p>Creencias de malos tratos en hospitales hacen que el microsistema y el ontosistema sientan temor del PMCI</p> <p>Condiciones de violencia y desastres naturales el chocó impiden que el padre esté presente en el parto</p>
Macrosistema	posibilidad de atención prenatal	Desconocimiento del PMCI

Madre 21

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Durante la noticia de prematuridad	Ideal del niño nacido a término relacionado a la salud	Cognitiva: Incredulidad, Rechazo de la prematuridad y percepción como el peor momento del embarazo Emocional: Preocupación, tristeza, impotencia y desesperación Conductual: Aislamiento social
Después de la noticia de prematuridad	Tradición y reconocimiento social a través del baby shower Ideal del niño a término relacionado a las intervenciones médicas (fototerapia)	Cognitiva: Desilusión Emocional: Miedo e incertidumbre

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>Estabilidad laboral y económica</p> <p>Cuidados prenatales</p> <p>Aceptación y preparación de la lactancia materna</p> <p>Sensibilidad materna</p>	<p>No hay conciencia de la importancia del uso de métodos anticonceptivos</p> <p>Factor genético predispone a la prematuridad y a enfermedades maternas</p>
Microsistema	<p>Apoyo del padre del bebé y de los hijos de la madre</p> <p>Apoyo por parte del PMCI</p> <p>Apoyo de la familia extensa y de los hermanos de la madre</p>	
Macrosistema	<p>Oportunidades laborales y económicas</p> <p>Posibilidad de asistir a cursos psicoprofilácticos y de atención prenatal</p>	<p>Falta de educación sobre métodos anticonceptivos</p>

Madre 23

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuro	Prácticas sociales y cotidianas	Emocional: Preocupación y desespero al no poder seguir trabajando como ella esperaba
Durante de la noticia de prematuro	Ideal del niño a término relacionado a la salud	Cognitiva: Anticipación de muerte Emocional: Preocupación
Después de la noticia de prematuro	Ideal del niño a término relacionado al contexto	Emocional: Preocupación y mal genio
	Lactancia Materna	Emocional:Frustración Conductual:Aislar a las niñas, o preferir darle de otra manera al no sentirse capaz de darles con el propio seno

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

	Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>Adecuado nivel educativo</p> <p>Estabilidad económica y laboral</p> <p>Presencia de cuidados prenatales</p> <p>Conocimiento del PMCI</p> <p>Sensibilidad materna</p>		<p>Personalidad de la madre impide capacidad de introspección y de demostrar sentimientos</p>
Microsistema	<p>Apoyo por parte de la familia extensa y el padre de las bebés</p> <p>Apoyo económico por parte de hermanos maternos</p>		<p>Sistema laboral de la madre no le da tiempo de pensar en el embarazo</p> <p>Percepción negativa del PMCI por malos tratos recibidos de parte de las enfermeras</p>
Meso sistema	<p>PP sobre cómo es la posición canguro, la cambiada del pañal y la lactancia materna</p>		<p>Condición de prematuridad interfiere en la relación madre-hija y en la interpretación de las señales de las bebés (ontosistema afecta microsistema)</p>
Macrosistema	<p>Adecuado nivel educativo</p> <p>Estabilidad económica y laboral</p> <p>Los cursos psicoprofilácticos sirvieron para que la madre se sintiera más tranquila</p> <p>Estabilidad educativa, laboral y económica</p>		
Exo sistema	<p>Conocimiento del PMCI</p>		

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuro	Física (Aborto)	Emocional : tristeza Duelo elaborado aunque sigue influyendo en la preocupación con el embarazo actual
	Físicas (Abuelo y padre)	Cognitiva: Sentimiento de injusticia Emocional: Tristeza asociada especialmente a la forma en que murieron
Durante de la noticia de prematuro	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	Cognitiva: Incredulidad como forma de negación de la prematuridad, rememoración de su anterior aborto Emocional: Miedo y tristeza
	Parto idealizado	Cognitiva: Malestar y rechazo a que no hubiese parto humanizado, pues durante todo el embarazo se estuvo preparando para el asistiendo a los cursos y psicológicamente Emocionalmente: Enojo
	Lactancia Materna	Cognitiva: Asociación del rechazo de la lactancia con incapacidad
Después de la noticia de prematuro		

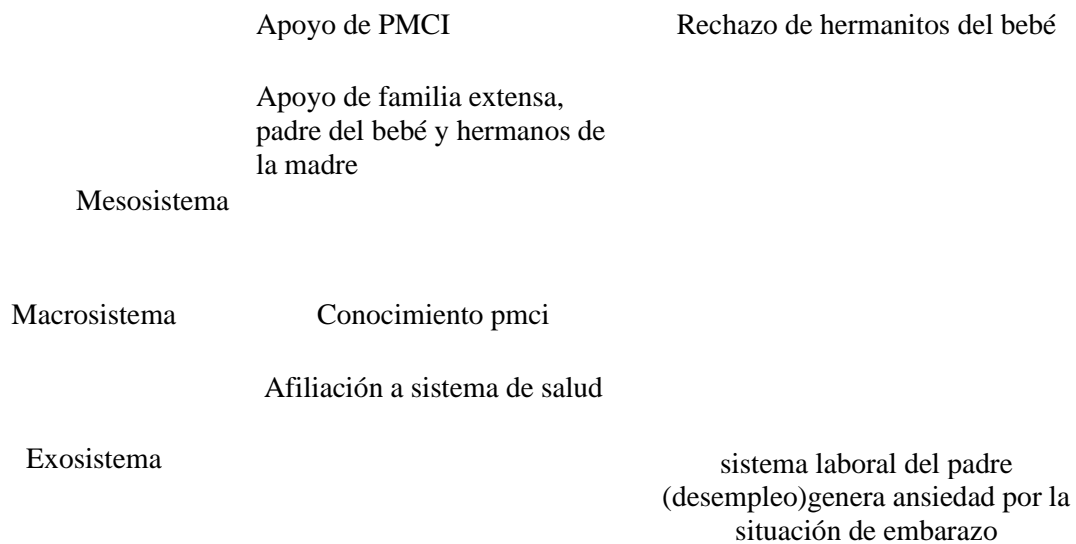
Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	<p>Adecuado nivel educativo</p> <p>Madre saludable</p> <p>Presencia de cuidados prenatales</p> <p>Sensibilidad materna</p> <p>Aceptación de la posición y seguimiento</p> <p>Proyecto de vida asociado a lo básico</p> <p>Aceptación del embarazo</p>	<p>Rechazo de la lactancia materna por estructura del pezón</p>
Microsistema	<p>Estabilidad de la pareja</p> <p>Apoyo del PMCI</p> <p>Apoyo de hermanos de la madre, familia extensa paterna y materna y del padre del bebé</p>	<p>Por falta de comunicación oportuna de los procedimientos realizados por parte del personal médico la madre piensa que su hijo anterior falleció</p> <p>Ambiente laboral tenso que impide un desarrollo óptimo del embarazo</p> <p>Presión por parte del personal médico por la lactancia materna genera ansiedad en la madre (micro y onto sistema)</p> <p>Presión por parte del personal médico por la lactancia materna genera ansiedad en la madre (micro y onto sistema)</p>
Macrosistema	<p>Posibilidad de asistir a cursos psicoprofilácticos y parto asistido y humanizado</p> <p>Oportunidades económicas</p>	<p>Falta de educación y PP para informar a la sociedad sobre los distintos tipos de embarazos</p> <p>Falta de PP relacionadas a garantizar el bienestar de las familias relacionados a ambientes de salud</p>
Exo sistema	<p>Adecuado nivel educativo y el sistema laboral del padre le permite apoyar a la madre en todo momento</p>	<p>Desconocimiento del PMCI</p>

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	Distanciamiento de otros hijos	Emocional: Tristeza y decepción Cognitiva: Percepción de que los está abandonando por venir al programa
Durante la noticia de prematurez	Embarazo idealizado realizado al tiempo de gestación Ideal del niño nacido a término relacionado a su salud	Cognitiva: Rechazo por el tiempo prematuro de gestación y miedo Cognitiva: Asociación del niño prematuro con deformidad o déficits futuros en desarrollo futuro
Después de la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionado a intervenciones médicas Rol materno relacionado a la maternidad canguro	Emocional: Preocupación Cognitiva: Asociarlo con lo peor del embarazo , atribuciones negativas a la hospitalización Rol materno relacionado a la maternidad canguro

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Adecuado nivel educativo Sensibilidad materna Aceptación de la lactancia materna , posición y seguimiento Aceptación del embarazo	Inestabilidad laboral No hay conciencia de uso de preservativos Inestabilidad económica
Microsistema	Estabilidad en la relación de pareja	Los cuidados con su hija menor interfieren con el cuidado prenatal



Madre 9

Pérdida simbólica:

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia del nacimiento prematuro	Física, muerte de sus dos hermanos mayores	-Emocional: Tristeza y rabia con los agresores. Se presume un duelo no resuelto.
	Relación con abuelo paterno	-Cognitiva: Minimización de las consecuencias al decir que no le importa
	Dignidad humana producto de maltrato en la infancia	-Conductual: Repetición de pautas de violencia hacia su hermano menor.
	Dignidad humana producto de abuso sexual en la infancia	-Cognitiva: Percepción de injusticia y confusión ante la falta de explicación del abuso sexual . Se presume duelo no resuelto por Re memorización del evento traumático
	Identidad /Libertad	-Emocional: Preocupación por los gastos y responsabilidades que genera el bebé. Rabia intensa sin explicación
	Anticipación de pérdida económica	Conductual: Evitación de su otra hija menor -Cognitiva: Pensamientos constantes de la situación financiera
Durante la noticia de la prematurez	independencia	Emocional: Preocupación futura de la estabilidad económica. -Emocional: Fastidio hacia personas que intentan ayudarla al considerarse una mujer independiente desde que nació.
	Ideal del niño nacido a término relacionada a la salud	-Cognitivo: Deseos de querer huir y asociación de la falta de cuidados con la prematurez del niño y anticipación de muerte. Emoción: Culpa por no haberse cuidado durante el embarazo
	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	-Cognitiva: Pensamientos recurrentes, negativos sobre la llegada del niño y distorsión cognitiva inciden en la negación y minimización de la situación haciendo que la madre se preocupe por cosas insignificantes. Emocional: Preocupación por la llegada del bebé en ese momento.

	Reconocimiento de la importancia materna por medio de la celebración del baby shower	Física: Insomnio producto de la preocupación que genera la prematuridad. -Emocional: Preocupación constante por no poder realizarlo con los miembros de su familia.
Después de la noticia del embarazo prematuro	Ideal del niño a término relacionada al aspecto físico	-Física: Emesis apenas se lo colocaron en el pecho y lo sintió tan chiquito Emocional: Tristeza por el tamaño y el peso del bebé Cognitiva: Percepción del niño como extremadamente pequeño afecta a la madre. -Emocional: Mayor preocupación Conductual: Orar por que retiraran esos instrumentos médicos.
	Ideal del niño a término relacionado con las intervenciones médicas	

Tiempo en el que emerge	Madre 20 Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuridad	Independencia	-Cognitiva: Percepción de los síntomas físicos del embarazo como obstáculo en su salud y en el hecho de hacer las cosas por sí sola. Emocional: Irritabilidad y enojo
Durante la noticia de prematuridad	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	-Cognitiva: Rechazo de la prematuridad, Emocional: Ansiedad y preocupación -Emocional: Miedo por la incubadora al ser algo inesperado.
Después de la noticia de prematuridad	Ideal del niño nacido a término relacionado a las intervenciones médicas (Hospitalización) Ideal del niño a término relacionado al contexto	-Cognitiva: Percepción de la prematuridad como obstáculo para que otros se acerquen y estar en casa, Conductual: Aislamiento y evitación de los hermanos

Madre 26

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia del nacimiento prematuro (Noticia del embarazo)	-Prácticas sociales y cotidianas, relacionadas a proyecto de vida).	-Emocional negativa : Preocupación constante relacionada al no poder continuar con sus estudios.
Durante la noticia del embarazo prematuro	Ideal del niño nacido a término relacionada a la salud Ideal del niño a término relacionado al contexto	-Cognitiva negativa: Asociación de la prematurez con gravedad en la salud y anticipaciones de muerte. Física negativa: Desmayo por el impacto emocional. Reacción cognitiva negativa : Percepción negativa al no imaginarlo como parte de su cotidianidad con la llegada del bebé.
Después de la noticia del embarazo prematuro	Ideal del niño a término relacionada a las intervenciones médicas (hospitalización). Ideal del niño a término asociada al aspecto físico del prematuro Ideal de interacción madre- bebé asociada a la hospitalización	Reacción cognitiva negativa: Asociación de la prematurez con gravedad en la salud y anticipación de muerte. Reacción emocional negativa: Tristeza, ansiedad e impotencia a por la separación madre-bebé, producto de la hospitalización Reacción emocional negativa: Miedo hacia el instrumental medido Reacción emocional negativa: Sorpresa ante el físico del bebé y Reacción cognitiva negativa: Percepción del bebé distinto al imaginado que genera malestar. Reacción conductual y social negativa: evitamiento, aislamiento y rechazo al contacto con otros Reacción emocional y cognitiva: Incertidumbre ante el desconocimiento de dichos aparatos y percepción negativa de los aparatos al verlos como extraños y ajenos
Pérdidas no relacionadas al embarazo o a la prematurez	Objetos externos, en este caso la del trabajo del padre	Reacción emocional negativa: Estrés producto de la demanda económica que genera el nuevo integrante de la familia.

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	-Prácticas sociales y cotidianas -Identidad (adolescente)	-Reacción emocional negativa: Tristeza por no poder seguir saliendo con sus amigos a fiestas. -Reacción cognitiva negativa: Pensamiento constante de maternidad como obligación. -Reacción conductual negativa: Aislamiento del grupo de pares por no querer que le preguntaran del embarazo.
Durante la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionada a la salud Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación Proyecto de vida	Reacción cognitiva negativa: Incertidumbre por desconocimiento de lo que significa la prematurez. Reacción emocional negativa: Culpa por el bajo peso, tristeza y enojo ante la prematurez. Reacción física negativa: Apertura de apetito inexplicable que genera malestar. Reacción conductual negativa: Maldecir a todo el mundo a ella y a la situación por la cual estaba pasando Reacción emocional negativa: Ansiedad y enojo por la situación de prematurez Reacción física negativa: Ante el estrés de la situación, la madre no puede respirar de forma apropiada. Reacción cognitiva negativa: Creencia de la prematurez como obstáculo con proyecto de vida, facilita un bloqueo para pensar en el futuro.
Después de la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionada al aspecto físico del prematuro Ideal de lactancia materna	Reacción emocional negativa: Preocupación y ansiedad que surgen por el tamaño del bebé al no ser el esperado. Reacción conductual negativa: Rechazo a cargar al niño por su tamaño lo que afecta interacción madre-hijo. Reacción física negativa: Agotamiento físico por lo que implica ser una madre canguro que afecta la interacción madre-hijo. Reacción emocional negativa: Tristeza e impotencia, ya que nunca

	Ideal del niño a término asociada a las intervenciones (fototerapia)	imaginó que fuera tan difícil y no podía dar como las demás madres de su familia “no lo imaginaba de esa manera”.
	Ideal de interacción madre- bebé asociada a la hospitalización	Reacción Cognitiva negativa: Disgusto ante el desconocimiento de la función de fototerapia e incertidumbre. Reacción cognitiva negativa: Anticipación de muerte Reacción emocional negativa: Miedo y tristeza asociadas al distanciamiento. Reacción conductual negativa: No seguir ordenes del hospital y arriesgar su propia salud por ir a ver al niño.
	Rol materno idealizado	Reacción emocional negativa: Miedo por asumir la maternidad canguro Reacción cognitiva negativa: Asociación de maternidad canguro con no ser una madre de verdad.
Pérdidas no relacionadas al embarazo o a la prematurez	Relacional, (vínculo con su padre)	Reacción cognitiva y emocional negativas: Enojo y tristeza por la falta de involucramiento del abuelo materno.

Madre 39

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia del nacimiento prematuro

(Noticia del embarazo)

-Relación de la figura paterna de la madre.(Relacional)

-Reacción emocional negativa: Tristeza y enojo.

-Prácticas sociales y cotidianas(Ideal)

-Reacción emocional negativa: Irritabilidad por la actitud de sus compañeros.

-Identidad adolescente.(evolutiva)

-Reacción emocional negativa: Tristeza, irritabilidad y enojo.

Durante la noticia del embarazo prematuro	-Tiempo de gestación.	<p>-Reacción conductual negativa: Realizar acciones evitativas para ir al hospital entre ellas dormir y ver la tv.</p> <p>-Reacción física negativa: Sensación de emesis, desmayo, de sordera, aumento de la respiración, que se interpreta por la madre como estado de shock.</p> <p>-Reacción cognitiva negativa: El impacto de la noticia genera que la madre olvide todo lo que ocurrió en ese momento.</p>
Después de la noticia del embarazo prematuro	<p>-Celebración del baby shower relacionado al reconocimiento y la importancia de la madre.</p> <p>-Ideal del niño a término relacionado al aspecto físico</p>	<p>-Reacción emocional negativa de la madre: Tristeza por no poder convocar a su familia para el reconocimiento de la maternidad</p> <p>-Reacción Cognitiva negativa: Disgusto y percepción del parto prematuro como limitante del baby shower..</p> <p>-Reacción cognitiva negativa: Asociación del aspecto físico del niño con la gravedad del <i>estado de salud</i>.</p> <p>-Reacción cognitiva y conductual negativa frente al aspecto físico del bebé: Percepción de la delgadez del bebé genera nervios y afecta la interacción madre-bebé y percepción del bebé afectada por instrumental médico que genera disgusto en la madre y atribuciones de posible muerte y de culpabilidad en el caso en que se diera.</p> <p>-Reacción emocional negativa: Tristeza y rabia asociadas al aspecto del niño, culpabilidad por la creencia de tener un cuerpo pequeño y no poder cargar al bebé.</p>

Madre 41

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

<p>Antes de la noticia de prematurez (Noticia del embarazo)</p>	<p>-Prácticas sociales y cotidianas</p> <p>-Identidad (adolescente)</p> <p>-Anticipación de la pérdida del proyecto de vida</p> <p>Autoconcepto relacionado a la belleza física</p> <p>Apoyo de la familia extensa</p>	<p>-Conductual: Aislamiento del grupo de pares para ocultar el embarazo.</p> <p>-Cognitiva: Indecisión, no saber qué hacer en un futuro Emocional: Miedo por asumir un rol distinto al de estudiante.</p> <p>-Cognitiva: Pensamientos constantes relacionadas al no poder continuar con sus estudios. Emocional: Preocupación constante. -Cognitiva: Autoconcepto afectado por percepciones negativas de la madre respecto a su aspecto físico "gorda y fea". Conductual: Anhedonia, desinterés por hacer cosas que antes producen placer, incluidas salir de la cama al ver su aspecto físico. -Cognitiva: Normalización de la situación y atribuciones negativas de la familia extensa.</p>
<p>Durante la noticia de prematurez</p>	<p>Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación</p> <p>Ideal de rol materno relacionada al ideal del parto vaginal</p>	<p>-Cognitiva: Rechazo hacia el concepto de desembrazar y al nacimiento prematuro expresado en deseos de querer abandonar el hospital en ese instante y Rechazo de la prematurez en deseos de que no hubiese ocurrido antes de tiempo. Emocional: Tristeza y culpa relacionados a sentirse la razón principal de la prematurez. Conductual: Llanto como forma de expresión de la tristeza por no completar 9 meses. Física: Somnolencia excesiva durante el parto -Cognitiva: Percepción de fealdad en la cicatriz y en la marca corporal que queda con la cesárea, preferencia por el parto vaginal asociado al concepto de belleza Conductual: Utilización de un libro para colorear como mecanismo de autorregulación ante la prematurez como situación de estrés</p>
<p>Después de la noticia de prematurez</p>	<p>Rol materno idealizado relacionado a la maternidad canguro</p>	<p>-Emocional: Miedo por asumir el rol Cognitiva: Asociación de la</p>

Ideal del niño a término relacionado a su forma de actuar.
Ideal de interacción madre- bebé asociada a la hospitalización

maternidad canguro con no ser una verdadera madre.

-Emocional: Desesperación ante la inmadurez del bebé prematuro.

-Emocional: Tristeza , culpa y sufrimiento por ser algo que no se esperaba.

Conductual: Llanto como expresión emocional de la tristeza ante la separación madre-hijo.

Cognitiva: Asociación del distanciamiento de la hospitalización con abandono del niño

Tiempo en el que emerge	Madre 43 Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia del nacimiento prematuro (Noticia del embarazo)	Prácticas sociales y cotidianas Identidad	-Cognitiva: percepción negativa del quedarse en casa en vez de salir. -Cognitiva: Rechazo del embarazo, preferencia por proyecto de vida,pensamientos relacionados a abortar,pensamientos negativos asociados al bebé
	Anticipación de pérdida de salud materna	Conductual:Falta de apetito -Cognitiva: Percepción del bebé como peligro para la madre.
	Apoyo familiar y de pares	-Emocional: Sentimiento de soledad y Tristeza
	Relación con el padre del bebé	Conductual:Alejamiento y evitación de la pareja y Cognitiva:
	Proyecto de vida	Pensamientos constantes de malestar sobre la conducta del padre Emocional: Tristeza por no poder asistir a sus prácticas y tener que aplazarlas
Durante la noticia del embarazo prematuro	Ideal del niño nacido a término relacionada a la salud	-Cognitiva: Percepción negativa de la prematurez como lo peor del embarazo y anticipación de muerte -Emocional: Tristeza ante el caso de RCIU

Después de la noticia del embarazo prematuro	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	-Cognitiva: Asociación de prematuridad con ser una mala madre.
	Ideal del niño a término relacionada a las intervenciones médicas (oxígeno).	-Emocional: Tristeza por la cantidad de aparatos que rodean a la bebé
	Ideal del niño a término asociada al aspecto físico del prematuro	-Conductual: No querer cargar al bebé Cognitiva: percepción negativa del aspecto físico relacionada a mucho vello corporal Emoción: Sorpresa porque no era como se la imaginaba
	Ideal de interacción madre- bebé asociada a la hospitalización Parto idealizado relacionado al parto por cesárea	-Emocional: Desespero por no tener a su bebé cerca -Cognitiva: Rechazo del tipo de parto y percepción del mismo como asqueroso y como obstáculo de ideal de belleza

Madre 19

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematuridad	Identidad/Libertad	-Emocional: Preocupación por el hecho de convertirse en madre siendo tan joven -Conductual: Llanto ante la preocupación de ser madre, irritabilidad y fastidio inexplicables
	Autoconcepto (belleza física)	-Cognitiva: Percepción negativa de los cambios corporales en el proceso de gestación. -Cognitiva: Percepción negativa de la situación.
	Apoyo y cercanía de amigos	Emocional: Tristeza por el alejamiento de sus anteriores amigas

	Vincular con abuelo paterno	-Cognitiva: Minimización de la situación expresada en que no importa la relación
	Proyecto de vida	-Cognitiva: Percepción del embarazo como un obstáculo en el proyecto de vida relacionado al modelaje, Conductual: Dejar de asistir a los castings
Durante la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionado a la salud	-Cognitiva: Confusión por la noticia y negación de la prematurez. Emocional: Preocupación
	Embarazo idealizado relacionado a la maternidad canguro	-Cognitiva: Percepción negativa del rol, Emoción: Preocupación
Después de la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionado al aspecto físico	-Emocional: Preocupación asociada al tamaño (pequeño del bebé) Cognitiva: Percepción de que el embarazo la ha vuelto menos activa pues ahora es perezosa y no hace nada y antes se movía más
	Identidad	Cognitiva: Percepción negativa de la maternidad canguro con imposibilidad de salir de casa y hacer lo que la madre disfruta
	Prácticas sociales y cotidianas	

Madre 38

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	Identidad	Emocional: Miedo y tristeza por asumir el nuevo rol Conductual: Llanto prolongado Cognitiva:

		Negación y rechazo del embarazo
	Proyecto de vida	Emocional: Tristeza y frustración por no haber completado sus estudios antes de quedar en embarazo
Durante la noticia de prematuridad	Ideal del niño a término relacionado a la salud	Emocional: Preocupación y culpa Cognitiva: Desconcierto y atribución de muerte
	Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación	Conductual: Llanto prolongado Emocional: Ambivalencia y distorsión especial
	Parto idealizado	
	Rol materno asociado al parto	Cognitiva: Percepción de quiebre con belleza física y sentir que no era una verdadera madre
		Cognitiva: Asociación de cesárea con no ser una verdadera madre

	Ideal del niño a término relacionado al aspecto físico	Cognitiva: Percepción del niño como demasiado delgado, sentimiento de injusticia y asociación de gravedad en salud
Después de la noticia de prematuridad	ideal del niño término relacionado a su forma de actuar	Cognitivo: Percepción de prematuridad como obstáculo para la interacción
	Ideal del niño a término relacionado a su contexto	Cognitiva: Preferencia de que el niño esté en la cama en vez de la posición, hospital, PMCI
	Lactancia Materna	Emocional: Desespero
	Rol materno asociado a la lactancia	Cognitiva: No sentirse una verdadera madre o incapaz de hacerlo como lo hacen los demás
	Pérdida del rol materno asociado a la interacción	Cognitiva: Percepción de que no es una verdadera madre
	Pérdidas vinculares	Emocional: Tristeza

pérdida simbólica de patria /
Nacionalidad

Emocional: Tristeza
Cognitiva: Re memorización
del evento traumático

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	historia de lactancia ineficaz	Riesgo de abandono en el seguimiento
	Nivel educativo adecuado	Rechazo al seguimiento y a la posición
Microsistema	Madre saludable	
	presencia de proyecto de vida	Falta de apoyo en cuidados por parte del padre
	Apoyo de la familia extensa	Interacción madre-bebé afectada por la prematurez
	Ambiente laboral cálido que tiene en cuenta las necesidades de la madre	Creencias familiares de que la maternidad es vista de manera positiva por todos
Mesosistema	Percepción positiva del apoyo del PMCI	
	Apoyo del padre del bebé	

Macrosistema

Oportunidades educativas

Falta de educación respecto a los diferentes tipos de lactancia

No hay afiliación al sistema de salud

Creencias de patriarcado donde quien decide es el hombre roles de género demarcados

Situación política y social de Venezuela

Exosistema

Nivel educativo adecuado

Estabilidad económica y laboral

Sistema laboral del padre interfiere con la cercanía de la familia

Madre 47

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia de prematuridad

Física

Cognitiva: Pensamientos recurrentes de que volviera a suceder con su bebé

		Emocional: Ansiedad y miedo
	Prácticas cotidianas y sociales	Cognitiva: Dificultad para dejar el cigarrillo y el alcohol Emocional: Ansiedad
Durante la noticia de prematurez		
	Ideal del niño a término relacionada a la salud	Emocional: Culpa y miedo Cognitiva: Rechazo por la desembarazar
Después de la noticia de prematurez	Ideal del niño a término relacionada al aspecto físico	Conductual: Llanto y alejamiento de la niña por el temor a lastimarla Emocional: Sorpresa Física: Vómito por el tamaño de la niña

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Adecuado nivel educativo	factor genético de aborto espontáneo
	Depresión	

		Gusto por el alcohol y el cigarrillo
	Sensibilidad materna	Falta de cuidados prenatales
	Aceptación de la lactancia	
	Historia de lactancia materna eficaz transgeneracional	
	Aceptación de la posición canguro	
	Apoyo por parte del PMCI	Los compañeros del trabajo se alejaron
Microsistema	Apoyo del padre del bebé	Conflictos fraternos
	Apoyo de la familia extensa	
Mesosistema	Creencias feministas protectoras de las inequidades de género influyen las creencias del padre y de la madre sobre su responsabilidad con el bebé	
Macrosistema	Oportunidades educativas	No hay posibilidades de asistir a controles porque no se los dieron
	Creencias feministas protectoras de las inequidades de género	Sistema laboral no tiene en cuenta las precauciones para las mujeres embarazadas

Exosistema

MADRE 8

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Durante la noticia de
prematurez

Cognitiva: Percepción de esto como
lo peor del embarazo, incertidumbre
e impotencia

Después de la noticia de
prematurez

Emocional: Pavor suposición de
duelo Anticipado Cognitivo:

Anticipación de la muerte de las tres,
sentirse alejada de las niñas

Embarazado idealizado
relacionado al tiempo de
gestación

Interacción madre bebé
asociado a la hospitalización

Lactancia materna

Cognitivo: Frustración y culpa

Ideal del niño nacido a término
relacionado a su forma de
actuar

Ideal del niño relacionado a su salud }
Cognitiva: Asociar la prematurez con
caos Emocional: Desespero

Conductual: Aislamiento social y
evitar que cualquier otra persona se le
acerque al niño incluso algunos
pediatras Cognitiva: Desconfianza,
percibir a los demás como peligro
Física: Cansancio emocional y físico,
dolor de espalda

Cognitiva: Deseos de cuidar a las niñas en casa

Ideal del niño a término relacionado al contexto

Emocional: Frustración
Antes de la noticia de prematuridad

Proyecto de vida

Emocional: Tristeza
Conductual: Llanto esporádico
Físico: Somatización expresada en vómito, migrañas y parálisis de la mitad del cuerpo

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema

Ontológico

Factores protectores

Estabilidad laboral y educativa

Factores de riesgo

Factor genético predispone a enfermedades tales como el hipotiroidismo y la esquizofrenia
Factor genético predispone a la prematuridad

El trabajo de la madre
permite tener un
conocimiento mayor sobre el
PMCI y la salud

Embarazo de alto riesgo

Presencia de cuidados
prenatales
Sensibilidad materna

Rechazo lactancia materna

Rechazo de la posición
canguro

Historia de divorcio

Riesgo de abandono del
seguimiento

Rechazo del embarazo

Microsistema

Apoyo emocional y de
cuidados por parte de la
familia extensa

Deseabilidad por parte de
hermanos mayores del bebé

Falta de comunicación
oportuna por parte del equipo
médico genera mayor
ansiedad en la madre

Apoyo por parte del personal
médico

Apoyo del padre de las bebés

Estabilidad en la relación de
pareja

Apoyo de pares

Apoyo de los hermanos de la
madre

Conflictos familiares

Apoyo del PMCI

Mesosistema

Prematurez y hospitalización
afecta la interacción madre
bebé

Macrosistema

Oportunidad de asistencia
médica prenatal

Exosistema

Estabilidad económica y
laboral

Sistema laboral del padre
interfiere en la cercanía con la
familia

Madre 11

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia de
prematurez

Embarazo idealizado relacionado
al tiempo de gestación

Emocional: sorpresa,
Cognitiva: Anticipación de
muerte y deseos de que no
hubiese ocurrido Física:
Emesis

Durante la noticia de
prematurez

Ideal del niño nacido a término
relacionado al aspecto físico

Emocional: Sorpresa
Cognitiva: Percepción
negativa del tamaño del niño

Después de la noticia de
prematurez

Ideal de interacción madre-bebé
asociada a la hospitalización

Cognitiva: Sensación de
injusticia, confusión,
impotencia e incertidumbre
Conductual: Llanto
prolongado por la distancia
que duró 5 días

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema

Factores protectores

Factores de riesgo

Ontológico

Madre saludable

Cuidados prenatales
Aceptación de la posición

Sensibilidad materna

Presencia de proyecto de vida

Aceptación del embarazo

Microsistema

	Relación estable con la pareja	
	Deseabilidad y armonía con hermanito mayor	
	Apoyo de hermanos de la madre	Falta de explicación del personal médico genera mayor ansiedad en la madre
	Apoyo del padre del bebé	
	Apoyo familia extensa	
Mesosistema	Percepción de apoyo por parte del PMCI	
Macrosistema		Falta de oportunidades académicas
	oportunidad de asistencia a cuidados prenatales	Falta de oportunidades laborales por nivel educativo pues la madre afirma que ha estado buscando trabajo, pero no ha encontrado
	Libertad de la madre para ejercer su derecho de no tener más hijos	
		Desconocimiento del PMCI
Exosistema	Afiliación al sistema de salud	
	Estabilidad económica y laboral del padre	

Madre 12

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	Física del padre	debe Optar por mejores conductas encaminadas al bienestar Duelo elaborado
Durante la noticia de prematurez	ideal del niño a término relacionado a su salud Parto idealizador	Emocional: Miedo asociado a la noticia Conductual: Decide empezar a cuidarse mejor Emocional: Sorpresa ya que rompe con su creencia de parto natural
Después de la noticia de prematurez	Interacción madre-hija relacionada a la hospitalización	Emocional: Tristeza Preocupación y ansiedad Física: Dolor de cabeza asociada a la ansiedad de la separación Conductual: Incapacidad de dejar que se llevaran a su bebé, permanecer todo el tiempo cerca poniendo en riesgo su salud por que debía estar

hospitalizada Cognitiva:
Sensación de estar
abandonando a la bebé

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Adecuado nivel académico	
	Estabilidad económica y laboral	
	Madre saludable	
	Presencia de cuidados prenatales	
	Aceptación del embarazo	
	Aceptación de la lactancia materna	
	Aceptación de la posición canguro	
	Sensibilidad materna	
Microsistema		

Aceptación del embarazo

Estabilidad en la relación de
pareja

Información rápida y
oportuna por parte del
personal médico

Apoyo de familia extensa

Apoyo del padre del bebé

Falta de información sobre la
posición

Apoyo del PMCI

Apoyo de pares

Ambiente laboral cálido y
sano

Mesosistema

Macrosistema

Oportunidades académicas

Oportunidades laborales

oportunidad de cuidados
prenatales

La madre puede ejercer su
derecho para no tener más
hijos

Creencias religiosas del país
tranquilizan a la madre

	cursos psicoprofilácticos	Desconocimiento del PMCI
	Afiliación al sistema de salud	
Exosistema	Estabilidad económica, educativa y laboral	Sistema laboral impide cercanía con la familia

Madre 27

Tiempo en el que emerge	Tipo de pérdida	Reacciones
Antes de la noticia de prematurez	Relación anterior	Emocional: Disgusto y culpa
	Identidad	Cognitiva: Confusión Emocional: Miedo por tener que enfrentarlo sola Conductual: Secreto y ocultamiento del embarazo Fiscal: Somnolencia y falta

de concentración por pensar en el embarazo y su nueva responsabilidad

Distanciamiento con abuelo paterno

Relación con la pareja

Emocional: Tristeza "me rompía el corazón"

Cognitiva: Indiferencia se evidencia un duelo no resuelto y pensamientos constantes sobre no ser una buena madre

Durante la noticia de prematurez

Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación

Cognitiva: Anticipación de muerte y asociación de prematurez con deformidad

Física: Dolor de la boca al estómago

Después de la noticia de prematurez

Ideal del niño relacionado a su aspecto físico

Emocional: Miedo y angustia por los viables y el tamaño del bebé
Cognitiva:

Ideal de interacción madre- bebé relacionada a la hospitalización

Asociación del tamaño con deformidad física asociación con peligro y fragilidad Conductual: Llanto y alejamiento del bebé por temor a lastimarlo FASE DEPRESIVA

Cognitiva: Rechazo a la inmadurez del prematuro relacionado a su forma de dormir y Conductual: omisión de órdenes de las enfermeras

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Adecuado nivel académico	Infeción vaginal
	Adecuado nivel educativo	Infeción vaginal
	Estabilidad laboral	No hay conciencia por el uso de métodos anticonceptivos
	Presencia de controles prenatales	Ausencia de sensibilidad materna relacionada a no poder entender las señales del bebé Rechazo de la lactancia por estructura del pezón
Microsistema		Inestabilidad de pareja

	Apoyo de pares	<p>Apoyo inexistente por parte del padre del bebé</p> <p>Falta de información y de atención de calidad por parte del personal médico</p> <p>Señalamiento de la sociedad por ser una mujer embarazada sin un padre</p> <p>Prematurez del bebé afecta relación madre-bebé</p> <p>Rechazo a la posición canguro</p> <p>Apoyo del PMCI</p>
	Apoyo Económico familia extensa	<p>Falta de apoyo emocional y red de apoyo</p> <p>Rechazo del embarazo</p>
Mesosistema		<p>Creencias religiosas generan temor en la madre por las reacciones que puedan generar en su familia</p>
Macrosistema	<p>Oportunidades educativas (SENA)</p> <p>Oportunidades laborales</p> <p>Afiliación a la EPS</p>	<p>Falta de educación influye en el no uso de preservativos</p> <p>creencias religiosas inciden en el embarazo</p> <p>Desconocimiento del PMCI</p>
	Posibilidad de atención prenatal	

Cultura patriarcal e inequidad de género

Falta de protección laboral para mujeres embarazadas

Exosistema

Madre 33

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia de prematuridad

Durante la noticia de prematuridad

ideal del niño a término relacionado a la salud

Cognitiva: Percepción de ser el peor momento del embarazo, asumir que el error era de ella porque ya le había pasado con su anterior embarazo, Emocional: Tristeza, impotencia y culpa

Después de la noticia de prematuridad

Ideal del niño a término relacionado las intervenciones médicas

Cognitivo: Rechazo de fototerapia y percibirla como lo peor del embarazo generador de respuesta emocional: Miedo

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Cuidados prenatales Aceptación de la lactancia materna Historia de lactancia eficaz	No hay conciencia de sus de métodos anticonceptivos Creencia negativa sobre la lactancia artificial
Microsistema	Estabilidad de pareja Apoyo del padre del bebé Deseabilidad y relación positiva con hermanitos mayores del bebé Apoyo del PMCI Aceptación de posición y seguimiento Sensibilidad materna Apoyo del padre del bebé Apoyo de familia extensa	

Mesosistema

Relación positiva entre el padre del bebé y las pediatras

Macrosistema

Oportunidad de cuidados prenatales

Falta de educación sobre métodos anticonceptivos

Creencia negativa sobre la lactancia artificial

Exosistema

Sistema laboral del padre le permite pasar tiempo con la familia

Madre 35

Tiempo en el que emerge

Tipo de pérdida

Reacciones

Antes de la noticia de prematurez

Pérdida física

Duelo elaborado

Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación
Cognitiva: Disgusto y rechazo hacia la prematurez
Emocional: Miedo

Durante la noticia de prematurez

Cognitiva: Asociación con no ser una verdadera madre y atribuciones negativas a su autoestima
Emocional: Miedo relacionado a no poder hacerlo nunca bien

Rol materno asociado a la lactancia

Después de la noticia de prematurez

Ideal de presentación del niño a término en sociedad.

Emocional: Tristeza y desinterés, pues no hubo un reconocimiento social de la madre

Embarazo idealizado relacionado al tiempo de gestación

Cognitiva: Disgusto y rechazo hacia la prematurez
Emocional: Miedo

Interacción madre - hijo asociada a la hospitalización

Cognitiva: Malestar, asociación entre las intervenciones y estado de gravedad en la salud del niño
Emocional: Tristeza prolongada e incertidumbre

Ideal del niño a término relacionado a las intervenciones médicas

Emocional: Tristeza, impotencia, miedo
 Cognitiva: Anticipación de muerte

Cognitiva: Percepción de la lactancia como difícil, pensamientos de incapacidad y atribuciones negativas a su autoconcepto materno
 Emocional: Pavor
 Conductual: Estancamiento de cuidados, ella no lo logró hacer sola

Lactancia Materna

Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

Sistema	Factores protectores	Factores de riesgo
Ontológico	Buen nivel académico Estabilidad laboral y económica Aceptación de la posición	Rechazo de la lactancia
Microsistema	Apoyo institucional de cuidado materno	

Apoyo del padre del bebé

Interacción positiva y
afectiva madre-bebé

Apoyo familia extensa

interrupción con interacción
por prematurez

Aceptación del embarazo

Mesosistema

Macrosistema

Oportunidades académicas

No hay protección en el
contexto laboral para las
mujeres en estado de
embarazo

Inseguridad en la ciudad de
Bogotá hace que la madre
quiera irse desesperadamente

Exosistema

sistema laboral paterno
dificulta la cercanía con la
familia