



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



**VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-
DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS,
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA
ORIENTACION FAMILIAR**

Autoras: Danielly Valles
Karenys Velasco

Tutor Académico: M (Ed) Jonathan Fernández

Tutor Metodológico: M (Ed) Orlando Cáceres T



CAMPUS BÁRBULA, JUNIO DE 2014
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE ORIENTACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



**VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-
DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS,
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA
ORIENTACION FAMILIAR**

**Trabajo Especial de Grado presentado ante la Facultad de Ciencias de la
Educación de la Universidad de Carabobo, para optar al Título de Licenciada en
Educación, Mención Orientación**

Autoras: Danielly Valles
Karenys Velasco

Tutor Académico: M (Ed) Jonathan Fernández

Tutor Metodológico: M (Ed) Orlando Cáceres T

CAMPUS BÁRBULA, JUNIO DE 2014

DEDICATORIA DE DANIELLY

Este trabajo de grado realizado con mucho esmero, constancia, satisfacción, hace constar un pequeño reconocimiento a todas aquellas personas que con su apoyo y colaboración me permitieron cumplir con éxito meta propuesta años atrás. Dedicó la culminación de tan esperado logro.

Principalmente a Dios, precursor de vida, salud, fortaleza, por su infinito amor y por darme la valiosa oportunidad de continuar mis estudios a pesar de tantas dificultades, por llenarme de paciencia, sabiduría en situaciones de desvelo y desanimo.

*A mis padres por darme la vida por ser mi gran ejemplo de perseverancia, a mi **PAPA** por su incondicional e incansable apoyo, por enseñarme a luchar por mis sueños , no obstante luchar junto a mí, por nutrirme cada día de sus conocimientos y valores, por su excelente crianza. A mi **MAMA** por ser mi primera maestra en la vida, mi cómplice , mi médico, mi estilista , por su creatividad y sus palabras de aliento que me levantaron de situaciones desmotivadoras , por su valentía y ese gran espíritu de vitalidad que la caracteriza , por comprenderme cuando pocos lo hacían, simplemente por ser mi madre.*

*A mis hermanos, **David , Dan, y Betania** , como mis primeros compañeros de batalla , me han dejado hermosos mensajes de superación ,optimismo , dedicación y absoluta hermandad, por darme la mejor infancia del todas, por fortalecer mi carácter y transmitirme a cada momento su incomparable soporte, lleno de amor y sabiduría.*

A Yuly, mi segunda mama y la segunda madre de todos, con sus preparaciones en el medio educativo no dudo jamás en darme sus mejores apreciaciones e instruirme en todo lo que llegue a necesitar, contesto a todos mis llamados de emergencia y me auxilio en grandes y pequeños apuros. A mis tíos y tías que fueron testigos y participantes activos en mi crecimiento académico, emocional, profesional, con sus aportes, fueron cultivando mi respeto e imborrable admiración hacia ellos.

A Adriana, la persona más soñadora e inocente que he podido encontrar en mis 23 años de existencia, por ser mi amiga desde mis 8 años de edad, por su lealtad, porque siempre creyó en mí y lo sigue haciendo, porque me acepta como soy y defiende nuestra amistad por encima de cualquier cosa.

*A **Mario**, por llegar a mi vida justo en el momento indicado, ni antes , ni después y alegrarla con sus gestos de amor , comprensión ,entrega por regalarme un trozo de su corazón, por hacer de cada día la ocasión perfecta para hacerme feliz .*

A mis amigos y compañeros de estudio, porque se lo difícil que fue para muchos culminar esta etapa, porque aprendí de ellos el verdadero significado del compañerismo, porque nos apoyamos como una familia y porque formaron parte del rompecabezas de la comunidad UC.

A toda persona que me vio crecer personal y profesionalmente, que fue un testigo fiel, de cada esfuerzo, cada sacrificio y de cada objetivo superado.

DEDICATORIA DE KARENYS

A Dios Padre Todopoderoso por que sin él, simplemente no hubiese culminado esta etapa.

A mis dos hijos Juan Andres y Juan Alejandro por ser los testigos principales de todo mi esfuerzo a lo largo de este camino. Ellos nacieron dentro del transcurrir de mis estudios, han crecido dentro de mi medio de estudio y trabajo, son los pilares de mi mundo y los que me impulsan a seguir adelante.

A mis padres por ser esa base en mi mundo que siempre está allí para recordarme que puedo lograr lo que me propongo, que soy Bendecida y que nunca debo bajar la cabeza y siempre luchar por lo que deseo, por eso y por ser mi apoyo incondicional este trabajo es para y por ustedes.

Karenys Adriana Velasco Palma

AGRADECIMIENTO DE DANIELLY

A Dios por supuesto, por ser la luz en mi camino, bendicirme con todo lo que me ha dotado, por hacer colocar cada pieza su lugar, solo él sabe lo que necesito, cuando dármelo y cuando quitarlo, por ponerme en el bien y apartarme del mal, por cuidar de mi, por no abandonarme, por ser dador de voluntad, fuerza y sobretodo de FE.

A mis padres, por ser mi pilar fundamental en mi crecimiento, por ser ejemplo de tenacidad , de superación , porque no desmayaron para lograr mi ingreso a la facultad y no se dieron por vencidos hasta verme cursar mis estudios superiores, por buscarme diariamente a la universidad en horas de la noche, por ser base de mi formación íntegra como ser humano , la perseverancia de ambos me llevo a donde estoy ahora, porque después de tanto tiempo aun siguen apoyando mis inventos y regalándome sabios consejos, porque no dejaron de creer en mí.

A mis hermanos, por que se durmieron tarde más de una vez ayudándome realizar labores y tareas, porque en ocasiones se devolvieron a casa porque había olvidado la entrega de un trabajo, porque fueron paciente cuando mi hora de salida del aula era más larga que la de ellos, por estar a mi disposición aun cundo ellos también tenían responsabilidades.

A mi compañera de tesis karenys Velazco por confiar en mí y darme la oportunidad de compartir este apreciable logro.

A mi compañero y amigo incondicional Carlos Roa, el sabe que estaré eternamente agradecida por sus nobles intensiones, por su constante colaboración, porque sus aportes hicieron más llevadera las faenas de muchos.

A mis profesores de la universidad, A mis maestros de escuela, mis tutores de trabajo de grado, por ser ellos mis formadores, vocacionales, institucionales, humanistas, por ilústrame a ser mejores de lo que son ellos, por regalarme su invaluable experiencias educativas, técnica, estrategias, por ayudarme a desarrollar mis habilidades, elevar mi autoestima y ser un patrón de profesionalismo, ética , compromiso y persistencia, por darme lo mejor de sí mismos , fomentando mi personalidad y aptitudes.

La realización de este trabajo es la muestra de la culminación de mi carrera profesional, en el transcurso de mis estudios intercedieron muchas personas a quienes aprecio y valoro porque con cada detalle portaron un granito de arena para hacer posible lo que hoy en día es un valioso triunfo, el esfuerzo de muchos valió la pena y ahora puedo ver realizado este sueño, a todos los que estuvieron presente personal, intelectual, económica, moral y espiritualmente, a todos, gracias

AGRADECIMIENTO DE KARENYS

Primero que nada a Dios por brindarme la salud necesaria a lo largo de mi carrera.

A mis hijos Juan Andrés y Juan Alejandro por ser mi motivación día a día para seguir adelante.

A mis padres por su apoyo incondicional y por siempre decir presente cuando más los necesite.

A mi compañera de trabajo especial de grado: Danielly por formar un excelente dúo de trabajo y por su apoyo incondicional.

A mi amiga, compañera de estudios Irlendy por dedicar de su tiempo para apoyarme y colaborarme a lo largo de mis últimos semestres.

A mis tutores Jonathan y Orlando por brindarme las herramientas necesarias para lograr la realización de este trabajo.

A mis familias, amigos y todas aquellas personas que de una u otra manera me apoyaron a lo largo de este fuerte pero satisfactorio camino.

A TODOS GRACIAS MIL GRACIAS



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



APROBACIÓN DEL TUTOR ACADÉMICO

Yo M (Ed) Jonathan Fernández, en mi calidad de Tutor Académico del Trabajo Especial de Grado titulado: **VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA ORIENTACION FAMILIAR**; presentado por las bachilleres: Danielly Valles, titular de la cédula de identidad No V- 20.384.032 y Karenys Velasco, titular de la cédula de identidad V- 18.979.608, ante la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, para optar al Título de Licenciada en Educación, mención Orientación, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado que se designe.

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año 2014

**M (Ed) Jonathan Fernández
C.I. V- 14.429.702**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



APROBACIÓN DEL TUTOR METODOLÓGICO

Yo M(Ed) Orlando Cáceres Torres, en mi calidad de Tutor Metodológico del Trabajo Especial de Grado titulado: **VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA ORIENTACION FAMILIAR**; presentado por las bachilleres: Danielly Valles, titular de la cédula de identidad No V- 20.384.032 y Karenys Velasco, titular de la cédula de identidad V- 18.979.608, ante la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, para optar al Título de Licenciada en Educación, mención Orientación, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado que se designe.

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año 2014

M (Ed) Orlando Cáceres T
C.I. V- 12.109.701



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



AVAL DEL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

Nosotros Dra. Grisel Vallejo, Jefa del Departamento de Orientación y M (Ed) Eusebio de Caires, Coordinador del Centro de Investigaciones, avalamos el Trabajo Especial de Grado desarrollado por las bachilleres: Danielly Valles, titular de la cédula de identidad No V-20.384.032 y Karenys Velasco, titular de la cédula de identidad V-18.979.608, que lleva por título: **VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA ORIENTACION FAMILIAR;** el cual corresponde a la línea de investigación: *El Orientador en la Interdisciplinariedad en Educación y Salud*. Dicho trabajo es requisito fundamental para optar al Título de Licenciada en Educación, mención Orientación

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año 2014

**M (Ed) Eusebio de Caires
Coord. Centro de Investigaciones**

**Dra. Grisel Vallejo
Jefa del Dpto. Orientación**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



APROBACIÓN DEL JURADO EVALUADOR

Nosotros miembros del jurado designados para la evaluación del trabajo Especial de Grado, titulado: **VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIEN NACIDOS, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA ORIENTACION FAMILIAR**; presentado por las bachilleres: Danielly Valles, titular de la cédula de identidad No V- 20.384.032 y Karenys Velasco, titular de la cédula de identidad V-18.979.608, para optar al Título de Licenciada en Educación, mención Orientación; estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: **APROBADO**

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año 2014

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Firma

ÍNDICE GENERAL

	pp.
DEDICATORIA DE DANIELLY	iii
DEDICATORIA DE KARENYS	iv
AGRADECIMIENTO DE DANIELLY	v
AGRADECIMIENTO DE KARENYS	vi
APROBACIÓN DEL TUTOR ACADÉMICO	vii
APROBACIÓN DEL TUTOR METODOLÓGICO	viii
AVAL DEL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN	ix
APROBACIÓN DEL JURADO EVALUADOR	x
LISTA DE CUADROS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO

I EL FENÓMENO DE ESTUDIO

Raíz de la Problematización en el Fenómeno de Estudio.....	5
Interrogantes Investigativas.....	11
Intencionalidad Rectora de la Investigación.....	11
Directrices Constitutivas de la Investigación.....	12
Importancia de la Investigación.....	12

II ENTRAMADO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Antecedentes Investigativos.....	15
Fundamentos Teóricos.....	27
Fundamentos Conceptuales.....	41
Fundamentos Jurídicos.....	80

III ANDAMIAJE METODOLÓGICO

Paradigma de la Investigación.....	83
Modalidad de la Investigación.....	84
El Método Fenomenológico.....	85
Etapas del Método Fenomenológico.....	87
El Contexto de Estudio.....	88
Informantes Clave.....	89
Criterios de Inclusión y Exclusión de los Informantes Clave.....	90
Técnica e Instrumento para la Recolección de Información.....	91
Técnicas para el Tratamiento Interpretativo de la Información.....	92
Criterios de Excelencia de la Investigación.....	93
Consentimiento y Aspectos Éticos de la Investigación.....	94

IV TRATAMIENTO HERMENÉUTICO DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Sistematización Protocolar de la Información.....	95
Presentación Personal del Informante I (Edison).....	95
Entrevista y Categorización del Informante I (Edison).....	96
Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Edison (Padre) en la UCIN.....	100
Presentación Personal del Informante II (Karla).....	103
Entrevista y Categorización del Informante III (Karla).....	103
Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Karla (Madre) en la UCIN.....	108
Presentación Personal del Informante III (Teresa).....	111
Entrevista y Categorización del Informante III (Teresa).....	111
Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Teresa (Madre) en la UCIN.....	116
Matriz de Triangulación de las Fuentes Orales.....	119
Estructura General del Mundo Vivencial de Padres con Hijos Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	124

V DERIVACIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN Y APORTES SIGNIFICATIVOS

Derivaciones Reflexionantes.....136

Aportes a la Educación y la Orientación.....141

REFERENCIAS.....142

ANEXOS

A) Guión de Entrevista.....154

B) Registro Fotográfico del Hospital Universitario Ángel Larralde.....155

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1 Entrevista del Informante (I) Edinsón.....	96
2 Entrevista del Informante (II) Karla.....	104
3 Entrevista del Informante (III) Teresa.....	112
4 Matriz de Triangulación de Fuentes Orales.....	119



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



**VIVENCIALIDAD DE SITUACIONES EMOCIONALES ESTRESORA-
DEPRESIVAS EN PADRES CON HIJOS RECIÉN NACIDOS,
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES (UCIN): ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DESDE LA
ORIENTACIÓN FAMILIAR**

Tutor Académico: M (Ed) Jonathan Fernández

Autoras: Danielly Valles

Karenys Velasco

Tutor Metodológico: M (Ed) Orlando Cáceres T

Año: 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como intencionalidad rectora comprender fenomenológicamente, desde la perspectiva disciplinaria de la orientación familiar: las vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo. El entramado teórico está constituido por la Teoría del Asesoramiento Centrado en el Cliente de Carl Rogers (1980), la Teoría de la Acción Comunicativa de Jurgen Habermas. (1976) y la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger (2002). En cuanto, al andamiaje metodológico, se fundamentó en el paradigma emergente o estructural interpretativo, y se recurrió al método fenomenológico y sus diversas etapas. Los informantes clave estuvieron integrados por tres padres con hijos recién nacidos que fueron internados en la UCIN. La técnica e instrumento para recoger la información fue la entrevista y el guión de entrevista y como técnicas para realizar el tratamiento interpretativo de la información se empleó el proceso de categorización y triangulación de las fuentes orales. Las derivaciones finales arrojaron que el orientador familiar en su praxis profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), puede asesorar a los padres a desarrollar capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva en la hospitalización de su hijo.

Palabras Clave: Situaciones Emocionales Estresora-Depresivas, (UCIN), Orientación Familiar, Fenomenología.

Línea de Investigación: El Orientador en la Interdisciplinariedad en Educación y Salud.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



**EXPERIENCES OF EMOTIONAL SITUATIONS STRESSOR-DEPRESSIVE
IN PARENTS WITH NEWBORN CHILDREN, HOSPITAL IN NEONATAL
INTENSIVE CARE UNIT (NICU) PHENOMENOLOGICAL APPROACH
FROM THE FAMILY GUIDANCE**

Academic Tutor: M (Ed) Jonathan Fernández

Authors: Danielly Valles
Karenys Velasco

Methodological Tutor: M (Ed) Orlando Cáceres T

Year: 2014

ABSTRACT

The present research is to understand phenomenological guiding intentionality from the disciplinary perspective of family counseling: the experiences of stressor-depressive emotional situations parents with newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), the Hospital Angel Larralde University, located in the municipality of Carabobo State Naguanagua. The theoretical framework consists Theory Consulting Client Centered Carl Rogers (1980), Theory of Communicative Action by Jurgen Habermas. (1976) and the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care Madeleine Leininger (2002). As to the methodological scaffolding, was based on the emerging paradigm or interpretive structural, and referral to the phenomenological method and its various stages. Key informants were composed of three parents with newborn children who were hospitalized in the NICU. The techniques and instruments to collect data was the interview and interview guide as the interpretive techniques for information processing and categorization process of triangulation was used oral sources. The final derivations showed that the family counselor in their professional practice in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) could advise parents develop skills to manage the demands of each stage in your child's hospitalization.

Keywords: Emotional Situations Stressor-Depressive, (NICU), Family Guidance, Phenomenology.

Research Line: The Guiding on Interdisciplinary in Education and Health.

INTRODUCCIÓN

La orientación es el conjunto de funciones y tareas cuyo propósito es generar el desarrollo de las potencialidades de las personas en cualquier campo de acción y guiarlas en su proceso de adaptación psicosocial ante los cambios evolutivos y eventos imprevistos. El trabajo del orientador u orientadora está dirigido a personas que estén dentro de los límites de la normalidad, es decir, que sean capaces de hacer contacto con la realidad, darse cuenta cómo se afecta por ésta y tomar decisiones al respecto. Como disciplina de formación para la praxis social y educativa puede definirse como un área de conocimiento enmarcada en las ciencias sociales y humanas, dirigida al desarrollo de las potencialidades del ser humano a través de las consultas y asesorías psicosocial en forma individual o grupal en cualquier etapa evolutiva del ciclo vital.

Dentro de este contexto, cobra vital importancia la orientación en el ámbito familiar, ya que la familia según lo expresa Ramos, Padrón y Rodríguez (2003) representa el grupo de origen de todo ser humano, el cual es insustituible por otra institución de la sociedad, y es donde se valora la verdadera dimensión del ser humano. En este sentido, la orientación familiar significa como una alternativa que busca entre otras cosas el reforzamiento y fortalecimiento del grupo familiar de tal forma, que les permita a sus integrantes disponer de un sistema de valores propios y sólidos y atender las situaciones conflictivas de la vida cotidiana, que de no enfrentarlas adecuadamente, podrían convertirse en un problema de envergadura, cuando en realidad ellas representan la necesidad de adaptación y aceptación. La orientación familiar consiste en: gestionar el pensamiento, dar información, describir problemas, ordenarlos, buscar soluciones, desarrollar capacidades, promover el aprendizaje y suscitar modificaciones de actitudes y conductas.

En este sentido, la orientación familiar viene a desempeñar una función protagónica dentro de la presente investigación, ya que va a permitir comprender las

diversas situaciones emocionales estresora-depresivas que vivencian los padres que tienen sus hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Al respecto, se puede decir que los familiares de los pacientes en los centros hospitalarios, en su gran mayoría se preocupan y cambian sus estilos de vida para ser participes en los cuidados de su ser amado que yacen con alguna enfermedad; asimismo, sienten la necesidad imperiosa de conocer sobre la evolución de esa enfermedad, modos de tratamientos, evolución del familiar, entre otras inquietudes; llegando al punto de involucrarse tanto que pueden convertirse en nuevos pacientes.

Ahora bien, comentan Fonseca y Vásquez (2005), que cuando la persona enferma es un recién nacido, se presenta una situación sumamente importante de estudio, por un lado, se tiene a una madre que durante algunos meses llevó en su vientre a su bebé, lo sintió moverse, formaba parte de ella, seguramente se creó muchas expectativas para el momento del nacimiento, se ideó a un bebé saludable. Llegada la hora del nacimiento, todo fue diferente, el bebé que soñó sano ahora está en un hospital al cuidado de otros extraños, aunque se tenga conciencia que son profesionales de la salud que van a intervenir para preservar la vida de la creatura. Además, ella está adolorida físicamente por el nacimiento del bebé, y al mismo tiempo desconcertada emocionalmente porque su hijo que debiera estar junto ella no lo está, lo que es aun más estresante, es no saber con certeza si saldrá bien de todo ese cuadro complejo, lo cual orgánicamente puede desencadenar altos niveles depresivos.

Por otro lado se tiene al padre, que independientemente de su estado civil, condiciones de vida o relación con la madre de su hijo, está a la expectativa, un padre siempre anhela un hijo sano, fuerte, deportista e inteligente, y el hecho de que, en el inicio de la vida el bebé esté enfermo, produce cambios radicales en su forma de ver la vida. Los neonatos que nacen con patologías que ameritan hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, pasan al cuidado de un personal medico y de enfermería altamente calificado con logística y tecnología para brindar

atención inmediata y de calidad. Cada bebé es colocado en una incubadora de acuerdo a cada caso, que será su nuevo hogar, pero quienes los cuidan aunque lo intenten con la mayor vocación de servicio y cuidado, no son sus padres. Los verdaderos padres de estos bebés están detrás de la puerta de estas unidades, esperando por un poco de información, ansiosos de poder entrar y estar con sus hijos. Cuando les permiten entrar nada es como lo imaginaron, y el contraste de lo que ellos por meses idearon y lo que están viendo generan un sin número de sensaciones que se refleja en todo su cuerpo y cambian sus vidas en ese momento, que se hace interminable.

En este orden de ideas, cuando al que se cuida es un neonato críticamente enfermo, entonces se debe tomar en cuenta también a sus padres, ya que estos están experimentando un duelo en términos emocionales que debe ser entendido, para poder así, canalizar una nueva temática en el cuidado. Dicha temática de cuidados va centrada en rescatar el rol protagónico de los padres a fin de que entiendan la nueva realidad existente. Para ello es vital comprender fenomenológicamente las vivencias sentidas de estos padres, conocer sus dudas, miedos, nostalgias, sus anhelos y esperanzas, con el fin de lograr un ambiente armónico y cooperativo entre las partes involucradas. Y de esta manera, beneficiar en última instancia al bebé bien sea para su restablecimiento más efectivo o un buen morir en el peor de los casos, favoreciendo a la vez a sus padres al verse involucrados en forma activa en cuanto a la trayectoria de la enfermedad de su hijo, conociendo el soporte vital que lo ayude a superar las situaciones estresora-depresivas que lo llevaron a estar en estas unidades.

Por ello, se realiza esta investigación bajo la perspectiva fenomenológica la cual busca comprender la vivencialidad de las situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo. En virtud de todo esto, la arquitectura investigativa se presenta de la siguiente manera:

En el capítulo I, se describe el fenómeno de estudio, el cual consta de la raíz de la problematización en el fenómeno de estudio, las interrogantes investigativas, la intencionalidad rectora y las directrices constitutivas de la investigación; al igual que, la importancia de la misma.

En el capítulo II, se vislumbra el entramado teórico-conceptual, constituido por los antecedentes investigativos y los respectivos fundamentos, teóricos, conceptuales y jurídicos.

En el capítulo II, se hace énfasis en el andamiaje metodológico, el cual contiene: el paradigma y modalidad de la investigación, el método fenomenológico y sus etapas, el contexto de estudio, los informantes clave y los criterios de inclusión y exclusión de éstos, la técnica e instrumento para la recolección de información, las técnicas para el tratamiento interpretativo la misma, los criterios de excelencia de la investigación, el consentimiento y aspectos éticos de la investigación. Finalmente se muestran las referencias utilizadas en el presente estudio.

En el capítulo IV, se expone el tratamiento hermenéutico de la información y la presentación de resultados, contentivo a la sistematización de la información, presentación personal, entrevista, categorización y síntesis discursiva del mundo vivencial de los informantes Edinson (I), Karla (II) y Teresa (III) en la UCIN. Además de todos estos elementos, se despliega la matriz de triangulación de las fuentes orales y la estructura general del mundo vivencial de padres con hijos recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

En el capítulo V, se presentan las derivaciones finales de la investigación y aportes significativos, especificadas en derivaciones reflexionantes y aportes a la educación y la orientación. Finalmente, se puntualizan las referencias utilizadas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

EL FENÓMENO DE ESTUDIO

Raíz de la Problematicación en el Fenómeno de Estudio

La Organización Mundial para la Salud (OMS) define a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales como un servicio hospitalario de circuito cerrado, con un alto nivel tecnológico de aplicación rutinaria y técnicas requeridas, para brindar asistencia a los individuos que presentan una afección grave de salud. Los aspectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) son considerados como estresores cuando un niño necesita atención médica desde su nacimiento y se presentan de manera simultánea acontecimientos que en su mayoría son inesperados y en consecuencia abrumadores para los padres. En estos casos, se agrupan dos elementos estresores importantes, como son el nacimiento, que implica para los padres un cambio en la dinámica familiar, y la enfermedad, la cual se convierte en una condición dolorosa y de incertidumbre para los mismos, llegando a experimentar altos niveles de estrés y emociones negativas tales como ansiedad, depresión, culpa y desesperanza.

Con respecto a la condición de salud del niño, es importante mencionar lo señalado por Palacios (2012), quien sostiene que al nacer éste con un problema de adaptación, sea prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, problemas metabólicos u otra patología, los padres se ven en la necesidad de permitir que se le apliquen medidas terapéuticas para estabilizar su condición física y evitar otras complicaciones; entre estas medidas se encuentran la colocación de sondas, catéteres endovenosos y tubos endotraqueales, que representan un cambio de la imagen del niño deseado o imaginado durante el embarazo. Vale la pena mencionar que las características del ambiente físico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales,

esta constituido por el uso de equipos médicos con tecnología de alta complejidad (incubadoras, monitores, saturómetros y otros equipos), los cuales emiten sonidos y luces, convirtiéndose así en elementos extraños para los progenitores.

Asimismo, en este ambiente los padres se encuentran rodeados de personas extrañas, como personal del área y otros neonatos con sus respectivos padres, quienes representan de alguna manera una diferencia significativa al ambiente de bajo riesgo que esperaban ocupar al ingresar y, al del hogar, donde presumieron que estaría su hijo, junto a ellos y otros familiares, como hermanos y abuelos. El otro aspecto a tomar en consideración es la separación de los padres de su recién nacido producto de la restricción del horario de visita y aislamiento protector que deben cumplir éstos y otros visitantes, lo cual contribuye a limitar el daño físico, pero que probablemente aumenta el daño emocional, siendo este último poco atendido por la ausencia de un personal entrenado que establezca un enlace entre la unidad y los padres.

Estos aspectos productores de estrés, además de la relación con el personal que se desempeña en la unidad, hacen difícil la adaptación de los familiares durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad; es decir, que disminuye la capacidad de los padres para ajustarse a la situación, quienes deben responder a un conjunto de factores emocionales negativos que se encuentran en este ambiente. Una falta de resolución de la crisis, puede generar respuestas patológicas entre las que destacan: el continuar en la negación, atender al niño con interés excesivo (sobreprotección), ansiedad, depresión, enfermedad psicosomática y hostilidad. La población que está expuesta a los factores causantes de estrés en la UCIN es numerosa, siendo que en países de América Latina, como Ecuador y Argentina, el promedio de ingresos en estas unidades es de 76 % en el primero y, entre 30 y 40% en el segundo, de recién nacidos diarios. Se estima que el promedio oscila entre 21 y 29 neonatos por mes, según registro de área, por tanto el número de familias afectadas por esta problemática fluctúa entre 252 a 348 anualmente.

De igual manera, es importante mencionar que el promedio de estadía de estos neonatos se aproxima a doce días, tiempo en el cual los padres cambian sus actividades cotidianas: empleo, tipo y hora de comidas, atención del hogar, relaciones con sus familias y amigos, para acudir a visitar y brindar relación y cuidado a sus hijos. Es así, como muchos aspectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) son estresantes para los padres, incluyendo las hospitalizaciones prolongadas, exposición a un ambiente implementado con máquinas, y la apariencia de su pequeño y frágil recién nacido. Por su parte, Muniagurria (1998), explica que los profesionales de la salud que trabajan en una UCIN son testigos del nacimiento de un niño en “riesgo vital”, pero que también son testigos del nacimiento de la relación más temprana entre el niño y sus padres, en un contexto adverso.

Continuando con lo anterior, el riesgo psíquico al que se ven expuestos los padres por el impacto emocional de la internación del hijo recién nacido, demanda también, de cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la sobrevivencia y calidad de la vinculación padres-recién nacido. Ese “estado de máxima felicidad y plenitud” prometida, se convierte para estos padres, en un “estado de máximo estrés y preocupación” y se debe considerar también que los padres deben aprender a vincularse con el “hijo real”. Se debe escuchar a los padres, validar su sufrimiento, orientarlos y asesorarlos a fortalecer el vínculo y a superar su estrés y depresiones, si esto no se realiza, los cuidados técnicos y médicos brindados al recién nacido, perderán su verdadero sentido, poniendo en riesgo el apego y la calidad de vida futura del niño y su familia.

En consecuencia, los padres de los recién nacidos críticamente enfermos están obligados a permanecer por largos periodos en un ambiente desconocido, que los hace recurrir a conductas inusuales tales como, desconcierto, incapacidad para comprender la información y ajustarse psicológicamente a lo vivenciado. Roberts y Edwards (1975), afirmaban por su parte que el estrés fisiológico de los padres, es provocado por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo, o paralizado

y sujeto a un ventilador. Otra de las situaciones que actúan como estresantes para los padres es que no disponen de formas habituales para prestar asistencia a sus hijos, percibiéndose innecesarios como padres, y la atmósfera de la UCIN los asusta, pudiendo provocar dificultades psicosociales que han sido consideradas como crisis emocionales agudas.

En concordancia con lo antes referido, la falta de espacio y privacidad, la constante actividad y el tránsito de personal, equipo de monitoreo continuo, tiempo restringido de visita y observación de otros niños en estado grave son características del ambiente de la UCIN, referidos como estresantes para los padres. En ocasiones los periodos de visita son muy limitados y sólo pueden saber del estado de su hijo por medio de algún médico residente. Por su parte, el personal de enfermería suele estar muy ocupado en procedimientos rutinarios altamente especializados, que no les permite dar atención constante a las necesidades de los padres. Teóricamente, la enfermera es la encargada de dar enseñanza y orientación a los padres y su familia; sin embargo, en la realidad esta orientación se da en forma aislada, ocasional o únicamente al dar de alta al paciente; por tanto, la comunicación con la familia no está unificada a través de programas, sino distribuida entre el equipo de salud, sin que modelos profesionales en particular sean responsables de tal cuidado.

Todo esto, puede acrecentar aún más la confusión, ansiedad e incluso los sentimientos de hostilidad en los padres complicando la relación enfermera-paciente. Poniendo a prueba la paciencia de los padres y exigirá mucha confianza en el equipo profesional, ya que también ellos van a tener que adaptarse a esta nueva situación. Primero sobreponiéndose al impacto que genera ver a su bebé entre toda la aparatosidad de la UCIN e intentando comprender la problemática de su hijo. De a poco los padres se familiarizan con las técnicas, con los protocolos que se cumplen, con el lenguaje utilizado por el equipo de salud. A medida que el niño vaya adquiriendo estabilidad fisiológica, es decir que pueda controlar su respiración, su frecuencia cardiaca, etc., los padres podrán acceder más fácilmente a él, se les

permitirá el contacto piel a piel y podrán reconstruir ese vínculo o apego que los recién nacidos necesitan para que al estar en contacto con su mamá escuchando su voz, los latidos del corazón, le hagan recordar sus vivencias prenatales.

Como resultado, existirán factores que pueden alterar el bienestar psicológico de los padres de familia, quienes podrían mostrar manifestaciones psicósomáticas, además de mantener niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, aunados al temor y dolor por la pérdida del hijo sano que tenían; y, en el caso de un pronóstico desfavorable, la pérdida física y emocional de su hijo por fallecimiento. Véliz y Caballero (2000) mencionan que el miedo envuelve a los padres de esa inseguridad sobre qué va a pasar, y esto los torna irritables y depreciables. De igual forma, los padres se enfrentan a una situación súbita que tiene un impacto tan grande dentro del ámbito emocional, afectivo, social, moral, económico, laboral y temporal, que altera totalmente la vida cotidiana y produce una reacción psicológica expresada en cuatro etapas: 1. Negación de la realidad (shock). Los padres no aceptan o no entienden las explicaciones del médico- 2. Enojo y culpa a terceros 3. Negociación. Los padres tratan de negociar con un ser supremo de acuerdo a sus creencias y 4. Depresión, la cual incluye sentimientos de desamparo, tristeza, falta de esperanza e impotencia.

En el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se ha observado que cuando los padres de los niños hospitalizados van a visitar a éstos recién nacidos se perciben exageradamente callados, hacen pocas preguntas o ninguna sobre el estado del bebé; así como también se acercan a las cunas con las manos hacía atrás como esposados; la comunicación verbal hacía el bebé es nula, más aun el tacto. Solo se vislumbra en ellos que en su mirada hay una sensación de querer hacer todo, solo con mirar el fruto de su amor. Está mirada pudiera reflejar tantas cosas y dar pie a una interpretación que puede ser errada, porque una cosa es lo que percibe el personal de salud y otra es lo que realmente está pasando por la mente del que vive esta experiencia. Cabe señalar que es importante tratar de interpretar ciertos gestos de los seres más allegados al niño para así poder aliviar un poco sus cargas.

En Venezuela, uno de los centros hospitalarios que brindan atención a neonatos enfermos es el Hospital Universitario Ángel Larralde, cuya ubicación esta en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo, cuenta con una unidad clínica de neonatología, donde se atienden a todo los recién nacidos que allí ingresen, provenientes principalmente de la región central de país. Para ello se disponen tres áreas físicas de atención que va desde la de menor complejidad, donde solo están los recién nacidos sanos, una unidad de cuidados intermedios, en donde se atienden a los neonatos con patologías leves o que requieren vigilancia continua, y por último la unidad clínica cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (U.T.I.N), con capacidad para atender a 15 neonatos críticamente enfermos.

De acuerdo a lo antes planteado, se puede decir, que fue de mucho interés de las investigadoras realizar el presente estudio enmarcado en la línea de investigación: el orientador y la interdisciplinariedad en educación y salud, porque una de la mismas vivenció en carne propia situaciones emocionales estresora-depresivas con su hijo que fue internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del hospital Universitario Ángel Larralde popularmente conocido como el Hospital Carabobo, presentado como dificultad una traqueína transitoria. Este hecho inusitado, permitió conocer a muchos padres en situaciones sumamente estresantes por el estado de salud de sus hijos, algunos de ellos prematuros, mientras que otros nacieron bajo parámetros normales de gestación, mostrando solo complicaciones menores. En este sentido, la investigadora como parte de dicho fenómeno familiar-parental, creo condiciones de confianza para posteriormente contactar los informantes clave, de allí; que se establecieran ciertos criterios de inclusión-exclusión de los mismos, para el éxito de la investigación. En cuanto a la orientación como disciplina de formación para la praxis educativa y social, es pertinente trascender la clásica idea de relación de ayuda, por el giro epistémico hecho por Morillo (2013), cuando establece mayor amplitud y profundidad conceptual-teórica, descubriendo la relación iterativa, en la que hay dialogo, reflexión y poder de autoridad en dicha relación, pero no un poder de imposición, sino de autores, donde los mismos son protagonistas de esa relación.

Por consiguiente, la presente investigación titulada: Vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): abordaje fenomenológico desde la orientación familiar, propone las siguientes interrogantes investigativas:

¿Por qué es trascendente interpretar comprensivamente los testimonios orales producidos por los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

¿Cómo se devela el constructo de significados sobre las situaciones emocionales estresora-depresivas vivenciadas en los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?

¿Cuál es la valoración que se le debe otorgar a los canales de comunicación efectiva y el flujo información veraz entre los especialistas neonatólogos y los padres con hijos recién nacidos, que reciben tratamiento médico en el nivel II Y III de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?

¿Qué aportes reflexivos deja la investigación fenomenológica a la orientación familiar en virtud del mundo de vida de los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Intencionalidad Rectora de la Investigación

Comprender fenomenológicamente, desde la dimensión disciplinaria de la orientación familiar: la vivencialidad de situaciones emocionales estresora depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo.

Directrices Constitutivas de la Investigación

1.- Interpretar comprensivamente los testimonios orales producidos por los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

2.- Develar el constructo de significados sobre las situaciones emocionales estresora-depresivas que se vivencian en los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

3.- Valorar los canales de comunicación efectiva y el flujo información veraz que debe imperar entre los especialistas neonatólogos y los padres con hijos recién nacidos, que reciben tratamiento médico en el nivel II Y III de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

4.- Aportar algunas reflexiones a la orientación familiar en virtud del mundo de vida de los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Importancia de la Investigación

Para Fonseca y Vázquez (ob.cit), el vínculo triádico madre-padre-hijo que comienza en el momento del embarazo, el cual al pasar de los meses crece y se fortalece, se establece en el momento del nacimiento; éste se ve roto cuando nace un neonato con una patología grave, lo cual amerita su hospitalización inmediata en una unidad de cuidados intensivos. Es entonces donde separan al hijo de sus padres con el fin de intentar preservar su vida; y estos sufren por el hecho de no poder estar al lado de su hijo y cuidarlo personalmente. Desde el punto de vista de la orientación familiar es importante tomar en cuenta lo que implica por un lado los esfuerzos científicos que hacen los especialistas neonatólogos para ofrecerle el mejor y mayor cuidado a los neonatos; mientras que por otro lado, lo que significa para los padres tener a su hijo

hospitalizado en un área de terapia neonatal. Entender que los padres pueden y deben conocer el estado de su hijo, permitiendo establecer el vínculo padres- hijo, aun en una unidad de cuidados críticos, es de vital trascendencia para brindar salud y facilitar la evolución satisfactoria de ese neonato enfermo circunstancialmente.

Por lo tanto el asunto no solo es el estado de salud del recién nacido, sino también, la crisis emocional por la que atraviesan los padres al verse alejados de sus hijos, con el miedo a no verlo mas o a no considerar que su hijo pueda crecer como un niño normal, lo cual puede originar mucho estrés y actos depresivos. Es por ello, que todas las emociones, conocimientos y expresiones de madres y padres con hijos recién nacidos hospitalizados, evidencian la necesidad de una comunicación asertiva y clara, entre estos y las enfermeras, los médicos y demás especialistas, la cual es clave en la primera semana de vida, ya que se establecen elementos psíquicos y afectivos para su adaptación ante la situación, con espacios que favorezcan el diálogo, para con ello llegar a reconocer sus expectativas y condiciones actuales, situando al bebé en un contexto familiar cálido, a través de un cuidado humanizado.

La presente investigación aporta a la praxis de orientación personal, social y sobre todo familiar dentro del constructo de significados teórico-prácticos un viraje al mundo de vida de los padres que tienen hijos recién nacidos internos en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Ángel Larralde, y al mundo de vida de los especialistas neonatólogos, que diariamente enfrentan profesionalmente esta realidad. Una vez, que desde la orientación familiar se estudia comprensivamente todas las vivencias estresantes y depresivas por las que pasan los padres del neonato, y que debería seguir estudiándose, es muy plausible que el orientador pueda integrarse al equipo multidisciplinario de dicho centro de salud, de acuerdo a la competencias, funciones y demarcaciones éticas establecidas en su territorio fronterizo disciplinario, para poder llevar a cabo actividades, intervenciones e interacciones integrales, tanto para la familia del neonato, como para los profesionales de la medicina y la enfermería.

Dentro del significado social, esta investigación invita a reflexionar sobre el cuidado del neonato y el fortalecimiento del núcleo familiar, haciendo mayor énfasis en el padre, que en Venezuela hay una acentuada ausencia del mismo. Este es un paso importante la integración del padre en todo el proceso de hospitalización del recién nacido, pues es un despertar al involucramiento responsable de los hombres a lo largo de la gestación, nacimiento y crianza de los hijos. Asimismo, esta investigación también contribuye al desarrollo de la profesión de orientación como disciplina y la cualificación de una praxis encaminada a ofrecer asesoramiento humanizado a todo el núcleo familiar con mayor aporte a los padres, favoreciendo el fortalecimiento de un cuidado integral-cultural; y en parte a comprender los roles y funciones que desempeñan médicos, enfermeras y demás personal especializado que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Ángel Larralde.

También es preponderante reseñar, que este aporte investigativo beneficia directamente a los padres del neonato, ya que se toman en cuenta y se exalta su dimensión protagónica-participativa como padres reales y no solo como espectadores de lo que ocurre con sus hijos; asimismo, se beneficia todo el equipo multidisciplinario de salud que tiene a su cargo el cuidado del bebé o neonato enfermo, ya que une el vínculo padre-hijo roto inicialmente, garantizando un cuidado holístico e incursionando así en una temática de cuidados integrales-culturales; también, se beneficia a la institución pública de salud, al mejorar la calidad de atención y comunicación hacia los padres. Seguidamente, se beneficia la orientación familiar por cuanto abre su campo de acción, reflexión y actividad hacia el área de salud que es muy extensa y de la cual se pueden desprender innumerables investigaciones de naturaleza cualitativa. En síntesis, esta investigación es importante porque ofrece aportes para la comprensión de la necesidad de los padres de ser tenidos en cuenta como cuidadores de sus hijos recién nacidos, la comunicación veraz, fluida y asertiva que debe existir entre dichos padres, el personal médico y de enfermería, y la necesidad de conocer cómo esos padres pueden cooperar eficientemente con los equipos multidisciplinarios de salud y viceversa.

CAPÍTULO II

ENTRAMADO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Antecedentes Investigativos

La orientación en Venezuela como profesión, vino a complementar el proceso educativo ya que el docente dentro de sus competencias profesionales no podía cubrir ampliamente la formación integral de los estudiantes; así pues, ésta disciplina educativa comenzó a promover el asesoramiento de los docentes y estudiantes con la capacidad de direccionar sus decisiones, y vislumbrar la resolución de situaciones conflictivas socioemocionales en el ámbito personal-social. Desde esta perspectiva, se ha considerado pertinente que la labor del orientador educativo trascienda hacia todos los contextos de acción de la sociedad, como lo es la familia, la comunidad, la cultura, la ecología, la espiritualidad-religiosidad y la salud, lo cual se contrapone a la antigua concepción unidireccional pedagógica del orientador circunscrito exclusivamente al dominio educativo. En tal sentido, a continuación se muestran algunos estudios internacionales, relacionados con experiencias de padres con hijos que fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN):

Por su parte, Giménez, E. (2013), adscrita al Departamento de Psicología y de la Educación, de la Universidad de Murcia, desarrolló una tesis doctoral titulada: **“Estrés y Ansiedad Parental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. El Papel Modulador de una Intervención Temprana”**. Su objetivo principal fue evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológico individualizado, que permita reducir o eliminar el estrés, la ansiedad y la depresión, a un grupo de progenitores que tienen a sus hijos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, desde ese primer momento hasta que reciben el alta médica.

En cuanto a la metodología empleada, se utilizó un diseño cuasiexperimental de solo posttest, con grupo de control no equivalente, que en ámbitos médicos recibe también el nombre de ensayo clínico controlado no aleatorizado. El grupo control no recibió ninguna intervención fuera de lo habitual en el hospital, mientras que en el grupo experimental se intervino con los progenitores a lo largo del ingreso del bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. A este último grupo se les realizó una valoración del nivel de estrés, ansiedad y depresión en diferentes momentos desde el ingreso del niño hasta el alta del mismo. El estudio fue aprobado por el Comité ético del Hospital, siguiendo la Declaración de Helsinki y los requisitos establecidos en el Real Decreto 223/2004. La duración del estudio fue de abril del 2012 hasta diciembre del 2012.

De igual manera, a lo largo del programa de intervención, para evaluar el estrés, la ansiedad y la depresión de los padres a lo largo del ingreso del niño y comprobar la eficacia de dicho programa de intervención, se utilizaron una serie de escalas diseñadas para tales fines, como son: Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos; Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS); Inventario de Depresión de Beck (BD I-II) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Estas escalas se les entregaron a los padres en el hospital y las respondían en el mismo lugar, en una sala habilitada para dicho fin, excepto la última escala, que como requería mucho más tiempo, se les permitió completarla en sus hogares para poder responderlas con tranquilidad. La muestra final quedó conformada por cuarenta madres y 29 padres (Grupo Control), y cuarenta madres y veinticinco padres (Grupo Experimental)

Otro punto importante a destacar en este estudio, es que el grupo control no podía ser simultáneo con el grupo experimental. La razón de proceder de este modo se debe a que los progenitores pasaban muchas horas dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), pero también solían pasar algunas horas en la sala de espera. En esta sala no sólo se facilita y se da el contacto entre padres de

distintos niños, sino que se intercambian información sobre la atención que reciben en el centro de salud. Este intercambio podía crear dificultades por el hecho de que allí se comentaría con total seguridad que a unos progenitores sí se les está atendiendo mientras a otros no, lo que podría dar lugar a conflictos y confrontaciones con el personal médico y especialistas. Esta decisión obedece a los trabajos realizados por Als, (1986) y Lía, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005), en los que dejan transcurrir un periodo de tres meses de diferencia entre el grupo control y el grupo experimental o de intervención, para evitar dichos impases o conflictos

Se puede concluir que implementar un programa de apoyo psicológico individualizado, dirigido a los progenitores, que pueda aplicarse casi desde el momento del ingreso de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, no solo disminuyen los niveles de estrés y ansiedad sino que, además, logra que prácticamente no llegue a producirse ningún caso de depresión grave. También es importante resaltar el papel que ha jugado el mediador entre las familias y el personal sanitario que ha atendido a los niños. Su participación ha servido no sólo para aclarar las dificultades y las dudas de los padres, sino que, también, en muchos casos los servicios de intermediación han logrado acercar posturas y en otras ocasiones limar asperezas provocadas por los padres. Estas dificultades se dan especialmente cuando se encuentran en la fase de shock, bien por un cambio en el estado de salud del bebé, o bien en los casos en los que se prevé que se prolongue el tiempo de hospitalización del mismo.

Ante tal perspectiva, este aporte doctoral tiene vinculación directa con la presente investigación, ya que busca penetrar en el fenómeno del estrés y la ansiedad de los padres que tienen a sus hijos internos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pues aquí se propone un abordaje desde la psicología como profesión perteneciente a un mundo multidisciplinario que debe existir en todo centro de salud. De igual forma, se hace énfasis que desde la orientación no sólo se puede estudiar dicho fenómeno, sino que también se puede ofrecer un asesoramiento familiar amplio

Asimismo, Díaz, C. (2012), desarrolló un trabajo de grado, adscrito a la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana, cuyo título es: **“Participación Ocupacional y Estrés en Padres de Recién Nacidos Internados en Unidades Neonatales”**. El objetivo general fue indagar los cambios en la participación ocupacional de los padres tras la internación del hijo recién nacido en la Unidad de Neonatología. Para este estudio se empleó una metodología cuanti-cualitativa, con un diseño no experimental, de corte transversal descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 93 padres con hijos internados en la Unidad de Neonatología, en las Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidado Intermedios y Cuidados Básicos o Mínimos, con una estadía no menor a tres semanas. La muestra la conformaron 83 padres (40 hombres y 43 mujeres) de recién nacidos internados en Unidades Neonatales, mayores de 18 años que aceptaron voluntariamente a participar en el estudio.

Siguiendo con lo anterior, se utilizó como instrumento para la recolección de información la Escala de Estrés Parental (Parental Stressor Scale), con la autorización de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carolina del Norte, cuyos autores son Miles, Funk y Carlson (1993); de igual manera, se empleó el Registro de Cambios en la Participación Ocupacional, el cual consiste en un baremo que evalúa los cambios percibidos por los padres a partir de la internación con su hijo recién nacido en la Unidad Neonatal. El parámetro de evaluación cualitativa-cuantitativa, se organiza en relación a las áreas ocupacionales del desempeño: Autocuidado, juego y ocio, productividad y descanso, y empleo de símbolos para establecer en cada área (= no percibe cambios; + percibe cambios incrementales en esa área; - percibe una merma en las ocupaciones que componen esa área; NO las ocupaciones del área han disminuido al punto de desaparecer).

Este estudio concluye que, la hospitalización de niños y las características del ambiente de la Unidad Neonatal son las principales fuentes de estrés en los padres varones, mientras que para las madres fueron la conducta y la apariencia del recién

nacido en la Unidad Neonatal. En este sentido, los padres varones tradicional o culturalmente elijen abocarse el mayor tiempo a sus actividades productivas, restando tiempo y disfrute al ocio y el esparcimiento. Algunas de las fundamentaciones de los padres para ello, es la necesidad de cubrir gastos de internación y estadía de sus hijos en la Unidad Neonatal, y seguir sosteniendo su espacio donde encontrarse así mismos y poder asumir esta situación lo más constructivamente posible, pudiendo apoyar a sus parejas emocionalmente. En el caso particular de las madres, las tareas de las mismas estaban centradas en los cuidados relacionados con la alimentación de niño si el caso lo ameritaba, así como, las visitas periódicas a la Unidad Neonatal y el cuidado de los demás hijos. Este estudio se relaciona contextualmente a la presente investigación ya que abordan el estrés que vivencian los padres cuando sus hijos son ingresados a la Unidad de Cuidados Neonatales. Aquí la orientación tiene cabida por cuanto puede ser una disciplina mediadora entre los especialistas de la medicina (personal médico, de enfermería y de asistencia técnica) y los familiares del neonato.

Otro aporte importante, es la investigación reseñada por Rubiños, A. (2012), adscrita a la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), titulada: **“Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en la Unidad de Cuidados Intensivos”**. El propósito de este trabajo fue medir los niveles de estrés y ansiedad de padres con hijos internos en la UCIN y en la UTIP, pertenecientes al Hospital de la Niñez Oaxaqueña Doctor Guillermo Zárate Mijangos, así como evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por éstos.

Asimismo, esta autora sostiene que, cuando nace una persona hay ocasiones en que pueden presentarse factores de riesgo, complicaciones, malformaciones congénitas o enfermedades que provocarán el internamiento del neonato en la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En este sentido, durante el curso de su vida un niño o niña puede sufrir algún accidente, desarrollar enfermedades graves, o tener secuelas de malformaciones congénitas, por lo que requerirán del internamiento en la

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Estos eventos no son esperados, por lo que los padres podrán generar una serie de emociones o sentimientos no agradables ante la incertidumbre de perder en cualquier momento a sus hijos; además tendrán que afrontar una serie de cambios en su rutina diaria. Según Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez (2008) el duelo anticipado no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes cuando se emite un pronóstico de incurabilidad; se produce tristeza en los familiares, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación.

Sobre este estudio, se recurrió a una metodología cuantitativa con diseño de campo de tipo no experimental y transeccional. Para medir los niveles de estrés en los padres de familia se aplicó el pretest de la “Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación”, de Burrows y Stanley (1983) traducida y adaptada a la población mexicana por Rosa P.J. Ortega Andeane; consta de 20 adjetivos con una escala de respuesta de cuatro opciones: 1) si con certeza, 2) tal vez si, 3) no estoy seguro, 4) no en lo absoluto. Mide 3 factores: 1) Estrés con una confiabilidad de 0.84, 2) Activación con una confiabilidad de 0.77 y 3) Agotamiento con una confiabilidad de 0.72. Para medir los niveles de ansiedad en los padres de familia de hijos en la UCI, se aplicó el pretest del “Inventario de Ansiedad Rasgo Estado” (IDARE) de Charles D. Spielberg y R.L. Gorsuch, utilizado por Martínez y Tello (1998) con familiares (adultos) de pacientes psiquiátricos en un programa de “visita de puertas abiertas”; consta de 40 aseveraciones: 20 evalúan la ansiedad-rasgo y 20 la ansiedad estado y tiene un índice de confiabilidad por arriba de 0.83 en madres y padres con un hijo en terapia intensiva (Rojas y Carrasco, 2010).

Con respecto, al pretest para evaluar las estrategias de afrontamiento de los padres de familia con hijos en UCIN a través de la aplicación del “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), presenta coeficientes de consistencia interna entre 0.63 y 0.89. Evalúa 8 escalas: resolución de problemas, reestructuración

cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Consta de dos partes, en la primera se obtiene un análisis cualitativo de la situación estresante, en la segunda parte se contesta una escala tipo Likert de 40 ítems.

Sobre la muestra, ésta estuvo conformada por 7 participantes a quienes se les aplicaron instrumentos para obtener información. Posteriormente se realizó la intervención en la modalidad de taller vivencial en relación al proceso de duelo por pérdida del hijo sano. De esos 7 participantes que estuvieron en el taller, 2 fueron del sexo masculino y 5 de sexo femenino. En cuanto a la edad 2 se encontraban en el rango de 15 a 20 años, 2 entre 21 y 26 años y 3 de más de 26 años. Además, 4 radican en municipios urbanizados y 3 en medio rural. Se concluye que, los participantes presentaron bajos niveles de estrés pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento. Los datos se discuten en el contexto del diseño de programas de intervención hacia los padres de familia, debido a que encontrarse en esta área supone la probabilidad de un proceso de recuperación lento, de secuelas aunadas a la enfermedad o de fallecimiento. Este estudio reivindica la presente investigación, ya que se estudia situaciones emocionales sobre el estrés y la depresión en padres con hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en donde ambos elementos están presentes de forma asimétrica (desigual)

Por su parte, Solano, Y. (2012), estructuró una investigación de maestría, adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, titulada: **“Significado de la Experiencia, para la Madre Adolescente de la Hospitalización del Recién Nacido en la Unidad Neonatal. Hospital Engativá, 2012”**. El objetivo general consistió en describir el significado de la experiencia para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido, en la unidad de cuidado neonatal, en un grupo de madres adolescentes del hospital Engativá; empresa social de la ciudad de Bogotá. En correspondencia se utilizó una metodología cualitativa, siendo el método más idóneo el etnográfico, en específico la etnoenfermería porque

era interés de la investigadora comprender el significado que la adolescente asignaba a la experiencia de tener su hijo hospitalizado, sin separarla de su cultura y sus creencias, ya que es sabido que el área materna y perinatal está rodeada de varios mitos, creencias, prácticas, rituales relacionados con el cuidado de los niños y las madres que se transmiten de generación en generación. Esto es coherente con lo expresado por Leininger (2002) cuando afirma que los seres humanos no se pueden separar de su cultura, contexto, estructura social y significado de la experiencia para la madre adolescente. La etnografía como derivación de la disciplina de la antropología, proporcionó un marco teórico para estudiar de manera holista los significados, los patrones y las experiencias del grupo cultural y combinó el trabajo de campo y el texto escrito como complemento metodológico.

En este orden de ideas, la etnografía hace referencia a dos tipos de perspectivas, primero la perspectiva émica, que se refiere al modo en que los miembros de una cultura (madres adolescentes) perciben el mundo, a su propia visión; está constituida por el lenguaje, códigos lingüísticos, los conceptos o los medios de expresión locales y que los miembros del grupo estudiado utiliza para nombrar y caracterizar sus experiencias en cuanto a la hospitalización del recién nacido. Este fue el concepto fuerte en el desarrollo de este trabajo, y segundo, la perspectiva ética, la cual consiste en la interpretación que de las experiencias de esa cultura hizo la investigadora como persona ajena a ella, ya que debió recurrir a un lenguaje científico y técnico empleado en la investigación para describir fehacientemente el fenómeno objeto de estudio.

Dando continuidad a lo antes referido, se tuvo en cuenta la información que aportaron ocho (8) informantes claves, madres adolescentes entre los 15 y 18 años, también la de seis (6) informantes generales y enfermeras profesionales. La recolección y análisis de los datos se llevó a cabo desde diciembre de 2011 hasta julio de 2012. Los resultados proponen 11 patrones, 54 códigos y 4 temas. Se concluyó que, para una madre adolescente vivir la experiencia de tener su hijo hospitalizado significa sumergirse en un contexto desconocido, aprender a cuidar a su hijo

siguiendo un conocimiento nuevo, poco relacionado con su propio conocimiento; situación que le genera una serie de sentimientos cambiantes de acuerdo a los eventos que vivencia en el contexto de la unidad neonatal y que además le demanda la presencia de fuentes de apoyo, familiares, espirituales e institucionales, para poder enfrentar esa experiencia. Para la madre adolescente el significado de la experiencia de la hospitalización del recién nacido está evidenciado en los temas propuestos y en los cuales se reflejan además las semejanzas y diferencias encontradas en la literatura con respecto a la experiencia de las madres en edad adulta y que justifica un cuidado específico de la adolescente que tiene su hijo hospitalizado. Este estudio guarda estrecha relación con la presente investigación porque aborda cualitativamente la experiencia de la madre cuando su hijo ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que conlleva a buscar comprensiones trascendentes y significados del sentir materno como un fenómeno que puede desencadenar situaciones conflictivas emocionales álgidas.

Al respecto, Cañas, E. (2012), realizó un estudio de maestría, adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, titulado: **“Significado que le Asigna el Padre a la Hospitalización de su Hijo Recién Nacido Pretérmino Extremo en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal”**. El objetivo general fue identificar el significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo, en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Se recurrió a una metodología cualitativa, enfocada desde la etnoenfermería, donde se aplicó como técnica para la recolección de la información la entrevista a profundidad, siendo los informantes clave ocho padres varones que cumplían criterios de inclusión (mayores de edad y voluntarios para las entrevistas).

En cuanto a las conclusiones se obtuvo que, el significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, está enmarcado en dos temas centrales: 1) La hospitalización del recién nacido pretérmino extremo: cambios en la estructura social

y cultural del padre y 2) La UCIN: primer hogar para el recién nacido pretérmino extremo; cada uno de ellos, con la derivación en sus respectivos patrones surgidos a partir de los códigos sustantivos y asociación del modelo del sol naciente, generados del análisis de cada una de las entrevistas abiertas y a profundidad realizadas a los padres. La hospitalización del recién nacido pretérmino extremo, está conformado por cinco patrones, relacionados con la dimensión de la estructura social y cultural, cuidado genérico y profesional según el modelo del sol naciente de Madeleine Leininger, los cuales son: 1) aferro a las creencias religiosas y cambios en la forma de ver la vida; 2) lazos y relaciones con: el recién nacido, la pareja, familia y amigos; 3) la hospitalización: un aprendizaje y curso intensivo del cuidado del recién nacido pretérmino extremo; 4) organización del padre frente a la responsabilidad laboral y económica; y 5) una nueva percepción de la vida, a partir de la hospitalización del Recién Nacido Pretérmino Extremo.

Cabe destacar que, la hospitalización del recién nacido pretermino extremo significa para el padre, un cambio en su vida, donde el eje central es su hijo y pareja, generando una serie de modificaciones en la estructura social y cultural en la cual se ha desenvuelto hasta ese momento, en busca de un bienestar para su familia y afianzando más la relación con su cónyuge, deseando compartir con ella la situación que están viviendo. El padre dentro del proceso de hospitalización percibe la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como el primer hogar de su hijo, viéndola como necesaria para él durante días o incluso meses, de acuerdo a como perciba la condición del niño, además a partir de las visitas y relaciones con el equipo de salud, genera una relación de confianza, seguridad y tranquilidad. Es importante señalar que este estudio confirma los principios de la presente investigación, ya que busca el entramado de significados que el padre le asigna a su hijo recién nacido cuando es hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En contraste, ésta última Unidad Neonatal lejos de representar un contexto donde se vivencian situaciones estresara-depresivas para el padre, representa el espacio vital de recuperación de su hijo y en consecuencia hay un sentir sublime al respecto

Finalmente, otro aporte investigativo importante, es el presentado por Palacios, M. (2012), adscrito a la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería de la Universidad de Córdoba, titulado: **“Estrés en Padres con Hijos Hospitalizados en Neonatología”**. Su objetivo general fue determinar a través de un estudio descriptivo, y transversal, la presencia de estrés en padres, con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Materno Infantil de la Ciudad de San Luis, durante el tercer trimestre del 2011. El estudio estuvo constituido por una metodología cuantitativa, el tipo de estudio fue descriptivo y transversal. Fue descriptivo porque aborda, la presencia de estrés en padres con recién nacidos hospitalizados en la UCIN del Hospital Materno Infantil de la Ciudad de San Luis. Fue Transversal porque la recolección de datos se realizó haciendo un corte en el tiempo, (mes de julio del 2011) en una sola oportunidad.

De igual forma, la técnica que se utilizó: para obtener los datos fue la encuesta en la modalidad de entrevista estructurada. La cual se llevó a cabo en los domicilios de los padres debido a la imposibilidad de realizarla en el centro de salud. Se seleccionó esta modalidad porque se establece una mejor comunicación interpersonal con los sujetos bajo estudio. El instrumento, estuvo conformado fundamentalmente por dos secciones las cuales son: Datos de identificación socio demográfica de los padres y la Escala para el Diagnóstico y Medición del Estrés en los padres de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. La escala para este estudio fue elaborada, traducida oficialmente y autorizada para su utilización por M. S. Miles, denominada Escala de Estrés Parental (1993).

Una vez analizada la información se llegaron a las siguientes conclusiones: el 63% de los padres presentaron un estrés Moderado en cuanto a la manera en que perciben el ambiente físico y tecnológico, un ambiente extraño para los padres, esto coincide con lo que expresa Lázarus (1986): “Los cambios generan estrés, y si se agrupan dos o más, es lógico pensar que se genere éste en la persona que los experimenta. Las experiencias desagradables como tener un hijo enfermo, les

proporciona un ambiente de incertidumbre a los padres. En cuanto a el nivel de estrés en los padres, según los cuidados y tratamientos que observan en sus hijos hospitalizados un 58% indicó un Alto nivel de estrés, esto concuerda con lo que expresa Roberts y Eduards (1975), que el estrés fisiológico de los padres, es provocado por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo, o paralizado y sujeto a un ventilador. Por su parte Miles y cols (Ob.cit.), coinciden con lo anterior, en que la apariencia del niño con tubos y líneas intravenosas experimentando procedimientos dolorosos es una de las principales fuentes de estrés de los padres.

En cuanto al nivel de estrés en padres de acuerdo a la comunicación con el equipo de salud el 52% de los encuestados refirió un Moderado nivel de estrés. En esta relación se expresa el porcentaje más bajo de estrés, lo que coincide con lo que expresa Maniagurria (s/f): “De a poco los padres se familiarizan con las técnicas, con los protocolos que se cumplen y con el lenguaje utilizado por el equipo de salud”. Respectivamente el Nivel de Estrés expresado según la interacción con sus hijos hospitalizados el 61 % de los padres expreso un Nivel Alto de estrés, estos datos coinciden con lo publicados por Fustiñana (2000), donde expresa que una de las situaciones que actúan como estresantes para los padres es que no disponen de formas habituales para prestar asistencia a sus hijos, percibiéndose innecesarios como padres, y la atmósfera de la UCIN los asusta, pudiendo provocar dificultades psicosociales que han sido consideradas como crisis emocionales agudas

En la medición de estrés general el 68% de los encuestados expreso un alto nivel de estrés. Esto se reafirma con lo que dice Fava (2000), quien expresa que todos los factores hacen difícil la adaptación de los familiares durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad; es decir, que disminuye la capacidad de los padres para ajustarse a la situación, quienes deben responder a un conjunto de factores estresantes que se encuentran en ese ambiente. La importancia también radica, en que debido a las complicaciones presentes en estos niños, los padres sufren un desgaste económico,

físico y psicológico que se manifiesta tarde o temprano llevándolos a una crisis emocional. Por todo lo anteriormente expuesto se puede decir que el proceso de hospitalización del bebe siempre será un evento traumático para sus padres; sin embargo, el personal de salud podría modificar sus estrategias, tratando de escucharlos más y atendiendo a sus verdaderas necesidades de acuerdo a la etapa en la que se encuentran en dicho proceso. Es así como en este punto este estudio coincide con la presente investigación, principalmente porque los padres con hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), están cargados de estrés orgánico y mucha ansiedad. Ahora bien desde la orientación familiar se puede gestionar la comunicación y facilitación de información entre los especialistas del área de salud (médicos, enfermeras y técnicos hospitalarios) y los familiares del hijo hospitalizado en la Unidad Neonatal, ya que muy bien el orientador se puede integrar al equipo multidisciplinario del centro médico asistencial para al fin.

Fundamentos Teóricos

Entre los principales fundamentos teóricos que cimientan la presente investigación están los siguientes: La Teoría del Asesoramiento centrado en el Cliente propuesta por Carl Rogers (1980), la Teoría de la Acción Comunicativa desarrollada por Jurgen Habermas (1976) y la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales postulada por la antropóloga y enfermera Madeleine M. Leininger (2002)

Teoría del Asesoramiento Centrado en el Cliente de Carl Rogers (1980)

Este autor, plantea la Orientación no directiva y concibe al ser humano: como una persona integral, total, completa que puede responder a estos interrogantes existenciales: ¿Quién Soy? ¿Qué puedo hacer? ¿Qué función cumplo en la vida? en el momento presente y en un contexto de relación con el mundo, un ser activo y racional, creativo y consciente de sí mismo y sus potencialidades, en permanente

proceso de cambio, capaz de elegir libremente y de asumir responsabilidades por su comportamiento. La función del orientador en su rol de Asesor-Consultor; consiste en actuar como agente de cambio y fuerza motivadora para tomar conciencia de sí mismo y de su conducta. En este sentido, la base fundamental de Rogers, C. (Ob.cit.), plantea la tesis del Asesoramiento Centrado en el Cliente, asesoramiento basado en la teoría del “sí mismo”, o Asesoramiento no Directivo, por lo cual al estudiar la personalidad del hombre, lo concibe como un ente socializado, realista, racional y con impulsos de progreso. Esta concepción como puede observarse, se aparta diametralmente del hombre irracional y no socializado del psicoanálisis de Sigmund Freud (1856-1939), y se identifica con el perfil del hombre trazado por el enfoque humanista, que aun en el Asesoramiento, puede reflejar rasgos negativos.

En este hilo discursivo, hay básicamente un sí mismo positivo, constructivo, coherente y preocupado por los demás y todo lo cual queda reflejado en las 19 proposiciones que sobre la personalidad planteará Rogers, C. (Ob.cit.), y de las cuales pueden señalarse con mucha significación para la teoría del asesoramiento centrado en el cliente las siguientes: a) la percepción; lo que se percibe constituye la realidad para el individuo, y éste se comporta como un sistema total organizado. b) el sí mismo; la necesidad fundamental que subyace a toda conducta humana es la de perseverar y realizar el sí mismo. c) la necesidad de autoestima; que puede conducir a percibir las experiencias, descarta las pruebas no acordes con la visión de sí mismo.

Asimismo, Rogers, C. (Ob.cit.), llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación a la realidad no coincidiendo con lo vigente en la cultura, sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural. El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo,

pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue a ser quién es y decidir desde su intimidad o mismidad

Siguiendo con lo anterior, el terapeuta (en este caso el orientador educativo), mediante técnicas y estrategias trata de reflejar las vivencias de sus clientes. Se trata de reeducar y comprender al sujeto, como es el caso protagónico de familiares, padres y madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en función de configurar una atmósfera de compromiso, confianza en sí mismo y descubrir significados sobre los propios valores que subyacen en su estructura psíquica y afectiva. Ya que estos padres, como sujetos sociales poseen un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizante” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers, C. (Ob.cit.), no es sólo para preservar la vida, sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a desarrollarse tanto en el orden personal trascendente como en el orden filogenético de la especie humana.

Otro de los postulados básicos de Rogers, C. (Ob.cit.), es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades. El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades. Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de sí mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad y posibilidad de representar sus experiencias de un modo correcto e intuitivo (creativo).

Por consiguiente, la terapia centrada en el cliente (asesorado) se establece como una relacionalidad subjetiva en que el terapeuta (Orientador) intenta que surjan en el cliente una mejor expresión de los recursos con los que cuenta. Intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera más adecuada. Evitando considerar a la persona como aquella que está diagnosticada y clasificada, sino más bien, concebirla como un ser que ah entrado a un proceso de transformación y expansión.

Dentro de este orden de ideas, el mismo autor al formular su teoría comienza por realizar un contraste entre la orientación no directiva y la orientación directiva. Es aquí, donde se pone de manifiesto que la orientación clínica está centrada en el orientador, mientras que la orientación no directiva está centrada en el cliente (orientado/asesorado), el cual tendrá capacidad para determinar aquellas cuestiones que para él son importantes y para resolver sus propios problemas. Por medio de este procedimiento se establece un clima cálido, permisivo y de aceptación mutua que le concede al cliente explorar la estructura, de sí mismo en función de sus experiencias. Al orientado se le capacita para enfrentar sus características inaceptables, sin sentirse amenazado, relajando su tensión emocional, permitiéndole avanzar hacia una nueva aceptación de su persona y de sus valores hasta alcanzar el punto en donde él pueda formular su propio plan en aquellos aspectos de sí mismo que según él requieren de alguna modificación, y donde la intervención del asesor haya sido mínima.

Por lo tanto, la teoría de Rogers, C. (Ob.cit.) está enmarcada dentro de los modelos de realización. Propone la existencia y desarrollo de una fuerza, y la tendencia a la actualización, cuya expresión indicará la eficacia del modo de vida. Este modelo enfatiza el alcance de cualidades individuales internas. Las exigencias de la vida individual y social son distintas, lo que implicaría conflictos emergentes. Igualmente el autor plantea que cuando se presentan conflictos, es porque existe en un sistema social algo inhumano y castigador. Es por ello que Roger, C. (Ob.cit.)

propone dos tipos de asesoramiento: el individual y el grupal. A continuación se especificarán cada uno de ellos

Asesoramiento Individual

En cuanto al asesoramiento individual, éste puede estar orientado a situaciones normales de desarrollo o situaciones críticas. El orientador debe trabajar con los problemas normales de desarrollo y debe ser percibido por los orientados, como una persona que les escucha, que los ayuda a auto comprenderse y a comprender a los demás. Este tipo de asesoramiento provee un escenario individual que participa de las características de ser privado y confidencial; y en él, se ayuda al orientado a hacer ajustes en su aprendizaje, a manejar adecuadamente sus relaciones sociales, a tomar decisiones acertadamente ante una situación de perturbación que se les presente en todos los contextos donde se desenvuelve.

Se podría decir que, esta modalidad de asesoramiento es utilizada en los casos donde se requiera preservar la confidencialidad y privacidad del asunto a tratar para proteger tanto al estudiante como a otras personas involucradas, igualmente opera ésta modalidad de Asesoría para aquellas situaciones donde la conciencia de las personas asesoradas es limitada, y en situaciones donde están inmersos problemas de índole emocional (situaciones estresara-depresivas), parental, sexual, y moral entre otras, tanto en el contexto educativo como en el familiar, comunitario y asistencial (salud)

Asesoramiento Grupal

Es el asesoramiento que el orientador brinda a un grupo de personas y donde el tópico a tratar resulta de interés para quienes intervienen en la relación de asesoría. Bajo esta modalidad de orientación, el orientador o asesor estará en contacto con las necesidades de las personas, lo que le permitirá recoger e interpretar informaciones

que permitirá su posterior abordaje, con las estrategias adecuadas. Con esta forma de trabajo el profesional de la orientación se dedicará a la atención de dos tipos de grupos de personas: los grupos proclives a la promoción y desarrollo de sus integrantes, donde se manejan problemas típicos; y los grupos para resolver la crisis, en los cuales se trabajará con personas que tienen dificultades especiales y que requieren de una atención más interna. La razón de carácter operativo de asumir este tipo de asesoramiento fue la masificación de la educación en todos los niveles y modalidades de los sistemas educativos en América de Norte, Latinoamérica y Europa principalmente, lo que hizo más difícil el asesoramiento individual que se le venía prestando al orientado o asesorado (denominado cliente).

Teoría de la Acción Comunicativa de Jurgen Habermas (1976)

Por su parte, Habermas, J. (Ob.cit.), propone un modelo que permite analizar la sociedad como dos formas de racionalidad que están en juego simultáneamente: la racionalidad sustantiva del mundo de la vida y la racionalidad formal del sistema, pero donde el mundo de la vida representa una perspectiva interna como el punto de vista de los sujetos que actúan sobre la sociedad, mientras que el Sistema representa la perspectiva externa o la estructura sistémica en sí

Asimismo, estudia a la sociedad como un conglomerado de sistemas complejos, estructurados, donde el actor desaparece transformado en procesos (sistema-racional-burocrático), y por otro lado, también incluye el análisis sociológico que da primacía al actor, como creador inteligente, pero a la vez sumergido en la subjetividad de los significados del mundo vital; se ubica en la intersubjetividad comunicativa o del entendimiento lingüístico, para generar un bienestar social, que no se orienta a intereses o necesidades individuales, sino a acciones colectivas que permitan el entendimiento y logro de las mismas. Este autor, plantea la estrategia de la “Ética del Discurso”, ya que el discurso representa una forma de comunicación en la medida en que su fin es lograr el entendimiento entre los sujetos, garantizando así una formación

de la voluntad común que de satisfacción a los intereses de cada individuo, sin que se rompa el vínculo social. Igualmente, asigna al marco institucional de la sociedad, las siguientes funciones: La organización colectiva para la conservación de la especie, la cual no está asegurada exclusivamente por el instinto, la institucionalización de los procesos de aprendizaje y acomodación, y finalmente la articulación y satisfacción de nuestras necesidades. La acción comunicativa, como parte de la acción social, colabora en los tres procesos que conforman la socialización, tales como: La recepción y reproducción cultural, la integración social, y el desarrollo de la personalidad y de la identidad personal.

Por otra parte, el individuo habita en los tres mundos: El objetivo, el social y el subjetivo, los cuales constituyen los presupuestos ontológicos de la acción comunicativa. Pero los tres mundos se hallan recortados y sobrepasados por un ámbito superior más general y básico que abarca el conjunto de situaciones de la realidad de cada uno: el mundo de la vida. Él constituye el horizonte cognitivo y marco fundamental donde el individuo accede a los distintos ámbitos de la realidad; es el marco y lugar donde se realiza la acción comunicativa. De la multitud de conceptos de acción, empleados en teoría sociológica, Habermas, J. (Ob.cit.), los reduce a los siguientes:

1.- Acción Teleológica: Se ocupa el centro de la teoría filosófica de acción desde la época de Aristóteles. El actor realiza un fin o hace que se produzca el estado de cosas deseado.

2.- Acción Regulada por Normas: Se refiere no al comportamiento de un actor en principio solitario que se topa en su entorno con otros actores, sino a los miembros de un grupo social que orientan su acción por valores comunes.

3.- Acción Dramatúrgica: No hace referencia ni a un actor solitario ni al miembro de un grupo social. El actor transmite en su público determinada imagen o impresión de sí mismo al poner de manifiesto lo que desea, es decir, su propia subjetividad.

4.- Acción Comunicativa: Se refiere a la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que (ya sea con medios verbales o con medios extra-verbales) entablen una relación interpersonal.

Por lo antes planteado, el abordaje del Orientador como Asesor-Consultor e investigador Familiar en el ámbito social específicamente en el Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde como estructura institucional de la sociedad; podría ser muy relevante y trascendente, ya que desempeñaría funciones de asesoramiento individual y grupal, propiciaría canales de comunicación entre todos los entes involucrados de dicha Unidad de Neonatología, principalmente por los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras, técnicos) y en el más significativo de los casos con el vínculo diádico: padres-neonato, al igual, que captaría fenomenológicamente el sentir de las vivencias de situaciones emocionales estresora-depresivas de dichos padres y madres, buscando significados y acciones comunicativas para una mejor comprensión de lo humano, partiendo de criterios humanistas, constructivistas y socio emocionales, adaptados a las situaciones reales de los sujetos involucrados

Otro aspecto que vale la pena mencionar, en la teoría comunicativa de Habermas, J. (Ob.cit.) es precisamente la ética discursiva, la cual busca la reproducción del interés del grupo, es decir, una ética comunicativa que supone el trato igualitario de las personas, implicando al mismo tiempo solidaridad con ellos. Este principio tiene su raíz en la experiencia de que cada uno tiene que hacerse responsable del otro, porque todos deben estar igualmente interesados en la integridad del contexto vital común del que son miembros. En este caso, la justicia exige como su otra cara la solidaridad, no se trata entonces de dos momentos que se

complementan, sino más bien de dos aspectos de la misma cosa. Este autor, no ignora que existe la opresión que causa víctimas ni que la modernidad lleva el sello de la ambigüedad, es decir, de la creación de mayores riesgos, indefensión y sufrimiento para millones de personas, pero a la hora de pensar una moral autónoma para hoy, se queda en las dos dimensiones generalizadas de la justicia y la solidaridad.

En este orden de ideas, toda moral autónoma al reivindicar un trato igual, y con ello un respeto equivalente para la dignidad de cada uno, hace valer la inviolabilidad de las personas en la sociedad; y en cuanto exige la solidaridad por parte de las personas, en cuanto a miembros de una comunidad en la cual se han socializado, protege las relaciones intersubjetivas de reconocimiento recíproco. Por tanto, la justicia se refiere a la igualdad de la libertad de las personas que se determinan así mismas y que son irremplazables, mientras que la solidaridad se refiere al bien, o a la felicidad de los compañeros, hermanados en una forma de vida intersubjetivamente compartida, y de este modo también a la preservación de la integridad de esa forma de vida.

Es por ello que Habermas, J. (Ob.cit.) se sitúa en la generalidad, es decir, en el mantenimiento del conjunto social, en las redes de protección social de una forma de vida intersubjetivamente compartida; pero se niega dar el salto al sufrimiento de la persona, la ética para él se queda en el umbral de la solidaridad particular y concreta, tiene que mirar la vulnerabilidad y el sufrimiento de manera individual, desde el contexto, el conjunto o la comunidad. La ética extrae de la interacción lingüísticamente mediada, la vulnerabilidad y debilidad de las personas concretas y de ahí nacen los puntos de vista e incentivos del planteamiento moral. Pero, el dinamismo de la argumentación lleva a excederse de los mundos de vida particulares, tales mundos se presuponen como el subsuelo comunitario y existencial de los participantes. Igualmente para este autor, hay una comunidad ideal de comunicación presupuesta en toda comunicación concreta, de igual manera brota en la comunidad ideal de comunicación la conciencia de una irrevocable solidaridad, la certeza de la

confraternidad en un mundo de vida que es común e igual a todas las personas. Es pues la ética discursiva la inspiración de la práctica de la solidaridad mediante la construcción comunicativa del sentido.

Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine M. Leininger (2002)

Madeleine M. Leininger es una destacada enfermera y antropóloga, fundadora de la teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural, teoría que ha sido desarrollada para descubrir las necesidades de cuidado y salud de diversas culturas, identificando que el modo de cuidado humano es importante para la recuperación de una enfermedad y el mantenimiento de la salud y el bienestar. Los factores de cuidado basados en la cultura están siendo reconocidos como influencias sobre las expresiones humanas relacionadas con la salud, la enfermedad y el bienestar. Dentro de la teoría es relevante el cuidado humano, afirmando que “el cuidado humano es lo que hace humana a la gente, da dignidad a los humanos, e inspira a la gente a estar bien y ayudar a los demás.” (Leininger, 2002; p. 45).

En la presente investigación, se introduce esta teoría principalmente porque toma como premisa de soporte la cultura a la cual pertenece la persona, la familia o grupo etéreo, en este caso a los padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo, donde la orientación en el área familiar viene a significar un espacio de acción que puede complementar eficientemente actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario presente en dicho centro asistencial de salud. En este sentido, la enfermería como profesión proveniente de las ciencias médicas, fundamenta sus estudios en la antropología para desembocar epistemológicamente en la etnografía y de esta manera configurar una arquitectura metodológica que le es propia e inherente hacia una atención más humanista de los pacientes y sus familiares, como lo es la etnoenfermería

En este hilo discursivo, la teoría se basa en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las acciones y decisiones de las personas; teoría que pretende ayudar a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizar sus puntos de vista émicos, sus conocimientos y prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base de la adopción de acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. De esta manera el conocer los valores, creencias y sentimientos del padre frente a la hospitalización de su hijo recién nacido, descubriendo sus puntos de vista émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, es fundamental para posteriormente emplear estos conocimientos como base para las prácticas asistenciales fortalecido con los aspectos éticos del profesional de enfermería, permitiendo apoyar la meta de la etnoenfermería que apunta a suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten a las necesidades de los padres dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Asimismo, el propósito de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural con el método de la etnoenfermería es descubrir las necesidades y universalidades (similitudes) del cuidado humano para generar un nuevo conocimiento que guíe las prácticas del cuidado en enfermería, es importante conocer de qué forma los cuidados culturales, creencias y otros aspectos culturales pueden proporcionar o mejorar el cuidado de enfermería por medio del conocimiento generado por la teoría. A continuación se retoman los principales conceptos utilizados dentro de la teoría de Leininger (Ob.cit.)

1.- Cuidados: se refiere a los fenómenos, abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida.

2.- Cuidar: se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo y la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o afrontar la muerte.

3.- Cultura: es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan su razonamiento, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

4.- Cuidados Culturales: son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva, que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar a mejorar su situación o estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

5.- Cuidados (de enfermería) Coherentes Culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

6.- Diversidad de los Cuidados Culturales: es un concepto que se refiere a las variaciones y/o diferencias que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o grupos humanos distintos con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

7.- Universalidad de los Cuidados Culturales: es un término referido a los significados, modelos, valores, estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas humanas.

8.- Enfermería: es una profesión y una disciplina humana y científica aprendida que se centra en los fenómenos y actividades del cuidado humano, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente.

9.- Dimensiones de la Estructura Cultural y Social: son los patrones dinámicos de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una cultura determinada que incluyen: valores religiosos, familiares (sociales), políticos y legales, económicos, educativos, tecnológicos y culturales, factores etno-históricos y la forma en que estos valores pueden estar interrelacionados e influyen en el comportamiento humano en los diferentes contextos ambientales.

10.- Contexto Ambiental: es la totalidad de un evento de una situación, o de las experiencias particulares que le dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y/o culturales.

11.- Etnohistoria: aquellos hechos, eventos, instancias y experiencias pasadas de individuos, grupos, culturas e instituciones que fundamentalmente están centrados en la gente (etno) y que describen, explican e interpretan los estilos de vida humanos dentro de contextos culturales particulares durante periodos de tiempo largos o cortos.

12.- Salud: estado de bienestar que es culturalmente definido, valorado y practicado el cual refleja la habilidad de los individuos y grupos para desarrollar sus actividades diarias de formas culturalmente expresadas, benéficas y estipuladas.

13.- Sistema Asistencial Genérico (folclórico o laico): se refiere al conocimiento nativo o tradicional y populares domésticos que se transmiten y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otra persona o grupos.

14.- Sistema Asistencial Profesional: es el conjunto de conocimientos y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinar para la asistencia.

15.- Preservación o Mantenimiento del Cuidado Cultural: se refiere a aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, ayudas facilitadoras o capacitadoras que orientan a la gente de una cultura particular a retener y preservar los valores importantes del cuidado para que puedan mantener su bienestar, recuperarse de la enfermedad o enfrentar la discapacidad o la muerte.

16.- Adaptación o Negociación del Cuidado Cultural: se refiere a aquellas acciones y decisiones de asistencia, ayuda facilitadora o profesionalmente capacitadoras y creativas que ayudan a la gente de una cultura designada a adaptarse o negociar con otros para lograr un resultado benéfico o satisfactorio en salud por medio de los proveedores profesionales de salud.

17.- Restructuración del Cuidado Cultural: se refiere a aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, ayuda facilitadora o capacitadoras, que ayudan a la gente a reordenar, cambiar o modificar ampliamente sus formas de vida para establecer nuevos, diferentes y benéficos patrones de salud, respetando los valores culturales, creencias de la gente proporcionando un estilo de vida más benéfico o saludable que el que existía antes de establecer cambios con los clientes. Un cliente que experimenta un cuidado en enfermería que no es razonablemente congruente con las creencias, valores y formas de cuidado mostrará signos de conflictos culturales, incumplimiento, tensiones y preocupaciones éticas o morales.

Fundamentos Conceptuales

Dentro de los principales fundamentos conceptuales destacan todos aquellos elementos constituidos por las diversas terminologías y dominios semiótico-semánticos empleados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) dentro del contexto médico asistencial; al igual, que se le da importancia a la ubicuidad onto-epistémica de la orientación como disciplina de formación humanista en sus diferentes contextos de la praxis profesional como lo es el familiar y el de salud. Estos elementos referenciales buscan consolidar criterios amplios para sumergirse eficientemente en el fenómeno de estudio

Breve Esbozo Histórico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Sostiene Giménez (2013), que en el mundo occidental todos los niños que nacen antes de tiempo o nacen con un problema grave en el nacimiento son ingresados de forma inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En las últimas décadas, ha habido un gran desarrollo, no solo en el concepto y la tecnología, sino también en la forma de trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en las que fundamentalmente se encuentran niños prematuros (pretérmino). Gracias al progreso y a la aportación de los avances tecnológicos incorporados a la medicina se ha podido asistir, como señalan Davis, Mohay y Edwards (2003), a un aumento de las tasas de supervivencia, por ejemplo, de los bebés extremadamente prematuros, aunque no solo ingresan niños nacidos en ese estado en la UCIN, como señala González (1996); en estas unidades, el esfuerzo dirigido al neonato grave trajo como efecto, una drástica reducción de la mortalidad neonatal, obteniendo grandes avances particularmente en los niños malformados y de muy bajo peso, niños que hasta los años 70 del siglo XX morían sin posibilidades.

Sigue argumentando, Giménez (Ob.cit.), que no fue hasta finales del siglo XIX, cuando surge una gran preocupación por cuidar a los recién nacidos prematuros o

enfermos para que sobrevivieran. Desde luego, el mayor conocimiento de las UCIN se debe a su aplicación a los niños prematuros. No fue hasta la década de los setenta de siglo XX, cuando comienza a surgir el tratamiento del recién nacido prematuro. En esos años se experimentó un gran desarrollo, alcanzándose una mayor uniformidad en los protocolos de manejo. Pero el origen de todo el proceso lleva a remontarse a finales del siglo XIX, pues hasta que no terminó la guerra Franco Prusiana (Francia y Alemania) en 1871, no nació la necesidad de tratarlos (Davis, 2003). Aunque la primera incubadora fue desarrollada en el año 1835, en San Petersburgo. En 1880 Tarnier, un obstetra francés, desarrolló la incubadora logrando que la mortalidad de los niños prematuros disminuyera un 50%. En un primer momento, no se pensaba la separación de la madre y el hijo, pero pronto se optó por la necesidad de mantener el control en la esterilidad y la erradicación de las infecciones, en un ambiente lo más esterilizado posible.

Asimismo, estos cuidados fueron expandiéndose hasta llegar a los hospitales de los Estados Unidos. Poco a poco, las madres fueron excluidas de los cuidados de su bebé, y entre otras consecuencias, se produjo un cambio hacia la alimentación con leche artificial. Este modelo se mantiene hasta 1970, cuando en la Universidad de Stanford, Barnett, Leiderman, Grobstein y Klaus (1970) pusieron en cuestión el mismo, sobre todo en lo que concierne al lugar de los padres, que eran dejados en un segundo plano, al verse no solo sometidos a restricciones horarias sino también a una separación del hijo, lo que daba lugar al desarrollo de un sufrimiento en ellos derivado de la falta de contacto con el bebé (Pallas, 2007).

A partir de este momento, las madres comenzaron a establecer de nuevo un contacto con sus bebés. Además, por la misma época, Kennel y Klaus (1976), demostraron que la entrada de los padres en la UCIN no modificaba la frecuencia de infecciones con respecto a los periodos anteriores. Este hecho hizo, que la mayoría de los centros comenzaran a dejar a los padres que estuviesen cerca de sus bebés, y así de este modo, retomar de nuevo el contacto. En los trabajos de Costello y Chapman

(1998), sobre un grupo de madres que compartió espacio con sus bebés, y se les permitió, además, el cuidado de los mismos con la ayuda del personal sanitario, tenía varias ventajas al facilitarles no solo el cuidado de sus hijos sino la posibilidad de aprender nuevos procedimientos de actuación que posteriormente les fue de gran utilidad en el manejo y atención del niño en casa.

No obstante, no parece que esta apertura haya llegado por completo a la situación de nuestro país porque hasta no hace muchos años alrededor de un 10% de las UCIN tienen puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen limitaciones para el contacto físico de los padres con sus hijos (Perapoch, 2006; p. 97). La UCIN, es un lugar que está totalmente diseñado para que el niño reciba todos los cuidados especiales que necesita para lograr su supervivencia. Cada UCIN, está equipada y diseñada con las últimas tecnologías y con un conjunto de profesionales especializados en los niños más pequeños. Con respecto al personal, la UCIN tiene de forma permanente a los neonatólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería, todos ellos capacitados en el cuidado y bienestar no solo de los recién nacidos prematuros sino también de los niños con algún problema grave en el nacimiento.

Por lo general, en el entorno europeo y americano, los hospitales donde hay una UCIN además disponen de zonas llamadas “Cuidados Intermedios”. Estas zonas es donde también ingresan niños recién nacidos, pero que su estado de salud no es tan grave y no necesitan tantos cuidados y asistencia técnica como en la UCIN. En este sentido, las unidades que proporcionan asistencia a los recién nacidos deben estar organizadas dentro de un sistema de regionalización de los cuidados perinatales. Las características de cada nivel asistencial deben ser definidas de forma uniforme y clara, y esto incluye requerimientos de equipamiento, instalaciones, personal, servicios de apoyo, formación y organización de servicios (incluyendo el transporte) necesarios para cubrir las prestaciones de cada nivel de cuidados. La red perinatal regional de unidades de cuidados neonatales y obstétricos se clasifica, según su capacidad asistencial, en tres niveles jerarquizados, incluidos en la red hospitalaria:

nivel I localizado en hospitales comarcales con maternidad, nivel II en hospitales generales o de área y nivel III en hospitales de referencia.

De igual manera, las unidades neonatales deben favorecer la promoción de la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo. Las instalaciones físicas en las que se proporciona la asistencia perinatal deben permitir que la asistencia cumpla con las necesidades fisiológicas y psicosociales de los neonatos, padres y familias. Los padres o responsables deben tener acceso a sus recién nacidos 24 horas al día y 7 días a la semana independiente del nivel de cuidados dentro de todas las unidades funcionales; además deben ser alentados a participar de forma activa en los cuidados de sus recién nacidos, facilitándose el método piel con piel. Todos los centros con asistencia perinatal deberán asegurar el cribado metabólico y auditivo, disponer de protocolos sobre realización de técnicas y procedimientos y una historia clínica para cada recién nacido con su correspondiente documentación y registro.

Factores de Riesgo Emocional de la UCIN para los Progenitores

Para Giménez (Ob.cit.), la asistencia a los bebés en la UCIN es necesaria para su supervivencia, y ello les expone a una serie de situaciones que son ineludibles para su manejo, como por ejemplo las manipulaciones constantes, que a veces desencadena de forma inevitable dolor, aunque en la actualidad se intentan minimizar en la medida de lo posible, y a otras formas de estimulación de naturaleza sensorial, tales como la luminosidad, que afortunadamente se va controlando cada vez más, ruidos provocados por movimientos humanos y por el manejo de materiales; actividades estas que desencadenan en el neonato la interrupción de sus ciclos de sueño y se convierte en fuente de estrés para los padres.

Estos últimos, cuando entran por primera vez a la UCIN están desconcertados, abrumados por la situación, y además se encuentran en un entorno no solo desconocido, sino rodeados de personas que, aunque lleguen posteriormente a

conocer bien, en esos primeros instantes le son desconocidas, lo que en conjunto les hace entrar en estado de conmoción, a ello se añade que tienen que asimilar la nueva situación a la que se ven sometidos de una forma repentina y que distaba mucho de lo que habían imaginado. El nuevo entorno, los sonidos, el equipamiento, la falta de conocimiento del personal sanitario, junto a la situación y visión de su hijo son algunas de las razones que hacen que se sientan extraños y abrumados. Cuando los padres observan todas las manipulaciones que se hacen con su bebé, a las que acaban de referir, pese a reconocer que están tranquilos y relajados por el trato cálido y cuidadoso de los especialistas, en ocasiones no son capaces de permanecer allí y tienen que abandonar la UCIN, porque aparecen sentimientos de protección por parte de ellos que no pueden expresar.

Desde esta perspectiva, el ingreso de un niño en la UCIN hace que la primera situación estresante surja en relación con el aparato más conocido de las UCIN y que sirve de soporte vital para los hijos, es decir, la incubadora. Los padres conocen, sobre todo los padres de niños prematuros para qué se emplea la incubadora, explicándoles que su función es la de mantener a su bebé caliente para que no sea necesario envolverlo en mantas, además de que reduce el riesgo de infección. La situación de tensión se produce porque entienden que no va a ser posible mantener contacto con su hijo.

No obstante, hoy en día que un niño esté en una incubadora no impide que en muchas unidades el contacto con el bebé sea inmediato, y en muchas ocasiones antes de su ingreso en la UCIN ya han podido estar con su hijo/a y tocarlo y a veces hasta mantener contacto piel con piel. Conviene indicar, en cualquier caso, que no todos los niños ingresados en estas unidades se encuentran en una incubadora, aunque en ese caso se hallan conectados a tubos y cables, de los que depende el estado de salud del neonato. Por su parte, los médicos y enfermeras les informan de la mejor manera posible para qué sirve el conjunto de dispositivos al que están conectados sus hijos, es decir, les hacen ver qué son unos monitores y que con los mismos comprueban la

respiración, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura del bebé en todo momento. La explicación suele ser bastante precisa y detallada; por poner un ejemplo, se le explica que el tubo que pasa por la nariz del bebé lleva el alimento al estómago, otros le suministran la alimentación, líquidos y medicamentos, otros para suministrar oxígeno, otros a una máquina de respiración (respirador). En definitiva, aunque no todos los niños usan todos los aparatos, desde luego sí queda claro que tanto los médicos como las enfermeras guían a los padres en todo momento del ingreso del bebé en la UCIN, y siempre tratando de no añadir dramatismo a la situación ya de por sí difícil de cada niño, aunque no impide que los padres se encuentren en riesgo de sufrir estrés y ansiedad.

Dado este estado de cosas, se puede deducir que a los progenitores se les exige en muy poco tiempo que se adapten y acepten un trance muy complicado, porque no es solamente comprender y asumir una realidad, sino también tomar conciencia de la posibilidad de enfrentarse a secuelas a largo plazo, de modo que una consecuencia lógica es la aparición de estrés y ansiedad. No obstante, esta situación no es la que viven todos los progenitores puesto que en situaciones de malformaciones o problemas previos diagnosticados antenatalmente, o por riesgo de prematuridad que exige un ingreso previo prolongado, los padres están más preparados para afrontar inicialmente esta situación.

Para los padres el hecho de tener un bebé enfermo supone un proceso complejo, que afrontarán con más o menos eficacia, en el cual se mezclan emociones ambivalentes, sentimientos de culpa, de pérdida, de fracaso, frustración y angustia (Levovici, 1983). Sin embargo, es sabido que las interacciones tempranas entre los progenitores y su hijo proporcionan el fundamento para el desarrollo de la seguridad y confianza en sí mismos, la estabilidad emocional, la disposición a aprender y la competencia social. El suministro de acciones sensibles y estimulantes por los padres fortalece un mejor desarrollo. Ahora bien, cuando se dan interacciones adecuadas con los progenitores y se ajustan a las señales que emiten los niños, suelen servir de ayuda

para regular las respuestas fisiológicas de éstos, como por ejemplo: la frecuencia cardíaca, respiración, temperatura corporal, las conductuales, sociales y emocionales, y las nutricionales. Estas relaciones también sientan las bases del desarrollo de las capacidades de autorregulación según refieren (Sameroff y Fiese, 2000), y además fortalecen la salud mental del niño.

Por otro lado, una de las mayores dificultades a las que se enfrentan los progenitores en la UCIN es la dificultad para tener contacto físico permanente con su bebé, dado que estar en una incubadora lleva implícito tener una barrera para poder tocar a su hijo. Uno de los aspectos de la relación padres-hijo que se ve afectado por el ingreso de un niño en la UCIN, y que lo convierte en factor de riesgo, tiene que ver con la calidad de las interacciones que mantienen sus progenitores con él. Al respecto, y debido a estas dificultades, en los padres se presentan sentimientos fluctuantes de tristeza, culpa, fracaso e impotencia al tener la sensación de “no poder hacer nada por ayudar a su hijo” y “no sentir a mi hijo como propio sino como un ser desvalido y distante de mí”; y todo ello, pese a que pueda estar permitida la entrada libre de padres en una unidad de neonatología.

En consecuencia, la separación diaria de su hijo cada vez que vuelven a casa con esas sensaciones también afecta a la comunicación y comprensión de las explicaciones que el equipo de médicos y enfermeras intenta hacer llegar a esos padres. En cuanto, al tema del vínculo afectivo y la importancia de las interacciones entre los padres y sus hijos, se sabe que esta relación implica contacto, lazos, unión entre dos o más personas, las cuales establecen un vínculo que los mantiene unidos en un tiempo, en un espacio, en un intento por establecer un equilibrio que les permita vivir de una manera integral o plena (Sifuentes, Parra, Marquina y Oviedo, 2010). El vínculo puede ser definido como un lazo afectivo que una persona forma con otro congénere, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo (Bowlby, 1988). Es sí como el sello conductual del vínculo es la búsqueda para conseguir y mantener un cierto grado de proximidad hacia el objeto de apego, que va desde el

contacto físico cercano bajo ciertas circunstancias, hasta la interacción o la comunicación a través de la distancia, bajo otras circunstancias (Bowlby, 1988). Las conductas de apego forman parte de un sistema interaccional complejo (Doménech, 1993) y promueven el establecimiento de una relación especial, que es la consecuencia de un largo proceso de interacción entre el bebé y el cuidador primario, lo que da lugar a un tipo particular de vínculo entre ellos (Carlson y Sroufe, 1995).

Desde la Teoría de Apego, desarrollada por el psicoanalista, Bowlby, la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de alimento, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004). La conducta de apego es definida por Bowlby (1983) como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta”. En particular, los bebés despliegan conductas de apego tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír, seguir y aferrarse, aunque no estén claramente discriminando para dirigir esas conductas hacia una persona específica (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1976, 1983, 1988).

Para Bowlby (1976), el apego promueve una conducta específica mediante la cual un individuo busca y mantiene la proximidad de otro, percibido como más fuerte. Este vínculo requiere necesariamente para su consolidación de una madre sensible, capaz de modificar su comportamiento de acuerdo con las necesidades del bebé. Por tanto, se entiende que las miradas, el tacto, el cogerlo y la proximidad física, fomentan la implantación de este vínculo, que, instaurado adecuadamente, establecerá y mantendrá un sentido de seguridad en el niño a lo largo de su vida. En este sentido, los padres que tienen ingresado a su hijo en la UCIN no pueden llevar a

cabo esta interacción con la facilidad que requeriría, y se añade a los riesgos que pueden desencadenar un trastorno emocional ya sea en forma de estrés, ansiedad o depresión.

Los trabajos realizados en torno a esta materia ponen en evidencia la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de los seres vivos. Desde luego, habría que preguntarse cómo se dan estas relaciones en un entorno tan adverso como pueden ser las UCIN y si esto puede llegar a generar en los progenitores algún grado de estrés, tensión o ansiedad. Se parte del hecho de que los efectos de una relación temprana madre-hijo alteradas por estas circunstancias, si bien no son irreparables ni tienen consecuencias que irremediamente se observarán más tarde en la persona, sí suponen, lamentablemente, una situación de alerta en su desarrollo y generan la incógnita de la actualización de potencialidades que quedan en situación de riesgo.

De ahí, la importancia de no separar a los progenitores de sus hijos a lo largo del ingreso del mismo. Cabría preguntarse hasta qué punto la separación temprana o dificultades citadas puede afectar al establecimiento del vínculo. En este sentido, Klaus y Kennell, (1976), creían que el vínculo maternal tenía lugar inmediatamente después del nacimiento, y por tanto requería contacto directo a flor de piel con el bebé. Por este motivo, muchos hospitales comenzaron a facilitar a las madres que pasaran más tiempo con sus bebés durante las primeras horas y días de vida. Por fortuna para las madres cuyos hijos se encuentran en la UCIN, este problema no parece afectarles porque, como algunas investigaciones apuntan, los primeros contactos pueden ser importantes para algunas madres en ciertas circunstancias, pero no parecen necesarios para el desarrollo de un fuerte vínculo maternal (Eyer, 1992; Goldberg, 1983; Lamb y Hwang, 1982; Myers, 1987; Svejda, Pannabecker y Emde, 1982). Además en los estudios de Rode, Chang, Fisch y Sroufe (1981), afirman que las madres que han estado separadas de sus bebés durante los primeros días después del nacimiento, por motivos de enfermedad, tienen las mismas probabilidades de

desarrollar fuertes relaciones de apego, pero sí puede influir negativamente en el estado de ánimo de las mismas.

Comenta Giménez (Ob.cit.), resulta evidente que las posibilidades de interactuar los padres con los hijos se ven enormemente reducidas en las UCIN y, consecuentemente, una forma de resolver esta situación sería integrar a los padres desde el primer momento en los cuidados de su hijo, lo cual ayudará a establecer dicho vínculo de apego. Griffin (1990) detalló las posibles dificultades a las que se enfrenta la relación entre padres e hijos en una UCIN: la separación física de los padres y el bebé, debido a la falta de espacio en la unidad o en el hospital para los padres; las barreras mecánicas entre el los padres y el niño; las barreras psicológicas de los padres, como los sentimientos de impotencia y culpa, y por último, las enfermeras que proporcionan cuidado de expertos al niño que los padres no son capaces de proporcionar.

Por otra parte, la situación de la UCIN también interfiere en otro componente interactivo implicado directamente en la construcción del apego. Nos referimos al desarrollo de la Sensibilidad Materna. Ésta fue definida por (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), como la capacidad de la madre o del cuidador del bebé para percibir sus señales, interpretarlas adecuadamente y responder a ellas oportunamente. Esta capacidad materna puede verse afectada cuando el bebé se encuentra internado en una UCIN, ya que las madres de estos niños, tienen más dificultades para adaptarse y atender sus señales, mostrando menor frecuencia en el contacto, caricias y vocalizaciones (Minde, Whitelaw, Brown y Fitzhardinge, 1983). A ello también contribuye que niños como por ejemplo los prematuros de larga hospitalización, o con dificultades respiratorias graves, suelen actuar de modo que dificultan la interacción con la madre y originan la creación de un apego ambivalente, en mucha mayor medida que otros niños prematuros que nacen sanos (Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick y Roloff, 1986).

El Método Madre Canguro (MMC) o Método Piel con Piel

Al respecto refieren Guerrero, Suárez, Mendoza y Farfán (2011), que en 1979 comenzó a utilizarse el Método Canguro en Colombia debido a la falta de recursos como un método alternativo para calentar a los niños inmaduros. Se constató que los beneficios en el Recién Nacido (RN) fueron muchos entre los que se podían destacar la estabilización de los estados de la conciencia y maduración neurológica, estimulación cutánea, estabilidad fisiológica, buen estímulo para la lactancia materna, reducción de los días de hospitalización y la posibilidad de la madre de tener un contacto temprano, íntimo y emotivo con su hijo, estimulando el apego y la relación madre-hijo-familia más fuerte y estable y el adiestramiento a los padres en los cuidados.

A partir de entonces y hasta 1994 se desarrolló un programa por el Instituto Materno Infantil y UNICEF consiguiéndose difundir este método por el resto del mundo. Por otro lado resulta importante conocer la vivencia de la madre en relación al Método Madre Canguro (MMC), según Arivabene (2010) estas vivencias están relacionadas al aumento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en el cuidado de su hijo, inclusive ante el alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé.

En este sentido, el Método Canguro es un ejemplo de que el conocimiento científico y los avances en el tratamiento de los niños prematuros no tienen que provenir necesariamente de los países más desarrollados. Este método surgió en Colombia, y desde allí ha permitido generar conocimientos aplicables universalmente. El Método Canguro surgió en la década de los años sesenta del siglo XX, y surge como necesidad de suplir la escasez de incubadoras y así evitar largas separaciones entre la madre y su hijo que padecían los hospitales de Bogotá. Las

madres actuaban como algo más que incubadoras humanas para sus niños prematuros en casa, puesto que ejercían al mismo tiempo de enfermeras ocasionales. Esta práctica ha dado resultados positivos en niños prematuros con menos de 1000 gramos en hogares empobrecidos, al mismo tiempo que facilitaban el vínculo progenitor-niño.

Tras conocerse su eficacia, el Método Canguro/Contacto Piel con piel, comenzó a ponerse en práctica junto con los cuidados intensivos estándares para niños prematuros en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de varios países de Europa Occidental, particularmente Escandinavia, así como en los Estados Unidos (Anderson, 1989; Laine, 1987). Los componentes básicos del método según Charpak (1993) y el Primer congreso europeo y séptimo taller internacional sobre cuidado madre canguro (Nyqvist, 2010) son:

1. Utilización del Calor del Cuerpo de la Madre: para mantener la temperatura de los recién nacidos con peso al nacer por debajo de 2000 gramos y con edades gestacionales entre la semana 28 y 40: mediante el contacto piel a piel en posición canguro para proveer al prematuro calor, amor, estimulación multisensorial, protección, seguridad y un sano vínculo afectivo con la madre.

2. Lactancia Materna: se ha demostrado que el método canguro es un estímulo positivo para el mantenimiento y la producción de leche por el pecho materno con lo que se proveen los nutrientes específicos para el prematuro, permitiendo la adaptación de sus órganos digestivos inmaduros y aportando componentes inmunológicos para protegerlo de infecciones y garantizar una adecuada digestión.

Por otra parte, existen cuatro formas o categorías de puesta en práctica de este método (Anderson, 1991). 1) El Método **Madre Canguro Tardío** comienza después de que el bebé ha sido estabilizado y ha sido retirada la ventilación. Esto significa que comienza días o semanas después del nacimiento. 2) El Método **Madre Canguro**

Temprano comienza con los niños que son estabilizados en unas pocas horas o días después del nacimiento. 3) El Método **Madre Canguro Inmediato** se inicia después de los primeros cuidados intensivos. Los bebés pueden estar todavía conectados a la ventilación o tener episodios de apnea en esta categoría. 4) El Método **Madre Canguro Muy Temprano** comienza durante el primer minuto después de su nacimiento. Los bebés son entregados a sus madres las cuales sitúan al bebé entre sus pechos. Los niños entonces permanecen junto a sus madres, ya sea en una incubadora o en la misma cama (Wily, 1995).

En tal sentido, la aplicación de este método ha conllevado muchas otras ventajas, como por ejemplo la menor necesidad de soporte respiratorio (disminución de días de oxigenación) y mejor control de la temperatura (Acolet, Sleath y Whitelaw, 1989), pero sobre todo al incremento de la confianza de la madre en la alimentación natural al pecho y muy especialmente en el cuidado de sus niños, y también un aumento en la autoestima maternal, el sentido de dominio y los sentimientos de cercanía hacia sus niños (Affonso, Bosque, Wahlberg y Brady, 1993; Affonso, Wahlbreg y Persson, 1989).

Dado que las madres de los niños prematuros suelen tener sentimientos de culpabilidad y ansiedad, lo que se busca con este Método es que esos sentimientos se compensen de alguna manera, que lleguen a sentir que están completando la gestación y que ofrecen a sus hijos el mejor cuidado que pueden darles y un medio de formar un vínculo afectivo. Estos niños reciben el calor de sus padres, escuchan sus palabras y perciben su olor. No nos olvidemos que estos niños continuamente están siendo sometidos a distintas intervenciones; a diario se les realiza aspiraciones nasales, retirada de los adhesivos de la piel, además de sufrir pinchazos en los talones como parte de las pruebas que se realizan para controlar el estado de salud, y todos ellos son procesos dolorosos. Con la aplicación del método parece evidenciarse un aumento del umbral del dolor ante las manipulaciones dolorosas, pudiendo emplearse como método de analgesia no farmacológica.

En definitiva, el método canguro parece generar beneficios o efectos para la entidad o díada madre-hijo, tanto desde el punto de vista estimular como para el desarrollo socio-emocional, y puede resumirse en los términos siguientes: estimulación auditiva a través de la voz materna; estimulación olfativa por la proximidad al cuerpo de la madre; estimulación vestibular-cinestésica por la situación del bebé sobre el tórax materno; estimulación táctil a través del contacto piel con piel permanente; estimulación visual: permite ver la cara y cuerpo maternos; mejora la termorregulación; reduce los episodios de pausas de apnea; favorece e incrementa la duración de la lactancia materna; efecto analgésico en el bebé; aumenta la ganancia ponderal y fortalece la vinculación triádica madre-padre-hijo; genera sentido de competencia en los progenitores y ayuda a controlar el estrés y la ansiedad en los mismos.

No obstante, no está de más comentar que hay trabajos que alertan sobre la confianza excesiva del método piel con piel como casi una panacea frente a cualquier otro sistema de intervención con este tipo de niños. Así por ejemplo, como señala Melchor (2011), se conocen casos de niños que con este método han llegado a tener paradas cardio-respiratorias o de muerte súbita, lo que lleva en ocasiones a convertir el método piel con piel en un factor de riesgo (Rodríguez, Alarcón y Gómez, 2011). Es decir, considerando los beneficios que tiene el método, se debe generalizar pero no aplicar a la ligera sino con supervisión de los sanitarios en función de algunas condiciones maternas y de factores maternos.

Los Niños Ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Comenta Giménez (Ob.cit.), que la mayoría de los embarazos duran entre 37 y 42 semanas, siendo la fecha promedio de parto 40 semanas tras la gestación. En este tiempo de permanencia en el claustro materno los órganos del futuro niño logran madurar adecuadamente. Sin embargo, no todos los niños nacen dentro de estos parámetros. Los que nacen antes de las 37 semanas de gestación reciben el nombre de

prematurados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera recién nacido prematuro al niño cuyo parto tiene lugar entre las semanas 22 y 36 tras la amenorrea materna (Álvarez, 2009). La mayoría de las Sociedades Científicas considera que el límite de la viabilidad se encuentra entre las 23-25 semanas (Pignotti y Donzelli, 2008). En el caso de la prematuridad se distinguen grados, estableciéndose diferencias en función de las semanas de gestación que el niño ha tenido. De este modo, se llama 1) Prematuro tardío al niño que nace entre las 34 y 36 semanas de gestación, 2) Gran prematuro si nace entre 28 y 32 semanas de gestación, y 3) Extremadamente prematuro si nace con menos de 28 semanas de gestación.

Hasta hace unos años, más que las semanas de gestación al hablar de nacimientos prematuros, se tendía a emplear la relación que se mantiene con el peso. En este sentido, se entiende que un niño nace con un peso normal cuando al nacer, éste es superior a 2.500 gramos. Si se acude de nuevo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende como bajo peso al nacer, al niño nace con un peso corporal inferior a 2.500 gramos. Pero como ocurría con la prematuridad, en el bajo peso también existen grados, de modo que los bebés se agrupan, en las siguientes categorías (es otra forma de clasificar el riesgo de los niños prematuros): 1) bajo peso al nacer: niño que nace con un peso inferior a 2500 gramos y superior a 1500 gramos; 2) muy bajo peso al nacer: si nace con un peso menor a 1500 gramos y superior a 1000 gramos, y 3) peso extremadamente bajo si nace con un peso menor a 1000 gramos. Por tanto, los bebés de muy bajo peso (MBP) son aquellos que tienen un peso inferior a 1500 gramos, en el momento del nacimiento y los que tienen peso inferior a 1000 gramos se denominan bebés de extremadamente bajo peso (EBP) (Velázquez, Masud y Ávila, 2004).

Además de esos indicadores, también debemos tener en cuenta si existe o no bajo peso para la edad gestacional, entendiendo como tal un niño que nace con un peso por debajo del percentil 10 para la edad gestacional que posee. En los trabajos

de García y Fernández (2006), muestran que la morbi mortalidad de los bebés es inversamente proporcional a su edad gestacional y peso al nacer, es decir que a menor peso de los niños aumenta el riesgo de enfermedad y de muerte, lo que es consecuente con que el BPN constituya un indicador importante de morbilidad y mortalidad perinatal (Kramer, 2002; Martín, Aliño, Céspedes, Rodríguez y Villalta, 2008); Además, se ha demostrado que los bebés con BPN pueden presentar al momento del nacimiento, asfixia perinatal, hipoglicemia, hipocalcemia, aspiración de meconio e hipotermia entre otros (Velázquez, Quintana, Masud, y Ávila, 2004). El peso al nacer es la variable antropométrica de mayor uso en la evaluación del recién nacido, sirve para establecer las pautas de manejo y pronóstico, no solo para el periodo neonatal sino para toda la vida (Guayasamín, Benedetti, Althabe, Nieto y Tenzer, 1976).

Actualmente, las probabilidades de supervivencia de los niños prematuros ha ido creciendo, gracias fundamentalmente a los avances en el cuidado prenatal y a los enormes progresos de la Neonatología en los últimos 30 años (Sebastiani y Ceriani, 2008). Pero existe un límite biológico que actualmente está establecido entre las 23-24 semanas de gestación y 500 gramos de peso. Por debajo de estas cifras son muy escasas las probabilidades de supervivencia, y casi todos los que llegan a hacerlo sufren secuelas muy graves. En este sentido, Tucker y McGuire (2004), afirman también, que el nacimiento prematuro es un importante factor de riesgo para el deterioro neurológico y la discapacidad. Pese a estos límites, se debe señalar que la gran mayoría de recién nacidos prematuros se reponen en poco tiempo, y algunos hasta lo hacen de forma asombrosa y sorprendentemente bien, logrando superar trances muy graves, y llegando a ser bebés que no se diferencian de los que han nacido normalmente Desde una perspectiva más epidemiológica, como señalan Salas, Sanhueza y Maggi (2006), los recién nacidos con extremado bajo peso al nacer (RNEBP) son los que están cobrando mayor importancia en la pediatría actual, por ser el grupo que concentran los mayores índices de morbi mortalidad infantil y tasa de secuelas a largo plazo.

La Familia

La familia tiene como función específica la construcción social del ser humano como un individuo sociocultural ya que es un núcleo pequeño de personas vinculadas por los afectivos. Su importancia es vital para la sobrevivencia biológica del ser humano, por cuanto al nacer no podría sobrevivir solo. La familia es la base de la comunidad, de la sociedad y por ende de la nación y del estado, ya que sin familia no habría sociedad, y desde luego no podría existir la nación.

Para, Ramos (2003), la familia es el grupo de origen de todo ser humano es insustituible por otra institución de la sociedad, es donde se valora la verdadera dimensión del ser humano sin ningún interés o utilidad productiva, porque es capaz de estimular el desarrollo sano de sus miembros en los aspectos: biológico, psicológico, espiritual, moral y social, o puede también representar un obstáculo que posteriormente puede traer repercusiones en el crecimiento de la misma. La familia en los actuales momentos experimenta cambios caracterizados por crisis, debido a causas: económicas, espirituales, sociales, culturales, morales y otras que afectan a las personas que la conforman, las cuales necesitan hacer adaptaciones y ajustes necesarios a lo largo de su ciclo vital y no siempre están en condiciones de realizarlas.

En este contexto la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), consagra los derechos sociales de la familia, reconociendo la dignidad del ser humano como basamento fundamental y especial. En su artículo 75, declara lo siguiente:

El estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basa en la igualdad de derechos y deberes, la sociedad, el esfuerzo común la comprensión mutua y el respeto entre sus integrantes. (p.20)

La Orientación como Profesión y el Orientador como Profesional

Las definiciones que pueden hacerse sobre la orientación tienen la importancia de la posición filosófica de los profesionales en este campo y de la dinámica impuesta por los cambios históricos en el quehacer de esta profesión. Sin embargo, desde una perspectiva histórica la orientación como lo define Blocher, citado por Shertzer, T y Stone, J. (1992), dicha disciplina es: “Un proceso de interacción que facilita la comprensión significativa del yo y el medio, y da como resultado el establecimiento de metas y los valores con mira a la conducta humana” (p.37).

En concordancia con lo anterior, Petricone, F. (2000) define al orientador como: “Un agente de cambio que ejerce una función importante ante los fenómenos de la existencia humana y su labor esta dirigida a la persona como individuo, como grupo o sociedad, según lo requiera el caso” (p. 123). Es por ello que el profesional de la orientación y la orientación como profesión frente a las nuevas realidades que se vivencian en Venezuela deben ampliar y desarrollar sus recursos con mayor propiedad, pues cumplen una función muy importante dentro del contexto educativo y comunitario.

Ahora bien, dentro de la orientación existen tendencias que históricamente están asociadas con el modelo teórico al cual responde la concepción de la profesión que se asuma. Al respecto, Castejon y Zamora (2001) en su diseño de programas y servicios de orientación existen dos tendencias, siendo la primera la tendencia preventiva la cual implica que la orientación debe asesorar al individuo a comprender que sus acciones en el presente lo puedan guiar a conductas socialmente deseables o indeseables, y en función de ello prepararlos para planificar estrategias que contribuyen al logro de los objetivos positivos o deseables. La segunda tendencia es la desarrollista, que consiste en promover el desarrollo de las potencialidades de los seres humanos, sin colocar límites, esto significa que no se buscare necesidades, sino que se levantará una línea base que proporcionará información para determinar los

recursos y requerimientos del sistema y a partir de allí emprender acciones hacia un punto de mayor desarrollo. En otras palabras, prevenir significa evitar que algo negativo suceda, a la llamada prevención primaria se pretende reducir el índice de nuevos incidentes. Para ello hay que actuar en contra de las situaciones conflictivas antes de que desarrollen potencialmente sus efectos sobre las personas. En el campo asistencial, la prevención cobra sentido al anticiparse a la aparición de circunstancias o situaciones que puedan ser un obstáculo al desarrollo de una personalidad sana e integrada con calidad de vida, propiciando que pueda desarrollar al máximo sus potencialidades, a pesar de las diversas circunstancias que se puedan presentar sobre la salud integral.

Por su parte, se debe dotar a las personas de las capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva y el proporcionarles las situaciones de aprendizaje que facilite el progreso del mismo. En tal sentido, si en el ejercicio de la profesión considera a la persona en un continuo desarrollo humano, la orientación que le acompaña debe ser también un proceso continuo, ligado al proceso bio-psico-social-cultural-ecológico y no basado en acciones puntuales. De esta manera, el profesional de la orientación posee las competencias necesarias para intervenir en los sistemas humanos considerando sus características evolutivas, es decir, un profesional capacitado de desempeñarse en forma eficiente en diferentes ámbitos donde interactúan las personas que conforman los sistemas sociales constituidos.

Perfil del Orientador Basado en Competencias en el Área Asistencia-Hospitalaria

Díaz, B. (1996) señala con respecto al perfil profesional, que él mismo lo componen tanto los conocimientos y habilidades, como las actitudes. En esta consideración conceptual se incorpora la necesidad de desglosar las competencias profesionales en sus dimensiones específicas, a fin de establecer las orientaciones y los alcances del saber, el hacer y el ser en el desempeño profesional de una especialidad, es decir, no basta con declarar las competencias del ejercicio

profesional, sino que es indispensable su operacionalización. Entonces, el perfil profesional requiere de una correcta y explícita definición, sin recurrir al sobreentendimiento ni permitirse ambigüedades respecto a las características que evidencien las competencias profesionales del especialista. En consecuencia un perfil bien definido debe especificar las habilidades cognoscitivas y afectivas que deberá adquirir el especialista en su formación profesional, describir las habilidades y destrezas procedimentales en términos de competencias que realizará en su ejercicio laboral, así como delimitar habilidades actitudinales y valores para el buen desempeño profesional. Igualmente, es importante que dicho perfil incluya un análisis de la población que se beneficiará directamente con el desempeño del profesional, además del manejo teórico-práctico que permita un desempeño efectivo. Todas estas apreciaciones conducen a una visión amplia y profunda acerca de la importancia que tiene la adecuada definición y delimitación del perfil profesional como orientador, así como en lo relativo a los requerimientos que han de cubrirse para formar el talento humano demandado por la sociedad.

Se puede afirmar, que dentro del proceso de atención a la salud, la orientación se perfila como una nueva concepción integral de atención en las instituciones de salud; en este sentido, el profesional debe poseer y desarrollar ciertas competencias para realizar un cambio en el modelo de actuación de la orientación, de manera tal que contribuirá de manera firme a su incorporación multidisciplinaria dentro de un modelo integral de cuidados. Debido a esto, la formación del orientador en el área asistencial ha de asegurarse también la adquisición de competencias relacionadas con el saber hacer, es decir, con la adquisición de procedimientos y estrategias necesarias para el desarrollo de las funciones propias del orientador en los distintos ámbitos en los que ejerza su profesión. Dentro de este saber hacer se encuentran los siguientes:

- Trabajo en equipo
- Organización y planificación
- Identificación y resolución de problemas

- Toma de decisiones
- Habilidades de relación y comunicación
- Iniciativa
- Capacidad de trabajo (esfuerzo constancia)
- Inserción crítica en la comunidad
- Expresar ideas y sentimientos
- Ponerse en el lugar del otro
- Uso del ordenador como usuario
- Comunicación efectiva y afectiva
- Buscar información (usar material, hacer preguntas, entre otras)
- Hablar en público
- Diseñar programas y proyectos
- Dinamizar grupos
- Manejar referencias bibliográficas, electrónicas entre otras.

Además el orientador tiene que conocer y hacer desde un determinado saber ser, es decir, desde la base de unos valores y actitudes que deben impregnar su conocimiento y quehacer profesional, tales como:

- Sensibilidad social, emocional y cultural
- Reflexión crítica de la propia situación
- Motivación al logro de objetivos personales y colectivos
- Coherencia personal
- Espíritu positivo
- Respeto a las personas, a sus pensamientos y acciones
- Actitud crítica
- Preocupación por los problemas sociales
- Actitud de servicio y compromiso a la profesión.

En este orden de Ideas, la Asociación Internacional de Orientación Educativa y Profesional (Ob.cit.) Aprobó en su Asamblea General realizada en Berna, Suiza, las competencias centrales y las competencias especializadas. De forma literal se introduce en la presente investigación, por cuanto da una visión amplia de la profesión desde todos los aspectos y ámbitos posibles. Dentro de las competencias centrales tenemos las siguientes:

- Demostrar profesionalidad y comportamiento único en el desempeño de sus tareas
- Promover en los clientes el aprendizaje, desarrollo personal y de la carrera.
- Aprender y atender las diferencias culturales de los clientes, posibilitando la interacción efectiva con poblaciones diversas.
- Integrar la teoría y la investigación en la práctica de la orientación.
- Habilidad para diseñar, implementar y evaluar intervenciones y programas de orientación.
- Ser conscientes de las propias capacidades y limitaciones.
- Habilidad para usar el nivel apropiado de lenguaje para comunicarse con colegas o clientes, logrando así una comunicación efectiva.
- Conocimiento de información actualizada sobre educación, formación, tendencias de empleo, mercado de trabajo y asuntos sociales.
- Sensibilidad social e intercultural.
- Habilidad para cooperar de manera eficaz con un grupo de profesionales.
- Demostrar conocimiento sobre el desarrollo evolutivo de la personalidad.

Dentro de las competencias especializadas, están las referidas al diagnóstico, orientación educativa, desarrollo de la carrera, asesoría-consulta, investigación, gestión de programas y servicios, y desarrollo comunitario

Diagnóstico

- Definir y diagnosticar con rigurosidad y acierto las necesidades de los clientes basándose en diferentes instrumentos y técnicas de diagnóstico.
- Usar los datos e información recogidos en el diagnóstico de manera apropiada de acuerdo a la situación.
- Identificar las situaciones que requieren ser derivados a servicios especiales de apoyo.
- Facilitar el contacto entre los clientes y los servicios de apoyo.
- Llevar a cabo un análisis del contexto en el que está inmerso el cliente.
- Ejecuta actividades de planificación, desarrollo y evaluación de programas de orientación en aspectos educativos, vocacionales, personales y sociales.
- Evalúa modelos de rehabilitación social que respondan a las demandas que desde los diferentes espacios sociales están presentes en la realidad Venezolana.
- Aplica desde diferentes modelos de prevención, programas de atención en aquellas áreas o situaciones que desde el punto de vista educativo y social sea demandado.
- Aplica Estrategias y acciones de Orientación dirigidos al desarrollo de actitudes, valores y condiciones que favorezcan al alcance de objetivos de desarrollo humano y de salud mental en el ámbito de la sexualidad humana y familiar.

Orientación Educativa

- Demostrar compromiso con las posibilidades y habilidades de los estudiantes para facilitar su desarrollo.
- Guiar a los individuos y grupos de estudiantes en el desarrollo de sus planes educativos.
- Ayudar a los estudiantes en el proceso de toma de decisiones.
- Ayudar a los estudiantes a conocerse mejor.
- Asesorar a los estudiantes a superar las dificultades del aprendizaje.
- Motivar y ayudar a los estudiantes a participar en intercambios internacionales.
- Consultar a los padres sobre el desarrollo y los progresos educativos de sus hijos.
- Ayudar a los estudiantes a mejorar las metodologías de enseñanza.
- Ayudar a los profesores a implementar la orientación en el currículo.

Desarrollo de la Carrera

- Conocimiento de las teorías del desarrollo de la carrera y los procesos de la conducta vocacional.
- Demostrar conocimiento de factores legales y sus implicaciones para el desarrollo de la carrera.
- Planificar, diseñar e implementar programas e intervenciones para el desarrollo de la carrera.

- Conocimiento de los modelos de toma de decisiones y transición para preparar y planificar los estados de transición: transición de la escuela al trabajo, cambios en el desarrollo de la carrera, jubilación, despido.
- Identificar los factores implicados (familia, amigos, oportunidades educativas y financieras) y actitudes sesgadas (sobre género, raza, edad y cultura) en el proceso de toma de decisiones.
- Ayudar a los individuos a marcar sus objetivos, identificando las estrategias para alcanzarlos y redefinir sus roles, valores, intereses y decisiones de la carrera.
- Conocimiento de servicios de asistencia e información para el empleo, la economía y aspectos sociales y personales.
- Conocimiento de los materiales disponibles sobre planificación de la carrera y sistemas de información. Internet y otros recursos de la red.
- Habilidad para usar fuentes, recursos y técnicas sobre el desarrollo de la carrera.
- Habilidad para utilizar los recursos para el desarrollo de la carrera diseñados para cubrir las necesidades especiales de grupos específicos (emigrantes, grupos técnicos y poblaciones en riesgo).

Asesoría-Consulta

- Comprender los principales factores relacionados con el desarrollo personal y comportamental de los clientes.
- Demostrar empatía, respeto y relación constructiva con el cliente.
- Uso de técnicas individuales de orientación.

- Uso de técnicas grupales de orientación.
- Cubrir las necesidades de los estudiantes en riesgo.
- Prevención de problemas personales.
- Desarrollo de la personalidad, resolución de problemas.
- Toma de decisiones.
- Identidad sexual.
- Habilidades sociales.
- Educación para la salud.
- Uso de tiempo libre.
- Ayudar a los clientes a desarrollar su plan de carrera.
- Detección y remisión de casos a otros servicios especializados.
- Consultar con los padres, profesores, tutores, trabajadores sociales, administradores y otros agentes para mejorar su trabajo con los estudiantes.
- Demostrar habilidades interpersonales para crear y mantener la relación de consulta, alcanzar los objetivos y cambios de comportamiento.
- Demostrar habilidades para trabajar en organizaciones (universidades, negocios, municipios y otras instituciones).
- Interpretar y explicar conceptos y nueva información de manera efectiva.

- Coordinar el personal de la comunidad para proporcionar recursos a los estudiantes.
- Asesorar a los estudiantes en el acceso y uso de programas y servicios especiales y de grupos de apoyo.
- Habilidad para coordinar y estimular la creatividad del estudiante para diseñar su propio programa.
- Habilidad para crear una buena imagen profesional.

Investigación

- Conocer las metodologías de investigación, recogida y análisis de datos.
- Promover proyectos de investigación sobre orientación.
- Uso de métodos de representación para informar los resultados de las investigaciones.
- Interpretar los resultados de las investigaciones
- Integrar los resultados de las investigaciones en la práctica de la orientación.
- Evaluar los programas e intervenciones de orientación, aplicando técnicas actualizadas y modelos de evaluación de programas.
- Mantener información actualizada sobre los resultados de las investigaciones.

Gestión de Programas y Servicios

- Identificar las poblaciones objetos de estudio.
- Conducir el análisis de necesidades.

- Inventariar los recursos relevantes para la planificación e implementación de programas.
- Conocimiento de bibliografía relevante y actualizada.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones.
- Usar los resultados para mejorar la inteligencia mediante recomendaciones de instituciones o agencias.
- Habilidad para organizar y gestionar servicios de orientación educativa, personal, vocacional y de empleo.
- Gestionar y supervisar el personal de los servicios.

Desarrollo Comunitario

- Habilidad para establecer contactos con miembros de la comunidad.
- Analizar los recursos humanos y materiales de la comunidad.
- Llevar a cabo un análisis de las necesidades de la comunidad.
- Trabajar con la comunidad para desarrollar, implementar y evaluar los planes de acción con miras de mejora económica, social, educativa, y de empleo.
- Cooperar con las instituciones nacionales e internacionales de orientación educativa y profesional.

Sobre la base de esto, según lo plantea Hernández, A. (2006), uno de los métodos más indicados para la elaboración de un perfil es el método de análisis teórico de la actividad profesional y consiste en la determinación de las tareas básicas generalizadas, a partir de la identificación en su estructura de objetivos, secuencia de

acciones, objetos y condiciones de realización, tomando en cuenta los elementos de variabilidad que estos pueden introducir. Por esta razón, se debe reconocer que por el valor de las competencias, su aplicación al proceso de conceptualización y elaboración del perfil profesional del orientador en el área asistencial abra una nueva óptica en el análisis de esta problemática de manera más efectiva, en tanto supera las formas de elaboración del perfil desde otras perspectivas metodológicas, implica el análisis de los componentes estructurales y funcionales como elementos invariantes de la actividad profesional en las condiciones socioculturales que ella tiene lugar.

Esto permite, la identificación de sus acciones más generales y la racionalidad de su realización de manera integrativa, por lo tanto vinculada de forma real a la práctica profesional. Por otro lado, el análisis del desarrollo histórico social de la profesión, así como de las características que adopta en su contexto institucional, posibilita su ajuste a las exigencias del desarrollo social contemporáneo. La unidad en la delimitación de la estructura de las acciones principales y la función que ellas cumplen en un contexto dado, permite manifestar los elementos de sus orígenes y posterior desarrollo; al mismo tiempo que la dinámica de sus cambios y transformaciones más específicas de las situaciones en que se produce.

De acuerdo a todo lo anterior, surge la necesidad de trabajar colectivamente, es decir, a través de equipos multidisciplinarios de trabajo, los cuales requieren habilidades de comunicación interpersonal, igualmente, las exigencias propias del país, la región, de su sistema social que cada día reclama del quehacer del profesional de la orientación un trabajo social muy particular. Es por ello, que dentro del perfil del orientador en el campo asistencial-hospitalario deben existir las siguientes competencias:

1.- Competencias Disciplinarias: Hace referencia a la formación en valores, formas de intervención social y emocional, producción de conocimientos y aplicaciones prácticas.

2.- Competencias Interdisciplinarias: Establece que la orientación es una disciplina de interrelaciones, recupera lo proveniente de otras disciplinas en un esfuerzo de interpretación grupal.

3.- Competencias Socio-Emocionales: Hace referencia a las interrelaciones que debe mantener el profesional de la orientación en las intervenciones de salud con relación a las personas, la cultura y la comunidad.

4.- Competencias Cognitivas: Considera que el profesional de la orientación debe vincularse efectivamente con los requerimientos de la sociedad Venezolana y, para ello debe fundamentarse en tres aspectos básicos: los problemas teóricos conceptuales que se deben enfrentar en un futuro inmediato, la base disciplinar y procedimental con la cual debe enfrentar los problemas, y por ultimo, las actitudes y valores propios de la investigación.

Es importante destacar, que se debe considerar la formación integral que contribuya a mejorar el proceso de socialización del profesional de la orientación, en tanto favorece a su sensibilidad, mediante el desarrollo de sus facultades intelectuales y afectivas que contribuyan a su desarrollo moral y abra su espíritu al pensamiento crítico, y al cultivo de una forma de vida en sociedad motivada por valores de solidaridad, respeto y compromiso social, sin los cuales no es posible la vida en colectivo. Por su parte Arraga, M y Gonzáles, Y. (2005), en un conjunto de reflexiones con relación al liderazgo que el orientador está desempeñando en la sociedad actual; han comenzado a plantear la importancia de la labor del orientador en todas las instituciones educativas, comunitarias y asistenciales del país. Es por ello, que las competencias del orientador en el ámbito asistencial-hospitalario o medico-asistencial como se quiera referir, lo perfila como un profesional capaz de diagnosticar los requerimientos de las diversas instituciones y darle respuesta a los mismos, contribuyendo al desarrollo de las potencialidades de los sistemas humanos que conforman dichas instituciones. Es por ello que de todas las experiencias

acumuladas en el tiempo se puede deducir que el orientador en el área asistencial debe poseer un perfil profesional basado en competencias que pueda ser capaz de lo siguiente:

- 1.- Brindar atención integral a cada persona hospitalizada, junto a su familia.
- 2.- Participar intersectorialmente en la búsqueda de soluciones para mejorar las condiciones de salud de las personas, las familias, y grupos sociales.
- 3.- Liderizar procesos educativos formales y no formales tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas, familias y colectivos que lo requieran.
- 4.- Participar en procesos investigativos para mejorar las condiciones de salud de las personas.
- 5.- Desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en los diferentes niveles de atención en salud.
- 6.- Actuar con sentido crítico, sensibilidad humana y ética ante cualquier situación.
- 7.- Ser un profesional comprometido y responsable en el ejercicio de sus funciones y atribuciones profesionales, promoviendo los aspectos positivos de la salud.
- 8.- Buscar en forma permanente el desarrollo de las dimensiones personales, profesionales, gremiales de manera que le permita complementar su forma de vida y asumir compromisos en la práctica diaria con creatividad, autonomía y asertividad.
- 9.- Reconocer el cuidado de la salud como el objeto de estudio de su profesión y como eje transversal en las relaciones con las personas, que le permita modelar actitudes en los diferentes ámbitos de la vida.
- 10.- Gerenciar servicios, planes, programas y proyectos de salud en los diferentes niveles de atención de salud.

Es por ello, que en relación a la formación de orientadores se debe hacer más énfasis en el desarrollo integral, de esta manera se estarán formando para saber qué deben hacer, dónde deben o pueden estar, cuán importante es su aporte a la sociedad Venezolana, para la promoción de un sujeto que enfrente fehacientemente riesgos, amenazas y debilidades; y además, sepa aprovechar todas las oportunidades que se le ofrece. Otro aspecto a considerar dentro del perfil del orientador en el área asistencial-hospitalaria esta la bioética, ya que esta dimensión invade profundamente la dignidad humana y su trama social, donde se incluye las relaciones entre los profesionales de la salud, enfermos y sistemas sociales vinculantes. Pues, de esta manera, la bioética plantea temas controversiales en el terreno de la salud como lo es el aborto, control de la natalidad o métodos anticonceptivos, eugenismo, eutanasia, esterilización y sufrimiento ante la muerte inminente y el estigma social o rechazo en todas sus formas.

En este hilo discursivo, Rickey, L. y Cristiani, T. (1995), sostienen que los servicios que prestan los profesionales de la Orientación están basados en cinco propósitos básicos. Estos son los siguientes:

1.- Facilitación del Cambio Intencional del Cliente: Uno de los objetivos clásicos de la orientación es la facilitación de cambios intencionales en las conductas del cliente con la finalidad de que éste alcance una calidad de vida más satisfactoria y productiva de acuerdo a sus expectativas y necesidades. El cambio específico de la conducta se entiende como el producto del proceso de orientación con el cliente. En este contexto el término conducta incluye los procesos emocionales, cognitivos y actuación del individuo (observable o no observable).

2.- Fortalecer la Habilidad del Cliente para Crecer Satisfactoriamente: Como parte del proceso normal de crecimiento y maduración personal, los individuos experimentan dificultades que pudieran limitar su desempeño personal. Por lo tanto un propósito importante en orientación es el de fortalecer el proceso de aprendizaje

del individuo, de manera que desarrolle nuevas formas de enfrentar las limitaciones a la vez que adquiere aquellas habilidades que le permitan desenvolverse para crecer saludablemente en cualquier escenario donde les toque interactuar.

3.- Promover el Proceso de Toma de Decisiones Autónomas e Individuales: El trabajo en orientación también se encuentra íntimamente vinculado con los procesos de toma de decisiones de las personas. El propósito de la orientación en este sentido es trabajar con el cliente para que desarrolle competencias que le permitan tomar decisiones en asuntos críticos que solo al él conciernen. El orientador ayuda al cliente, entre otros aspectos, en la comprensión del proceso de toma de decisiones, de la relación existente entre causas, impacto y consecuencias, a la exploración de recursos, fuentes de información y alternativas, así como en la confrontación de posibles cursos de acción con la satisfacción de las necesidades involucradas.

4.- Mejoramiento de la Calidad de las Relaciones Interpersonales: Por cuanto el individuo es un ser social y gran parte de su vida transcurre en constante interacción con otros individuos, la orientación trabaja con la persona en el cultivo de condiciones personales que le permitan adquirir y establecer relaciones satisfactorias y productivas. En algunas personas es frecuente notar que la calidad de las relaciones interpersonales es pobre y carente de significados. Situación que emerge por ciertas condiciones personales del individuo, tales como baja autoestima, limitaciones en habilidades para la interacción social y rigidez en valores personales y opiniones. El orientador trabaja con el proceso de la persona para entender, decidir y superar tales situaciones.

5.- Estimular el Desarrollo del Potencial Personal del Cliente: Un propósito fundamental es la participación de la orientación en los procesos de estimulación del potencial del cliente para crecer y desarrollarse como persona. Este propósito persigue que el individuo aprenda nuevas formas de entenderse así mismo y su contexto de manera que alcance mayor y mejor refinamiento de sus talentos

personales y las posibilidades de ser más efectivos en la conducción de sus asuntos personales. Algunos ejemplos de esta intervención en orientación con el individuo son: el orientador trabaja con el cliente para que este supere hábitos como el cigarrillo, el alcohol y otras sustancias aditivas, como superar la timidez, estrés, como tomar mayor cuidado de su organismo y desarrollar un estilo de vida mas plena y saludable.

Sistema Nacional de Orientación (2009)

En Venezuela, varios factores históricos-sociales sirven de contexto al inicio de los servicios de orientación en el país en las década de los años 30 y 40 del siglo XX. Entre ellos, el desarrollo de la industria petrolera, el crecimiento de la población, el éxodo del campo a la ciudad, la expansión del sistema educativo, la creación de las escuelas normales, las escuelas técnicas y la inmigración al país de profesionales calificados en el área de la Orientación. Desde este contexto, emerge la necesidad de los servicios de orientación con una visión de atención a los estudiantes en asuntos relacionados con la vocación, la selección de personal y la inserción laboral. Posteriormente, con el crecimiento de la matrícula escolar de estudiantes provenientes del campo a la ciudad; surge la necesidad de adaptación al ambiente escolar y las necesidades académicas para el logro de las metas de aprendizajes.

A partir de esta realidad, el Ministerio de Educación mediante el Estatuto Provisional de Educación crea el 25 de Mayo de 1949, crea el Departamento de Psicopedagogía en la Sala Técnica del Consejo Técnico de Educación (Fuente: Estatutos Provisional de Educación, Artículo 184). Sus responsabilidades eran 1. Elaborar test escolares, 2. Organizar laboratorios de psicotécnica y colaborar con los servicios de supervisión en la preparación y aplicación de instrumentos para la evaluación del trabajo escolar y docente, 3. Planear y proponer las medidas adecuadas a la formación de personal técnico especializados en este campo de trabajo, las demás funciones que exija la índole de este departamento.

Asimismo, durante los años 50, la sala Técnica del Ministerio decide crear una política de atención integral al estudiante, dando origen a la atención individual del estudiante a través de los servicios de Bienestar Estudiantil y a políticas de formación del talento humano requerido para tal fin. En consecuencia, para los años 60 se seleccionan un grupo de docentes para ser formados en tareas y funciones de orientación mediante cursos cortos ofrecidos por el Ministerio, quien contrata profesores del exterior (Estados Unidos de Norteamérica, Puerto Rico y Panamá) para las materias de información académica-ocupacional, prueba psicotécnica y asesoramiento vocacional, asesoramiento individual, entre otros temas. Algunos de los egresados de estos cursos, continuaron estudios en el exterior a nivel de maestría en orientación con énfasis en lo vocacional y académico. Desde la década de los años 60, se asumen que la orientación es un servicio para la atención de todos los asuntos de desarrollo de los estudiantes como personas y como miembros de las comunidades.

A finales de los 60, algunas universidades públicas, tales como la Universidad de Carabobo, Universidad Central de Venezuela, Universidad de los Andes, La Universidad del Zulia, inician los programas de formación en orientación en el ámbito de pregrado como parte de los programas de Licenciatura en Educación. Durante los años 70, algunos de los primeros egresados de estos programas, quienes estaban vinculados a las universidades nacionales, salieron al exterior a proseguir estudios de maestría y doctorado. También en esta década, emergen nuevas demandas de los servicios de orientación en contextos distintos al educativo; tales como, jurídico con roles tareas y funciones para la orientación de jóvenes en su proceso de reinserción a la familia y la comunidad, en el sector salud varios orientadores se incorporaron para trabajar con procesos de salud integral. En el contexto laboral, orientadores comenzaron a liderizar procesos medulares en empresas y a ocupar cargos relevantes a nivel gerencial.

Por lo cual, para la década de los 80 del siglo pasado, ocurren dos eventos trascendentes en Orientación a nivel nacional. El 17 de junio de 1981 en la ciudad de Rubio, Estado Táchira, tiene lugar el primer encuentro nacional de orientadores y se acuerda realizar encuentros anuales en diferentes estados del país con la finalidad de compartir experiencias y actualización de conocimientos en la disciplina. Para el año 1984, mediante la resolución 12 el Consejo Nacional de Universidades, eleva a Postgrado las especialidades de las carreras de pregrados, eliminándose así la Mención Orientación en el ámbito de pregrado, a excepción de la Universidad del Zulia y la Universidad de Carabobo.

Seguidamente, una consecuencia de esta decisión fue que 10 instituciones desarrollan programa de Maestría en Orientación, las cuales no forman el perfil para el ejercicio profesional de la Orientación y por lo tanto no pueden ser empleados como orientadores, quedándose la responsabilidad de formar orientadores profesionales para todo el país, en las instituciones mencionadas. Un efecto adicional ha sido que ambas instituciones han contribuido con el desarrollo de la Orientación como disciplina y como praxis social, sus profesores y sus egresados se han constituido en la vanguardia en materia de orientación en el país y en guardianes del acervo socio histórico de la orientación venezolana. En junio de 1985 en la ciudad de Mérida, en el marco del 5to encuentro de orientadores se aprueba el I re código de Ética del Ejercicio Profesional de la Orientación en Venezuela. A finales de los 80, se asume un nuevo paradigma centrado del desarrollo humano con una visión ecológica, holística, sistémica, compleja, Inter y multidisciplinaria.

Para los años 90 del siglo XX, el Ministerio de Educación hace una revisión curricular profunda, asumiendo una nueva filosofía centrada en la pedagogía activa, en el aprendizaje significativo en la planificación de proyectos y la participación interactiva. Declarándose que el docente es un aliado estratégica para la atención primaria incipiente en materia de orientación en aula, estimándose que en tal sentido se necesitaría un número menor de orientadores profesionales; sin embargo, con el

tiempo se demuestra lo contrario; se genera una crisis en diferentes procesos que suelen ser atendidos por los profesionales de la orientación: tales como, desarrollo personal, proyecto de vida y elección vocacional, atención de crisis propias del desarrollo humano durante el ciclo escolar, desarrollo de familia y comunidad, detención temprana y desarrollo de talentos múltiples, inserción laboral; procesos que demandan competencias adicionales que el docente de aula no es formado en ellas, y que su experticia en ejecución diaria no las contempla.

Durante esta década, en 1996, se crea el gremio de orientadores, en el marco del XVI Encuentro Nacional de Orientadores en la ciudad de Valera, estado Trujillo, naciendo así la Federación Venezolana de Asociaciones de Orientadores (FAVO). A nivel internacional, se celebra por primera vez en el país el I Congreso Mundial de Orientación en el año 2000 auspiciado por la Asociación Internacional de Orientación Educativa y Profesional (AIOEP) en alianzas con la Universidad de Carabobo, La Universidad del Zulia, Universidad Central de Venezuela y Universidad Pedagógica Experimental Libertador y el Ministerio de Educación. En virtud de los impulsos científicos y de la praxis de la Orientación, en el año 2004 comienza a celebrarse en forma anual El Congreso Interdisciplinario de Orientación, y en el año 2005, se celebra el II Congreso Latinoamericano de Orientación en la ciudad de Maracaibo, en La Universidad del Zulia. Posteriormente, en el Marco del III Congreso Venezolano Interdisciplinario de Orientación y el I Congreso Latinoamericano de Formadores de Orientadores, en Valencia, Estado Carabobo, se crea la Red Latinoamericana de Profesionales de la Orientación en año 2006.

En los albores del siglo XXI, se experimentaban cambios en la visión de las ciencias que estudian al ser y la sociedad, produciéndose diversas discusiones que han conducido a la re-conceptualización del paradigma del Desarrollo Humano. De manera que el desarrollo de la persona y el desarrollo de la comunidad ahora se entienden como dos polos de un mismo y único proceso. Desde esta nueva visión del desarrollo, las acciones para educar al ser humano, se han sustentado en este nuevo

paradigma, fortaleciendo el currículo integral e incorporando un enfoque de competencias. En consecuencia, los procesos educativos centrados en el conocer y en el hacer han incorporado las dimensiones del ser, convivir y servir como su norte formativo, propiciando el desarrollo integral de la persona para la transformación plena de la sociedad en aras de la justicia, la equidad y la inclusión.

Justificación del Sistema Nacional de Orientación (2009)

La transformación socio-política contemporánea que se vive en Venezuela demanda de la Educación una participación activa para formar un ciudadano republicano apto y competente para vivir en una sociedad pluri-étnica, solidaria, con sentido de comunidad. Esta gigantesca labor educacional es posible y se hace viable con la acción educadora de la Orientación, tanto en el ámbito educación formal y más allá de éste: familia, comunidad, empresas, y cualquier otra forma de organización humana. *El Sistema Nacional de Orientación* responde directamente a las necesidades y requerimientos del desarrollo del Ser y del Convivir en concordancia con el Conocer, Hacer y Servir, demandadas necesarias en la sociedad bolivariana contemporánea que está en proceso de construcción.

En este sentido, el Sistema Nacional de Orientación, asume los retos del apoyo de los procesos de formación del ciudadano caracterizado por valores propios del humanismo, solidaridad, participación protagónica, co-responsabilidad, sentimiento de pertenencia, sentido nacionalista y una profunda convicción ecológica. El Sistema Nacional de Orientación regula, organiza, promueve, integra y fortalece el desarrollo de programas, planes y servicios de orientación, que ya existen en forma desarticulada y dispersas en diversas instituciones y comunidades en los ámbitos local, regional y nacional, y creando aquellos que se estimen como necesarios. Este Sistema Nacional de Orientación se sustenta en un conjunto de fundamentos que soportan la acción educadora de la orientación mediante su praxis social y desde los cuales se derivan los indicadores que permiten identificar el retorno de los logros

planteados en las finalidades del sistema. En éste Sistema Nacional de Orientación, se destacan tres aspectos sumamente importantes:

1.- Aspecto Filosófico: Se asume una visión de la persona como un ser de naturaleza bondadosa, positiva, interpersonal, relacional, contextual, comunal y con capacidad innata para entenderse a sí mismo, y talentos suficientes para asumir los retos de la vida familiar, laboral y social en su continuo humano. Por lo tanto, es una persona tendente a la actuación ética y responsable para la construcción de la excelencia, la autorrealización, la autogestión intencional, la autonomía e independencia cognitiva, emocional y de actuación. Bajo esta inspiración, la persona es concebida como el ser productivo en proceso permanente de convertirse en actor y creador de sí mismo y de sus circunstancias ecológicas, ambientales y socio-comunitarias.

2.- Aspecto Pedagógico: Se traduce en acciones, programas, planes y servicios dirigidos a atender las necesidades y requerimientos del desarrollo de las personas durante la evolución de su ciclo vital. Para ello, se requiere un abordaje orientador de las personas y sus talentos desde una visión liberadora y constructivista. Bajo este enfoque, se entiende que las personas son creadoras de saberes, a los cuales le otorgan significado y lo hacen suyo de acuerdo con su realidad, lo personalizan y son capaces de entender el cómo esos saberes son aplicados para generar cambios en sí mismos y en su contexto socio-comunitario. Esta visión pedagógica considera que los seres humanos pueden hacer contacto con sus capacidades para ser personas en pleno funcionamiento, de generar acciones concretadas en su hacer diario, convivir y servir en una sociedad que demanda solidaridad y co-responsabilidad ciudadana.

3.- Aspecto de la Complejidad Humana: Se asume una visión compleja integrada por varias dimensiones: la ecología, la antropología, la espiritualidad y lo planetario. Esta visión integral se sustenta en los aportes de Morin (1998). Es necesario aprender a estar aquí en el Planeta; es decir, aprender a vivir, a compartir, a comunicarse, a comulgar, es todo aquello que sólo se aprende en y por las culturas singulares

Fundamentos Jurídicos

Los principales fundamentos legales de la presente investigación están sustentados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Educación (2009), la Ley Orgánica para la Protección de Niños Niñas y Adolescentes (2007), la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2007) y la Ley Orgánica de Salud (1998).

En este orden de ideas, en la Constitución Bolivariana de Venezuela. (1999), en su capítulo V, en lo concerniente a los Derechos Sociales y de las Familias, específicamente en el Art. 83 establece lo siguiente:

La Salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p. 61)

Por consiguiente, el Estado debe garantizar Políticas y Programas adecuados para el goce pleno y efectivo del derecho a la salud, involucrando a un equipo multidisciplinario capacitado para ejecutar las mismas, direccionando su labor a la familia y sociedad donde la orientación puede ser parte integrativa del mismo.

Asimismo, la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2009) en su artículo 6 referido a las competencias del Estado Docente, en el literal f, establece los servicios de orientación, salud integral, deporte, recreación, cultura y de bienestar a los y a las estudiantes que participan en el proceso educativo en corresponsabilidad con los órganos correspondientes. Dichos servicios deben estar presentes en cualquier

contexto o circunstancia donde se encuentre el estudiante, y en el caso que compete a la presente investigación, tales servicios deben ser incorporados activamente dentro del sistema asistencial de salud.

Por su parte, la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA, 2007) señala taxativamente en cuanto al derecho a la salud y a los servicios que presta la misma, en su artículo 41 el siguiente contenido:

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. (p. 82)

Prosigue diciendo éste mismo artículo, en el párrafo primero lo siguiente:

El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. (p. 82).

De igual manera, la Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. (2007), en su capítulo II, sobre corresponsabilidad en materia de salud en el artículo 13 plantea:

El Estado, en corresponsabilidad con la familia y la sociedad, promoverá programas y proyectos dirigidos a garantizar los servicios de atención de salud familiar. Los consejos comunales ejercerán la contraloría social y colaboración en la promoción de los programas de salud. (p. 114)

De esta manera, se garantiza la protección y atención de la familia y sociedad, destacando el principio de corresponsabilidad del Estado como ente rector de políticas y programas, a través de sus diversos organismos administrativos y de contraloría social que están en la obligación de diseñar y ejecutar acciones que respondan a las necesidades sociales.

Finalmente, la Ley Orgánica de Salud, (1998) en su artículo 25 indica lo siguiente:

La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles. (p. 188)

Partiendo de los artículos anteriores, es importante resaltar que la salud es un derecho inherente al ser humano y que bajo el principio de corresponsabilidad social el Estado debe garantizar el goce pleno del mismo, a través de las acciones preventivas, políticas y programas establecidos para ello, y se puede tomar en cuenta que las actividades del profesional de la orientación en su rol de Investigador fenomenólogo y Asesor-Consultor familiar están dirigidas al contexto de prevención, desarrollo e intervención social lo cual establece una relacionalidad directa con la familia y la sociedad en pleno.

CAPÍTULO III

ANDAMIAJE METODOLÓGICO

Paradigma de la Investigación

Para Martínez (2002) el nuevo paradigma emergente tendrá muy presente que las ciencias humanas nunca podrán ser objetivas, porque sencillamente jamás lograrán objetivizar a su objeto de estudio, que es el científico mismo (en este caso las investigadoras), en el acto de hacer ciencia. Así como lo afirmo una vez Filósofo Alemán Immanuel Kant, cuando declaraba que la ciencia es un producto del hombre, y ésta nunca podrá dar razón plena de él. El hecho de pensar con nuevas categorías constituye algo en verdad desafiante para la mente humana, ya que tiene que inventarlas, por ejemplo cuando se construyó la primera maquina de vapor, algunas personas al verla andar por si sola, pensaron: “Seguramente lleva los caballos dentro”. No había en sus mentes ningún concepto para representar la auto locomoción fuera del cuerpo animal.

En este sentido, Martínez (Ob.cit.) se pregunta ¿Qué es la ciencia? Lo cual no puede obtener una respuesta científica. No hay un método científico para considerar a la ciencia y mucho menos al científico (el que conoce) como objeto de la ciencia. El hecho de no haber tomado plena conciencia de esta realidad ha llevado a muchas falsas claridades y a muchos saberes ignorantes. Las ultimas décadas han permitido descubrir una ignorancia disimulada, escondida y agazapada en el corazón de ese conocimiento reputado como el más cierto, el conocimiento científico. Dicho conocimiento es peor conocedor de lo que ordinariamente se piensa. Considerar como absolutos y eternos los caracteres de la ciencia, que se sabe tienen un nexo antropológico innegable, y por lo tanto, dependen básicamente de la organización histórica de la sociedad, hace que en la institución científica reine la más

anticientífica de las ilusiones. Por entrar a los territorios fronterizos de lo Inter y multidisciplinario de esta investigación, como es la comprensión de la vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en los padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), desde la fenomenología se abre una brecha metodológica que permite captar desde la orientación familiar la profundidad del fenómeno de estudio. En tal sentido, las investigadoras recurrieron al paradigma emergente o estructuralista interpretativo que según otros autores han denominado postpositivista.

Modalidad de la Investigación

De acuerdo a la temática planteada como vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en los padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo, las investigadoras asumieron la modalidad cualitativa, por cuanto coinciden con lo expresado por Taylor y Bogdan (1992), en lo siguiente:

La investigación cualitativa implica el modo de encarar el mundo empírico, desarrollando conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. El investigador ve el escenario en una perspectiva holística: las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan, en tanto que los grupos sociales no son considerados variables reductibles, sino apreciados como un todo. Si se estudia a las personas cualitativamente, se llega a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad, también se aprende sobre la vida interior como: belleza, dolor, fe, sufrimiento, frustración, amor, éxitos y fracasos en el esfuerzo por asegurar su destino en un mundo frecuentemente en discordia con sus esperanzas e ideales, cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativos. (p.20, 21).

Desde esta perspectiva, cabe destacar que la modalidad o investigación cualitativa esta destinada a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que realmente la gente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo documentos que producen, por lo tanto, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias. Esto no significa que a los investigadores cualitativos no les preocupa la precisión de los datos, un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o a personas; es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados para la investigación.

Lo dicho anteriormente, ratifica que para el investigador o científico social cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado. En tal sentido, todos los escenarios y personas son a la vez similares y únicos, son similares en el sentido de que en cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden hallar algunos procesos sociales de tipo general. Son únicos por cuanto en cada escenario o a través de cada informante clave se puede estudiar del mejor modo algún aspecto de la vida social, siendo que en algunas circunstancias aparece de forma nítida o contrariamente puede emerger de manera tenue o incipiente.

El Método Fenomenológico.

Es importante resaltar aquí que el método más idóneo y vinculante con la modalidad cualitativa descrita con anterioridad, es el método fenomenológico, que según Martínez (2002), se centra en el estudio de realidades que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona. Así mismo, el método fenomenológico es el más indicado para estudiar y comprender la estructura psíquica vivencial que se da en el ser humano, en este

sentido el procedimiento metodológico será oír detalladamente muchos casos similares o análogos, describir con minuciosidad cada uno de ellos y elaborar una estructura común representativa de esas experiencias vivenciales. El método fenomenológico, estudia las realidades como son en sí, por lo cual se permite que estas se manifiesten por sí mismas, sin constreñir su estructura desde afuera, sino respetando la en su totalidad. También hay que resaltar que lo fenomenológico se complementa y adecua solidamente con lo hermenéutico (interpretativo)

Por su parte, Hurtado (2001), señala que el método fenomenológico estudia los fenómenos tal como ocurre y de manera fiel como son percibidos por el hombre, permite el estudio de los hechos desde el marco de referencia interno del sujeto que los vivencia y experimenta. Según éste autor, la fenomenología es un método ideado por Edmund Husserl, el cual intenta entender de manera inmediata el mundo del hombre, a través de una visión intelectual que se basa en la intuición del hecho mismo, lo que quiere expresar que el conocimiento se adquiere validamente mediante la intuición que conlleva a los datos inmediatos y originarios. Agrega el citado teórico que el propósito de la fenomenología es aprender el proceso de interpretación, intentando ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.

En corroboración con lo anterior, Martínez (Ob.cit.) refiere que la fenomenológica está ubicada en la escuela del pensamiento filosófico creado por Husserl: 1859-1938 a principios del siglo XIX, para éste filósofo la tarea de la fenomenológica es constituir a la filosofía en una ciencia con todo su rigor. Esta corriente filosófica enfatiza sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva, por lo que se ha identificado como la investigación sistemática de la subjetividad. Entre los aspectos más destacados que persigue el método fenomenológico, está la búsqueda de conocimientos y significados sobre la experiencia de cada persona e intenta interpretar como la gente define su mundo y como actúa en correspondencia a él. Se podría decir entonces, que la investigación fenomenológica pretende ver las cosas desde la óptica de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando. Así

mismo, es relevante destacar que la fenomenología estudia la experiencia vital del mundo de la vida, de la experiencia diaria no conceptualizada y busca también la explicación de los fenómenos que ocurren de manera consciente. De igual manera, se encarga de descubrir los significados vividos y existenciales, además, de comprender dichos significados que están inmersos en la vida cotidiana de cada persona.

Etapas del Método Fenomenológico

En virtud de lo antes planteado, Martínez (Ob.cit.) propone en el método fenomenológico tres etapas imbricadas entre sí, las cuales se especifican a continuación:

1.- La Etapa Previa: Consiste en la clarificación de presupuestos. Entre los presupuestos relacionados con el tema que se desea estudiar, habrá ciertos valores, actitudes, creencias, presentimientos, intereses y conjeturas; por lo tanto. Es necesario hacer evidentes estos puntos de partida y precisar su posible preponderancia en la investigación.

2.- La Etapa Descriptiva: El objetivo de esta etapa, que se realiza en tres pasos, es lograr una descripción del fenómeno que resulte lo más completa y no prejuiciada posible, y al mismo tiempo refleje la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y su situación, en la forma mas autentica. Una buena descripción es una excelente condición para poder realizar una investigación digna de respeto, lograr conocimientos validos y no dirigirse por un camino de ilusión, engaño y decepción. Esta etapa se realiza en tres pasos, el primero es la elección de la técnica o procedimiento apropiado, el segundo es la realización de la observación, la entrevista, cuestionario o auto reportaje y el tercero es la elaboración de la descripción protocolar.

3.- La Etapa Estructural: El trabajo central de esta etapa es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos. Consiste en siete pasos sistemáticos: el primero es la lectura general de la descripción de cada protocolo, el segundo consiste en la delimitación de las unidades temáticas, el tercero implica la determinación del tema central que domine cada unidad temática, el cuarto tiene que ver con la expresión del tema central en lenguaje científico. Con respecto al quinto paso se propicia la integración de todos los temas centrales en una estructura descriptiva, en el sexto paso se integran todas las estructuras particulares en una estructura general, y el séptimo y último paso es la entrevista final con los sujetos estudiados.

Se aclara que, los seis primeros pasos se hallan tan unidos y enlazados entre sí que es prácticamente imposible separarlos por completo. La mente humana no respeta esta secuencia en forma estricta, ya que en su actividad cognoscitiva, se adelanta o vuelve atrás con gran rapidez para dar sentido a cada elemento o aspecto. La captación de nuevas realidades en estas etapas dependerá de la profundidad y lo completa que sea la inmersión en el fenómeno descrito, del tiempo que dure, de la apertura a todas las sutilezas existentes y de lo fresca, limpia y sensible que se encuentre la mente. La actividad mental se realizara de tal manera que permita ver lo que se muestra (en nuestra conciencia), tal como se muestra por sí mismo y en cuanto se muestra así mismo.

El Contexto de Estudio

En cuanto al contexto de estudio, el mismo comprendió la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), perteneciente al Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo, Venezuela. Cabe resaltar, que dicho centro asistencia de salud es uno de los más importantes de la región central y dentro de sus instalaciones laboran diferentes especialistas en ciencias de la salud, ciencias humanas y ciencias sociales, tales como: oncólogos, hematólogos, pediatras, médicos en capacitación para hematología/oncología

pediátrica, residentes en pediatría, estudiantes de medicina, terapeutas de radiología, radiólogos, cirujanos pediatras, neonatólogos, cirujanos de tórax, neurocirujanos, cardiólogos, neurólogos, oftalmólogos, cirujanos ortopedistas, patólogos, psiquiatras, urólogos, endocrinólogos, ginecólogos, anesthesiólogos, farmacólogos, dietistas, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos pediatras, terapeutas de recreo o personal familiarizado con actividades infantiles, maestros de escuela y capellanes o líderes espirituales.

Sobre la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Ángel Larralde, se puede decir que está distribuida en tres áreas de atención: nivel I, denominado cuidados mínimos donde se brindan los primeros cuidados al recién nacido, se mantiene en observación para luego ser llevado con su madre. Nivel II cuidados intermedios donde se brindan cuidados más específicos a los recién nacidos que presentan alteraciones en su estado de salud, pero que no ameritan estar en una unidad de terapia, igual se atienden a los bebés que egresan de la unidad de terapia. Por último el nivel III o unidad de terapia neonatal, donde se atienden a los recién nacidos críticamente enfermos que ameritan de cuidados específicos y tecnología de soporte vital.

Informantes Clave

Los informantes clave son individuos en posesión de conocimientos, status o destrezas comunicativas especiales y que están dispuestos a cooperar con el investigador. Frecuentemente son escogidos porque tienen acceso a tiempo, espacios o perspectivas a datos que son inaccesibles por dicho investigador. Puede tratarse de personas residentes durante mucho tiempo en una comunidad, miembros de instituciones universitarias, religiosas y de cualquier otra índole o conocedores de las normas socio-culturales de su contexto inmediato. En este sentido, lo expresado por Taylor y Bogdan (1992), indican que “los informantes clave son individuos reflexivos y están en condiciones de aportar a las variables de proceso, intuiciones culturales

que el investigador no haya considerado, sensibilizando al mismo hacia las implicaciones valorativas de algunos hallazgos concretos” (p.66). Por tal motivo los informantes seleccionados fueron: un padre (Edinson) y dos madres (Karla y Teresa) que tenían a sus hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), nivel II y III (Cuidados Intermedio y Terapia Neonatal, respectivamente), del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo. Se hace la salvedad que los neonatos no fueron pretérminos (prematuros), sino que presentaron alguna dificultad o deficiencia orgánica después de nacidos

Criterios de Inclusión y Exclusión de los Informantes Clave

Para la selección de los informantes clave se tomaron en consideración los siguientes criterios de inclusión y exclusión, importantes para el estudio:

Criterios de Inclusión:

- 1.- Padres que participaban activamente en la hospitalización de su hijo.
- 2.- Padres que fueron voluntarios para la aplicación de entrevistas
- 3.- Padres que dieran información fidedigna al momento de las entrevistas
- 4.- Padres mayores de 18 años, acompañados por sus parejas
- 5.- Padres con disposición a la comunicación fluida.
- 6.- Padres que comprendieran el propósito de la investigación

Criterios de Exclusión:

- 1.- Padres poco activos y cooperativos en la hospitalización de su hijo
- 2.- Padres con actitudes hostiles e indiferencia hacia las investigadoras
- 3.- Padres con poca permanencia en la Unidad de Neonatología
- 4.- Padres menores de edad o sin parejas.
- 5.- Padres de poco contacto visual y dominio lingüístico

Técnica e Instrumento para la Recolección de Información

Para la presente investigación se utilizó como técnica para recoger la información la entrevista cualitativa en profundidad; y como instrumento la guía de entrevista, según los criterios teóricos de Taylor y Bogdan (1992), los cuales se fundamentan a continuación

La Entrevista Cualitativa en Profundidad

Al respecto, Taylor y Bogdan (1992), establecen que la entrevista cualitativa en profundidad implica reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. En este sentido, las entrevistas cualitativas en profundidad tienen la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de escenarios, situaciones o personas, en un lapso de tiempo relativamente breve si se lo compara con otras técnicas o procedimientos metodológicos. En las entrevistas los informantes son conscientes de que el propósito del entrevistador es realizar un estudio, y para ello es idóneo almacenar la información obtenida en un dispositivo electrónico de audio (grabador) o video (cámara de video). Este último dispositivo no sólo logra captar palabras textuales del informante, sino que además permite grabar gestos faciales y demás expresiones corporales propios de la personalidad de dicho informante.

En tal sentido, se realizaron tres entrevistas a padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo, específicamente un padre de 29 años de edad, una madre de 24 años y otra madre de 25 años. Estas dos últimas tenían hospitalizados a sus hijos recién nacidos en el nivel III de la UCIN y el primero tenía a su hija en el nivel II de dicha unidad neonatal.

La Guía de Entrevista

En relación, al instrumento para recoger la información se seleccionó la guía de entrevista, que según expresan Taylor y Bogdan (1992) “la guía de entrevista no se trata de un protocolo estructurado, se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide como enunciar las preguntas y cuando formularlas”. (p.119). La guía de entrevista sirve exclusivamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. En este sentido, el empleo de la guía de entrevista es útil cuando el investigador ya ha aprendido algo sobre los informantes a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia de contacto directo. La guía de entrevista para la investigación estuvo estructurada por 7 preguntas abiertas, pero por la dinámica de la realidad de los entrevistados, se realizaron muchas más, las cuales las investigadoras han denominado preguntas enmascaradas, ya que las mismas no están en la estructura original de la guía de entrevista

Técnica para el Tratamiento Interpretativo de la Información

Luego de utilizar la entrevista cualitativa en profundidad y la guía de entrevista como técnicas e instrumento de recogida de información respectivamente, se procedió a interpretar teóricamente la misma mediante: el proceso de categorización y su posterior triangulación o sistematización en un todo estructurado. En lo referente al proceso de categorización, él mismo permite resaltar la información más significativa y contrastarla, de manera que se puedan presentar elementos esenciales dentro de la investigación y de este modo interpretarlos coherentemente. En consecuencia, Martínez (Ob.cit.), afirma: “el proceso de categorización consiste en resumir o sintetizar en una idea (palabra o expresión) un conjunto de datos o información escrita, grabada o filmada para su fácil manejo posterior”. (p.233). Para el proceso de categorización una vez transcritas las entrevistas se procedió a resaltar las categorías principales y las categorías secundarias, extraídas ambas de la frase textual de la

entrevista. Dicho proceso permitió a posteriori realizar una síntesis o tratamiento hermenéutico de la información.

En lo que respecta a la triangulación o convergencia Goetz, J y LeCompte, M. (1988) señalan que el investigador cualitativo **determina la exactitud de sus conclusiones triangulando diferentes fuentes de datos. Así mismo la triangulación impide que el investigador cualitativo acepte demasiado fácil la validez de sus impresiones iniciales; y amplía la claridad de los constructos desarrollados en el curso de la investigación.** Para tal efecto, las investigadoras procedieron a triangular o contrastar la información obtenida de los tres padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con la respectiva fundamentación teórica.

Criterios de Excelencia de la Investigación

Resulta necesario destacar, que toda investigación debe contar con eficientes técnicas para interpretar la información, cuyo propósito principal es asegurar los criterios de excelencia de dicha investigación. Ciertamente, para Taylor, S y Bogdan, R (Ob.cit.), la validez y fiabilidad representa la mayor fuerza en las investigaciones cualitativas; de tal forma, que el modo en que se recoge la información y se almacena, y considerando la realidad educativa estudiada, fortalece y no permite que el investigador o investigadora contamine el fenómeno estudiado desde su modesto punto de vista, otorgando a dichos investigadores rigor científico en sus reflexiones o hallazgos finales. Por lo tanto, al hablar de validez y fiabilidad, se debe entender estos términos como la capacidad que tiene la investigación para demostrar si la información obtenida de los informantes clave es fidedigna. Es así, como en la presente investigación la información cotejada por los tres informantes clave fue fiable ya que se produjo una amplia coherencia en las diferentes fuentes informativas recopiladas. En cuanto a la validez investigativa, la misma estuvo constituida por su contenido interno el cual fue verificado por profesores de metodología, adscritos al

departamento de orientación, en pregrado y postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, como es el caso del tutor académico de la asignatura: trabajo de grado y el tutor metodológico, ambos escogidos por las investigadoras

Consentimiento y Aspectos Éticos de la Investigación

La presente investigación contó con el consentimiento informado a cada uno de los padres que accedieron voluntariamente a participar en la misma; dejando claro los siguientes aspectos fundamentales:

1.- El consentimiento entre las investigadoras y los padres fue completamente acordado y aceptado por las partes, para darle mayor transparencia al fenómeno de estudio.

2.- El contacto de las investigadoras con los padres de hijos recién nacidos hospitalizados en la UCIN, se produjo porque una de ellas presentó una situación similar a estos padres seleccionados, por cuanto su hijo estuvo en el nivel II de dicha unidad neonatal afrontando una traqueína transitoria o dificultad respiratoria. Esto facilitó la comunicación con los padres para explicarles el propósito del estudio.

3.- En cuanto a los nombres de los informantes clave, se reservó su identidad para resguardo de los mismos; por otra parte, la información suministrada por cada informante clave se maneja con total confidencialidad y discreción.

4.- Se les explicó claramente a cada uno de los informantes clave que serían gravados por un dispositivo de almacenamiento de audio y luego la información suministrada por ellos, sería descargada o desgravada para su eventual transcripción.

5.- No se modificó ni manipuló la información emanada por los informantes clave.

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO HERMENÉUTICO DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Sistematización Protocolar de la Información

La sistematización protocolar de la información se configuró en función de los aspectos vivenciales de tres padres con hijos recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Universitario Ángel Larralde, ubicado en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo, Venezuela. En este sentido, los protocolos aparecen en orden secuencial y sistemático de la siguiente manera: presentación del informante clave (I) Edinsón, (II) Karla y (III) Teresa, transcripción textual de la entrevista, proceso de categorización extraída de la misma, síntesis discursiva del mundo vivencial de cada uno de los padres con hijos recién nacidos hospitalizados en la UCIN, matriz de triangulación de las fuentes orales y la estructura general del mundo vivencial de cada uno de los padres antes referidos.

Presentación del Informante Clave I Edinsón (pseudónimo utilizado)

Lugar de Procedencia: Vivienda Rural de Bárbula (Naguanagua)

Grado de Instrucción: Bachiller

Género: Masculino

Edad: 29 años

Estado Civil: Casado

Profesión: Comerciante informal

Lugar donde se Aplicó la Entrevista: Hogar de Edinsón (previo acuerdo)

Fecha: Domingo, 2 de marzo

Hora: 4:15 p.m.

Duración: 10 minutos aproximadamente

Transcripción de la Entrevista y Categorización. Informante I (Edinsón)

Para la grabación de la entrevista, se utilizó un dispositivo electrónico de almacenamiento de voz exclusivamente. Así mismo, se aclara que el ambiente físico fue idóneo para realizar la entrevista presentándose una iluminación óptima y actividad térmica agradable, en cuanto a la dimensión psicoafectiva fue propicia para generar un clima de confianza, empatía y asertividad entre el entrevistado y las investigadoras. Se utiliza la letra (**IDK**) en negrita mayúscula para referirse a toda la intervención de las investigadoras: Danielly-Karenys, mientras que la letra (E) sin negrita mayúscula hace referencia a toda la participación del informante clave o entrevistado en este caso. Por otro lado, entre paréntesis () se comenta sobre algunas especificaciones o explicaciones de una expresión emocional, gestual o lingüística de contenido simbólico- literal. (Esta entrevista fue realizada un mes después de ser dada de alta el neonato).

Cuadro No. 1. Entrevista del Informante (I) Edinsón

Categorías y Subcategorías	No	Frase Textual
Rapport Inicial Contexto afectivo idóneo para realizar la entrevista	1	IDK: Hola, buenas tardes ¿cómo estas Edinsón?
	2	
	3	E: Hola muy bien, por aquí todo bien
	4	IDK: Nos alegramos, de antemano gracias por darnos la oportunidad de entrevistarte para nuestra investigación sobre las vivencias de situaciones emocionales estresora-
	5	de depresivas en padres de hijos recién nacidos que han sido hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
El Sentir de Ser Padre/Madre <ul style="list-style-type: none"> • Un hijo significa cualitativamente un mundo de vida lleno de plenitud. 	13	E: Aquí siempre a la orden, ustedes dirán, pues (gesto de cordialidad)
	14	
	15	IDK: ¿Qué sentiste cuando te informaron que ibas a ser padre?
	16	
	17	E: Buenooo (pensativo) <u>imagínate tú,</u>
	18	<u>para mí un hijo es lo más grande del</u>
	19	<u>mundo,</u> aunque bueno yo ya tengo un

<ul style="list-style-type: none"> • Ser padre implica la demostración extrínseca de manifestaciones emocionales gratificantes, que es consustanciada con la pareja por el advenimiento de una nueva vida en el contexto familiar, sin distinciones basadas en el sexo. <p>Generación de Expectativas en Padres/Madres, cuando se les informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afloramiento de angustia en grado superlativo, cuando el padre es informado sobre la hospitalización de su hija en la UCIN. • La realidad se transfigura estresante en el padre, cuando recibe información limitada sobre el estado de su hija. <p>Contacto del Padre/Madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el primer contacto Padre-Hija, la relación emocional es dolorosa, debido a que no hay autonomía para expresarle kinestésicamente los afectos. • La información asertiva sobre la situación actual de la hija permite de-construir 	<p>20 21 22 23 24 25 26 27 28 28 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64</p>	<p>chamo de cinco (5) años, pero cuando mi esposa me dijo que iba a ser papa de nuevo, nooo (gesto de alegría, levantando las manos empuñadas hacia arriba) <u>yo salte de la felicidad y abrace a mi mujer, me súper emocione como ustedes no se imaginan, y más cuando a los meses me dijo que iba a ser hembra, no no no podía creerlo porque yo quería que fuera hembra en verdad, y eso fue un gran momento</u> en verdad, verdaita</p> <p>IDK: ¿Cuáles fueron las expectativas que se generaron en ti cuando te informaron que tu hijo recién nacido había sido hospitalizado en la UCIN?</p> <p>E: Miraaa en verdad, <u>yo sentí mucha, pero mucha angustia cuando me dijeron que mi hija la habían ingresado a la Unidad estaaa, esteee de cuidados intensivos a la UCIN</u> que llaman, y bueno ahí empecé a preguntar por qué la habían ingresado, <u>y eso en verdad es estresante, nadie te dice nada solo me dijeron que la iban a hospitalizar por problemas respiratorios pero más nada, y que iba a estar en observación varios días</u></p> <p>IDK: Ahora una vez que te informan, ¿Cuáles fueron tus primeras impresiones cuando observas a tu hija recién nacida hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?</p> <p>E: Miraa esteee <u>duele ver a tu hija así, sin poderla tocar, cargar, besarla ¿entiendes?, sin poder salir a la calle y decir: ¡mira esta es mi hija!. Bueno uno entiende que cuidan al bebe para que no se complique mas, pero más información para nosotros sería bueno, porque uno se angustia, ver a mi hija ahí metida con un poco de</u></p>
--	---	---

<p>situaciones emocionales como la angustia, aun sabiendo que la vida es dependiente de la tecnología</p> <p>Actos y Actitud en la relación Padre-Hija</p> <ul style="list-style-type: none"> El encuentro actitudinal Padre-Hija, se ve refrendado por la oralidad primeramente, seguidamente se da el contrato físico, para luego vislumbrar la descripción de un espacio cálido en el hogar. 	<p>65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109</p>	<p>cables y equipos sofisticados, y <u>pensar que de eso depende la vida de tu hija, es fuerte en verdad, verdad</u></p> <p>IDK: ¿Qué cosas haces con tu hija cuando la visitabas a la UCIN?</p> <p>E: Bueno cuando por fin pude entrar a ver a mi hija, <u>después de 4 horas de nacida, le hable, me le presente formalmente (risas) le toque los bracitos, le dije que en la casa mamá, papá y su hermanito mayor la estaban esperando, ah y que le teníamos varios regalitos (risas)</u></p> <p>IDK: ¿Cada cuanto tiempo visitabas a tu hija en la UCIN?</p> <p>E: yo la veía una sola vez al día, eso sí a cada rato llamaba a mi mujer para ver cómo estaba la bebe, porque tenía que trabajar full. Así estuve una semana o estuvimos mejor dicho una semana mi esposa y yo, hasta que dieron a la bebe de alta, gracias a Dios</p>
<p>Importancia de la Comunicación Efectiva entre el Personal Médico Especializado-Auxiliar y Padres del Neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> La comunicación es la piedra angular entre los especialistas y auxiliares de la medicina, y los padres del neonato, porque evita la angustia en los mismos. Los médicos limitan la comunicación con los padres al llevarlos solamente a su campo explicativo. Las situaciones de estrés, depresión son más marcadas en la madre que en el padre, al ver al neonato en condiciones críticas de salud. <p>Sugerencias de los Padres/Madres</p>		<p>IDK: ¿Por qué es importante mantener una comunicación eficiente y fluida entre el personal médico, de enfermería y los padres del recién nacido o neonato?</p> <p>E: De verdad que mira, es <u>es muy muy importante la comunicación, porque uno se angustia mucho, yo me estrese de no saber más nada sobre la bebe, le preguntaba a las enfermeras y ellas solo me decían va a estar bien no se preocupe ¿Cómo no me voy a preocupar? Y cuando salía el médico me decía casi igual se va a poner bien, le vamos a hacer unos estudios y tal la seguiremos monitoreando. Estresante y hasta indignante y mi esposa mucho más angustiada, y la tercera o cuarta noche le dio una lloradera fuerte, de ver a la bebe todavía ahí.</u></p> <p>¿Qué sugerencias plantearías como padre para mejorar los cuidados de tu hijo recién nacido hospitalizado</p>

<p>para mejorar los Cuidados de los Neonatos en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • El flujo informativo de los especialistas hacia los padres debe ser frecuente y veraz. • La UCIN representa para los padres un sitio donde se debate la vida y la muerte del hijo recién nacido. Generando niveles estresores que a veces los especialistas de salud ignoran. • El padre por tener más contacto directo y frecuente con las profesionales de la enfermería se hace cuestionamientos, esperando respuestas en ellas que le garanticen información fidedigna sobre su hija. Pues la misma, es un paciente desde la objetividad científica, pero es al tiempo un hijo, desde lo subjetivo y sublime del amor paterno. <p>Pertinencia de la Praxis Profesional del Orientador Familiar en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • La praxis del orientador familiar es traspuesta por otro profesional de las ciencias humanas. • El orientador familiar es un profesional vocado al asesoramiento del contexto familiar de los padres-madres del neonato, permitiendo ejercer poder de autoridad en la relación (todos son autores y reflexionan sobre sus vivencias más sentidas, de forma autónoma) 	<p>110 11 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 113 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153</p>	<p>en la UCIN?</p> <p><u>E: Que nos den información exacta a los padres antes, durante y después de estar con la bebe, muchos lo hacen pero otros no, y más aun considerando que tienes a tu bebe en un sitio delicado, donde casi nadie sabe que tienes una carga de estrés uno como padre y la madre sobre todo, nadie se imagina eso, en un centro privado hay más atención, será porque uno paga, pero los que no tenemos muchos recursos económicos tenemos que ir a un hospital, nos guste o no. ¿Sabes que me gustaría que me hubiesen dicho esa vez las enfermeras?</u></p> <p>IDK: ¿Qué cosa?</p> <p><u>E: Tranquilo señor, su beba tiene esto, esto y esto”. Eso es muy importante, a la enfermera, de repente ve a mi bebe como un paciente más, porque es su trabajo también, pero imagínate yo solo la puedo ver como padre</u></p> <p>IDK: ¿Cómo considerarías el asesoramiento profesional de un orientador familiar, en función de ofrecer apoyo asistido a los padres con hijos hospitalizados en la UCIN?</p> <p><u>E: ¿Un orientador familiar?, cónchale suena muy bien eso, ¿así como un psicólogo verdad?</u></p> <p>IDK: más bien un asesor familiar</p> <p><u>E: Seria muy bueno, que nos ayude a uno en esos momentos de angustia a uno como padre y más a la madre, que nos oriente y que nos escuche, porque uno a veces quiere hablar para desahogarse de todos esos sentimientos que uno tiene adentro.</u></p> <p>IDK: Bueno amigo, hemos llegado al final de esta entrevista, gracias por tu valiosa colaboración.</p> <p><u>E: Tranquilas, fue un placer conversar</u></p>
---	---	--

Fuente: Valles y Velasco (2014)

Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Edison (Padre) en la UCIN

En el presente texto se dilucida la síntesis discursiva de mundo vivencial de Edison, Padre de una recién nacida hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, adscrito al Hospital Universitario Ángel Larralde, cuya ubicación está en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo. Asimismo, en esa síntesis discursiva se toman en consideración las categorías principales y subcategorías que emergieron de la entrevista aplicada al referido informante clave.

En cuanto al sentir de ser padre, un hijo viene a significar interpretativamente un mundo de vida lleno de plenitud humana de sentida satisfacción personal, familiar, espiritual que da trascendencia y sentido al valor de la existencia. Cada nacimiento de un hijo es un evento único, irrepetible y de gran disfrute emocional del padre. En tal sentido, cuando se es padre existe la necesidad de manifestar todos aquellos sentimientos que son compartidos y complementarios con la pareja por el advenimiento de un nuevo ser, sin importar el sexo del mismo. De hecho, el padre recibe con mucha receptividad y agrado la llegada de una hembra al seno familiar, la cual deparará muchas alegrías. La paternidad responsable, cuando es asumida con hidalguía, amor y autoridad, puede generar solvencia en la relación de pareja, con los otros hijos, y en un contexto social puede promover ésta misma actitud paterna en las facetas intergeneracionales venezolanas.

Cuando se les informa por primera vez al padre sobre la hospitalización de su hija recién nacida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), aflora una angustia inusitada de grado superlativo y sostenido. En esos primeros instantes de hospitalización el padre se siente desorientado por falta de información precisa que garantice ampliamente el bienestar de la vida de su hija, ante lo cual emprende la labor de indagar en las fuentes primarias como lo es el personal médico y enfermería. Ante esta perspectiva el padre se siente estresado cuando eventualmente recibe información fidedigna sobre el estado de salud actual de su hija y el causal del mismo

Sobre el contacto del padre con la hija recién nacida hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se tiene que en ese primer momento se establece una relación psíquica y afectiva muy dolorosa, debido a que se ve imposibilitado de un acercamiento afecto-kinestésico por varias razones, siendo la primera el tener que verla recibiendo tratamiento en un sitio aislado con personal poco comunicativo y equipos tecnológicos que desprenden luces y sonidos para corregir la deficiencia respiratoria diagnosticada, en segunda instancia, no tener a certeza de cuánto tiempo durará tal situación para poder estar en el hogar y en última instancia, tener pensamientos pesimistas sobre estado de salud el cual pudiera esperar o peor o hasta lo inevitable. De tal manera, que si se informa constantemente y de forma asertiva al padre las situaciones emocionales como la angustia pueden deconstruirse

Seguidamente, sobre los actos y la actitud en la relación padre-hija se conforman estructuralmente por la oralidad, donde el padre establece una relación oral con su hija como una forma de hacerle sentir su presencia, acompañado por el contacto físico para luego hacer una descripción relatada sobre el contexto familiar que le espera y las características de cada integrante. El padre busca, mediante sus actos disipar su angustia, temores o cualquier manifestación de estrés, y en esa misma medida transferirle a su hija mucha confianza, por los medios antes señalados (la palabra y el contacto físico). La actitud positiva de padre, tiene la intencionalidad de producir un fuerte estímulo para acelerar la recuperación física de su hija y al mismo tiempo, tomar fuerzas de ánimo para sobrellevar la incertidumbre que lo acompaña

En este hilo discursivo, la comunicación efectiva entre el personal médico especializado, el auxiliar de enfermería y los padres del neonato reviste mucha importancia y trascendencia, ya que una comunicación constituida por la efectividad, la fluidez, la veracidad y la asertividad, viene a resignificar que el padre no esté preocupado, angustiado, estresado o depresivo. Sin embargo, los médicos especialistas sólo emiten a cada padre los procedimientos que están realizando y

aquellos que deben cumplirse a posteriori, en ocasiones de manera efímera sin tantas explicaciones, mientras que en otras se entra al terreno de la excesiva explicación. Ahora bien, las situaciones de estrés y depresión son más marcadas en la madre que en el padre, al ver al neonato en condiciones críticas de salud. Ante estos eventos, la comprensión del padre y la madre como pareja es fundamental para tener la paciencia necesaria ante el tratamiento del hijo hospitalizado, y el mismo llegue a feliz término.

Por su parte, el padre propone una serie de sugerencias referidas a mejorar los cuidados del neonato en la UCIN, dentro de las cuales se destaca que el flujo informativo de los especialistas, sean médicos y enfermeras se propicie con más frecuencia y con un contenido veraz de cómo evoluciona el recién nacido con el tratamiento aplicado. Para los padres la UCIN representa un sitio donde se debate la vida y la muerte del hijo recién nacido, generando niveles estresores que a veces los especialistas de salud ignoran o pasan por alto. De igual manera, el padre por tener más contacto directo y frecuente con las profesionales de la enfermería se hace cuestionamientos sobre el estado de su hija recién nacida, esperando respuestas que le garanticen información fidedigna sobre la misma. También hay que hacer una distinción ente un recién nacido visto con objetividad científica y por otro lado verlo desde lo subjetivo del amor paterno

En cuanto a la pertinencia de la praxis profesional del orientador familiar en la UCIN, sus competencias y funcionalidad disciplinar es confundida con la del psicólogo, ya que el mismo tiene mayor campo de acción clínica y social. También se tiende a relacionar dicha profesión con la labor orientadora, ya sea por asociación, por desconocimiento e incluso por diferenciación de ambos campos disciplinarios. Asimismo, el orientador familiar es un profesional vocado al asesoramiento del contexto familiar de los padres-madres del neonato, permitiendo ejercer poder de autoridad en la relación (todos son autores y reflexionan sobre sus vivencias más sentidas, de forma autónoma). Esta relación también puede ser ejercida entre el orientador familiar y los especialistas entre médicos y enfermeras de la UCIN.

Presentación del Informante Clave II Karla (pseudónimo utilizado)

Lugar de Procedencia: Urbanización Tarapío (Naguanagua)

Grado de Instrucción: Tercer año de Bachillerato

Género: Femenino

Edad: 24 años

Estado Civil: Casada

Profesión: Ama de Casa

Lugar donde se Aplicó la Entrevista: Hogar de Karla (previo acuerdo)

Fecha: Sábado, 8 de marzo de 2014

Hora: 11:27 a.m.

Duración: 10 minutos aproximadamente

Transcripción de la Entrevista y Categorización. Informante II (Karla)

Para la grabación de la entrevista, se utilizó un dispositivo electrónico de almacenamiento de voz exclusivamente. Así mismo, se aclara que el ambiente físico fue idóneo para realizar la entrevista presentándose una iluminación óptima y actividad térmica agradable, en cuanto a la dimensión psicoafectiva fue propicia para generar un clima de confianza, empatía y asertividad entre el entrevistado y las investigadoras. Se utiliza la letra **(IDK)** en negrita mayúscula para referirse a toda la intervención de las investigadoras: Danielly-Karenys, mientras que la letra **(E)** sin negrita mayúscula hace referencia a toda la participación del informante clave o entrevistado en este caso. Por otro lado, entre paréntesis **()** se comenta sobre algunas especificaciones o explicaciones de una expresión emocional, gestual o lingüística de contenido simbólico- literal. (Esta entrevista fue realizada tres semanas después de ser dada de alta el neonato). Por ser la entrevistada una madre, se anexa como información complementaria que el embarazo fue a término (bebe que nació en el tiempo establecido), además de ello, esta madre conjuntamente con su pareja no realizaron ningún curso pre natal sobre parto sicoprofilactico. Era la primera experiencia de tener a un hijo hospitalizado en la UCIN.

Cuadro No. 2. Entrevista del Informante (II) Karla

Categorías y Subcategorías	No	Frase Textual
<p data-bbox="391 615 607 646">Rapport Inicial</p> <p data-bbox="332 779 743 846">Contexto afectivo idóneo para realizar la entrevista</p> <p data-bbox="332 1182 743 1213">El Sentir de Ser Padre/Madre</p> <ul data-bbox="347 1297 776 1839" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="347 1297 776 1581">• La madre vive sentidamente cada procreación como una oportunidad única para expresar júbilo y efusividad exponencial, siendo un elemento sagrado la dadiva de vida no planificada incluso. <li data-bbox="347 1591 776 1696">• La madre venezolana, se aferra con firmeza en su herencia biológica. <li data-bbox="347 1738 776 1839">• El deseo de madre es generar vida saludable dentro y fuera de su vientre materno 	<p data-bbox="824 342 849 1839">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41</p>	<p data-bbox="894 342 1388 447">IDK: Hola, muy buenos días ¿Cómo estas Karla? ¿Cómo te sientes hoy sábado?</p> <p data-bbox="894 457 1388 594">E: Buen día, muy bien aquí limpiando un poco la casa hasta que ustedes llegaron, pero bienvenidas a mi humilde hogar (gesto de alegría)</p> <p data-bbox="894 604 1388 993">IDK: Gracias amiga, muy agradecida por atendernos en tu casa y aprovechando que el bebe está dormido, vamos a iniciar pues esta entrevista, que ambas hemos titulado vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos que han sido hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).</p> <p data-bbox="894 1003 1388 1066">E: Que chévere poder ayudarlas en su tesis. ¿Ya se van a graduar?</p> <p data-bbox="894 1077 1388 1287">IDK: Si, falta poco para eso Dios mediante (risas) Muy bien Karla queríamos iniciar la entrevista preguntándote ¿Qué sentiste cuando te informaron que ibas a ser madre?</p> <p data-bbox="894 1297 1388 1833">E: <u>una gran alegría indescriptible, como en mis otros dos embarazos, aunque te confieso que no lo esperábamos, pero igual, para mi es una bendición tener de nuevo una criatura dentro de mi;</u> y esteee como decía mi mama que en paz descansen los hijos son lo único que realmente tenemos como madres, en cambio el <u>marido se va y los hijos quedan</u> (risas) ay pero no yo a mi marido lo adoro. Yooo me entere de mi bebe a los dos meses, <u>yoooo solo quería que naciera sano sanitoooo como mis otros dos muchachos uno de 4 y otro de 7 años</u></p>

<p>Generación de Expectativas en Padres/Madres, cuando se les informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previo a la labor de parto, las condiciones de salud de la madre es un indicativo de confianza sobre el éxito del alumbramiento y la posterior recuperación energética del esfuerzo realizado. • La madre cuando es informada sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN, deviene en un cuadro de desasosiego e incertidumbre, ante lo cual se opta por estrechar el vínculo materno lo antes posible 	<p>42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66</p>	<p>IDK: ¿Cuáles fueron las expectativas que se generaron en ti cuando te informaron que tu hijo recién nacido tenía que ser hospitalizado en la UCIN? E: heee <u>cuando ingrese al hospital Carabobo para parir, me sentía mal hasta los pies los tenía bastante hinchados, de hecho la enfermera me tomó la tensión (se refiere a la presión arterial) y la tenía uffft altísima en 180/130 (referidos a los milímetros de mercurio mmhg). Me bajaron la tensión y después que me estabilizaron me acuerdo que entre al quirófano y de ahí no supe nada. Cuando desperté me informan que mi hijo estaba en la UCIN, eso para mí fue fatal, me desesperé toda aunque no tenía casi fuerzas, comencé a gritar, quería ver a mi bebito, fue un momento muy difícil para mí y solo querían que me calmaran y no me decían nada las enfermeras y la doctora</u></p>
<p>Contacto del Padre/Madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer contacto de la madre con su hijo recién nacido que ha sido hospitalizado ,produce una conmoción emocional de fuerte contraste al observar en su cuerpo y el del neonato secuelas de la intervención médica, mediada por la tecnología que la sustenta 	<p>67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86</p>	<p>IDK: luego que te informan, ¿Cuáles fueron tus primeras impresiones cuando observas a tu hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)? E: yo pase una noche en observación porque la tensión estaba irregular y al día siguiente fue que me llevaron al piso de abajo, y en seguida pedí ver a <u>mi niño, cuando lo vi en la tarde, no se qué decir lo que sentí, al ver a mi niño tan chiquito, tan indefenso, con tantos aparatos, tantas agujas, las marcas que tengo yo en los brazos el también las tiene en todo el cuerpo.</u> (al momento Karla señala las partes de su cuerpo y comienza a llorar y se toma tiempo para articular palabras) IDK: (en vista de la situación, las</p>

<p>Actos y Actitud en la relación Padre-Hija</p> <ul style="list-style-type: none"> • El acto relacional de la madre hacia su hijo hospitalizado esta mediado por las palabras de estimulo, recuperación, perseverancia y amor; al igual, que el anhelo de tener contacto físico con él <p>Importancia de la Comunicación Efectiva entre el Personal Médico Especializado-Auxiliar y Padres del Neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación entre el personal de enfermería principalmente y los padres, era asimétrica, ya que en ocasiones algunas de estas profesionales demostraban cordialidad y otras presentaban hostilidad. • El médico de turno en la UCIN, puede ser muy comunicativo o no de acuerdo a sus disposiciones personales de atención a los padres. • Una derivación de la incomunicabilidad es la vivencia de una situación dolorosa, que atenta en la satisfacción de necesidades básicas como el alimento y sueño, entre otros <p>Sugerencias de los Padres/Madres para mejorar los Cuidados de los</p>	<p>87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131</p>	<p>entrevistadoras hacen silencio para luego retomarla entrevista). ¿Qué cosas haces con tu hijo cuando lo visitabas a la UCIN?</p> <p>E: Bueno <u>yo le hablaba mucho, le decía que lo amaba, que iba a estar con él hasta, que se recuperara, que iba a luchar con él, me daban deseos de besarlo pero tenía muchos aparatos en la cabeza, con todo y eso tocaba su cuerpito.</u> El tuvo complicaciones con las plaquetas que las tenía muy bajas y también tenía una arritmia cardiaca fuerte me dijo la doctora, y ella al tercer día me dejó cambiarle los pañales y le coloco crema</p> <p>IDK: ¿Por qué es importante mantener una comunicación eficiente y fluida entre el personal médico, de enfermería y los padres del recién nacido o neonato?</p> <p>E: <u>uyyyy súper importante la comunicación, hay enfermeras que son mala sangre (risas), no todas porque hay otras que son un poco más atentas, pero había que estar encima de ellas preguntándole por mi hijo y a muchas de ellas eso le daba rabia pues. También con los médicos, la doctora de la mañana era más comunicativa, pero la de la noche era casi un ogro (risas), no le preguntaba a ella, sino a las enfermeras de turno. Mira viví muchos días de dolor y angustia, no me daba hambre y mi esposo me decía que debía comer para estar fuerte, porque porque el bebe me iba a necesitar cuando lo dieran de alta y bueno mi familia me apoyaba mucho, mis hermanas que estaban conmigo me daban mucho ánimo.</u></p> <p>¿Qué sugerencias plantearías como padre para mejorar los cuidados de tu hijo recién nacido hospitalizado en la UCIN?</p>
---	---	---

<p>Neonatos en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • La madre debe pasar más tiempo con su hijo hospitalizado, aun en proceso de evaluación y exámenes médicos. • Disponer de un personal que pueda generar confianza y atender los requerimientos afectivos, comunicacionales y cognitivos de la madre <p>Pertinencia de la Praxis Profesional del Orientador Familiar en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • El orientador familiar tiene un espacio de aceptación de los padres con hijos hospitalizados en la UCIN, principalmente para abordarlos en situaciones emocionales, estresantes y depresivas. Al igual, que su actuación incidiría en fortalecer el sistema de valores humanos, aunado a la racionalidad explicativa de la realidad que viven los padres • El orientador en su praxis tiene la capacidad profesional de entrar al campo axio-empírico de los padres con hijos recién nacidos hospitalizados en la UCIN 	<p>132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175</p>	<p>E: (pensativa), bueno serían como que varias sugerencias en realidad (risas) <u>que una como madre pueda pasar más tiempo con el niño, claro una entiende que deben hacerle exámenes y esas cosas.</u> Yo siempre estaba pendiente de sus cosas, que si de sus sabanas, si están húmedas, siempre que podía entraba a ver a mi niño. <u>La cuestión es que no dormía casi pendiente de él, de cómo lo tocan y lo cuidan, sobre todo cuando les hacían los exámenes de sangre</u></p> <p>IDK: ¿Cómo considerarías el asesoramiento profesional de un orientador familiar, en función de ofrecer apoyo asistido a los padres con hijos hospitalizados en la UCIN?</p> <p>E: Buenooo <u>sería una completa maravilla poder contar con un orientador familiar pues, que esté avocado a la familia en esos momentos tan dolorosos y estresantes, porque al principio yo no encontraba como que un consuelo, quería que alguien del hospital me explicara, me diera más esperanzas, yo no encontraba como expresar lo que sentía ni siquiera a mi esposo, y no le decía a nadie y era difícil, aunque estaba mi familia mis hermanas y mi marido, sentía una angustia terrible en el pecho, yo solo quería estar con mi niño y estar en mi casa sin ningún problema.</u></p> <p>IDK: Excelente amiga mía, gracias por compartir tus vivencias en la UCIN, con nosotras</p> <p>E: Fue un placer estar con ustedes en la entrevista, espero le haya sido útil esas vivencias mías (risas)</p> <p>IDK: Si claro cómo no, excelente</p> <p>E: Cuídense mucho. Éxitos</p>
---	--	--

Fuente: Valles y Velasco (2014)

Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Karla (Madre) en la UCIN

En el presente texto se dilucida la síntesis discursiva de mundo vivencial de Karla, madre de un recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, adscrito al Hospital Universitario Ángel Larralde, cuya ubicación está en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo. Asimismo, en esa síntesis discursiva se toman en consideración las categorías principales y subcategorías que emergieron de la entrevista aplicada al referido informante clave

Primeramente, el sentir de ser madre implica un aspecto muy trascendental ya que cada oportunidad donde ejerce la maternidad hay una vivencia muy sentida donde expresa gran júbilo y gran efusividad, siendo un elemento sagrado la dación de la vida de un nuevo hijo no planificada incluso. La madre venezolana, se aferra con firmeza a su cultura matriarcal y herencia biológica, desarrollando para ello la capacidad de darle crianza a sus hijos si llegare a faltar presencialmente el progenitor. Es importante señalar, que ante cualquier situación el principal deseo y anhelo de madre es generar vida saludable dentro y fuera de su vientre materno. Es así como, la salud desempeña un papel importante entre el vínculo afectivo madre-hijo.

Seguidamente, en cuanto a la generación de expectativas de la madre, cuando se le informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN se tiene que previo a la labor de parto, las condiciones de salud de la madre es un indicativo de confianza sobre el éxito del alumbramiento y la posterior recuperación energética del esfuerzo realizado. Dentro de esta perspectiva, viene a cobrar relevancia los controles prenatales de la madre para prevenir alguna situación problemática con el niño recién nacido. Ahora bien, cuando a la madre se le informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN, deviene en un cuadro de desasosiego e incertidumbre ante el panorama de ver a su hijo en una situación desfavorable de la cual ella no tenía dominio, ni relación directa para hacerse cargo de su hijo. El distanciamiento entre la madre y el bebé recién nacido produce alteración exacerbada en los estados de ánimo.

El primer contrato de la madre con su hijo recién nacido que ha sido hospitalizado en la UCIN, produce una conmoción emocional de fuerte contraste al observar en su cuerpo y el del neonato secuelas de la intervención médica, mediada por la tecnología que la sustenta. Esto se evidencia, con las señales corpóreas presentadas por la madre y el hijo hospitalizados, donde la madre no puede describir verbalmente los procedimientos quirúrgicos practicados a ella y su hijo, teniendo la creencia que la magnitud de dolor que ella padeció también lo siente su bebé.

Sobre los actos y actitud en la relación madre-hijo, se desprende el hecho de que en dicha relacionalidad esta mediado por las palabras de estímulo, recuperación, perseverancia y amor; al igual, que el anhelo de tener contacto físico con el hijo recién nacido. En esta situación, la madre se encuentra en un contexto de cuidados especializados que recibe su hijo recién nacido, sin el cual se imposibilita la recuperación pronta y definitiva sobre su estado de salud. En esa inquietud de mantener un vínculo armónico, la madre recibe autorización del personal médico para que la madre pueda atender las necesidades fisiológicas de su hijo y de esta manera tener el roce físico, emocional y psíquico respectivo.

Por otro lado, la comunicación entre el personal de enfermería principalmente y los padres, es completamente asimétrica o desigual, ya que en ocasiones algunas de estas profesionales demostraban cordialidad y otras presentaban hostilidad en el trato a la madre y familia del recién nacido. De igual forma, el médico de turno en la UCIN, puede ser muy comunicativo o no de acuerdo a sus disposiciones personales de atención a los padres. También se especifica que las vivencias de situaciones emocionales estresoras depresivas en la madre, conllevan a no tomar en consideración la ingesta de alimentos y el descanso para un sueño recuperador que permita la recuperación de energías, la cual requerirá para atender al hijo recién nacido una vez dada de alto en el contexto familiar. Aquí se tiene que, el padre representa un apoyo sostenido e incondicional con la madre, al igual que el grupo consanguíneo de la madre (hermanas)

En otro orden de ideas, los padres sugieren para mejorar los cuidados de los neonatos en la UCIN, los siguientes elementos discursivos: a la madre se le debe otorgar pasar más tiempo con su hijo hospitalizado, así se encuentre en proceso de evaluación y exámenes médicos. Asimismo, se debe disponer de un personal aparte de las enfermeras y los médicos que puedan generar confianza y atender los requerimientos afectivos, comunicacionales y cognitivos de la madre con su hijo recién nacido que está hospitalizado. Aquí no importa el tiempo que pueda pasar el hijo hospitalizado en la UCIN, lo importante es la capacidad de resistencia que pueda tener principalmente la madre y el padre para sobrellevar con fortaleza toda la fase hospitalaria, donde además deben atender a los hijos que están en el hogar, y que ameritan sus respectivos cuidados y atenciones.

Desde otro punto de vista, el orientador familiar tiene la oportunidad de participar en un espacio médico hospitalario como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a fin de abordar situaciones emocionales, estresantes y depresivas. Al igual, que su actuación incidiría en fortalecer el sistema de valores humanos, aunado a todo este ámbito esta el Asesoramiento personal y familiar que requieren los padres del neonato hospitalizado, donde ellos puedan encontrar asidero a sus preocupaciones, expectativas e incertidumbres mediante la catarsis del dialogo reflexionante y en intercambio de ideas. Aquí el orientador cumple la escucha empática de la madre principalmente para liberar tensiones en la misma pudiendo entra en su campo fenomenológico de la conciencia.

En este hilo discursivo, el orientador familiar en su praxis profesional también debe procurar la búsqueda de significados que subyacen en la estructura racional de la madre, la cual tiene como prioridad velar por el bienestar físico de su hijo, y ante la desesperante situación de su recuperación, queda como único anhelo por ejecutar la solicitud de alta emitida por el personal médico responsable para finalmente desplazarse del contexto medico asistencial interpretado como frio hacia el seno cálido de su hogar, donde evidentemente sentirá a plenitud su función de madre.

Presentación del Informante Clave III Teresa (pseudónimo utilizado)

Lugar de Procedencia: Urbanización Padre Alfonso (Valencia)

Grado de Instrucción: Primer Año de Bachillerato

Género: Femenino

Edad: 25 años

Estado Civil: Casada

Profesión: Ama de Casa

Lugar donde se Aplicó la Entrevista: Hogar de Teresa (previo acuerdo)

Fecha: Viernes, 14 de marzo de 2014

Hora: 2:46 p.m.

Duración: 10 minutos aproximadamente

Transcripción de la Entrevista y Categorización. Informante III (Teresa)

Para la grabación de la entrevista, se utilizó un dispositivo electrónico de almacenamiento de voz exclusivamente. Así mismo, se aclara que el ambiente físico fue idóneo para realizar la entrevista presentándose una iluminación óptima y actividad térmica agradable, en cuanto a la dimensión psicoafectiva fue propicia para generar un clima de confianza, empatía y asertividad entre el entrevistado y las investigadoras. Se utiliza la letra **(IDK)** en negrita mayúscula para referirse a toda la intervención de las investigadoras: Danielly-Karenys, mientras que la letra **(E)** sin negrita mayúscula hace referencia a toda la participación del informante clave o entrevistado en este caso. Por otro lado, entre paréntesis **()** se comenta sobre algunas especificaciones o explicaciones de una expresión emocional, gestual o lingüística de contenido simbólico- literal. (Esta entrevista fue realizada un mes y medio después de ser dada de alta el neonato). Por ser la entrevistada una madre, se anexa como información complementaria que el embarazo fue a término (una bebe que nació en el tiempo establecido), además de ello, esta madre conjuntamente con su pareja no realizaron ningún curso pre natal sobre parto sicoprofilactico. Era la primera vivencia de tener a su hija primera y única hija hospitalizada en la UCIN

Cuadro No. 3. Entrevista del Informante (III) Teresa

Categorías y Subcategorías	No	Frase Textual
<p data-bbox="394 667 607 701">Rapport Inicial</p> <p data-bbox="334 942 743 1010">Contexto afectivo idóneo para realizar la entrevista</p> <p data-bbox="334 1291 743 1325">El Sentir de Ser Padre/Madre</p> <ul data-bbox="347 1367 776 1837" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="347 1367 776 1690">• Ser madre por primera vez es vivido y sentido como un acontecimiento fuera del rango cotidiano, el cual puede compararse correlativamente a un evento de orden sacro, donde se manifiesta la alegría con el llanto. <li data-bbox="347 1774 776 1837">• El ser padres comprende un sentimiento de felicidad 	<p data-bbox="821 342 854 1837">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 28 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41</p>	<p data-bbox="894 342 1388 409">IDK: Hola, buenos tardes Teresa ¿Cómo te ha ido?</p> <p data-bbox="894 415 1388 483">E: Buenas tardes chicas, y a ustedes ¿Cómo les va?</p> <p data-bbox="894 489 1388 846">IDK: chévere muy bien, bueno sin más preámbulo vamos a iniciar esta entrevista para nuestro trabajo de grado, que hemos titulado vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos que han sido hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).</p> <p data-bbox="894 852 1388 1031">E: (risas) es un poco larguito el tema, bueno si, ya habíamos hablado de eso con Karenys, cuando tuvo su hijo en la UCIN. Con confianza pregunten lo que quieran muchachas</p> <p data-bbox="894 1037 1388 1360">IDK: Si, por eso desarrollamos esta temática, por la vivencia que tuve en la UCIN del Hospital Ángel Larralde, y que comente con mi compañera y amiga danielly (habla Karenys, una de las investigadoras). Teresa queremos saber ¿Qué sentiste cuando te informaron que ibas a ser madre?</p> <p data-bbox="894 1367 1388 1837">E: <u>no podía contener mi emoción, fue algo espectacular e inolvidable porque yo estaba buscando un hijo desde hace 5 años que me case y no había podido lograrlo, entonces la noticia que cayó del cielo como un acontecimiento apoteósico, hasta llore como una chamita</u> y abraza a mi esposo, imagínateee nuestro primer hijo, bueno en este caso era una hija, igual, no nos importaba el sexo del bebe, <u>solo deseábamos ser padres, festejamos de la alegría.</u></p>

<p>Generación de Expectativas en Padres/Madres, cuando se les informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • para la madre la información que recibe del personal médico sobre la hospitalización de su hijo recién nacido en la UCIN genera conflictos emocionales en su estructura psíquica • para la madre tener una información fidedigna proveniente del personal médico sobre el estado de salud de su hija, no disminuye los episodios estresantes, manifestados en miedo y ansiedad. • El padre tiende a tener menor fortaleza que la madre para afrontar la hospitalización de su hija recién nacida. Se produce en el mismo, un aislamiento de su percepción y lo comunica a posteriori a su pareja 	<p>42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86</p>	<p>IDK: ¿Cuáles fueron las expectativas que se generaron en ti cuando te informaron que tu hijo recién nacido tenía que ser hospitalizado en la UCIN?</p> <p>E: <u>para mí fue muy traumático, yo salí bien de la cesárea y todo eso; pero al poco tiempo, la doctora me dice que mi hija tenía algunos problemas motores en las extremidades inferiores, osea en las piernas y que debían hospitalizarla por lo menos dos días en la UCIN, para hacerle unos estudios y descartar algún problema que surgiera pues. Ella fue la única que me habló claro desde el principio sin tapujos, sin embargo, bueno yo sentí mucho miedo y ansiedad por saber cómo iba a evolucionar mi hija. Me iba desesperando bastante, mi primera hija y de paso internada por esos problemas de motricidad. En cambio mi esposo, estaba más bien asombrado y hablaba muy poco se notaba preocupado, estaba muy pensativo, pero en el fondo estaba muy asustado y nervioso que la bebe le pasara lo peor, claro eso me lo dijo después que nuestra hija tenía un día hospitalizada, el de por sí es muy tímido, el es un buen esposo.</u></p>
<p>Contacto del Padre/Madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera relación de la madre con su hija, en un vínculo inédito y adverso para las dos, ocasiona un fuerte contraste emocional, que oscila entre la felicidad y el sufrimiento 	<p>79 80 81 82 83 84 85 86</p>	<p>IDK: Después que te informan, ¿Cuáles fueron tus primeras impresiones cuando observaste a tu hija recién nacida hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?</p> <p>E: <u>Cuando vi mi nena, por un lado feliz de verla, nació grande, pero a la vez con mucha pena y dolor verla como lloraba a todo pulmón cuando la doctora y la enfermera le hacían algunas pruebas, eso me causo una gran impresión y casi me desmayo, estaba muy alterada, muy nerviosa.</u></p>

<p>Actos y Actitud en la relación Padre-Hija</p>	<p>87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99</p>	<p>IDK: ¿Qué cosas haces con tu hijo cuando lo visitabas a la UCIN?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Como acto iniciático, la madre utiliza como instrumento de relación el lenguaje oral y kinestesico principalmente 		<p>E: eso fue algo cómico, a mi cuando me dieron la entrada a la unidad, <u>yo lo que le hice fue hablarle, cantarle y mirarla a los ojos, agarraba sus deditos y le decía “Aquí está tu mami”, por fin mi hija a dorada</u></p>
<p>Importancia de la Comunicación Efectiva entre el Personal Médico Especializado-Auxiliar y Padres del Neonato</p>		<p>IDK: ¿Por qué es importante mantener una comunicación eficiente y fluida entre el personal médico, de enfermería y los padres del recién nacido o neonato?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación entre el personal médico, de enfermería y los padres es intermitente, efímero y poco consistente. 	<p>100 101 102 103 104</p>	<p>E: a veces no hay comunicación entre <u>las enfermeras, los médicos y uno porque yo tenía que hasta suplicarles como estaba mi nena, el primer día discutí con una enfermera que no me decía nada, ni me explicaba en qué consistían las pruebas y tratamiento</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería n satisface las demandas informativas y comunicacionales exigidas por la madre del neonato. 	<p>105 106 107 108 109 110</p>	<p><u>que le estaban aplicando a mi nena y se hacia la loca, después de forma más educada, ¿cómo te explico? de forma más calmada le pedía más información, porque una vez escuche a mi nena llorar durísimo. Le estaban tomando la vía y lloraba y eso me partió el alma y me puse a llorar.</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • El desconocimiento de los procedimientos médicos aplicados al neonato en la UCIN, ocasiona mayor incertidumbre en la madre. 	<p>111 112 113 114</p>	<p>también de verdad que <u>si uno recibiera buena comunicación, si me mantuvieran informada siempre yo hubiese estado un poco más tranquila y menos deprimida o nerviosa,</u> como sea no se como explicártelo, osea no.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación eficiente entre personal médico y de enfermería y los padres es vital para decantar situaciones estresora-depresivas en los mismos. 	<p>115 116 117 118 119 120 121</p>	<p>¿Qué sugerencias plantearías como padre para mejorar los cuidados de tu hijo recién nacido hospitalizado en la UCIN?</p>
<p>Sugerencias de los Padres/Madres para mejorar los Cuidados de los Neonatos en la UCIN</p>	<p>122 123 124</p>	<p>E: yooooo <u>desde mi punto de vista, yo creo que el personal médico y las enfermeras principalmente, esteeee que sean más humanas en el trato con uno.</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los padre sugieren un mayor trato humano hacia ellos, sin que se generen interpretaciones erróneas 	<p>125 126 127 128 129 130 131</p>	<p>Por ejemplo, mi hija paso dos días y medio en el hospital y de cuatro enfermeras que conocí una sola era</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos deben comunicarse con los padres de los hijos que residen en la UCIN, con un vocabulario más explicativo que descriptivo. Esto se ejemplifica cuando la generación más joven de médicos utiliza mucho tecnicismo en su discurso, mientras que la generación más antigua de médicos, busca eliminar la barrera lingüística y generacional <p>Pertinencia de la Praxis Profesional del Orientador Familiar en la UCIN</p> <ul style="list-style-type: none"> • El orientador familiar puede intervenir directamente en el contexto familiar, asesorando a cada uno de sus miembros, sobre las situaciones emocionales desagradables vividas en la UCIN. • Dentro de Centro Médico Asistencial debería estar activo y coordinado un equipo multidisciplinario que atienda las necesidades familiares en todas sus dimensiones de los padres que tienen a sus hijos hospitalizados en la UCIN. El padre es el eslabón más débil para afrontar situaciones estresora depresivas. 	<p>132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175</p>	<p>amable y conversaba conmigo, por cierto era la más joven, porque las demás tenían una cara de cañón (mal genio) todo el tiempo, y ni saludaban cuando entraban a la guardia. Otro aspecto para ver (pensativa), <u>que los médicos le expliquen en un lenguaje más sencillo, pero las que más hablaban enredado eran las médicos más jóvenes, pero un doctora que se ve que tiene sus añitos (risas) ella yo a ella si le entendía, porque hablaba como uno, sencillo sin tanta charla como dicen por ahí</u></p> <p>IDK: ¿Cómo considerarías el asesoramiento profesional de un orientador familiar, en función de ofrecer apoyo asistido a los padres con hijos hospitalizados en la UCIN?</p> <p>E: <u>asesoramiento ojala existiera así como tal, pero no lo vi; yo creo que si es vital que exista alguien así, un orientador familiar, que vale mira lo ayude a uno en esos primeros momentos difíciles cuando uno ve a su nena en la UCIN. Al principio yo sentía que se me derrumbaba el mundo, hubiese sido interesante contar con un profesional capacitado que lo atienda a uno como madre y también a los padres, porque donde tu vez a mi esposo es el muy sensible ,pero no lo dice ya sabes los hombres son así se la dan de fuertes, y ellos también sufren, pero no lo demuestran, pobre mi esposito (risas)</u></p> <p>IDK: Querida amiga, hemos concluido la entrevista, muchísimas gracias por tu colaboración prestada a nosotras dos.</p> <p>E: (risas), al contrario me gusto mucho que me entrevistaran.</p> <p>IDK: Gracias, así será</p>
--	--	--

Fuente: Valles y Velasco (2014)

Síntesis Discursiva del Mundo Vivencial de Teresa (Madre) en la UCIN

En el presente texto se dilucida la síntesis discursiva de mundo vivencial de Teresa, madre de un recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, adscrito al Hospital Universitario Ángel Larralde, cuya ubicación está en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo. Asimismo, en esa síntesis discursiva se toman en consideración las categorías principales y subcategorías que emergieron de la entrevista aplicada al referido informante clave.

El sentir de ser /madre por primera vez es vivido y sentido como un acontecimiento inexpugnablemente único fuera del rango de la cotidianidad, el cual puede compararse correlativamente a un evento sagrado, donde se manifiesta una serie de sentimientos como la alegría extrema materializada en llanto. Para los padres primerizos el sexo de su hijo no tiene relevancia, siempre y cuando no presente alguna alteración de su estado de salud, y en caso de tener alguna complicación se espera su pronto restablecimiento. Ser padres por primera vez comprende un sentimiento de felicidad que solo puede ser interpretado cuando se vivencia ese acto. La madre venezolana siempre se aferra a sus creencias espirituales y religiosas cuando está embarazada y después del parto utiliza siempre palabras referidas a tales creencias, ya sean de agradecimiento o de suplica para la salud familiar y la vida en general

En cuanto a la generación de expectativas de la madre, cuando se le informa sobre la hospitalización de su hija recién nacida en la UCIN, se puede decir que el médico tratante cumple una función comunicacional importante, ya que le hace llegar sin tanta demora el diagnóstico de su hija recién nacida, pese a esta situación que la madre agradece por brindarle información actualizada, esa situación no impide que se origina en la misma conflictos emocionales en su estructura psíquica, como angustia, miedo, ansiedad y estrés extenuante. Asimismo, el padre en esta ocasión particular como apoyo y soporte afectivo de la madre tiene la responsabilidad y fortaleza de

afrontar con ahínco la hospitalización de su hija recién nacida. Sin embargo, se produce en el mismo, un aislamiento de su percepción y estado de ánimo, comunicando esas eventualidades posteriormente a su pareja

Seguidamente, el primer contacto de la madre con la hija recién nacida hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se desarrolla un vínculo afectivo inédito para las dos, ocasionando un fuerte contraste que oscila entre la felicidad y el sufrimiento. Sufrimiento por ver a su hija recibiendo tratamiento terapéutico en las extremidades inferiores. Ahora bien, dentro de los actos y la actitud en la relación madre-hija se produjo un ritual iniciático de presentación de la madre, mediado lenguaje oral y kinestésico principalmente

Sobre la comunicación se tiene que, entre el personal médico, de enfermería y los padres es intermitente, efímero y poco consistente. De igual manera, el personal de enfermería no satisface las demandas informativas y comunicacionales exigidas por la madre del neonato. El desconocimiento de los procedimientos médicos aplicados al neonato en la UCIN, ocasiona mayor incertidumbre en la madre. La comunicación eficiente entre personal médico y de enfermería y los padres es vital para decantar situaciones estresora-depresivas en los mismos.

Tocante a otro aspecto, los padres sugieren un mayor trato humano hacia ellos, sin que se generen interpretaciones erróneas de parte del personal médico, de enfermería y entre ellos mismos, porque dentro de las situaciones estresora-depresivas la información puede ser distorsionada precisamente ante la desagradable vivencia. Por lo general, siempre hay exacerbación o alteración de los estados de ánimo ya que el personal especializado está sometido a fuerte presión, y son quienes deben atender a otros pacientes que requieren una mayor o menor atención según sea cada caso particular; pero que en síntesis, deben dar respuestas a todos los padres por igual. Otro aspecto relevante, es que los médicos deben comunicarse con los padres de los hijos que residen en la UCIN, con un vocabulario más explicativo que

descriptivo. Esto se ejemplifica cuando la generación más joven de médicos utiliza mucho tecnicismo en su discurso, mientras que la generación más antigua de médicos, busca eliminar la barrera lingüística y generacional, transmitiendo la información de la manera menos compleja posible.

En relación, al orientador familiar en su praxis profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el mismo debe asesorar a los padres para desarrollar capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva de la hospitalización y proporcionarle las situaciones de aprendizaje que facilite el progreso del mismo. En tal sentido, si en el ejercicio de la profesión considera a los padres y toda la familia en pleno como un continuo desarrollo humano, la orientación que le acompaña debe ser también un proceso progresivo, ligado al proceso bio-psico-social-cultural-ecológico. De esta manera, el profesional de la orientación familiar posee las competencias necesarias para intervenir no solo en el contexto familiar, sino en el medico asistencial de la UCI, tomando en considerando actitudes, intereses y anhelos de todos los entes involucrados

Siguiendo con lo anterior, dentro de Centro Médico Asistencial debería estar activo y coordinado un equipo multidisciplinario que atienda todas aquellas necesidades familiares, sobre todo las dimensiones afectivas de los padres que tienen a sus hijos hospitalizados en la UCIN. El padre es el eslabón más débil para afrontar situaciones estresora depresivas; por lo cual, la actuación del orientador familiar reviste gran trascendencia. Debido a esto, la formación del orientador familiar en el área asistencial ha de asegurar también la adquisición de competencias relacionadas con el saber hacer, es decir, con la adquisición de procedimientos y estrategias necesarias para el desarrollo de las funciones propias en un contexto no educativo. En el campo medico-asistencial, la prevención e intervención cobra sentido al anticiparse a la aparición de circunstancias o situaciones que puedan ser un obstáculo al desarrollo de una personalidad sana e integrada con calidad de vida, propiciando de esta manera el máximo potencial funcional de la familia venezolana.

Cuadro No 4. Matriz de Triangulación de las Fuentes Orales

Categoría Principal	Informante I Edinsón	Informante II Karla	Informante III Teresa
<p>El Sentir de Ser Padre/Madre</p>	<p><u>imagínate tú, para mí un hijo es lo más grande del mundo</u></p> <p><u>yo salte de la felicidad y abrace a mi mujer, me súper emocioe como ustedes no se imaginan, y más cuando a los meses me dijo que iba a ser hembrita, no no no podía creerlo porque yo quería que fuera hembra en verdad, y eso fue un gran momento</u></p>	<p><u>una gran alegría indescriptible, como en mis otros dos embarazos, aunque te confieso que no lo esperábamos, pero igual, para mí es una bendición tener de nuevo una criatura dentro de mí</u></p> <p><u>los hijos son lo único que realmente tenemos como madres, en cambio el marido se va y los hijos quedan</u></p> <p><u>yoooo solo quería que naciera sano sanitoooo como mis otros dos muchachos uno de 4 y otro de 7 años</u></p>	<p><u>no podía contener mi emoción, fue algo espectacular e inolvidable porque yo estaba buscando un hijo desde hace 5 años que me case y no había podido lograrlo, entonces la noticia que cayó del cielo como un acontecimiento apoteósico, hasta llore como una chamita</u></p> <p><u>solo deseábamos ser padres, festejamos de la alegría</u></p>
	<p><u>yo sentí mucha, pero mucha angustia cuando me dijeron que mi hija la habían ingresado a la Unidad estaaa, esteee de cuidados intensivos a la UCIN</u></p> <p><u>y eso en verdad es estresante, nadie te dice nada solo me dijeron que la iban a</u></p>	<p><u>cuando ingrese al hospital Carabobo para parir, me sentía mal hasta los pies los tenía bastante hinchados, de hecho la enfermera me tomó la tensión (se refiere a la presión arterial) y la tenía uffft altísima en 180/130 (referidos a los milímetros de mercurio mmhg).</u></p>	<p><u>para mí fue muy traumático, yo salí bien de la cesárea y todo eso; pero al poco tiempo, la doctora me dice que mi hija tenia algunos problemas motores en las extremidades inferiores, osea en las piernas y que debían hospitalizarla por lo menos dos días en la UCIN,</u></p>

<p>Generación de Expectativas en Padres/Madres, cuando se les informa sobre la hospitalización de su hijo en la UCIN</p>	<p><u>hospitalizar por problemas respiratorios pero más nada,</u></p>	<p><u>Cuando desperté me informan que mi hijo estaba en la UCIN, eso para mí fue fatal, me desesperé toda aunque no tenía casi fuerzas, comencé a gritar, quería ver a mi bebito, fue un momento muy difícil para mí</u></p>	<p><u>para hacerle unos estudios y descartar algún problema</u></p> <p><u>Ella fue la única que me habló claro desde el principio sin tapujos, sin embargo, bueno yo sentí mucho miedo y ansiedad por saber cómo iba a evolucionar mi hija</u></p> <p><u>En cambio mi esposo, estaba más bien asombrado y hablaba muy poco se notaba preocupado, estaba muy pensativo, pero en el fondo estaba muy asustado y nervioso que la bebe le pasara lo peor,</u></p>
<p>Contacto del Padre/Madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos</p>	<p><u>duele ver a tu hija así, sin poderla tocar, cargar, besarla ¿entiendes?, sin poder salir a la calle y decir: ¡mira esta es mi hija!.</u></p> <p><u>más información para nosotros sería bueno, porque uno se angustia, ver a mi hija ahí metida con un poco de cables y equipos sofisticados, y pensar que de eso depende la vida de</u></p>	<p><u>en seguida pedí ver a mi niño, cuando lo vi en la tarde, no se qué decir lo que sentí, al ver a mi niño tan chiquito, tan indefenso, con tantos aparatos, tantas agujas, las marcas que tengo yo en los brazos el también las tiene en todo el cuerpo</u></p>	<p><u>Cuando vi mi nena, por un lado feliz de verla, nació grande, pero a la vez con mucha pena y dolor verla como lloraba a todo pulmón cuando la doctora y la enfermera le hacían algunas pruebas, eso me causo una gran impresión y casi me desmayo, estaba muy alterada, muy nerviosa</u></p>

	<u>tu hija, es fuerte en verdad,</u>		
Actos y Actitud en la relación Padre-Hija	<u>después de 4 horas de nacida, le hable, me le presente formalmente (risas) le toque los bracitos, le dije que en la casa mamá, papá y su hermanito mayor la estaban esperando, ah y que le teníamos varios regalitos</u>	<u>yo le hablaba mucho, le decía que lo amaba, que iba a estar con él hasta, que se recuperara, que iba a luchar con él, me daban deseos de besarlo pero tenía muchos aparatos en la cabeza, con todo y eso tocaba su cuerpito</u>	<u>, yo lo que le hice fue hablarle, cantarle y mirarla a los ojos, agarraba sus deditos y le decía “Aquí está tu mami”, por fin mi hija a dorada</u>
Importancia de la Comunicación Efectiva entre el Personal Médico Especializado-Auxiliar y Padres del Neonato	<u>es muy muy importante la comunicación, porque uno se angustia mucho, yo me estrese de no saber más nada sobre la bebe, le preguntaba a las enfermeras y ellas solo me decían va a estar bien no se preocupe</u> <u>cuando salía el médico me decía casi igual se va a poner bien, le vamos a hacer unos estudios y tal la seguiremos monitoreando.</u> <u>Estresante y hasta indignante y mi esposa mucho más angustiada, y la tercera o cuarta</u>	<u>súper importante la comunicación, hay enfermeras que son mala sangre (risas), no todas porque hay otras que son un poco más atentas, pero había que estar encima de ellas preguntándole por mi hijo y a muchas de ellas eso le daba rabia</u> <u>con los médicos, la doctora de la mañana era más comunicativa, pero la de la noche era casi un ogro (risas), no le preguntaba a ella, sino a las enfermeras de turno.</u> <u>viví muchos días de dolor y angustia, no me daba hambre y</u>	<u>a veces no hay comunicación entre las enfermeras, los médicos y uno porque yo tenía que hasta suplicarles como estaba mi nena, el primer día discutí con una enfermera que no me decía nada, ni me explicaba en qué consistían las pruebas y tratamiento que le estaban aplicando a mi nena y se hacia la loca</u> <u>una vez escuche a mi nena llorar durísimo. Le estaban tomando la vía y lloraba y eso me partió el alma y me puse a llorar.</u> <u>si uno recibiera buena comunicación,</u>

	<p><u>noche le dio una lloradera fuerte, de ver a la bebe todavía ahí</u></p>	<p><u>mi esposo me decía que debía comer para estar fuerte, porque porque el bebe me iba a necesitar cuando lo dieran de alta</u></p>	<p><u>si me mantuvieran informada siempre yo hubiese estado un poco más tranquila y menos deprimida o nerviosa</u></p>
<p>Sugerencias de los Padres/Madres para mejorar los Cuidados de los Neonatos en la UCIN</p>	<p><u>Que nos den información exacta a los padres antes, durante y después de estar con la bebe, muchos lo hacen pero otros no</u></p> <p><u>considerando que tienes a tu bebe en un sitio delicado, donde casi nadie sabe que tienes una carga de estrés uno como padre y la madre sobre todo, nadie se imagina eso</u></p> <p><u>¿Sabes que me gustaría que me hubiesen dicho esa vez las enfermeras? Tranquilo señor, su beba tiene esto, esto y esto”. Eso es muy importante, a la enfermera, de repente ve a mi bebe como un paciente más, porque es su trabajo también, pero imagínate yo solo la puedo ver como padre</u></p>	<p><u>que una como madre pueda pasar más tiempo con el niño, claro una entiende que deben hacerle exámenes y esas cosas</u></p> <p><u>La cuestión es que no dormía casi pendiente de él, de cómo lo tocan y lo cuidan, sobre todo cuando les hacían los exámenes de sangre</u></p>	<p><u>desde mi punto de vista, yo creo que el personal médico y las enfermeras principalmente, esteee que sean más humanas en el trato con uno</u></p> <p><u>que los médicos le expliquen en un lenguaje más sencillo, pero las que más hablaban enredado eran las médicos más jóvenes, pero un doctora que se ve que tiene sus añitos (risas) ella yo a ella si le entendía, porque hablaba como uno</u></p>

<p>Pertinencia de la Praxis Profesional del Orientador Familiar en la UCIN</p>	<p><u>¿Un orientador familiar?, cónchale suena muy bien eso, ¿así como un psicólogo verdad?</u></p> <p><u>que nos ayude a uno en esos momentos de angustia a uno como padre y más a la madre, que nos oriente y que nos escuche, porque uno a veces quiere hablar para desahogarse de todos esos sentimientos que uno tiene adentro</u></p>	<p><u>sería una completa maravilla poder contar con un orientador familiar pues, que esté avocado a la familia en esos momentos tan dolorosos y estresantes, porque al principio yo no encontraba como que un consuelo, quería que alguien del hospital me explicara, me diera más esperanzas</u></p> <p><u>aunque estaba mi familia mis hermanas y mi marido, sentía una angustia terrible en el pecho, yo solo quería estar con mi niño y estar en mi casa sin ningún problema.</u></p>	<p><u>yo creo que si es vital que exista alguien así, un orientador familiar, que vale mira lo ayude a uno en esos primeros momentos difíciles cuando uno ve a su nena en la UCIN</u></p> <p><u>hubiese sido interesante contar con un profesional capacitado que lo atienda a uno como madre y también a los padres, porque donde tu vez a mi esposo es el muy sensible ,pero no lo dice ya sabes los hombres son así se la dan de fuertes, y ellos también sufren, pero no lo demuestran</u></p>
---	---	---	--

Fuente: Valles y Velasco (2014)

Estructura General del Mundo Vivencial de Padres con Hijos Recién Nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Para el desarrollo de la estructura general del mundo vivencial de padres con hijos recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se procedió a unificar en un todo coherente todas las categorías principales emanadas de los tres informantes clave (Edinsón, Karla y Teresa), las cuales fueron cotejadas por los referentes teóricos de la investigación. Asimismo, se destacan siete (7) categorías principales, las cuales son expuestas a continuación

1.- El Sentir de Ser Padre/Madre

Aquí es importante señalar, que para la cultura venezolana donde hay una marcada ausencia del padre, el sentir de ser progenitor cuando se asume las riendas de la responsabilidad familiar, un hijo viene a significar interpretativamente un mundo de vida lleno de plenitud humana de sentida satisfacción personal, familiar, espiritual que da trascendencia y sentido al valor de la existencia. En tal sentido, Cañas (2012), sostiene que el nacimiento presenta como consecuencia la paternidad, generando cambios en la vida del padre y la sociedad; asumiendo la responsabilidad y la integración directa de nuevas funciones que se caracterizan por atributos de seriedad y madurez que impulsan al hombre para desempeñar la función de padre.

En este sentido, cada nacimiento de un hijo es un evento único, irreplicable y de gran disfrute emocional del padre. Por ello, cuando se es padre existe la necesidad de manifestar todos aquellos sentimientos que son compartidos y complementarios con la pareja por el advenimiento de un nuevo ser, sin importar el sexo del mismo. De hecho, el padre recibe con mucha receptividad y agrado la llegada de una hembra al seno familiar, la cual deparará muchas alegrías. La paternidad responsable, cuando es asumida con hidalguía, amor y autoridad, puede generar solvencia en la relación de pareja, con los otros hijos, y en un contexto social puede promover ésta misma actitud paterna en las facetas intergeneracionales venezolanas.

Por su parte, el sentir de ser madre sea por primera vez o en reiteradas ocasiones implica un aspecto muy trascendental ya que cada oportunidad donde ejerce la maternidad hay una vivencia muy sentida donde expresa gran júbilo y efusividad incluido el llanto, siendo un elemento sagrado la dación de la vida de un nuevo hijo no planificada incluso. La madre venezolana, se aferra con firmeza a su cultura matriarcal y herencia biológica, desarrollando para ello la capacidad de darle crianza a sus hijos si llegare a faltar presencialmente el progenitor. Es importante señalar, que ante cualquier situación el principal deseo y anhelo de madre es generar vida saludable dentro y fuera de su vientre materno. Es así como, la salud desempeña un papel importante entre el vínculo afectivo madre-hijo. Al respecto, Solano (2012), argumenta que durante el periodo inmediato al parto, la madre y el bebé inician varios procesos, sensoriales, hormonales, fisiológicos, inmunológicos y comportamentales que contribuyen al establecimiento del binomio madre e hijo, estas relaciones iniciales son consideradas fundamentales para las futuras relaciones sociales.

Es por ello, que la madre venezolana siempre se aferra a sus creencias espirituales y religiosas cuando está embarazada y después del parto utiliza siempre palabras referidas a tales creencias, ya sean de agradecimiento o de suplica para la salud familiar y la vida en general. Esto es corroborado por Leininger (2002), quien indica que la cultura viene a significar el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan su razonamiento, decisiones y acciones según modos de actuación definitivos. Así que, el niño recién nacido es una confirmación de identidad como mujer y madre al mismo tiempo

2.- Generación de Expectativas en Padres/Madres, cuando se les informa sobre la Hospitalización de su Hijo en la UCIN

En cuanto a la generación de expectativas del padre y la madre, cuando se le informa sobre la hospitalización de su hijo recién nacido en la UCIN, aflora una angustia inusitada de grado superlativo y sostenido. Deviniendo en un cuadro de

desasosiego e incertidumbre ante el panorama de ver a su hijo en una situación desfavorable del cual no se tiene dominio, ni relación directa para hacerse cargo de su hijo. En este sentido, el distanciamiento entre la madre y el bebé recién nacido produce alteración exacerbada en los estados de ánimo. Cónsono con esta situación, Benítez, Carrasco, Mendoza y Farfán (2011), declaran que el ingreso de un recién nacido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), provoca en los padres una ruptura de roles, angustia elevada y una pérdida de control sobre la situación. Todo ello, genera una pérdida de autonomía, pasando a depender en mayor o menor grado al equipo de salud que cubre las necesidades de su hijo. Pueden llegar a abandonar sus rutinas diarias de trabajo, amigos y familia consanguíneas, pasando a ser su única razón de vida acompañar a su hijo de lejos, en una sala de espera en la que a veces se vuelven invisibles y vulnerables emocionalmente

En este orden de ideas, esos primeros instantes de hospitalización los padres se sienten desorientados por falta de información precisa que garantice ampliamente el bienestar de la vida de su hijo, ante lo cual emprenden la labor de indagar en las fuentes primarias como lo es el personal médico y enfermería. Ante esta perspectiva, Díaz (2012), señala que los cambios generan estrés, y si se agrupan dos o más, es lógico pensar que se genere éste en la persona que lo vivencia. A tal efecto, cada ser humano anhela una determinada calidad de vida, en la cual establece una combinación de intereses, emociones, logros y satisfacciones; así, las experiencias desagradables como tener un hijo enfermo, le proporciona un ambiente de incertidumbre. Los padres pueden llegar a presentar síntomas físicos de estrés como consecuencia de la presencia de algunos factores, ellos son: la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado, y la separación del binomio padres-hijo.

Por otro lado, Leininger (2002), resalta la importancia que reviste desde la enfermería el cuidado cultural, definiéndose éste, como aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, ayuda facilitadora o capacitadora, que orientan

a la gente a reordenar, cambiar o modificar ampliamente sus formas de vida para establecer nuevos, diferentes y benéficos patrones de salud, respetando los valores culturales, creencias de la gente proporcionando un estilo de vida más benéfico o saludable que el que existía antes de establecer cambios con los clientes. Un cliente que experimenta un cuidado en enfermería que no es razonablemente congruente con sus creencias, valores y formas de cuidado mostrará signos de conflictos culturales, incumplimiento, tensiones y preocupaciones éticas o morales.

Asimismo, el padre en esta ocasión particular como apoyo y soporte afectivo de la madre tiene la responsabilidad y fortaleza de afrontar con ahínco la hospitalización de su hijo recién nacido. Sin embargo, se produce en el mismo, un aislamiento de su percepción y estado de ánimo, comunicando esas eventualidades posteriormente a su pareja. Sobre esta situación Cañas (ob.cit), comenta que tener un hijo hospitalizado en la unidad es una experiencia inesperada que desencadena la reacción de shock, incredulidad, dolor y tristeza profunda. Por encima de la información recibida por el personal médico y de enfermería, existe la expectativa en el padre de un miedo de perder al niño, y esperar lo peor que puede ser traducido como la muerte física del mismo

3.- Contacto del Padre/Madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos

El primer contacto de la madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), desarrolla un vínculo afectivo inédito para los dos, ocasionando un fuerte contraste que oscila entre la felicidad y el sufrimiento. Sufrimiento por ver a su hijo recibiendo tratamiento terapéutico especializado. Al respecto, Palacio (2012), describe a las Unidades de Cuidados Intensivo Neonatales (UCIN), como espacios cada vez más eficientes que cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil. Sin embargo, dichos espacios han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres. La experiencia demuestra que la internación en la UCIN provoca reacciones

diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo.

Seguidamente, ese primer momento se establece una relación psíquica y afectiva muy dolorosa, debido a que se ve imposibilitado un acercamiento afecto-kinestésico por varias razones, siendo la primera el tener que verlo recibiendo tratamiento en un sitio aislado con personal extraño, poco comunicativo y equipos tecnológicos que desprenden luces y sonidos para corregir la deficiencia diagnosticada, en segunda instancia, no tener la certeza de cuánto tiempo durará tal situación para poder estar en el hogar y en última instancia, desarrollar pensamientos pesimistas sobre estado de salud el cual pudiera esperar lo peor como la muerte.

Todo este contexto es delineado por Palacio (ob.cit), cuando refiere las características del ambiente físico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como un lugar donde se agrega a la enfermedad del niño, el uso de equipos médicos con tecnología de alta complejidad (incubadoras, monitores, saturómetros y otros equipos) los cuales emiten sonidos y luces, convirtiéndose inevitablemente en elementos extraños para los progenitores. Asimismo, en este ambiente los padres se encuentran rodeados de personas extrañas, como personal del área y otros neonatos con sus respectivos padres, quienes representan de alguna manera una diferencia significativa al ambiente de bajo riesgo que esperaban ocupar al ingresar y, al del hogar, donde presumieron que estaría su hijo, junto a ellos y otros familiares, como hermanos, abuelos, tíos, entre otros

Sigue argumentado Palacio (ob.cit), que otro aspecto a tomar en consideración es la separación de los padres de su recién nacido producto de la restricción del horario de visita y aislamiento protector que deben cumplir éstos y otros visitantes, lo cual contribuye a limitar el daño físico pero que probablemente aumenta el daño emocional, siendo este último poco atendido por la ausencia de un personal entrenado

que establezca un enlace entre la unidad y los padres. Estos aspectos productores de estrés, además de la relación con el personal que se desempeña en la unidad, hacen difícil la adaptación de los familiares durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad; es decir, que disminuye la capacidad de los padres para ajustarse a la situación, quienes deben responder a un conjunto de factores estresantes que se encuentran en este ambiente. La importancia también radica, en que debido a las complicaciones presentes en estos niños, los padres sufren un desgaste económico, físico y psicológico que se manifiesta tarde o temprano llevándolos a una situación emocional estresora-depresiva

4.- Actos y Actitud en la relación Padres-Hijo

Seguidamente, sobre los actos y la actitud en la relación padres-hijo se conforman estructuralmente por la oralidad mediado por palabras de estímulo, recuperación, perseverancia y amor; donde los padres establecen un ritualismo iniciático oral con su hijo recién nacido como una forma de hacerle sentir su presencia, acompañado por el contacto físico para luego hacer una descripción relatada sobre el contexto familiar que le espera y las características de cada integrante. Cada padre y madre busca, mediante sus actos disipar su angustia, temores o cualquier manifestación de estrés, y en esa misma medida transferirle a su hijo o hija mucha confianza, por los medios antes señalados (la palabra y el contacto físico). La actitud positiva de los padres, tiene la intencionalidad de producir un fuerte estímulo para acelerar la recuperación física de su hijo y al mismo tiempo, tomar fuerzas de ánimo para sobrellevar la incertidumbre que lo acompaña

Según, lo aportado por Rabezac (2004, citado por Fonseca y Vásquez, 2005; p, 38), de los padres, la mamá es la primera persona en descubrir las capacidades vinculares, comunicativas y sensoriales que el bebé posee desde el nacimiento. Gracias a las posibilidades que ella tiene de compartir experiencias tempranas con su

bebé, permitiendo que éste sea un individuo único y diferente de los demás. Las conductas constitutivas de apego más utilizadas por los padres son las caricias sobre el rostro o el cuerpo del bebé, porque producen sensación de placer, bienestar y brindan seguridad; las vocalizaciones, porque son conductas significativas en el bebé ya que la melodía, la prosodia, el ritmo y la intensidad de la voz, le permite reconocer y diferenciar la voz de su madre y padre entre otras.

En este orden de ideas, la madre se encuentra en un contexto de cuidados especializados que recibe su hijo recién nacido, sin el cual se imposibilita la recuperación pronta y definitiva sobre su estado de salud. En esa inquietud de mantener un vínculo armónico, la madre recibe autorización del personal médico para que la madre pueda atender las necesidades fisiológicas de su hijo y de esta manera tener el roce físico, emocional y psíquico respectivo. En tal sentido, Fonseca y Vásquez (2005), señalan que en las modernas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, a los padres se les anima a visitar al recién nacido con frecuencia. El vínculo padres-hijo se refuerza si los padres pueden alimentar, bañar y cambiar a su hijo, y si la madre puede amamantarlo, incluso cuando inicialmente deba alimentarse por sonda. Esto estimula el contacto piel a piel, la sensación de normalidad dentro de lo posible, y facilita que el recién nacido y los nuevos padres aprendan a conocerse mutuamente, y a reconocerse por el tacto, el olfato y la voz.

5.- Importancia de la Comunicación Efectiva entre el Personal Médico Especializado-Auxiliar y Padres del Neonato

La comunicación efectiva entre el personal médico especializado, el auxiliar de enfermería y los padres del neonato reviste mucha importancia y trascendencia, ya que una comunicación constituida por la efectividad, la fluidez, la veracidad y la asertividad, viene a resignificar que el padre no esté preocupado, angustiado, estresado o depresivo. Sin embargo, los médicos especialistas sólo emiten a cada padre los procedimientos que están realizando y aquellos que deben cumplirse a posteriori, en ocasiones de manera efímera sin tantas explicaciones, mientras que en

otras se entra al terreno de la excesiva explicación. Ahora bien, las situaciones de estrés y depresión son más marcadas en la madre que en el padre, al ver al neonato en condiciones críticas de salud. Ante estos eventos, la comprensión del padre y la madre como pareja es fundamental para tener la paciencia necesaria ante el tratamiento del hijo hospitalizado, y el mismo llegue a feliz término.

Por otro lado, la comunicación entre el personal de enfermería principalmente y los padres, es completamente asimétrica o desigual, ya que en ocasiones algunas de estas profesionales demostraban cordialidad y otras presentaban hostilidad en el trato a la madre y familia del recién nacido. De igual forma, el médico de turno en la UCIN, puede ser muy comunicativo o no de acuerdo a sus disposiciones personales de atención a los padres. Para Garzón (2011), destaca que es importante que los profesionales de la enfermería ayuden a los padres esos primeros días de hospitalización y le faciliten el acercamiento a su bebé. Asimismo, los padres se muestran descontentos con la información médica, la cual consideran confusa, compleja y contradictoria. Por su lado, Habermas (1976), resalta que en la comunicación debe existir una ética del discurso, pues el mismo, representa una forma de comunicación cuyo fin es lograr el entendimiento entre los sujetos, garantizando así una formación de la voluntad común que de satisfacción a los intereses de cada individuo, sin que se rompa el vínculo social

También se especifica que las vivencias de situaciones emocionales estresora depresivas en la madre, conllevan a no tomar en consideración la ingesta de alimentos y el descanso para un sueño recuperador que permita la recuperación de energías, la cual requerirá para atender al hijo recién nacido una vez dada de alto en el contexto familiar. Cabe destacar, que mientras el hijo este hospitalizado se establecerá un canal de comunicación entre ellos y el personal de salud (médicos y enfermeras principalmente), siendo las preguntas más frecuentes, aquellas referías a los resultados de los exámenes que le han realizado, la causa de lo que le pasó al bebé, y si para los padres las respuestas resultan satisfactorias, entonces habrá mayor

comprensión, permitiendo una mejor interacción con sus hijos. Ahora, si las familias no encuentran información satisfactoria, construyen su propia historia a partir de experiencias previas, donde además pueden llegar a sentirse maltratados, generando en ellos desconfianza.

En conexión con lo antes descrito, se tiene que la comunicación entre el personal médico, de enfermería y los padres es intermitente, efímero y poco consistente. De igual manera, el personal de enfermería no satisface las demandas informativas y comunicacionales exigidas por la madre del neonato. El desconocimiento de los procedimientos médicos aplicados al neonato en la UCIN, ocasiona mayor incertidumbre en la madre. La comunicación eficiente entre personal médico y de enfermería y los padres es vital para decantar situaciones estresoras-depresivas en los mismos.

En relación a este panorama, Benítez, Carrasco, Mendoza y Farfán (ob.cit), manifiestan que éste fenómeno se da porque los profesionales que trabajan en la UCIN suelen ubicar su labor bajo un enfoque biomédico, centrándose especialmente en la patología, sus cuidados y tratamientos, pasando en ocasiones inadvertido el aspecto psicosocial del recién nacido y sus padres. La relación de estos profesionales con los padres se restringe a las horas de visita e información médica, en las que únicamente se intercambia información sobre la evolución de su hijo. Los padres que son separados de sus hijos al nacer para ingresar a la UCIN comienzan su paternidad en un medio hostil y desconocido, lleno de maquinas, cifras y palabras técnicas que se escapan de su comprensión, sintiéndose inútiles, incomprendidos, desinformados y solos. Por lo tanto, se puede afirmar, que esta experiencia tiene consecuencias en todas las esferas del ser humano, ya que a corto plazo se dificulta el desarrollo del apego, crea sentimientos de inseguridad, culpabilidad, tristeza, ansiedad, desconocimiento sobre las repercusiones en su hijo, alteraciones del rol parental, mala concentración e impotencia en la dimensión personal y social.

6.- Sugerencias de los Padres/Madres para mejorar los Cuidados de los Neonatos en la UCIN

Los padres proponen una serie de sugerencias referidas a mejorar los cuidados del neonato en la UCIN, dentro de las cuales se destaca que el flujo informativo de los especialistas, sean médicos y enfermeras se propicie con más frecuencia y con un contenido veraz de cómo evoluciona el recién nacido con el tratamiento aplicado. Para los padres la UCIN representa un sitio donde se debate la vida y la muerte del hijo recién nacido, generando niveles estresores que a veces los especialistas de salud ignoran o pasan por alto. De igual manera, los padres por tener más contacto directo y frecuente con las profesionales de la enfermería se hacen cuestionamientos sobre el estado de su hijo recién nacido, esperando respuestas que le garanticen información fidedigna sobre la misma. También hay que hacer una distinción ente un recién nacido visto con objetividad científica y por otro lado verlo desde lo subjetivo del amor paterno

Dentro de este orden de ideas, a la madre se le debe otorgar pasar más tiempo con su hijo hospitalizado, así se encuentre en proceso de evaluación y exámenes médicos. Asimismo, se debe disponer de un personal aparte de las enfermeras y los médicos que puedan generar confianza y atender los requerimientos afectivos, comunicacionales y cognitivos de la madre con su hijo recién nacido que está hospitalizado. Aquí no importa el tiempo que pueda pasar el hijo hospitalizado en la UCIN, lo importante es la capacidad de resistencia que pueda tener principalmente la madre y el padre para sobrellevar con fortaleza toda la fase hospitalaria, donde además deben atender a los hijos que están en el hogar, y que ameritan sus respectivos cuidados y atenciones. Ante este cuadro situacional, sostiene Cañas (ob.cit), debe ser fundamental la intervención del profesional de enfermería para estimular el afrontamiento eficaz y el apoyo social positivo en los padres, buscando establecer una relación sana de los mismos con su hijo y restablecer el equilibrio emocional, por medio de una comunicación asertiva con cada padre que le permita tener claridad del problema del neonato en la UCIN.

Tocante a otro aspecto, los padres sugieren un mayor trato humano hacia ellos, sin que se generen interpretaciones erróneas de parte del personal médico, de enfermería y entre ellos mismos, porque dentro de las situaciones estresora-depresivas la información puede ser distorsionada precisamente ante la desagradable vivencia. Por lo general, siempre hay exacerbación o alteración de los estados de ánimo ya que el personal especializado está sometido a fuerte presión, y son quienes deben atender a otros pacientes que requieren una mayor o menor atención según sea cada caso particular; pero que en síntesis, deben dar respuestas a todos los padres por igual. Otro aspecto relevante, es que los médicos deben comunicarse con los padres de los hijos que residen en la UCIN, con un vocabulario más explicativo que descriptivo. Esto se ejemplifica cuando la generación más joven de médicos utiliza mucho tecnicismo en su discurso, mientras que la generación más antigua de médicos, busca eliminar la barrera lingüística y generacional, transmitiendo la información de la manera menos compleja posible

7.- Pertinencia de la Praxis Profesional del Orientador Familiar en la UCIN

En relación, al orientador familiar en su praxis profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el mismo debe asesorar a los padres para desarrollar capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva de la hospitalización y proporcionarle las situaciones de aprendizaje que facilite el progreso del mismo. En tal sentido, si en el ejercicio de la profesión considera a los padres y toda la familia en pleno como un continuum humano, la orientación familiar que le acompaña debe ser también una evolución progresiva, unida al proceso bio-psico-social-cultural-ecológico. De esta manera, el profesional de la orientación familiar posee las competencias necesarias para intervenir no solo en el contexto familiar, sino en el medico asistencial de la UCI, tomando en consideración actitudes, intereses y anhelos de todos los entes involucrados. A este respecto, Roger (1980), sostiene que el profesional de la orientación se dedicará a la atención de dos tipos de grupos de personas: los grupos proclives a la promoción y desarrollo de sus integrantes, donde se manejan problemas típicos; y los grupos para resolver la crisis,

en los cuales se trabajará con personas que tienen dificultades especiales y que requieren de una atención más interna. En este caso el orientador familiar, mediante técnicas y estrategias trata de reflejar las vivencias de sus asesorados. Se trata entonces, de educar y comprender a los padres y madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en función de configurar una atmósfera de compromiso, confianza en sí mismos y descubrir significados sobre los propios valores que subyacen en su estructura psíquica y afectiva

Desde otro punto de vista, el orientador familiar tiene la oportunidad de participar en un espacio médico hospitalario como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a fin de abordar situaciones emocionales, estresantes y depresivas. Al igual, que su actuación incidiría en fortalecer el sistema de valores humanos, aunado a todo este ámbito esta el Asesoramiento personal y familiar que requieren los padres del neonato hospitalizado, donde ellos puedan encontrar asidero a sus preocupaciones, expectativas e incertidumbres mediante la catarsis del dialogo reflexionante y en intercambio de ideas. Aquí el orientador cumple la escucha empática de la madre principalmente para liberar tensiones en la misma pudiendo entra en su campo fenomenológico de la conciencia.

En este hilo discursivo, el orientador familiar en el área asistencial ha de asegurar también la adquisición de competencias relacionadas con el saber hacer, es decir, con la adquisición de procedimientos y estrategias necesarias para el desarrollo de las funciones propias en un contexto no educativo. En el campo medico-asistencial, la prevención e intervención cobra sentido al anticiparse a la aparición de circunstancias o situaciones que puedan ser un obstáculo al desarrollo de una personalidad sana e integrada con calidad de vida, propiciando de esta manera el máximo potencial funcional de la familia venezolana. El orientador familiar llega a comprender a los padres del neonato, ya que el contexto medico asistencial es interpretado como frio por los mismos, siendo el seno del hogar un espacio cálido y apacible, donde finalmente sentirán la plenitud de ser padres.

CAPÍTULO V

DERIVACIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN Y SUGERENCIAS

Derivaciones Reflexionantes

La presente investigación titulada vivencialidad de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): abordaje fenomenológico desde la orientación familiar, arrojó después de un sistematizado, coherente y exhaustivo proceso hermenéutico las siguientes derivaciones reflexionantes de las investigadoras

Asumiendo la posición paterna, se encontró que para la cultura venezolana donde hay una marcada ausencia del padre, el sentir de ser progenitor cuando se asume las riendas de la responsabilidad familiar, un hijo viene a significar interpretativamente un mundo de vida lleno de plenitud humana de sentida satisfacción personal, familiar, espiritual que da trascendencia y sentido excelso al valor de la existencia. Cada nacimiento de un hijo es un evento único, irrepetible y de gran disfrute emocional del padre. Por ello, cuando se es padre existe la necesidad de manifestar todos aquellos sentimientos que son compartidos y complementarios con la pareja por el advenimiento de un nuevo ser, sin importar el sexo del mismo. De hecho, el padre recibe con mucha receptividad y agrado la llegada de una hembra al seno familiar, la cual deparará muchas alegrías. La paternidad responsable, cuando es asumida con hidalguía, amor y autoridad, puede generar solvencia en la relación de pareja, con los otros hijos, y en un contexto social puede promover ésta misma actitud paterna en las facetas intergeneracionales venezolanas.

Por su parte, el sentir de ser madre sea por primera vez o en reiteradas ocasiones implica un aspecto muy trascendental, ya que cada oportunidad donde

ejerce la maternidad hay una vivencia muy sentida donde expresa gran júbilo y efusividad incluido el llanto, siendo un elemento sagrado la dación de la vida de un nuevo hijo no planificada incluso. La madre venezolana, se aferra con firmeza a su cultura matriarcal y herencia biológica, desarrollando para ello la capacidad de darle crianza a sus hijos si llegare a faltar presencialmente el progenitor. Es importante señalar, que ante cualquier situación el principal deseo y anhelo de madre es generar vida saludable dentro y fuera de su vientre materno. Es por ello, que la madre venezolana siempre se aferra a sus creencias espirituales y religiosas cuando está embarazada y después del parto utiliza siempre palabras referidas a tales creencias, ya sean de agradecimiento o de suplica para la salud familiar y la vida en general.

En cuanto a los constructos de los diversos significados sobre las situaciones emocionales estresora-depresivas que se vivencia en los padres con hijos recién nacidos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se tiene que en los mencionados padres y madres se genera una expectativa nada gratificante cuando reciben la noticia primera sobre sus hijos que han tenido que ser internados, previo a un diagnóstico que ha detectado una limitación en la salud neonatal. Ante tal perspectiva, aflora una angustia inusitada de grado superlativo y sostenido. Deviniendo en un cuadro de desasosiego e incertidumbre ante el panorama de ver a su hijo en una situación desfavorable del cual no se tiene dominio, ni relación directa para hacerse cargo de él. Todo esto, ocasiona una pérdida de autonomía, pasando a depender en mayor o menor grado al equipo de salud que cubre las necesidades básicas de su hijo. Incluso los padres pueden llegar a incumplir rutinas diarias de trabajo, dejar de ver a amigos y la familia consanguínea, pasando a ser su única razón de vida acompañar a su hijo de lejos, en una sala de espera en la que a veces se vuelven invisibles y vulnerables emocionalmente.

Es así como, tener un hijo hospitalizado en la UCIN le proporciona a los padres un ambiente de incertidumbre, llegando a presentar síntomas físicos de estrés como consecuencia de la presencia de algunos factores, ellos son: la condición de salud del

neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado, y la separación del binomio padres-hijo. También se pudo constatar que el padre que ejerce su presencia con responsabilidad representa un fuerte apoyo y soporte afectivo junto a la madre para afrontar con ahínco la hospitalización de su hijo recién nacido. Sin embargo, cuando el padre recibe por primera vez información sobre la hospitalización de su hijo, se producen en él un aislamiento o retraimiento en su percepción de la realidad y estado de ánimo, comunicando esas eventualidades posteriormente a su pareja una vez que la misma es dada de alta

Ahora bien, cuando ocurre el primer contacto de los padres, en especial de la madre con el hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se establece una relación psíquica y afectiva muy dolorosa, debido a que se ve imposibilitado un acercamiento afecto-kinestésico por varias razones, siendo la primera el tener que verlo recibiendo tratamiento en un sitio aislado (ambiente frío) con personal extraño, poco comunicativo y equipos tecnológicos que desprenden luces y sonidos para corregir las diferentes patologías diagnosticadas, en segunda instancia, no tener la certeza de cuánto tiempo durará tal situación para poder estar en el hogar (ambiente cálido) y en última instancia, desarrollar pensamientos pesimistas sobre el estado de salud, del cual pudiera esperarse lo peor como es la muerte o en menor rango alguna discapacidad permanente, que afectará su vida personal y social.

También es importante reconocer que, la separación de los padres de su recién nacido producto de la restricción del horario de visita y aislamiento protector que deben cumplir éstos y otros visitantes, contribuye a limitar el daño físico pero, al mismo tiempo aumenta el daño emocional, siendo este último poco atendido por la ausencia de un personal entrenado que establezca un enlace entre la unidad y los padres. Estos aspectos productores de estrés, además de la relación con el personal que se desempeña en la unidad, hacen difícil la adaptación de los familiares durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades

especiales de amor y de seguridad; es decir, que disminuye la capacidad de los padres para ajustarse a la situación, quienes deben responder a un conjunto de factores estresantes que se encuentran en este ambiente. La importancia también radica, en que debido a las complicaciones presentes en estos niños, los padres sufren un desgaste económico, físico y psicológico que se manifiesta tarde o temprano llevándolos a una situación emocional estresora-depresiva

Indudablemente, los actos y la actitud en la relación padres-hijo se conforman estructuralmente por la oralidad mediado por palabras de estímulo, recuperación, perseverancia y amor; donde los padres establecen un ritualismo iniciático oral con su hijo recién nacido como una forma de hacerle sentir su presencia, acompañado por el contacto físico para luego hacer una descripción relatada sobre el contexto familiar que le espera y las características de cada integrante. Cada padre y madre busca, mediante sus actos disipar su angustia, temores o cualquier manifestación de estrés, y en esa misma medida transferirle a su hijo o hija mucha confianza, por los medios antes señalados (la palabra y el contacto físico). La actitud positiva de los padres, tiene la intencionalidad de producir un fuerte estímulo para acelerar la recuperación física de su hijo y al mismo tiempo, tomar fuerzas de ánimo para sobrellevar la incertidumbre que lo acompaña.

Por otro lado, en cuanto a la valoración de la comunicación se encontró que, la misma entre el personal médico especializado, el auxiliar de enfermería y los padres del neonato reviste mucha importancia y trascendencia, ya que una comunicación constituida por la efectividad, la fluidez, la veracidad y la asertividad, viene a resignificar que el padre no esté preocupado, angustiado, estresado o depresivo. Sin embargo, los médicos especialistas sólo emiten a cada padre los procedimientos que están realizando y aquellos que deben cumplirse a posteriori, de manera restringida sin tantas explicaciones, mientras que en otras se entra al terreno de la excesiva explicación. Ahora bien, las situaciones de estrés y depresión son más marcadas en la madre que en el padre, al ver al neonato en condiciones críticas de salud. Ante estos

eventos, la comprensión del padre y la madre como pareja es fundamental para tener la paciencia necesaria ante el tratamiento del hijo hospitalizado, y el mismo llegue a feliz término.

Cabe destacar, que mientras el hijo este hospitalizado se establecerá un canal de comunicación entre los padres y el personal de salud (médicos y enfermeras principalmente), siendo las preguntas más frecuentes, aquellas referías a los resultados de los exámenes que le han realizado, la causa de lo que le pasó al bebé, y si para los padres las respuestas resultan satisfactorias, entonces habrá mayor comprensión, permitiendo una mejor interacción con sus hijos. Ahora, si las familias no encuentran información satisfactoria, construyen su propia historia a partir de experiencias previas, donde además pueden llegar a sentirse maltratados, generando en ellos desconfianza del personal médico tratante.

Finalmente, el orientador familiar en su praxis profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), puede asesorar a los padres a desarrollar capacidades necesarias para afrontar las demandas de cada etapa evolutiva de la hospitalización y proporcionarle las situaciones de aprendizaje que facilite el progreso del mismo. En tal sentido, si en el ejercicio de la profesión considera a los padres y la familia en pleno como un continuum humano, la orientación familiar que le acompaña debe ser también una evolución progresiva, unida al proceso bio-psico-social-cultural-ecológico. De esta manera, el profesional de la orientación familiar posee las competencias necesarias para intervenir no solo en el contexto familiar, sino en el medico asistencial de la UCIN, tomando en consideración actitudes, intereses y anhelos de todos los entes involucrados. Asimismo, el orientador familiar, mediante técnicas y estrategias trata de reflejar las vivencias de sus asesorados. Se trata entonces, de educar y comprender a los padres y madres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en función de configurar una atmósfera de compromiso, confianza en sí mismos y descubrir significados sobre los propios valores que subyacen en su estructura psíquica y emocional.

Aportes a la Educación y la Orientación

- El estudio fenomenológico desde la orientación familiar permite trascender el academicismo formal de la educación y llegar a espacios poco estudiados como son las vivencias de situaciones emocionales estresora-depresivas en padres con hijos recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Es así como, la orientación familiar permite tender el puente disciplinar entre lo educativo y lo médico asistencial.
- En esta investigación se da reconocimiento al personal médico neonatal especializado y con mayor énfasis al personal de enfermería que cumple una función mediadora entre la tecnología de la UCIN, los especialistas y los padres del niño hospitalizado. Por lo cual, a posteriori es posible vislumbrar investigaciones sobre el mundo de vida de los médicos y enfermeras.
- Designar un antecedente para la orientación familiar, donde se deja entrever
- las diferentes áreas y contextos que permea su praxis profesional.
- Dar importancia a la familia como núcleo de la sociedad venezolana, donde la presencia del padre responsable es completamente trascendental, cuando la salud de un hijo recién nacido se ve comprometida por alguna patología emergente o heredada biológicamente.
- Resignificar la praxis de la educación y la orientación como territorios fronterizos transdisciplinarios en pro de la transfiguración del ser humano como un sujeto ético y reflexionante en la Venezuela actual.

- Dentro de los centros asistenciales de salud, el orientador puede ser una pieza clave en un equipo multidisciplinario de trabajo, cuyas competencias estén en consonancia con los emergentes modelos epistémicos y teóricos

REFERENCIAS

- Acolet, D., Sleath, K. y Whitelaw, A. (1989). **Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers.** *Acta Paediatrica Scandinavica*, 78(2), 189-193.
- Affonso, D., Bosque, E., Walhberg, V. y Brady, J.P. (1993). **Reconciliation and Ealing for Mother Through skin-to-skin Contact Provided in an American Tertiary Level Intensive Care Nursery.** *Neonatal Network*, 12(3), 25-32.
- Affonso, D.D., Walhberg, V. y Persson, B. (1989). **Exploration of Mother's Reactions to the Kangaroo Method of Prematurity Care.** *Neonatal Network*, 7(6), 43-51.
- Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). **Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation.** *Child Development*, 41(1), 49-67.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). **Patterns of Attachment.** Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D. (1979). **Infant-Mother Attachment.** *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Álvarez Mingorance, P. (2009). **Morbilidad y Secuelas de los Niños Prematuros en Edad Escolar.** Universidad de Valladolid. Recuperado el 8 de Noviembre, 2012. [Documento en línea]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/113/1/TESIS40-091216.pdf>. Consultado en febrero de 2014
- Als, H. (1986). **Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization. Framework for the Assessment and Support of the Neurobehavioral Development of the Premature Infant and his Parents in the Environment.** En J.K. Sweeney (Eds.), *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives* (pp. 88-102). Independence: The Haworth Press.

- Anderson, G.C. (1989). **Skin-to-Skin Kangaroo Care in Western Europe.** American Journal of Nursing, 89(5), 662-666.
- Anderson, G.C. (1991). **Current knowledge About skin-to-skin (Kangaroo) care for Preterm Infants.** Journal of Perinatology, 11(3), 216-226.
- Arivabene J. (2010). **Método Madre Canguro: Vivencias Maternas y Contribuciones para la Enfermería.** Revista Latinoamericana Enfermagem [Documento en línea] Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae. Consultado en febrero de 2014
- Arraga, M y Gonzáles, Y. (2005) **Nuevos Horizontes en el Quehacer de la Orientación. Algunas Experiencias.** Ponencia Presentada en el Congreso de Orientación. Maracaibo, Venezuela
- Asociación Internacional de Orientación Educativa y Profesional AIOSP/IAEVG/AIOEP Aprobado para la Asamblea General de la AIOEP, Berna, Suiza. 4 de septiembre 2003.
- Barnett, C.R., Leiderman, P.H., Grobstein, R. y Klaus, M. (1970). **Neonatal Separation: The Maternal side of Interactional Deprivation, Pediatrics,** 45(2), 197-205.
- Bowlby, J. (1976). **Attachment and Loss, volumen II. La Separación Afectiva.** Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1983): **Attachment and Loss, volumen III. La Pérdida Afectiva.** Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1988). **Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego.** Barcelona: Paidós Ediciones.
- Burrows, A. y Stanley, M. (1983). **Measurement of Anxiety.** En S. Turner (Eds.), Behavioral theories and treatment of anxiety (pp. 51-59). New York: Plenum Press
- Cañas, E. (2012). **Significado que le Asigna el Padre a la Hospitalización de su Hijo Recién Nacido Pretérmino Extremo en la Unidad de Cuidado**

- Intensivo Neonatal.** Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Trabajo de Grado publicado. . [Documento en línea]. Disponible en: 3 <http://www.bdigital.unal.edu.co/8913/1/539695.2012.pdf> Consultado en febrero de 2014.
- Cano G.F., Rodríguez F.L., García M.J. (2006). **Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.** Actas Esp. Psiquiatr. 2007; 35(1):29-39 Extraído el 2 de febrero de 2014 desde: [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf) Consultado en febrero de 2014
- Carlson, P y Srouf, M. (1995) **Maternal Recall of the Neonatal Intensive Care.** Neonatal Network, 16(4), 33-40.
- Castejon, L y Zamora, P. (2001). **Diseño de Programas y Servicios en Orientación.** Maracaibo: Ediluz.
- Chapark, K. (1993). **Social Interaction and Developmental Competence of Preterm and Full Term Infants During the First year of life.** Child Development, 54(5), 1199-1210.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1.999). Gaceta Oficial No 36.860, Caracas.
- Costello, A. y Chapman, J. (1998). Mothers' perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. Neonatal Network, 17(7), 37-42.
- Davis, L., Mohay, H. y Edwards, H. (2003). **Mother's Involvement in Caring for their Premature Infants an Historical Overview.** Journal of Advanced Nursing, 42(6), 578-586.
- Department of Child and Adolescent Health and Development (2004). **The Importance of Caregiver-child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children: a Review.** Ginebra: World Health Organization.
- Díaz, B. (1996). **Los Programas de Evaluación Estímulos al Rendimiento Académico en la Comunidad de Investigadores. Un estudio de la UNAM (Universidad Autónoma de México).** Revista Mecana de Investigación Educativa ISSN 1405-6666, Vol. 1, No, 2. [Documento en línea]. Disponible

en:http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?tipobusqueda=CODIGO&clave_revista=2119. Consultado en septiembre de 2013

Díaz, C. (2012). **Participación Ocupacional y Estrés en Padres de Recién Nacidos Internados en Unidades Neonatales**. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Universidad Abierta. Trabajo de Grado publicado. . [Documento en línea]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf> Consultado en febrero de 2014

Doménech, E. (1993). **La Interacción Padres-Hijos y sus Consecuencias Psicopatológicas y Psicoterapéuticas**. Revista Española de Pedagogía, 51(196), 531-550.

Eyer, D. (1992). **Mother-Infant Bonding: A Scientific Fiction**. New Haven, CT: Yale University Press.

Fava, G. (2000). **Los Padres en Terapia Intensiva Neonatal**. Hospital Italiano de Bs.As.

Fonseca, L y Vázquez, M (2005). **El Sentir de los Padres ante el Hecho de Tener a su Recién Nacido Hospitalizado en el Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Universitario de Caracas**. Caracas, Venezuela. Trabajo de grado publicado. [Documento en línea]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/1300/1/trabajo%20especial%20de%20grado.pdf> Consultado en febrero de 2014

Fustiñana, C. (2000). **Situaciones críticas en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatales** Revista. Científica de la Universidad de Ciencias Sociales. 4 (2): 151; 161

García, Y. y Fernández, R. (2006). **El Recién Nacido Pretérmino Extremadamente Bajo Peso al Nacer. Un reto a la vida**. Revista Cubana de Pediatría, 78(3), 18-22.

Giménez, E. (2013). **Estrés y Ansiedad Parental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. El Papel Modulador de una Intervención Temprana**. Departamento de Psicología y de la Educación. Universidad de Murcia. Tesis Doctoral publicada. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=19&ved=0CFoQFjAIOAo&url=http%3A%2F%2Fdigitum.um.es%2Fjspui%2Fbitst>

[ream%2F10201%2F37872%2F1%2FTesis%2520Evelyn%25202013.pdf&ei=ebEMU_P2I8fmkAfXzoDQCg&usg=AFQjCNFpsIQjNZz2uhzkEJ89m51nFpyG0Q](#). Consultado en Febrero de 2014.

Goetz J. y LeCompte, M. (1988). **Diseño Cualitativo en Investigación Educativa**. Ediciones Morata. Madrid, España.

Goldberg, S. (1983). **Parent-infant bonding. Another look**. Child Development, 54(6), 1355-1382.

González, M. (1996). **Aproximación al Concepto de Ansiedad en Psicología: Su Carácter Complejo y Multidimensional**. Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca. [Documento en línea]. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/02143402/article/viewFile/3270/3294. Recuperado el 12 de Diciembre, 2012.

Griffin, T. (1990). **Nurse Barriers to Parenting in the Special Care Nursery**. Journal of Perinatal Neonatal Nursing, 4(2), 56-67.

Guerrero, M, Suárez, A, Mendoza, L y Farfán, F. (2011). *Abordaje Psicoterapéutico se la Enfermera Especialista en Salud Mental a Padres con Hijos Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0608.pdf>. Consultado en Febrero de 2014

Guayasamín, O., Benedetti, W. L., Althabe, O., Nieto, F. y Tenzer Z. (1976). **Crecimiento Fetal Humano Valorado por Indicadores Antropométricos**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 81(6), 481-488

Habermas, J. (1976) **Teoría de la Acción Comunicativa: I. Racionalidad de la Acción**. Ed. Taurus. [ISBN 978-84-306-9952-0](#).

Hernández, A. (2006). **Perfil Profesional**. Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior. Universidad de la habana Revista Pedagógica Universitaria. [Documento en línea]. Disponible en: <http://revistas.mes.edu.cu/PedagogiaUniversitaria/articulos/2004/2/189404206.pdf> Consultado en octubre de 2013.

Hurtado. J. (2001). **Metodología de la Investigación Holística**. Caracas: 3era edición. Edición Sypal.

- Kennell, J.H. y Klaus, M.H. (1976). **Caring for Parents of a Premature Sick Infant:** En M.H. Klaus y J.H. Kennell (Eds.), **Maternal Infant Bonding: the impact of Early Separation or loss on Family Development.** (pp. 99-166) Saint Louis: Mosby.
- Kramer, M. (2002). **Analysis of Perinatal Mortality and its Components: time for a change?** American Journal of Epidemiology, 156(6), 493-497.
- Laine, A. (1987). **Kangaroo care in Turku's University Hospital Pediatric Clinic.** Katilolehti, 92(5), 171-176.
- Lamb, M.E. y Hwang, C. (1982). **Maternal Attachment and Mother-Neonate Bonding: A Critical Review.** En M.E. Lamb y A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (pp.1-39). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Lazarus, R. (1986). **Estrés y Procesos Cognitivos; El Proceso de Afrontamiento: Una Alternativa a las Formulaciones Tradicionales.** Barcelona: Martinez Roca.
- Leininger, M. (2002). **The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Methodo.** En: *Transcultural nursing many cultures one world.* 3ed. New York: McGraw Hill Interamericana, 2002. Cap. 1.
- Levovici, S (1983). **Los Vínculos Intergeneracionales (transmisión y Conflictos). Las Interacciones Fantasmáticas.** La Psicopatología del Bebe. Siglo XX: Madrid, España.
- Ley Orgánica de Educación (2009). Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. N° 5.929 (Extraordinario). Agosto 15 de 2009.
- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela 5.859 (Extraordinario) del 10 de diciembre de 2007
- Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. (2007). Gaceta Oficial No 38.773 República Bolivariana de Venezuela. Caracas.
- Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de (1998). El congreso de la República de Venezuela. Decreta la siguiente, ley orgánica de salud.

- Lía Ruiz, A., Ceriani Cernadas, J.M., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). **Estrés y Depresión en Madres de Prematuros: un Programa de Intervención.** Archivos Argentinos de Pediatría, 103(1), 36-45.
- Muniagurria, G. (S/F). Manejo informativo en la U.C.I.N. **Curso de Formación Continua para Enfermeras.** Buenos Aires: Sanatorio Mitre.
- Martín, F; Aliño, O; Céspedes, A; Rodríguez, J; y Villalta, S (2008). **Percepciones Maternas del Desarrollo Neonatal del Bebé Prematuro: ¿Influye el Estrés?** Revista de Atención Temprana, 9(1), 27-36.
- Martínez, M (2002). **Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación.** 2da Edición. Editorial Trillas. México.
- Martínez C.I., Tello O.H., (1998). **Ansiedad, Mitos y Fantasías: Evaluación del Programa de “Visita de Puertas Abiertas” del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (S.S.A.).** Tesis digital para obtener el título de licenciado en Psicología. BiDi UNAM. Extraído el 5 de febrero de 2014 desde: http://p8080132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_Bis/258474/Index.html.
- Meza D. E., García S., Torres G. A., Castillo L., Sauri S.S., Martínez S. B. (2008). **El Proceso de Duelo. Un Mecanismo Humano para el Manejo de las Pérdidas Emocionales.** Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 13(1):28-31. Extraído el 3 de febrero de 2014 desde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/473/47316103007.pdf>.
- Miles, M.S., Funk, S.G. y Carlson, J. (1993). **Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit.** Nursing Research, 42, 148-152.
- Minde, K., Whitelaw, A., Brown, J. y Fitzhardinge P. (1983). **Effect of Neonatal Complications in Premature Infants on Early Parent-Infant Interaction.** Developmental Medicine and Child Neurology, 25, 763-777
- Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior. Mesa Técnica Nacional. Proyecto: Sistema Nacional de Orientación 2008. Subsistemas de Orientación: Escolar, Educación Superior, Comunidades, Instituciones Socio productivas.

- Morillo, F. (2013). **Fundamentos de Orientación. Una Perspectiva Teórica desde la Triada Transfiguracional: Aisthesis, Poiésis y Khatsris.** Ciscoyt. Estudios Sociales Transcomplejos. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
- Myers, J. (1987). **Interaction and Development in the First Year. I. The effects of Prematurity.** Early Human Development, 13(2), 195-210.
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davalos, R., Ewald, U., Ibe, O., Ludington, S., Mendoza, S., Pallás-Alonso, C., Ruiz Peláez, J.G., Sizun, J. y Widström, A.M. (2010). **Towards Universal kangaroo Mother Care: Recommendations and Report from the First European Conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother.** Acta Pediátrica, 99, 820-826.
- Ramos, O; Padrón, B y Rodríguez, M. (2003). **Orientación Familiar.** Facultad de Ingeniería de la Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). **Informe sobre la Salud en el Mundo.** [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2011/es//index.html>. Consultado en Octubre de 2013
- Palacios, M. (2012). **Estrés en Padres con Hijos Hospitalizados en Neonatología.** Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería de la Universidad de Córdoba. Trabajo de Grado publicado. . [Documento en línea]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/palacio_diaz_maria.pdf Consultado en enero de 2014.
- Pallás, C. (2007). **Antes de Tiempo. Nacer muy Pequeño.** Madrid: Exlibris.
- Perapoch, J. (2006). **Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las Unidades de Neonatología de España.** Anales Españoles de Pediatría, 64(2), 132-9.
- Petricone, F. (2000). **Orientación y Realidad Venezolana.** Ponencia Presentada en el Congreso Mundial de Orientación y Asesoramiento. 49 Puntos de Vista de la Orientación. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

- Pignotti, M.S. y Donzelli, G. (2008). **Perinatal Care at the Threshold of Viability: an International Comparison of Practical Guidelines for the Treatment of Extremely Preterm Births**. *Pediatrics*, 121(1), 193-198.
- Plunkett, J.W., Meisels, S.J., Stiefel, G.S., Pasick, P.L. y Roloff, D.W. (1986). **Patterns of Attachment Among Preterm Infants of Varying Biological Risk**. *Journal of the American Medical Association*, 25(6), 794-800.
- Ramos, O. Jiménez, B y Rodriguez, M. (2003). **Orientación Familiar**. Facultad de Ingeniería de la Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- Ríos, J. (1994). **Manual de Orientación y Terapia Familiar**. (2a ed.). Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre
- Rickey, L y Cristiani, T. (1995). **Counseling Theory and Practice**. Fourth Edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Robert, S y Eduars, L (1975) **Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical** review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969 -1025.
- Rode, S., Chang, P., Fisch, R. y Sroufe, L.A. (1981). **Attachment Patterns of Infants Separated at Birth**. *Developmental Psychology*, 17, 188-191.
- Rojas, A y Carrasco K. (2010). **Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en Padres con un Hijo en Terapia Intensiva**. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social* 48(5): 491-496. Extraído el 24 de septiembre de 2013 desde: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A936.pdf
- Rodríguez, A, Alarcón, I y Gómez, J. (2011). **Episodios Aparentemente Letales en las Primeras dos Horas de Vida Durante el Contacto Piel con Piel. Incidencia y Factores de Riesgo**. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(2), 55-59.
- Rogers, C. (1980). **Psicoterapia Centrada en el Cliente**. Buenos Aires: Paidós.
- Rubiños, A. (2012). **Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en la Unidad de Cuidados Intensivos**. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Trabajo de Grado publicado. . [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.citeach.org/web/wp-content/uploads/2012/07/estres-ansiedad.pdf>

Consultado en febrero de 2014.

Salas, R., Sanhueza, L. y Maggi, L. (2006). **Factores de Riesgo y Seguimiento Clínico en Prematuros Menores de 1 000 gramos**. Revista Chilena de Pediatría, 77(6), 577-588.

Sameroff, L y Fiese, A. (2000). **Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After the Birth of a very Lowbirth- Weight Infant**. The Journal of the American Medical Association, 281, 799-805.

Sebastiani, M. y Ceriani, J.M. (2008). **Aspectos Bioéticos en el Cuidado de los Recién Nacidos Extremadamente Prematuros**. Archivos Argentinos de Pediatría, 106(3), 242-248.

Sifuentes Contreras, A., Parra, F.M., Marquina Volcanes, M. y Oviedo Soto, S. (2010). **Relación Terapéutica del Personal de Enfermería con los Padres de Neonatos en la Unidad Terapia Intensiva neonatal**. Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería, 19, 1-6.

Shertzer, A y Stone, N. (1992). **Manual para el Asesoramiento Psicológico**. Buenos Aires: Paidós.

Solano, Y. (2012). **Significado de la Experiencia, para la Madre Adolescente de la Hospitalización del Recién Nacido en la Unidad Neonatal. Hospital Engativá, 2012**. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Trabajo de Grado publicado. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8921/1/539697.2012.pdf>. Consultado en Febrero de 2014.

Svejda, M.J., Pannabecker, B.J. y Emde, R.N. (1982). **Parent-to-Infant Attachment: A Critique of the Early “Bonding” Model**. En R.N. Emde y R.J. Harmon (Eds.), The developmental of attachment and affiliative systems (pp. 95-107). New York: Plenum.

Taylor, S y Bogdan, R (1992). **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados**. Ediciones Paidós. Barcelona, España.

- Tucker, J. y McGuire, W. (2004). **Epidemiology of Preterm Birth**. British Medical Journal, 329 (7467), 675-678.
- Tobin, P, Holroyd, G y Kigal, S. (1989). **Anxiety Responses During Alter Hospitalization of Dear 6-12 Month**. Journal the Pediatric Nursing
- Velázquez, N., Masud, J. y Ávila, R., (2004). **Recién Nacidos con Bajo Peso; Causas, Problemas y Perspectivas a Futuro**. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 61, 73-86.
- Véliz P. R., Caballero de A.C. (2000). **Factores del ambiente psicológico en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica**. Segunda y última parte. Revista.
- Wily, J. (1986). **Interaction and Development in the First Year. I. The Effects of Prematurity**. Early Human Development, 13(2), 195-210.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



ANEXO A (Guía de Entrevista)

- 1.- ¿Qué sentiste cuando te informaron que ibas a ser padre/madre?**
- 2.- ¿Cuáles fueron las expectativas que se generaron en ti cuando te informaron que tu hijo recién nacido había sido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?**
- 3.- ¿Cuáles fueron tus primeras impresiones cuando vez a tu hija/hijo recién nacida/nacido hospitalizada/hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?**
- 4.- ¿Qué cosas haces con tu hijo cuando lo visitas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?**
- 5.- ¿Por qué es importante mantener una comunicación eficiente y fluida entre el personal médico, de enfermería y los padres del recién nacido o neonato?**
- 6.- ¿Qué sugerencias plantearías como padre/madre para mejorar los cuidados de tu hijo recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?**
- 7.- ¿Cómo considerarías el asesoramiento profesional de un orientador familiar, en función de ofrecer apoyo asistido a los padres con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?**

ANEXO B (Registro Fotográfico del Hospital Universitario Ángel Larralde)



