

**INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL
DE TRABAJO SOCIAL**



Maternidades 1 Logo del proyecto
Fuente: elaboración propia

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN:
LABORATORIO DEL CORAZÓN**



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

**INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III
PARA OPTAR AL TÍTULO
DE TRABAJADORA SOCIAL**

Estudiante

Lizeth Vásquez Duque

**HOSPITAL GENERAL DE
MEDELLÍN LUZ CASTRO DE
GUTIERREZ**

Asesora Académica

Natalia Andrea Arroyave Botero-

Trabajadora Social

Asesora Institucional

Marisel Tamayo Tabares-

Especialista en intervenciones

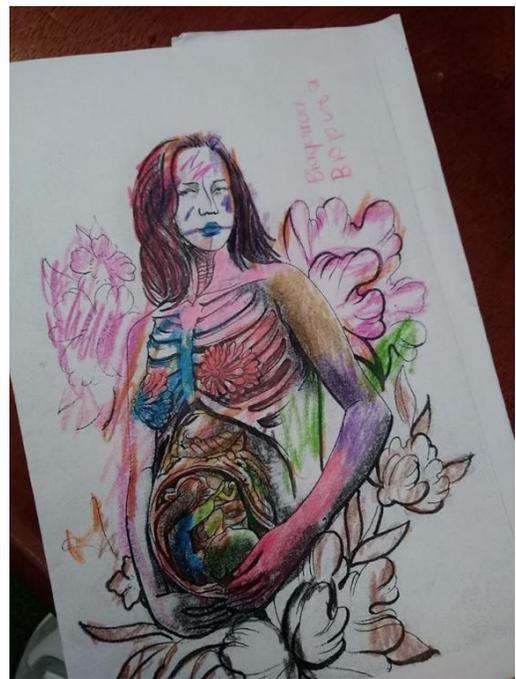
psicosociales

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MEDELLIN**

2018

“El amor es, hablando biológicamente, la disposición corporal para la acción bajo la cual uno realiza las acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en coexistencia con uno. (...) El amor es la emoción que funda el fenómeno social. Cada vez que uno destruye el amor, desaparece la convivencia social. Pues bien, el amor es algo muy común, muy sencillo, pero muy fundamental”.

Maturana, 1997



Maternidades 2 Cartografía madre indígena
Fuente: elaboración propia

“UAUA CUANGA BUCA” (Te amo hijo en Embera chamí)

Fuente: elaboración propia.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	9
CONTEXTUALIZACIÓN.....	10
Salud-enfermedad.....	10
La salud en Colombia.....	12
Derecho vs necesidad	16
Hospital General de Medellín.....	17
Trabajo Social Hospital General de Medellín	18
Redes de apoyo familiares e institucionales.....	23
DIAGNÓSTICO.....	27
Servicio de neonatos, uci neonatal y perinatos.....	28
Referente teórico	30
Referente conceptual	
Vínculo	31
Cuidado artesanal	32
Cuidado de sí y de los otros.....	32
Lactancia materna: un acto de amor	33
Amar educa.....	34
Método.....	34

Técnicas para la recolección de la información	36
Identificación de la problemática y construcción del objeto de intervención	36
Priorización.....	45
Causas.....	46
Consecuencias	47
Pronóstico.....	47
Recursos	49
Técnicos.....	49
Análisis de contingencia.....	49
Estrategias de intervención.....	51
Postura ética.....	52
Sujetos de la intervención.....	60
Justificación	62
Pronóstico.....	63
Objetivos.....	64
Objetivos específicos	64
Referente teórico	65
Ruta metodológica.....	66
Línea estratégica 1: laboratorio del cuerpo	67
Línea estratégica 2: armádonos de amor	68

Línea estratégica 3: ¿a dónde vamos mamá?	69
Sistema de monitoreo y evaluación	70
Cronograma	76
INFORME DE GESTIÓN.....	77
Ruta metodológica.....	78
Línea estratégica 1: laboratorio del cuerpo	81
Línea estratégica 2: armandonos de amor	90
Línea estratégica 3: ¿a dónde vamos mamá?	97
Dificultades.....	103
Aprendizajes	104
Matriz sistema categorial.....	105
La diversidad de la maternidad.....	110
REFLEXIÓN	114
Análisis de la categoría conceptual emergente.....	114
Reflexión final	117
EVALUACIÓN DEL PROCESO	123
Hospital General de Medellín.....	123
Asesora institucional y trabajadoras sociales hgm	124
Coordinación de práctica universidad	125
Asesora academica	125

Autoevaluación.....	126
BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO	134
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	135
GUIÓN LITERARIO DEL VIDEO	137

Índice de imágenes

Maternidades 1 Logo del proyecto	1
Maternidades 2 Cartografía madre indígena.....	3
Maternidades 3 Redes de apoyo Fuente: elaboración propia.....	23
Maternidades 4 Cartografía madre en situación de calle.....	83
Maternidades 5 Diseño Cartografía	87
Maternidades 6 - Taller armádonos de amor	92
Maternidades 7 Taller armádonos de amor.....	97
Maternidades 8 Taller armádonos de amor.....	95
Maternidades 9- Taller armádonos de amor	96
Maternidades 10- Taller armádonos de amor	96
Maternidades 11- Postal.....	99
Maternidades 12- Afiche para registro civil	100
Maternidades 13- Madre indígena	110
Maternidades 14- Madre Venezonala	110
Maternidades 15- Madre afro.....	110
Maternidades 16- Madre de bebé fallecido.....	111
Maternidades 17- Historia materna.....	111
Maternidades 18- Madre adolescente	112
Maternidades 19- Madre en situación de calle	112
Maternidades 20- Atención de mujeres venezonalas gestantes en Antioquia	137

Índice de tablas

Tabla 1 Cronograma mes de septiembre de 2017 a Enero de 2018.....	53
Tabla 2 Sistema de monitoreo y evaluación: fuentes de verificación e indicadores de gestión ..	71
Tabla 3 Cronograma de actividades:Febrero a Mayo de 2018	76
Tabla 4 Matriz sistema categorial	105

INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta a continuación, es el informe de ocho meses de práctica profesional de Trabajo Social enmarcada en la propuesta del proyecto de intervención “LABORATORIO DEL CORAZÓN”, dentro del Programa Madre Canguro y en los servicios de neonatos y perinatología del Hospital General de Medellín.

Durante el recorrido de éste texto, se abordará la contextualización, el diagnóstico y el proyecto de intervención el cual partió de la intencionalidad de escuchar y comprender a las madres y cuidadores de los bebés hospitalizados, para acompañar, reconocer comprender escenarios de tensión social, económicos, familiares, culturales que representa la hospitalización, e intervenir en las situaciones de riesgo social respecto de los contextos de cada madre.

Además, en el presente texto, se presentará el informe de gestión final, el cual contiene los alcances del proyecto y los productos que emergieron durante el proceso teórico-práctico y la ejecución, en términos metodológicos, es decir, las estrategias y acciones que se llevaron a cabo para cumplir con los objetivos planteados. Además, se ahondará en términos cualitativos de las líneas estratégicas de intervención, el objetivo general y los objetivos específicos propuestos, los referentes teórico conceptuales, en relación con la realidad descrita por los actores beneficiarios de la intervención, elementos que se retoman de la matriz del sistema categorial para la producción de conocimiento.

De igual manera, en el presente informe, se abordan los asuntos reflexivos durante el proceso de ejecución del proyecto y en el proceso de práctica, como una posibilidad desde la experiencia, cómo plantea Maturana, desde el operar en la biología del amor como un resultado espontáneo.

Para finalizar, este informe reúne la evaluación del proceso en términos personal-profesional y en los acompañantes del proceso, el Hospital: desde la dependencia de Trabajo Social, la Universidad: desde la coordinación de prácticas académicas y el acompañamiento de la asesora académica.

CONTEXTUALIZACIÓN

Derecho a la salud

Los derechos son inherentes al ser humano, lo que supone, que toda persona, en el ser y estar de su existencia, está amparado por los mismos, con el fin de garantizar su bienestar y calidad de vida. Según esta concepción, todos los individuos han de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad u otra condición.

Dentro de los derechos fundamentales, se establecieron las garantías, las cuales se configuran a partir de instrumentos o acciones jurídicas y extrajurídicas que tienden a reforzarlos, es decir son el instrumento para “la defensa de los derechos humanos, en el sentido de su consagración plena y de defensa en el supuesto de agresión o amenaza de agresión”. Respecto de las garantías, aparecen las que se refieren a los derechos de primera, segunda y tercera generación, estas corresponden a los derechos civiles y políticos, seguido de los derechos económicos, sociales y culturales, y colectivos respectivamente.

Dentro de los derechos de segunda generación, se encuentra el derecho de la SALUD, el cual en su conceptualización, “exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos”, los cuales están interrelacionados, y no deben fragmentarse, es decir, que vinculan los demás derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vivienda, alimentación, educación, acceso a la información y participación (OMS, s.f).

Salud-enfermedad

En aras de claridad, es necesario profundizar en este concepto de salud, según la OMS (s.f), abarca el estado integral de la persona, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». De igual forma, la Organización Panamericana de la salud, aportó un elemento adicional para comprender el

estado de la misma: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

Es de anotar, qué, para hablar de salud, es necesario abordar su contrario: la enfermedad. Para la OMS (s.f) , la enfermedad aparece como una afectación que atenta contra el bienestar del ser humano, y por ende con su condición de salud. Hablar de enfermedad, sugiere la desviación o alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas o características, y cuya evolución puede ser previsible.

Para comprender la relación salud- enfermedad, es necesario revisar social e históricamente su evolución, “A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social” (Laurell, 1981). Esta propuesta buscaría comparar los niveles de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, para demostrar que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y fallecen de modo distinto.

Esta propuesta emergente se basó según Laurell (1981), en exponer tres dimensiones, la primera, que la enfermedad tiene un carácter histórico y social, proceso que se da en la colectividad humana y en los perfiles patológicos de los grupos sociales a lo largo del tiempo, es decir, que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos en relación con las transformaciones de la sociedad. Un segundo elemento, sería profundizar en la comprensión del proceso salud- enfermedad como social, en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico, por ejemplo, en el hecho de que no es posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en diferentes épocas. Por último, el autor aborda el modo de conceptualizar la causalidad, planteando el problema de su articulación con otros procesos sociales, ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da en la sociedad, necesariamente recupera la unidad entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico.

Para otros autores, abordar esta diada, implica un reto en aras de demostrar que concebir la

relación entre ambas, tiene potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables direccionados a las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población, para generar desarrollos del pensamiento estratégico y de la planificación en salud, y, finalmente, garantizar un enfoque humanizado en el proceso de salud-enfermedad (Gallego, R., 2008, Pág. 171)

La salud en Colombia

Actualmente en Colombia, el derecho a la salud está amparado bajo la reforma de 1991, y la consagración de un Estado social de derecho, en el cual, se decretó el artículo 49 de la constitución política de Colombia (2009), se estableció que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”.

Para asegurar la prestación de los servicios de salud, el Estado Colombiano, planteó la organización y financiamiento de la misma, sugiriendo una reforma en el sistema de salud, proponiendo como alternativa la Ley 100 de 1993. A partir de este momento su funcionamiento se trazaba así: “El sistema de salud colombiano compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos, y un decreciente sector privado, que reciben las cotizaciones de empleados y empleadores, que aportan al régimen contributivo. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y para todos, y se hace a través de las entidades promotoras de salud

(EPS), públicas o privadas, y, se atiende, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las cuales, ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, Vásquez, 2011).

Este modelo resultante, ubica un esquema de mercado regulado e integrado por tres subsistemas: *subsistema de regulación y control*, el cual está descentralizado y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud-DTS; el *subsistema de financiamiento y aseguramiento*, el cual está organizado en dos regímenes, subsidiado y contributivo, y comprende el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, y los diferentes tipos de Empresas Promotoras de Salud-EPS; y, 3) el *subsistema de prestación de servicios*, el cual comprende las instituciones prestadoras de servicios-IPS, públicas o privadas. (Guerrero, et al, 2011)

Es necesario, profundizar en los elementos centrales del subsistema de financiamiento y aseguramiento, mencionados en el párrafo anterior, para comprender el funcionamiento de la prestación de los servicios de salud. Así, el sistema de salud colombiano, tiene una función mediadora entre los recursos y la prestación del servicio, donde se propende, por la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Para comprender el **financiamiento** del SGSSS, es necesario abordar el funcionamiento del FOSYGA, el cual tiene como finalidad, recoger y custodiar los recursos del sistema, mediante una cuenta administrada por cargo fiduciario, que maneja cuatro subcuentas, de acuerdo con diversas actividades que deben financiarse dentro del sistema:

- Solidaridad: recauda 1,5 de los 12 puntos de la cotización de los trabajadores al régimen contributivo y está destinada a subsidiar el régimen subsidiado.
- Compensación: se encarga de recaudar los superávits que generan aquellas EPS, cuyos recaudos sobre los ingresos superen la suma de las UPC que les corresponden. Estos dineros se transfieren a las EPS que presentan déficit.

- Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT): recauda aportes especiales del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, y de otras fuentes para cubrir este tipo de eventos.
- Promoción y prevención: encargada de recaudar hasta un punto de la contribución obligatoria para garantizar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Vélez, 2016, pág. 35).

Cabe hacer el paréntesis, -dadas las condiciones particulares que pueden presentar los pacientes-, qué, otros de los actores del Sistema de salud, son por un lado, las aseguradoras de riesgos laborales (ARL), que son de carácter obligatorio para trabajadores y cubre accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Y por otro lado, las aseguradoras de medicina prepagada, que ofrecen planes complementarios de salud, servicios ambulatorios, consulta externa, acceso directo a especialistas. (Vélez, Op. cit)

Así mismo, el **aseguramiento**, sugiere dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, corresponden a la afiliación de la población colombiana a las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El régimen contributivo cobija a los trabajadores y a su núcleo familiar, y se financia con los ingresos laborales, dadas las condiciones de capacidad de pago como cotizante, o aportes económicos financiados por empleados o empleadores. Por otra parte, el régimen subsidiado asegura en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más pobres, y/o población especial, donde previamente, deben demostrar su incapacidad de pago ante un sistema de clasificación que los acredita como pertenecientes a los estratos 1 y 2, y se les garantiza el derecho a los servicios de salud mediante subsidios del Estado (Vélez, Op. cit, pág. 34).

Para materializar la prestación del servicio de salud, las EPS, contratan el plan obligatorio de salud (POS) de su población afiliada, con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales pueden ser clínicas, laboratorios, hospitales y otras instituciones con las cuales tienen convenios las aseguradoras, y que dichas instituciones puede ser, tanto de carácter público como privado; así mismo, la atención en el sistema de salud se divide en cuatro niveles, de acuerdo a la complejidad de los procedimientos e intervenciones realizada, en el primer nivel, se cuentan con servicios como consulta médica general, atención inicial, estabilización, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales;

en el nivel dos, se brinda atención médica no quirúrgica, cuenta con laboratorio clínico especializado, radiología especializada, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; en el nivel tres, se brinda atención especializada por cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, además de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y exámenes especiales no considerados para niveles I y II, finalmente en el nivel cuatro, se brinda atención a las enfermedades consideradas catastróficas, de alta complejidad o alto costo.

El funcionamiento en la atención de la Salud, se realizan a través los copagos y las cuotas moderadoras. “El artículo 187 de la ley 100 de 1993 estableció que los usuarios estarían sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos- deducibles para acceder a los beneficios contenidos en el POS – con el fin de racionalizar el uso de los servicios del sistema y de complementar la financiación (Vélez, Op. Cit, pág. 47). En el régimen contributivo las cuotas moderadoras tienen diferencias entre quienes devengan ciertos tipos de salarios, por su parte, en el régimen subsidiado el valor del copago es del 10% del costo del servicio recibido servicio recibido.

En el mismo sentido, están los medicamentos no POS, los cuales no los cubren a cabalidad las aseguradoras- EPS. Por tanto y ante la dificultad en la cobertura, esta situación obliga a millones de colombianos a interponer acciones de tutela, por los servicios reclamados, no POS. En particular, las tutelas se han convertido en el principal mecanismo de los ciudadanos para reclamar y garantizar su derecho legítimo a la salud. Así mismo, ante las demoras, se llegan a instancia como el fenómeno de desacato, el cual obliga a garantizar el derecho. Por tanto, “la defensoría manifiesta que es necesario pensar la obligatoriedad de las entidades al cumplimiento de dichos fallos, sin que los usuarios tengan que interponer desacatos, que en última instancia, son también ignorados en detrimento de su estado de salud” (Vélez, Op, cit. Pág. 38). Es importante añadir las trabas en las demoras en asignación de citas, autorizaciones para tratamientos y cirugías, entre otras decena de trámites por parte de las EPS, hacen más lento y limitan el acceso real a los servicios de salud, se convierten en un problema real de acceso.

Así, por ejemplo, el aseguramiento, que propendía por la cobertura, -como inicialmente se había pensado- como la atención oportuna a la enfermedad, en cualquier lugar y a cualquier

persona con el fin de activar las estrategias para preservarlo sano, con la ley 100, se concebía que solo con estar afiliado a una aseguradora se consideraba como cubierto, sin importar que se reciba o no la atención médica requerida.

Derecho vs necesidad

Este panorama del “derecho” se disputa con la necesidad de la población que dice beneficiar, a pesar que la corte constitucional ha señalado que las dificultades mencionadas no pueden convertirse en barreras de acceso al derecho de la salud, ya que algunas personas no cuentan con los recursos económicos para cubrir tratamiento médico, además, visibilizan las necesidades, dado que parte de los pacientes no tienen ni siquiera para movilizarse desde sus lugares de residencia a los centros asistenciales, además de los costos que una estancia hospitalaria genera en cuanto a la supervivencia del paciente, el acompañante y su grupo familiar. Esto pues, afecta a la población en general, ya que no se cuenta con oportunidades para el acceso real al derecho de la salud y a su vez aparecen las necesidades de cada paciente en relación con el contexto en el que vive.

Carballeda (s.f) ha realizado un análisis acerca de dicha situación, “La emergencia de las Problemáticas Sociales complejas se manifiesta en una significativa tensión entre necesidades y derechos cuando se multiplican las expectativas y disminuyen las posibilidades de alcanzarlas, donde el mercado, aún de los cambios que se generaron en los últimos años, se sigue presentando como un gran disciplinador”. Estos modelos clásicos, según el autor, parecieran no tener capacidad de respuesta, frente a sus lógicas inflexibles, manifestada en prácticas conservadoras de intervención.

Estas lógicas, responden pues a modelos herméticos que buscan abarcar el derecho pero no conciben la necesidad, las implicaciones se manifiestan en las diferentes dimensiones, emergen las manifestaciones físicas: por condiciones de salud y del proceso de recuperación de los pacientes, cambios en las jornadas de descanso, agotamiento; económicas: sostén en la ciudad o movilidad diaria a la visita hospitalaria, habitabilidad en albergues para personas fuera del área metropolitana, además de alimentación durante el día, y sumado a esto los gastos que tenga en su contexto intrafamiliar; culturales: cosmovisiones otras que van en

contravía al pensamiento hegemónico, tradiciones en el cuidado de sí y de los otros; familiares: tener otros familiares en los municipios de origen al cuidado de vecinos o familia extensa, conflictos y tensiones al interior de la familia generados por las hospitalizaciones, además de recursos emocionales y familiares, dado que no encuentran red de apoyo motivacional ni moral; sociales: problemas en los lugares de trabajo, insuficiente oferta institucional que apoye el pleno desarrollo de la vida, administrativas: por dificultades en el aseguramiento del grupo familiar, por demoras en entregas de medicamentos suplementarios, oxígenos domiciliarios.

De igual forma, las necesidades de la población demandan la puesta en marcha de estrategias de integración social y del abordaje de necesidades concretas, una intervención desde la heterogeneidad, mirada a la singularidad donde cada historia social, es diferente y requiere de un abordaje distinto e integral, con enfoque de derechos, pero especialmente de un proyecto de intervención singularizado para atender las necesidades concretas que plantea la complejidad de la cuestión social (Carballeda, s.f.).

Hospital General de Medellín

Ahora bien, una vez clarificado el panorama acerca de la salud como derecho, la diada entre salud-enfermedad, el lugar que ocupa el Estado y las instituciones prestadoras de servicios de salud y sus dinámicas; se ubicará contextualmente el Hospital General de Medellín (HGM), como la IPS donde se desarrolla el convenio de práctica Profesional de Trabajo Social de la universidad de Antioquia.

El HGM es una institución pública, prestadora de servicios en salud de forma integral, con un alto compromiso por la seguridad del paciente. Se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Medellín, comuna 10, en el barrio Perpetuo Socorro, Fue fundado en el año 1942 como Unidad de Atención Obstétrica, en 1949 el Concejo Municipal de Medellín le da vía jurídica bajo el nombre de Clínica de maternidad de Medellín y finalmente después de la promulgación de la ley 100 de 1993, se consolida como el Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez.

Se ubica en un tercer nivel de atención, lo que implica desarrollar servicios de alta

complejidad con especialidades médicas y quirúrgicas, actualmente cuenta con urgencias, cirugía, gineco obstetricia, imagenología y hospitalización, además de complementar con servicios de apoyo como, banco de sangre, banco de leche humana, laboratorio clínico, patología, farmacia, central de mezclas enterales y parenterales, central de esterilización y laboratorio de metrología; igualmente presta servicios de cuidados intermedios y cuidado crítico de adultos, pediátrico y neonatal.

Trabajo Social Hospital General de Medellín

Así mismo, plantea una política de calidad, orientada a contribuir en la calidad de vida de sus pacientes, a cuidar y proteger el medio ambiente y a mejorar las condiciones de vida y trabajo de sus colaboradores, para lo cual instaura las siguientes acciones (HGM, 2017):

- Brindar una atención segura, oportuna, confiable y cálida.
- Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.
- Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
- Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores
- Promover y desarrollar relaciones docencia-servicio que permitan al Hospital y a las instituciones de educación superior, con las que se suscriben convenios, contribuir con el fortalecimiento de sus misiones.
- Promover y desarrollar las investigaciones básicas y aplicadas, cuyos resultados deben corresponder con desarrollos y soluciones innovadoras en beneficio del desempeño del Hospital y de sus partes involucradas.

En el HGM se brinda atención a población especial, definida por la Secretaría de Salud como “las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta y según lo dispuesto por la ley deben pertenecer al régimen subsidiado. Decreto 780 de 2016. Para ser beneficiarios del régimen subsidiado estas poblaciones se identifican mediante el Listado Censal y no por la encuesta SISBEN. El listado censal es elaborado por la entidad competente responsable de cada población” e incluye dentro

de esta categoría las personas que presentan los siguientes tipos de condiciones:

- Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Población infantil perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Comunidades Indígenas
- Población desmovilizada.
- Adultos mayores en centros de protección
- Población Rrom
- Personas incluidas en el programa de protección a testigos
- Víctimas del conflicto armado
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales
- Población Habitante de la calle
- La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela en el marco del Decreto 1768 de 2015.

Dentro del HGM se cuentan con servicios ambulatorios y de hospitalización, el primero está orientado a la atención de usuarios que requieren procedimientos médicos que se pueden realizar en pocas horas, sin la necesidad de pasar la noche o varios días en la institución y está materializada en la consulta externa; por su parte, en el área de hospitalización, “se cuenta con un equipo profesional interdisciplinario, encargado de la atención de patologías de alta complejidad en aspectos Bio-Psico-Sociales ” (HGM, 2017).

Durante la hospitalización del paciente, se generan acciones encaminadas a la asistencia del mismo, teniendo como base el concepto de salud integral entendida según la OMS (s.f) como “un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los

factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales” lo que conlleva la valoración e intervención no solo médica sino también social, que garantice el alta hospitalaria segura, pasando de ser un proceso administrativo dependiente del área médica a una multidisciplinar, en donde se tienen en cuenta aspectos del contexto social, económico y cultural que pueden desencadenar en Riesgo Social para el paciente, éste entendido como una serie de situaciones desfavorables que desencadenan condiciones que rompen el estado de bienestar y calidad de vida de una personas. Entre los Factores de Riesgo Social se encuentran los siguientes:

- Vulneración de derechos
- Falta de recursos económicos
- Ambientes familiares violentos
- Falta de prácticas de autocuidado
- Consumo de SPA y bebidas alcohólicas
- Inseguridad social y familiar
- Problemas de socialización
- Incumplimiento de roles
- Abandono total o parcial del paciente
- Deserción escolar
- Pérdidas afectivas
- Deterioro físico y/o mental

Los factores anteriormente mencionados, atentan contra el bienestar del paciente, tanto en el transcurrir cotidiano de su vida, como en el proceso de recuperación ante el episodio por el cual ingresó a la institución, por esto se hace necesaria la intervención interdisciplinar orientada a la atención integral de la salud, lo que a su vez demanda el quehacer del Trabajador social. Así como lo describe el Consejo Nacional de Trabajo Social (2014):

“El Trabajo social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales particulares y colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la

intervención más allá de las ciencias médicas; por tanto, propendemos por una mayor participación de trabajo social en el área de la salud, para intervenir en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y se plantea esto en primer lugar , porque el área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno, lo cual, a su vez con lleva a dos tratamientos: el médico y el social . Por tanto el trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud”. (P.15)

Es de esta manera que en el HGM, trabajo social tiene ocupaciones tanto administrativas como asistenciales, con líneas de atención distribuidas de la siguiente manera (Herrera, 2017):

- Atención oportuna a casos:
 - Riesgo social
 - Abuso Sexual, maltrato físico, vulneración de derechos.
- Acceso integral a los servicios de salud
 - Población Especial (Indígena, Habitante de calle , ICBF, Desplazados)
 - Adultos mayores con alto grado de vulnerabilidad
 - Pacientes con algún tipo de discapacidad
 - Documento identidad (NN, Niños y adultos sin identificación)
 - Sisbén y afiliación a EPS (afiliaciones, movilidad y portabilidad)
 - Tramite jurídico (orientación y apoyo en vulneración de derechos en Salud
- Articulación de redes de apoyo
 - Continuidad de la asistencia por parte de otros servicios de atención sanitaria y/o social.
 - Orientación al paciente y su familia

- Reincorporación a grupo familiar
- Ubicación en hogar de paso
- Ubicación en Instituciones de bienestar Social
- Consecución recursos
- Establecimiento y conexión con entes de control y vigilancia
- Apoyo a remisiones
- Alta temprana y alta segura
 - Garantía de entorno favorable que le apoya al Paciente en el egreso hospitalario, para asegurar la continuidad del tratamiento y evitar estancias y reingresos por causas no médicas.
 - Medicina domiciliaria
 - Retorno a su lugar de residencia

En este sentido, el área de Trabajo Social desde HGM, se caracteriza por tener un enfoque de derechos, el cual según la OMS debe estar orientado a:

“Ofrecer estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen, no discriminación, disponibilidad, Accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad” (OMS, 2015)

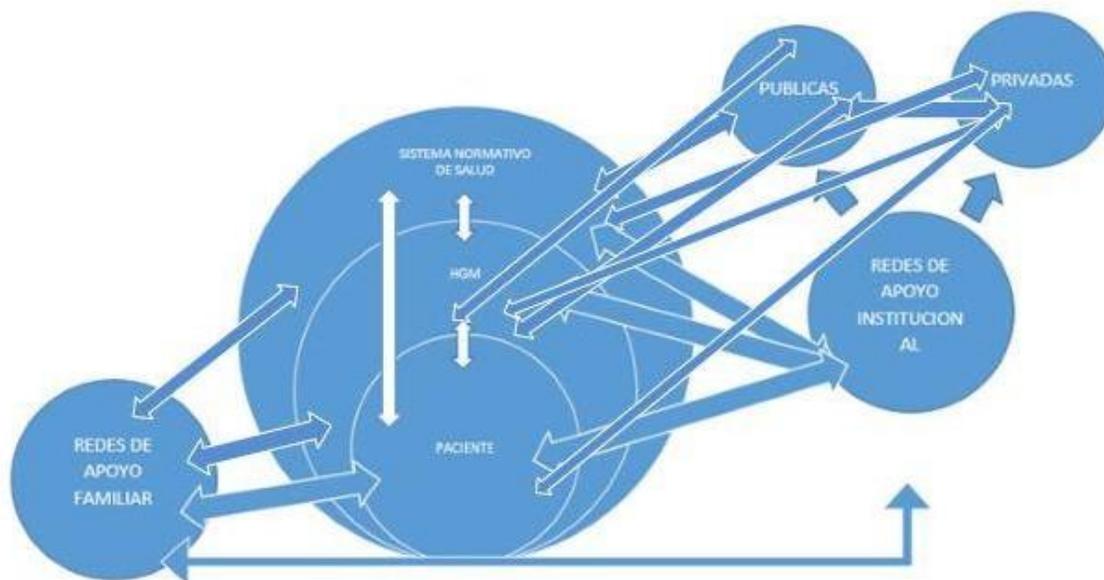
Por lo anterior, desde la intervención de Trabajo Social, se debe propender por impactar los factores estresores que padece el paciente, entendidos como elementos del contexto del paciente que se reflejan en tensiones que desencadenan efectos desfavorables, no solo en su recuperación, sino en términos generales de la vida. Estos factores corresponden a aspectos sociales, emocionales, físicos, económicos, entre otros, los cuales se tornan claves para la asimilación y e implementación de acciones encaminadas al tratamiento que se requiera, tanto

en términos clínicos como sociales.

Para incidir favorablemente en la reducción o eliminación de los factores estresores, el trabajador social debe orientar su intervención haciendo uso de procesos comunicativos asertivos, la contención emocional, la indagación por representaciones propias de la situación (imaginario) y la búsqueda de corresponsabilidad en el tratamiento y el cuidado de sí. Cabe resaltar que este proceso no va solo en una dirección (profesional – paciente, familiar y/o cuidador) sino que por el contrario es una relación entre ambas partes, la cual incide el doble vía, lo que a su vez permite la generación de alternativas para la apropiación, comprensión y manejo de la situación problema.

Redes de apoyo familiares e institucionales

Por su parte, el área de hospitalización del HGM, específicamente Trabajo Social, se encuentra articulado con diversas redes de apoyo familiar e institucional, dispuestas para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente y el mejoramiento de la calidad de vida.



Maternidades 3 Redes de apoyo
Fuente: elaboración propia.

El sistema familiar es un actor clave en el proceso de hospitalización del paciente, en tanto este en el deber ser, se constituye como el responsable del acompañamiento tanto emocional y afectivo, como en la gestión de trámites administrativos, brindando condiciones que permitan la estabilidad del paciente y una adecuada estancia y adherencia a los tratamientos; sin embargo, cabe reconocer que la existencia de un sistema familiar no garantiza que sea una red de apoyo familiar, en tanto se encuentran casos en los cuales hay rupturas de relaciones que impiden ese acompañamiento, convirtiéndose en una dificultad presente en el proceso. En el caso de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, el hecho de no presentar una adecuada red de apoyo familiar, e incluso abandono por la misma, implica acudir a otras instancias de orden institucional, como lo son comisarías de familia, ICBF y Amauta.

El ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - “es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos” (ICBF, 2017). El cual se constituye en un actor fundamental dentro de la red institucional, ya que dentro de los casos atendidos en hospital, se encuentran situaciones de maltrato físico y verbal, vulneración de derechos y abandono, lo que implica una intervención y posible protección del Estado. Así mismo, las Comisarías de Familia “brindan apoyo a la familia en los ámbitos jurídicos y psicosocial, habilitando a sus miembros en el ejercicio de sus derechos y en la exigibilidad de los mismos” (Alcaldía de Medellín, 2017). Así como se encuentra el ICBF para la atención de casos de niños, niñas y adolescentes, Amauta es el Centro de atención al adulto Mayor, adscrito a la Secretaria de Inclusión Social y de Familia del Municipio de Medellín, al cual se le remiten casos de adultos mayores en situación de abandono.

En el HGM se atiende múltiples tipos de población, entre ellos indígenas, lo que implica una atención diferenciada debido a las cosmovisiones propias de las comunidades y su lengua, en este sentido, no se cuenta en el hospital con personal capacitado para la atención integral de dicha población, por lo cual se hace necesario acudir a entidades como la OIA, Cabildos de los resguardos y la Unidad Móvil de Atención en Territorio, a fin de traer a leguajes comunes los mensajes de ambas partes y facilitar la comunicación. De igual manera gran parte de los indígenas que son atendidos en el hospital, provienen de otros municipios y departamentos,

que se convierte en una dificultad para la estancia del acompañante en la ciudad, en tanto no conoce el entorno y no poseen recursos para acceder a un lugar para permanecer durante la estancia hospitalaria, es allí donde estas instituciones juegan un papel importante, ya que facilitan albergues, alimentación y en algunos casos recursos económicos.

Así mismo, otra parte de la población especial que atiende el HGM, son los habitantes de calle y para ello se apoya en Centro día, encargado de la certificación de los mismos, además brinda albergues para la recuperación posquirúrgica y continuidad de tratamientos médicos ambulatorios. De igual manera, al hospital llegan personas sin identificación (NN), por lo cual se acude a la OPADI, la cual hace parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil y se encarga de realizar la plena identificación del paciente, garantizando el derecho a la identidad y con ello a la salud.

De igual manera, otra de las instituciones con las cuales se articula el trabajo, es el Caivas, “Centro de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual, anteriormente dirigido por la Fiscalía, actualmente cuenta con la intervención de cuatro secretarías de la Alcaldía de Medellín, Secretaria de Gobierno, de las Mujeres, Bienestar Social y Secretaría de salud, además de la participación del Instituto de Bienestar Familiar” (El Colombiano, 2009). Entidad con la cual se activa la ruta de atención por violencia sexual, de manera tal que se puedan tomar acciones legales y se brinde atención psicosocial a la víctima.

Adicionalmente, los hogares de paso o albergues son un actor fundamental en la atención de los pacientes y cuidadores, en tanto son instituciones sin ánimo de lucro que ofrecen a la población proveniente de otros municipios o de otras localidades hospedajes y alimentación por no contar con una Red de apoyo familiar en la ciudad. Se tramita para pacientes que requieren tratamiento ambulatorio bajo la supervisión del Hospital, Pacientes posquirúrgicos hasta su cita de control y que no están en condiciones físicas de un retorno inmediato y acompañantes de pacientes que se encuentran hospitalizados.

Finalmente, conviene mencionar que los actores se encuentran interrelacionados, sin embargo es de aclarar que estas relaciones no se dan de forma horizontal y armónica, ya que dentro sus dinámicas existen diversos intereses y jerarquías que desencadenan tensiones entre sí, adicionalmente, al ser actores externos al hospital manejan tiempos y demandas diferentes,

lo que desencadena en procesos lentos y desgastantes tanto para los pacientes como para el mismo Hospital, es el caso de la relación IPS (HGM) y las EPS con la cuales se tiene convenio, en tanto éstas últimas no autorizan procedimientos y medicamentos a tiempo, e incluso los niegan, atentando contra el bienestar e integridad del paciente, de igual manera ocurre con instituciones como el ICBF, AMAUTA, Comisarías de Familia, Centro día y OPADI, quienes por razones de tiempos, disponibilidades de cupos y demás, retrasan el proceso requerido ante la solicitud de intervención realizada por la institución y generando estancias hospitalarias prolongadas.

Para concluir, a lo largo del proceso de contextualización se develó la importancia que tiene el trabajo social dentro de los espacios clínicos, con el fin de brindar una atención en salud de forma integral, teniendo en cuenta aspectos del contexto, económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales, los cuales pueden llegar a desencadenar situaciones desfavorables para los pacientes, marcadas por la inequidad e injusticia. Sin embargo ante esto, se cuentan con mecanismos de participación ciudadana que son utilizados para exigir el cumplimiento de los derechos, tales como la acción de tutela, permitiendo de esta manera que los pacientes, familiares y/o cuidadores sean quienes se apropien de su realidad e implementen acciones orientadas al bienestar, no solo en términos legales, sino también en lo concerniente al cuidado de sí.

DIAGNÓSTICO:

Programa madre canguro

El Programa Madre Canguro, es una estrategia que propende por la salud de bebés en condiciones especiales de cuidado, los cuales nacen antes de las semanas de gestación (prematuros) y/o con bajo peso al nacer.

El método Madre Canguro, fue desarrollado en 1978 en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá, dadas las condiciones de hacinamiento de la población neonatal atendida en el servicio en incubadoras, expuesta a infecciones intrahospitalarias, la separación prolongada de las madres y sus bebés, episodios de apnea y aumento de la estancia hospitalaria. Esta situación, convocó a los pediatras Edgar Rey y Héctor Martínez, a generar una propuesta que mitigara dichos riesgos sociales, administrativos y hospitalarios (Gómez ,Baiges, Batiste Gutiérrez, Nieto, Monasterolo, 1998).

El método canguro permite que el bebé pueda salir de la incubadora y que los padres puedan tenerlo en sus brazos. “Esto genera motivación e implicación en los cuidados del recién nacido, haciendo de los padres un miembro más del equipo que trabaja en la recuperación del neonato” (M. Cuesta, A. Espinosa, S. Gómez, s.f.). Además, este método favorece la producción de leche materna, colabora el nivel de ansiedad de los padres, y garantiza el desarrollo neuromotor del neonato.

Esta iniciativa, se materializa en los diferentes contextos hospitalarios a través de programas, los cuales propenden por el seguimiento ambulatorio donde los familiares del acompañen a los bebés en la vida extrauterina. Así, dicho programa, se establece, como uno de los servicios que brinda el Hospital General de Medellín, como un medio para garantizar la misión del mismo, en cuanto a la atención de calidad, humanizada, oportuna, desde un enfoque integral, que acoge al recién nacido y la madre, así como su entorno familiar, abarcando las dimensiones desde el punto de vista biomédico y tecnológico, y también desde una perspectiva humana, psicológica y emocional (HGM, s.f.).

En el ámbito hospitalario, el programa cuenta con un equipo de las ciencias de la salud, que realiza el control médico riguroso para garantizar el peso ideal del bebé, así como condiciones óptimas que propendan por el bienestar en familia. Respecto de la salud física, el programa cuenta con un médico pediatra, una enfermera jefe y dos auxiliares, quienes están de tiempo completo en el servicio, así mismo, otros especialistas en medicina, como fonoaudiología y nutrición, realizan el seguimiento a los procesos que se llevan en el programa con los bebés.

Servicio de neonatos, uci neonatal y perinatos

Dentro de la atención intrahospitalaria, se ubican los servicios de neonatos, uci neonatal y perinatos, los cuales corresponden a la atención especializada a los recién nacidos. La atención en la eventualidad del parto, se da en el servicio de ginecología y obstetricia, y una vez el bebé es dado a luz se ubica en el servicio de perinatología, que quiere decir, los bebés una semana antes del nacimiento y una semana después del mismo. Este servicio, se centra en el manejo médico y quirúrgico de los embarazos de alto riesgo.

Por su parte, el servicio más complejo es la UCI neonatal, que corresponde al cuidado más riguroso sobre un bebé, dadas sus complicaciones de salud, las cuales pueden ser producto por factores del recién nacido, de la madre o del mismo parto. Derivada de esta atención se encuentra el servicio de Neonatos, donde de igual manera existe la atención a los bebés pero no de manera personalizada como lo es en la UCI.

Los factores maternos, tienen que ver con la edad (menor de 16 o mayor de 40), exposición a la droga o el alcohol, diabetes, Hipertensión (presión arterial alta), Hemorragias (sangrado), enfermedades de transmisión sexual, embarazo múltiple (mellizos, trillizos o más hermanos), muy poco o mucho líquido amniótico, ruptura prematura de las membranas (también llamada saco amniótico o bolsa de aguas). Los factores del parto, corresponden al sufrimiento fetal/asfisia en el nacimiento (cambios en los sistemas de órganos debido a la falta de oxígeno), parto en presentación pelviana (de nalgas) u otra posición anormal, meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico), circular de cordón (cordón alrededor del cuello del bebé), parto con fórceps o por cesárea. Por último corresponde a los factores del bebé, como nacimiento a la edad gestacional menor que 37 semanas o más de

42 semanas, peso de nacimiento menor de 2,500 gramos (5 libras 8 onzas) o más de 4,000 gramos (8 libras, 13 onzas), pequeño para la edad gestacional, administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos, defectos de nacimiento, dificultad respiratoria, incluidas la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración), infección como herpes, estreptococo del grupo B, clamidia, convulsiones, hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre), necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia intravenosa (IV) o medicamentos, necesidad de tratamiento o procedimientos especiales como transfusión de sangre (Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos, s.f.)

Respecto de la dimensión socio familiar de los pacientes y sus familias, el Hospital desde una perspectiva integral aborda situaciones de riesgo social a través de las interconsultas, las cuales activan rutas de atención con profesionales psicosociales. En este proceso aparece Trabajo Social, donde se aborda el caso para comprender, manejar y derivar a instituciones respecto de la necesidad que este demanda.

Ubicando la atención de Trabajo Social, en los servicios mencionados, y desde el proceso de práctica profesional en los servicios de Neonatos y Perinatos del Hospital General de Medellín, esta intervención se realiza a partir de la caracterización social, familiar, económica, cultural, y definición de redes de apoyo familiares e institucionales con el fin de generar procesos que apunten a elementos de empoderamiento, responsabilidad y amor, para resolver las demandas del cuidado vital del bebé y las necesidades de quien ejerce el cuidado sobre este.

Cabe resaltar que el Hospital por ser una IPS pública, atiende especialmente población del régimen subsidiado y población del Sisbén con puntajes, en su mayoría bajos. Este panorama, por la diversidad de población y de las características sociales de quienes atiende pone en evidencia la necesidad de abordar la realidad desde un enfoque integral, diferencial y de derechos, para comprender las particularidades de los casos, manejar, orientar y derivar a través de las rutas de atención, con el fin de garantizar egresos seguros.

El presente diagnóstico evidencia los relatos de algunos de las cuidadoras y cuidadores atendidas en el Programa Canguro y en los servicios de Neonatos y Perinatos, a la luz de la observación, análisis, entrevistas, o de expresiones en los pasillos, de los cuales, emergen

demandas en las que algunos casos pueden intervenir desde lo social, a la luz de la normatividad e integralidad, y de gestión de conflictos dadas las tensiones por dificultades anteriores o a partir de la hospitalización.

Es importante anotar que dentro de los diversos riesgos sociales los cuales serán profundizados en la identificación de la situación, el lugar del Trabajo Social, debe ubicarse sobre elementos comunicacionales que devalen y logren redescubrir y comprender el lugar que tiene el bebé en la vida de las madres, la diversidad en las formas de maternar como un soporte vital, es decir, que el compromiso en la intervención profesional demanda una intervención desde lo heterogéneo, la mirada a la singularidad de cada historia social, garantizando toma de decisiones profesionales que apunten hacia el ejercicio responsable y del deber ser en el cuidado que asumen las madres o cuidadores en los procesos de crianza y crecimiento de los bebés Hospitalizados.

Referente teórico

Para comprender las particularidades del cuidado de las madres en correspondencia con el bebé, cómo nombran y ejercen dicho rol desde sus experiencias de vida, el referente teórico a usar en este proceso de diagnóstico será el construccionismo social, el cual se fija en la construcción de realidad y el conocimiento subjetivo, que plantea pistas para reconocer los significados en el proceso y la forma como los actores narran los procesos, describan, nombren y dan significado del mundo en que viven. Estos fundamentos, reconstruyen las narrativas de las madres y/o cuidadores, el lenguaje, la construcción de acciones conjuntas entre quienes comparten contextos e intercambian historias, “ya que el contexto se considera como un dominio de múltiples relaciones creadas en el lenguaje, donde tanto las conductas como los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales” (Agudelo & Estrada 2012-p.365).

Los elementos que se configuran para hacer observable la materialización del vínculo, están en correlación con las expresiones emocionales las cuales están acompañadas de gestos, sentimientos y expresiones, y físicas relacionadas por posturas corporales, expresiones verbales y faciales, las emociones y los sentimientos donde se identifica el lugar de los bebés

en las experiencias de las madres y/o cuidadores. Estas vivencias se organizan alrededor del presente, manifestado en el cuerpo y el ahora; este presente es el foco de la atención que presto a la vida cotidiana (Berger & Luckmann, 1988, pág. 27).

Para comprender dichas relaciones, se hace pertinente abordarlas desde este enfoque teórico, ya que el objetivo se centra en la producción de subjetividad particularizando el lugar que tiene cada bebé en las experiencias de madres y/o cuidadores, así como la correlación entre conocimiento y realidad, dados los intercambios entre los saberes de los cuidadores y lo que produce el bebé en las experiencias de vida. Además, este enfoque teórico, posibilita vislumbrar los procesos en el ejercicio del cuidado y la crianza que viven las familias a las que pertenecen los bebés, teniendo en cuenta los contextos en que viven, que constituye formas particulares en las que dan cuenta del mundo, del ejercicio del cuidado y cómo lo han construido a partir de sus experiencias.

Referente Conceptual

Vínculo

Este término proviene del latín vinculum (atadura), significa una ligadura estrecha, pero no forzada. Generalmente se usa para nombrar e identificar una relación estrecha. Respecto de la madre e hijo, inicia a establecerse muchas veces a partir de la gestación, desde el momento en que se conoce que va a ser madre y de la percepción de los movimientos fetales, y se materializa en el momento del nacimiento. Dicha conducta del apego, entre madre y neonato, se da, “ya que el bebé nace en estado de gran inmadurez y su desarrollo es muy lento. A menos que se produzca algún accidente en el desarrollo, inicialmente la conducta afectiva siempre se dirige hacia la madre. Al hallarse presente la madre o una figura de apego importante, la mayoría de los niños se sienten más seguros y confiados y de esta manera aumentan sus ansias exploratorias, en su ausencia por el contrario, se angustian y crece su timidez”. (Rodríguez, 2006).

Cuidado artesanal

Esta concepción, es una propuesta planteada por Carmen de la Cuesta (2004), la cual busca ponerse en el lugar del otro y comprender la intencionalidad de sus acciones. Así, dicho estudio pretende tomar el punto de vista de la madre y/o cuidador, respecto del cuidado del bebé, es decir, quien vive la experiencia de cuidar, a partir de narrativas que recuperen el antes y después de la experiencia de cuidar.

Así mismo, la autora plantea unas subcategorías del cuidado, en primer lugar las artimañas que activan los acompañantes de los bebés para ejercer el cuidado del otro, el sistema de comunicación que emplean para manifestar el cuidado, la construcción de espacios adecuados para ejercer el cuidado, y por último, la configuración de un sujeto cuidador, el cual se responsabiliza a cabalidad del otro. Es de anotar que el cuidado, es un posibilitador de transformación del bebé y del mundo material en el que vive y se convierte en un medio para preservar la vida del mismo.

Cuidado de sí y de los otros

La acción humana en circunstancias adversas, se activa y recrea a través de alternativas de subjetividad el deseo por algo. El autocuidado del cuidador, y el cuidado de los bebés, se instaura como un deber frente a la situación adversa, y como un motivo para el acompañamiento en este ejercicio vital de cuidar.

Para Foucault, citado por Garcés y Giraldo (2013), el cuidado de sí y de los otros, trata de liberarse del contagio que imponen las estructuras sociales, por ende, la protección aparece como una forma de activar sobrevivencia y reivindicación de la vida ante los actores que ejercen el poder, siendo los sujetos quienes se preocupan por sí mismos, a través de los pensamientos y acciones, las cuales dotan de significado la vida propia y de los otros.

El cuidado se convierte entonces en un acto de amor, cuidarse y cuidar del otro, implica el cuidado del cuerpo y también del alma, a través de estrategias que desarrollaron las familias y expresiones de afecto y emociones que reconstituyen y fortalecen las capacidades y recursos de las familias, con el fin de reivindicar la vida ante las relaciones de poder que se ejercen.

Así mismo, el cuidado de sí, implica una relación hacia el cuidado con los otros, porque se está en relación permanente con quienes los rodean, “en la medida que el cuidado de sí se vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad o en las relaciones interindividuales, el lugar que conviene”. Esto es, que la preocupación por sí mismo, implica una introyección de lo que sucede en el medio, así como la atención que ocupa el pensamiento interior. De igual manera, este proceso interno designa acciones que se ejercen en pro de la transformación y purificación propia respondiendo a las demandas que aparecen ante la vulneración de la protección. (Garcés &Giraldo, 2013).

Lactancia materna: un acto de amor

La leche materna además de ser considerada un alimento irremplazable e importante en el crecimiento de los bebé, crea vínculos afectivos y de apego. Estos aportes han sido reforzados durante la experiencia del personal médico asistencial en diferentes instituciones de salud, “la lactancia como vehículo “agenciador” de amor y reconocimiento entre madre e hijo. Desde esta idea, parece que la lactancia materna se constituye en la base fundamental para que la crianza sea, de alguna manera, exitosa: Un niño que no haya sido criado con lactancia materna es muy despegado de la mamá. La mamá se va y el niño no la extraña para nada porque ella nunca lo pegó. Cuando la mamá está amamantando al niño, el niño tiene la oportunidad de mirar la cara de la mamá y la mamá de mirarle la cara al niño. Entonces el niño conoce a su mamá más y el afecto de madre e hijo es mayor” (Caicedo, Carrillo, Ocampo, Zea & Gómez, 2017).

De igual manera, la lactancia genera ventajas respecto del desarrollo integral del bebé, en la dimensión fisiológica, posibilita que los bebés hablen más rápido, ya que empiezan desde más temprana edad a trabajar los músculos, e igualmente la boca y mandíbula, respecto de lo económico disminuye los gastos, además “la leche materna no se vinagra, y desarrolla en el organismo del niño unas defensas que van a ser los policías para defenderlo de las enfermedades”.

Amar educa

Esta propuesta fue acuñada por el biólogo Chileno Humberto Maturana, quien ubica el contacto de nuestros ancestros en el que no aparecía el lenguaje, “se vivía en grupos pequeños como familias grandes; se compartían los alimentos; se vivía la cercanía sensual de la caricia; se vivía en una sexualidad frontal que implicaba el estar cara a cara el uno con el otro en la intimidad de encuentro personal; y por último, posiblemente, se vivía también en la participación de los machos en la crianza de los niños (Maturana, 1988).

El amor es, hablando biológicamente, la disposición corporal para la acción bajo la cual uno realiza las acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en coexistencia con uno. (...) El amor es la emoción que funda el fenómeno social. Cada vez que uno destruye el amor, desaparece la convivencia social. Pues bien, el amor es algo muy común, muy sencillo, pero muy fundamental”.

En el proceso de investigación que ha realizado el profesor Maturana (1998), ha rescatado la profundidad del amor desde los ancestros, y como este elemento, más allá de lo idílico se funda en la relación con el otro, la cual da soporte, en la relación amorosa, entre el niño y su madre, y los demás miembros de la familia aportan en el proceso de desarrollo fisiológico, corporal, capacidades sensoriales, de la conciencia individual y social del niño.

Método

El paradigma que orientó el presente proceso es el comprensivo – interpretativo, este permitió comprender la realidad social que viven los bebés y familiares beneficiarios directos e indirectos del Programa Canguro, así como las particularidades del vínculo y el cuidado, que están en correlación del ser y estar de los bebés en el lugar de la familia.

El enfoque cualitativo permite recuperar las particularidades de las experiencias familiares mediadas por contextos diversos, ya que las familias tienen diferentes hábitos y costumbres, así como los elementos que se configuran entorno al ejercicio vital de cuidar al bebé y de diversas formas de materner. También posibilita comprender la realidad como un proceso

construido desde las cosmovisiones de las familias, los cuales son concebidos desde su particularidad y desde el entramado familiar en la configuración del lugar de cada miembro en ella, a partir de lo que narran, a partir de expresiones corporales, respuestas fisiológicas, emociones.

“La bebé, hace un tiempo la estaba buscando, mi Dios en ese momento no me la dio, pero me la dio ahora, yo creo que el tiempo de Dios es perfecto, y si me la dio ahora es por algo” (Entrevista 4M2, 2017). Esta forma de nombrar, se ubica sobre el paradigma comprensivo – interpretativo el cual orientó el proceso de práctica, donde sostiene que la práctica personal y social está ubicada dentro del contexto histórico que se vive; (..) lo histórico significa sentirse hacedor de su historia, y lo hermeneúutico el deseo de interpretar situaciones, reconstruir piezas aisladas, dar sentido, discutir conceptos (Viveros, 2011).

El método utilizado fue el de concientización se retomó en este proceso y que aporta elementos de análisis, es una propuesta del académico Paulo Freire, que plantea cinco fases durante el proceso del diagnóstico y la propuesta de intervención. Inicialmente Freire plantea la motivación o sensibilización, que corresponde al acercamiento en el campo, es decir el Hospital, para obtener retroalimentación e integración empática con las madres en el proceso de abordaje profesional de Trabajo Social, la segunda fase es la capacitación, la cual abarca los diseños de los instrumentos para comprender la situación problema (para ello se utilizó la entrevista semiestructurada, Anexo 1), la tercera fase es el diagnóstico, el cual se presenta en este documento, que parte del análisis desde los miembros que viven dicha realidad y los capacitadores o acompañantes (personal del Hospital), en esta fase es importante anotar la triangulación de la información, en las cuales aparecen las necesidades creadas por el profesional, sentidas por los sujetos de la intervención y las que finalmente se trabaja en la intervención, correspondiente a las reales. La penúltima fase responde a la estructuración de la gestión, la cual propende por mitigar lo más profundamente la situación problema identificada, y por último, la formulación del proyecto, que será presentado más adelante, y expone la propuesta para intervenir la situación (Chesney Lawrence, 2008).

Técnicas para la recolección de la información

La **observación** dentro del espacio habilitado para el programa, permitió identificar actitudes, posturas y expresiones de las madres con sus hijos, y la receptividad ante la orientación del equipo interdisciplinario en el proceso médico.

La **entrevista** facilitó, a través de las narraciones de las madres y acompañantes, conocer la manera cómo nombra el lugar del hijo en la vida propia. A partir del relato hablado, se identificó la forma como las madres narran y reconstruyen su realidad, teniendo en cuenta las particularidades de la situación y de los contextos donde viven, es decir “las motivaciones y sistema de orientaciones simbólicas” que los llevan a actuar y relacionarse con su medio de determinada manera (Bonilla, 2005).

El **rastreo bibliográfico**, es una técnica transversal, ya que durante el proceso de práctica, permitirá profundizar en temas relacionados con el vínculo y el ejercicio del cuidado.

Identificación de la problemática y construcción del objeto de intervención

Las madres y bebés atendidos en el Programa Canguro y en los servicios de perinatos y neonatos del Hospital General de Medellín, provienen de sectores socioeconómicos de estratificación 1 y 2 de la ciudad de Medellín, y especialmente de los departamentos de Antioquia- por ser Hospital público de cuarto nivel de complejidad en el departamento-, y de Chocó- ya que este departamento no cuenta con Hospitales de cuarto y quinto nivel- , mujeres menores de edad desde los 12 años- los cuales según el código de infancia y adolescencia en Colombia hasta los catorce años se consideran abuso sexual, y hasta los 18 es población menor de edad, madres hasta los 45 años, población especial (Indígenas, Habitantes de calle , población bajo protección de ICBF, Desplazados, INPEC (mujeres privadas de la libertad), madres con diversidades físicas y mentales.

Dentro de las expresiones rescatadas en la matriz del sistema categorial, logra evidenciarse una realidad emergente en este momento histórico, la migración de la población Venezolana

por el conflicto sociopolítico de su país. No ajeno a esto, se encuentran entonces las madres embarazadas, quienes se desplazaron a Colombia con el fin de garantizar su supervivencia, y la de su familia. La atención de los partos de madres Venezolanas en el Departamento de Antioquia, incluido el Hospital General de Medellín, está alrededor de 111 nacimientos el mes de abril del 2018. Muchas embarazadas cruzan Colombia para garantizar un parto seguro, “Yo vine a este país buscando un mejor lugar para mis hijos” ya que se calcula que en el año 2016 en Venezuela la estadística de mortalidad materna habría alcanzado hasta 112 muertes por cada cien mil nacidos.

Aparecen otros relatos de las madres, quienes deben enfrentarse a diversas condiciones para que los partos de alto riesgo sean atendidos en unidades hospitalarias, en muchos casos se presentan embarazos de alto riesgo obstétrico para la madre y de la vida de los bebés, sumado a esto la centralización de las Instituciones Prestadoras de Salud que atiendan estos niveles de complejidad de atención “Yo vine remitida del Chocó porque allá no hay Hospital de cuarto nivel”. Esto evidencia el déficit de cobertura en estas comunidades vulnerables, y debiendo trasladarse de sus contextos, enfrentándose a diversos cambios para los cuales no coexisten estrategias de afrontamiento y generan tensiones en los acompañantes de los pacientes.

De igual manera, es necesario tener en cuenta que la centralización de los servicios de salud de tercer nivel, en la ciudad, hace que las madres o cuidadores deban desplazarse, dejando hijos al cuidado de otras personas y en algunas ocasiones sin redes de apoyo familiar en Medellín. “Allá en el departamento de Arauca no había Hospital de tercer nivel (...) Estuve hospitalizada una semana esperando una remisión y a lo último no llegó la remisión, entonces decidí venirme por mis propios medios, ellos no me querían dar el alta, yo firmé e alta voluntaria y llegué acá a Medellín y pude recibir las ayudas y mi bebé está bien, y he recibido toda la atención” (Entrevista M1, 2017).

Estas implicaciones se manifiestan en las diferentes dimensiones, ejemplificando desde la experiencia de la práctica, emergen las manifestaciones *físicas*: por condiciones de salud y recuperación del proceso de parto de las mujeres, cambios en las jornadas de descanso, agotamiento; *económicas*: sostén en la ciudad o movilidad diaria a la visita hospitalaria ya que el servicio de Neonatos es de 7:00 a.m a 7:00p.m, habitabilidad en albergues para personas

fuera del área metropolitana, además de alimentación durante el día, y sumado a esto los gastos que tenga en su contexto intrafamiliar, parafraseando a las madres, la elección entre llegar al Hospital o decidir si comen algo o comprar pañales, leche; *culturales*: por cosmovisiones, tradiciones en el cuidado de los hijos e hijas, formas del autocuidado en las madres; *familiares*: tener otros hijos en los municipios de origen al cuidado de vecinos o familia extensa, conflictos y tensiones al interior de la familia generados por la ausencia materna, además de recursos emocionales de afrontamiento y familiares, dado que no encuentran red de apoyo motivacional ni moral, así como se enfrentan a cambios estructurales en las formas de llevar la vida cuando representa un cambio al cuidado de un bebé que demanda tiempo; *sociales*: problemas en los lugares de trabajo, *administrativas*: por dificultades en el aseguramiento del binomio madre-hijo, por demoras en entregas de medicamentos suplementarios como fórmulas oligoméricas, elementos de suspensión, oxígenos domiciliarios, cancelación de los copagos y cuotas moderadoras.

A través de las observaciones y entrevistas con algunas de las madres y cuidadores, se puede evidenciar de manera más profunda que en situaciones socio familiares se presentan riesgos sociales, los cuales son intervenidos como se nombró al inicio del presente diagnóstico, inicialmente en la activación de la interconsulta, para iniciar rutas de atención dirigidas por el profesional de Trabajo Social, a la luz de la normatividad e integralidad, tales como vulneración de derechos a los bebés basados en el código de infancia y adolescencia Ley 1098 de 2006 del Estado Colombiano.

Respecto de los derechos de los niños y niñas, hay una realidad demandada desde *la vulneración* de los mismos, materializada en la ausencia de controles prenatales, los cuales pueden darse por negligencia materna o por trabas en el acceso a los servicios de salud, o por cosmovisiones específicamente en comunidades indígenas donde la atención en el proceso de gestación se da con las parteras; el derecho a ser registrados (identificación con nombre y apellido); esquemas de vacunación; por consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas por parte de la madre -“mi familia me decía, los médicos me decían y yo no tuve voluntad”-, las cuales pueden arrojar o no tóxicos positivos en orina del bebé que afectan su estado de salud, ya que en el momento de cortar el cordón umbilical el recién nacido ingresa en estado de abstinencia; entornos de riesgo permeados por contextos violentos, consumo de

drogas, desescolarización de los menores de edad, abuso sexual y maltratos, que no logran garantizar la protección de los bebés; inhaderencias a los programas ambulatorios manifestadas por decisiones de no volver por situaciones de recursos económicos “no tengo ni para el pasaje”, emocionales “ella mira lo que hace la mamá, y una vida también dura, cómo tener un hijo”, por incertidumbres, cansancios en estancias hospitalarias prolongadas, y familiares “al principio no me apoyaron, pero ya cuando tuvieron el contacto con el bebé le empezaron a coger cariño”.

Otras de las formas de la vulneración de derechos, es la negligencia materna, la cual se evidencia en su mayoría en el servicio de neonatos, por ejemplo bajo las formas de malnutrición, enfermedades intercurrentes, pero previsibles, dudosas medidas higiénicas y daños producidos por descuido, el desacato al cuidado y acompañamiento en el servicio que deben brindar a los menores- en este apartado, una de las funciones del Trabajador Social es hacer seguimiento al acompañamiento en sala a cada uno de los bebés por parte de sus cuidadores, en el que se evidencia la ausencia de estos últimos, por motivos de recuperación de la madre, lugares de residencia retirados del Hospital, falta de recursos económicos, entre otros. Estas formas de la normatividad, deben ser ubicadas por el profesional de Trabajo Social, desde el contexto del paciente, utilizando estrategias de comunicación, que develen las cosmovisiones que viven las madres y sus familias, cómo deciden ejercer sus formas de maternar, los imaginarios acerca de enfermedades y manejos que les dan a estas, la diferencia entre la atención clínica y la responsabilidad del cuidado familiar, ya que en muchos casos, se delega la atención y el cuidado a la Institución, pero además de esto interfiere en los trabajos articulados Hospital Familia para la recuperación del paciente.

Las instituciones encargadas de velar por la garantía de los derechos de los niños y niñas y de igual forma intervenir en estas problemáticas, son las comisarías de familia adscritas al lugar de residencia de los pacientes y sus cuidadores, y el ICBF, quien se encarga de manejar procesos intrahospitalarios de restablecimiento de derechos y en algunos casos de continuar seguimiento a casos reportados. Estos procesos se inscriben en las rutas de atención, las cuales inician en las interconsultas con la intervención del Trabajador/a Social, para comprender, manejar y finalmente, en los casos que sean requeridos, direccionar a estas instituciones para

continuar en los seguimientos una vez el paciente sea dado de alta. Es de anotar, que dichos reportes ante las instituciones competentes, propenden inicialmente porque los bebés no sean retirados de sus entornos, sino vincular familiares que se responsabilicen del cuidado de los mismos.

Los procesos de responsabilización sobre una vida sagrada, se sujetan de las redes de apoyo familiares, como soportes para el acompañamiento al binomio madre- hijo desde el lugar de la corresponsabilidad en el proceso de crecimiento y crianza del bebé y de la habilitación de la madre en el ejercicio de su rol materno, el cual pudo verse en riesgo por consumo de drogas de la madre, ser madre menor de edad, ocultar el embarazo, no realizar controles prenatales, por entrega del bebé en familia extensa, donde asumen la custodia del menor de edad bajo el restablecimiento de derechos por parte del defensor de familia adscrito a la Institución Colombiana de Bienestar Familiar ICBF.

“Según la Ley 1098 de 2006 en su artículo 23, en Colombia, la custodia y cuidado personal, se presenta como un derecho de los niños y una obligación de los padres o representantes legales. Se traduce en el oficio o función mediante el cual se tiene poder para criar, educar, orientar, conducir, formar hábitos, dirigir y disciplinar la conducta, siempre con la mira puesta en el hijo, en el educando, en el incapaz de obrar y auto regular en forma independiente su comportamiento. La custodia y cuidado personal hace parte integral de los derechos fundamentales del niño, consagrados en el artículo 44 de la Constitución Política” (Marín, 2015).

Por otra parte, casos donde la madre decide estar ausente, por condiciones de habitabilidad en calle, consumo de SPA y licor, por entrega bajo protección a ICBF para adopción, esta institución tiene el deber de atender en los Hogares Sustitutos creados para las modalidades de vulneración o adaptabilidad en el restablecimiento de derechos de los niños y niñas, donde atienden actividades diarias en el cuidado, el desarrollo y atención integral de los niños y niñas, lo cual incluye llevarlos al centro educativo, a las citas médicas y al centro zonal, ofrecer además normas de convivencia, valores, principios morales, dar un modelo de referente familiar con el fin de construir vínculos sanos y seguros.

El grupo familiar – consanguíneo o sin consanguinidad- presente en el crecimiento del menor, juega entonces un papel fundante en el apoyo de la crianza de los bebés y del ejercicio de maternar, puesto que en ellas se da la interacción y la relación de cuidado, es decir que en el seno de las familias aparece una categoría de la solidaridad, que se activa para generar acompañamientos en los procesos que son clave para la recuperación del bebé. Carlos Sluzki (1996), realiza un estudio académico, acerca de la red la cual es un apoyo emocional, de regulación, compañía pero que además tiene relación con la salud, prevista en los servicios y ayudas materiales “la red social personal, estable y confiable protege a las personas de enfermedades, promueve la utilización de los servicios de salud, al igual que ayuda a la recuperación más pronta de las enfermedades (...)”. Hace referencia a como una red cercana o familiar atiende la situación generando vínculos con el menor, “El niño pequeño, asustado por el ruido o una caída o una situación novedosa busca con la mirada a su madre para calmarse y, si la reacción de alarma es más intensa, porque el estímulo es mayor o porque la fisonomía reactiva de la madre así lo indica, buscará refugio en sus brazos llorando hasta calmarse (Pág. 80)”.

El lugar del bebé en el deseo de la madre está atravesado por las diversas manifestaciones del contexto, personales, familiares, económicas, culturales y sociales, como se ha venido nombrando, las cuales orientan procesos de comprensión previos en las historias maternas para la intervención profesional, que permiten deconstruir y develar lugares del deseo de cuidar y criar más allá de la imposición social y cultural.

Pese a estas situaciones, coexiste el ejercicio del vínculo de madres y cuidadores voluntarios, quienes activan factores emocionales de conexión empática que propende por la protección y cuidado de los recién nacidos, los cuales se convierten en facilitadores para la estabilidad emocional y el adecuado desarrollo integral infantil. Dichos vínculos, se convierten entonces en la relación recíproca entre ambas partes, “la temperatura, los niveles de saturación de oxígeno y los signos vitales del bebé, se mantienen dentro de los rangos normales debido al calor del cuerpo materno y al sonido y ritmo de su corazón (...) crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder mejor ante las señales del bebé” (Ortíz, et al).

Es de anotar, que desde concepciones instauradas culturalmente, el ejercicio de la procreación ha encargado la maternidad como una finalidad de la mujer, sumado a la responsabilidad que se le delega respecto del sostén de la marcha de la familia, como actora que cohesionada y une a la misma. Sin embargo, en las experiencias de las mujeres, la maternidad se ha despojado de formas homogéneas instauradas, ampliando el ejercicio del cuidado de forma vital y voluntaria, lo que supone, que esta tensión, que se concentraba en un solo actor y que ha descargado la responsabilidad sobre la mujer, posibilita el despliegue de otros modos de ser y de amar, que no están detenidos en la maternidad, sino que se articula con las redes de apoyo familiar (Gamboa & Orozco, 2012); y en otros casos, se aborda desde la intervención del Estado, a través de las instituciones competentes de la garantía y restitución de derechos de los menores de edad.

Así mismo, dentro de este análisis se reconoce el papel de las madres, pero también de quienes ejercen el papel como cuidadores, y del deber ser de quienes están en relación con el bebé, dado que el rol que cumplen como proveedores de atención, afecto y asistencia a los pacientes, ocasionan un desgaste, ya que la estancia hospitalaria agota y muchas de las madres no tienen tiempo de recuperarse de los procesos de parto, y éste a su vez desencadena una serie de acontecimientos adversos que influyen en el estado del paciente.

“La hospitalización es un factor de estrés importante para los padres, en el que el eje central es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica. Todo ello, se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros medios técnicos utilizados para el cuidado del recién nacido” (M. Cuesta, et al.).

Dentro de las alternativas generales propuestas para abordar dichas tensiones aparece la conversación con los padres para contarles el estado del bebé y del cuidado que requiere, responder preguntas e inquietudes, animar a los cuidadores a que toquen a los bebés y que se impliquen en el cuidado de los mismos, orientar la atención sobre neonato, al cambiar los pañales, la alimentación, entre otros, con el fin de proporcionar altas seguras y reducir la ansiedad que se presenta en los padres, y concientizar sobre el papel activo que tienen en la recuperación del bebé.

Además se presentan manifestaciones que están directamente relacionadas con el vínculo, cuando la referencia de ubica sobre expresiones como , "ese muchachito", "yo me voy pero no vuelvo" respecto del anticipo del alta, es decir, cuando se le proporciona la posibilidad de un alta temprana que corresponde a seguimientos ambulatorios, pero las la mamás comentan desde el inicio que no volverán, allí se identifican entonces los riesgos que deben ser previstos, orientados en intervenidos para activar en las madres razones del deber ser, las cuales corresponden a la responsabilidad del cuidado y crianza del bebé desde el afecto, cariño, amor.

Emergen relatos de madres primigestantes o cuidadores, que dadas las condiciones de cuidado especial, generan situaciones de incertidumbre, “entonces ella ve que le va tocar más duro, (...)siente que ya es su responsabilidad cuidar a lo que es de ella”, por lo tanto se ubica la intervención sobre lo que pasa en las experiencias de ser madre o cuidador, dadas las condiciones particulares de cada caso.

Así mismo, los cambios familiares que representan la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obligan a la reestructuración de las funciones de sus miembros, “requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración” (Gamboa, Op Cit). Ante esta situación compleja, se enfrentan además las redes intrafamiliares de apoyo, donde las abuelas deben ejercer el cuidado de los nietos para atender situaciones eventuales ante el cuidado que demanda un bebé hospitalizado, y de sostén económico, moral y social.

Otra de las situaciones visibles en estos servicios es el acompañamiento de la figura paterna, que en muchos casos es nula, o se prescribe de manera intermitente durante la internación, por diferentes situaciones manifestadas, como el tener que trabajar para proveer económicamente, la dificultad para participar en los horarios de las visitas en el servicio, dado que se cruzan con los horarios de trabajo, y el servicio es poco flexible con la autorización para los ingresos de los padres en horarios diferentes. Cabe anotar, que en muchos de los casos, no aparece el lugar paterno, ya que las mamás refieren que los padres no reconocieron sus bebés, no dieron el apellido, el vínculo de la relación se rompió o está fracturado, entre otros.

Ante los procesos a los que se enfrentan los cuidadores respecto de los bebés prematuros, se teje un entramado de sensaciones, deseos y expectativas que ubican el vínculo entre ambas

partes, el cual se convierte en un ejercicio vital, que recorre el cuerpo de quien ejerce el cuidado, al entrar en contacto con el recién nacido, para resolver asuntos que garanticen la salud del bebé.

Hablar de sensaciones, deseos y expectativas, corresponde a dimensiones amplias, que deben relacionarse sobre las intencionalidades del cuidador. Así pues, abordar las sensaciones, es hablar del sentir, son estímulos que recibimos desde el exterior, desde nuestro entorno, y que son captados por uno o más de nuestros sentidos: vista, olfato, oído, tacto o gusto, lo que garantiza que dichos estímulos pasen por el cuerpo.

Respecto del *deseo*, es imprescindible hablar del lugar del bebé en la vida del cuidador, ya que corresponde al interés que uno ejerce sobre el otro, es decir, del motivo que moviliza al otro por ejercer el cuidado, es de anotar, que a cada deseo le precede un sentimiento, el cuál, no necesariamente satisface, por esto tiene implicaciones contrarias, es decir, que pueden coexistir deseos que eliminen el hecho de cuidar, “satisfacer los deseos de forma adecuada implica el uso de la empatía para evitar agredir, y en consecuencia, provocar respuestas violentas en personas”(Ramírez, 2014).

Por último, abordar las *expectativas*, supone pensar en las evoluciones que espera el cuidador de su ejercicio, las cuales están directamente implicadas por el bienestar del cuidador, es decir, aquí aparece la conexión resultante del vínculo, ya que los estados biopsicosociales de los cuidadores, se ve implicados directamente sobre la salud de los bebés.

Abordando estos tres pilares, es fundamental dotar de sentido el ejercicio de cangrear un bebé, y de la corresponsabilidad que tiene el cuidador respecto del recién nacido. Así pues, es necesario reflexionar con los cuidadores, el por qué se ejerce el cangreo, y cómo ante situaciones emocionales fuertes, los bebés se ven afectados, “tengo dificultades económicas, me estreso y no me sale el alimento”, o por diversos motivos como el acompañamiento, tener más hijos al cuidado de otras personas durante la estancia hospitalaria, se convierten en factores que afectan el proceso relacional del bebé y el cuidador.

Hablar del cangreo, es abordar el contacto piel con piel, ya que este método busca garantizar la vida extrauterina de bebés prematuros o con bajo peso al nacer. El contacto de pieles, implica pasar por el cuerpo las emociones y sensaciones que se activan respecto del

cuidado.

La salud del bebé, implica entonces el tránsito de salud- enfermedad, y como, ante la vulnerabilidad del bebé, esta situación implica la responsabilidad vital del cuidador. Así mismo, es imprescindible que los cuidadores comprendan y doten de sentido el acto de llevar el bebé prematuro cangureado, así como las razones por las que un bebé no gana peso, las cuales están directamente implicadas con el cuidador, “yo trato de alimentarlo pero no me sale, él se queda dormido”.

Para abordar la pregunta por el objeto de intervención del presente proyecto de práctica el proceso se orienta en torno a la intencionalidad en identificar los vínculos de madres e hijos y/o con los cuidadores, para potenciar dicha relación y el empoderamiento en su labor; así como en la identificación de las necesidades representativas de las madres y cuidadores, dadas las condiciones sociales, emocionales, económicas y de responsabilidad, en aras de orientar el proyecto hacia la comprensión del ser y estar de ambos seres humanos.

Esto evidencia la necesidad de concebir la madre y/o al cuidador como parte vital del proceso de crecimiento de los bebés, asumiéndolas como sujetos que sienten y actúan desde las experiencias, por ello es necesario concientizar acerca de los procesos que corresponden únicamente al papel de la madre en el cuidado de los hijos, para empoderar y activar la corresponsabilidad en los demás miembros de la familia para el cuidado del bebé. De igual manera coexisten necesidades de formación, educación, acompañamiento individual y de historias compartidas entre las madres.

Priorización

A partir de la inmersión en campo, la observación y conversaciones informales con los sujetos participantes del programa y profesionales a cargo del mismo, se justifica la necesidad de trabajar el vínculo y cuidado, ubicando el compromiso sobre la vida del menor por parte de los cuidadores, teniendo en cuenta la importancia del proceso de crianza y cuidado, para garantizar el crecimiento y desarrollo integral del bebé. Es de anotar, que las madres se enfrentan en un plano social, que exige y se le responsabiliza del bebé completamente a ella, ya que durante el proceso de acercamiento exploratorio, se identificaron múltiples situaciones

como la inestabilidad económica, emocional, cultural, política, social, la falta de apoyo paterno o redes familiares que generan tensiones en los procesos de materner.

Causas

Coexiste dificultad de acceso de la población a información acerca de métodos de planificación, mitos sobre métodos anticonceptivos (se encarna, aumenta el flujo menstrual, duele), por manifestaciones como: relaciones sexuales sin protección, erotización del cuerpo, prostitución, el uso de un bebé como medio para garantizar una pareja, embarazos no deseados, entre otros, que coartan el vínculo madre e hijo y generan tensiones en dicha relación, dado que no todos los bebés son producto del deseo en la vida de sus madres.

En algunos casos se ha delegado el proceso de atención y cuidado al personal clínico, lo que ocasiona que se fragmenta la atención por situaciones de ausencia en el acompañamiento en los servicios al paciente, porque existen imaginarios que en los Hospitales ya van a estar “aliviados”, abandonos de los menores de edad en las IPS, ausencia de familiares en momentos de entrenamiento para el cuidado de los bebés, cuando solicitan acompañantes para trámites administrativos, entre otros, lo que hace necesario deconstruir y restituir la responsabilidad del cuidado desde el deber ser.

Respecto del ámbito más amplio, como se nombró en la identificación se la problemática, las manifestaciones específicas en las diferentes dimensiones social, cultural, política, económica, y familiares, crean factores estresores, de cansancio, temor, preocupación, que amplían tensiones en sí mismas, y dificultan su asistencia en sala para el acompañamiento del recién nacido.

Las barreras en el servicio de salud, se manifiestan a partir de las demoras en la entrega de los medicamentos, lo cual produce estancias hospitalarias prolongadas, y para las familias incertidumbre e inestabilidad en la espera de los mismos, sumado a esto la centralización de las unidades de salud que atienden complejidades de los partos con riesgo obstétrico. Estas características visibilizan tensiones en los acompañantes, lo cual demanda espacios pedagógicos de sensibilización con las familias, y activan alternativas a través del uso de técnicas e instrumentos para dinamizar los procesos de hospitalización.

Consecuencias

Las consecuencias en los embarazos no deseados, de madres en contextos de riesgo, pueden representar factores vulnerables, los cuales implican directamente la vida del bebé, ya que el ejercicio de su cuidado es dependiente de una persona responsable. Estos factores están asociados por ejemplo con el síndrome de abstinencia, el cual es producto del consumo de SPA por parte de la madre durante la gestación, así mismo, pueden aparecer las violencias y maltratos intrafamiliares verbales y físicos, desnutrición infantil, inobservancia familiar y negligencias, además de la no responsabilización del bebé, abandonos, retrasos en el desarrollo gradual del bebé, la discontinuidad en los procesos de crecimiento y desarrollo así como de las vacunas, los procesos legales ante ICBF y Comsaráas que se activan desde el Hospital, además demanda la emergencia de otros cuidadores familiares dado que desaparece la responsabilidad de los padres o madres, por el fraccionamiento del vínculo parento filial, y deben activarse las redes para acompañar el proceso de crecimiento de los bebés atendidos.

Esas acciones y comportamientos son fruto de que en las formas de procesar y pensar de las madres son diversas, ya que los índices de escolaridad, económicos, sociales, culturales, familiares, etapas del ciclo vital (madres adolescentes, primigestantes), procesos legales, ubica diferentes cosmovisiones, así como en el entramado de significados de la experiencia que construyen su relación con el recién nacido, relación que tiene consecuencias en el desarrollo bio, psico, social del bebé.

Pronóstico

Con el ejercicio del diagnóstico, se identifican los condicionantes de la situación respecto del vínculo y el cuidado de las madres los cuales se ven influenciados por diferentes factores mencionados anteriormente que tensionan en la estancia hospitalaria. Abordar dichos factores, propenden a largo plazo garantizar a cabalidad el proceso de crianza desde el vínculo afectivo positivo y de la garantía de derechos de los niños y niñas. Además, garantizar la responsabilidad en el cuidado y acompañamiento de los recién nacidos, supone a largo plazo la rigurosidad en el seguimiento de control y desarrollo en primera infancia, la prevención de enfermedades, la prevención de riesgos ante reportes al ICBF, complementos alimentarios y

nutricionales, en general aspectos que tienen que ver con los derechos de los niños y de los deberes de los cuidadores y padres.

Así mismo, trabajar desde el vínculo responsabiliza al cuidador desde un ejercicio consciente que propenda por garantizar entornos protectores, que inmediatamente se identifique un riesgo pueda evitarse, Así mismo, la intencionalidad de abordar el cuidado, se ubica en el rol transversal del cuidador, generando empoderamiento de su lugar en la familia y del lugar que cada uno de los miembros asume en el cuidado del nuevo integrante, llevando así a las acciones que demanda un bebé y de su proceso de desarrollo.

Trabajar entonces desde el vínculo, ubica desde los procesos conscientes el lugar que la madre tiene también en la vida de su hijo, para nombrarlo, identificarlo y resignificar su tarea de crianza y acompañamiento desde la responsabilidad y el afecto como el amor, cariño, entendidas como un proceso que impacta en la vida de dicha diada, y en la familia.

La emergencia entonces de procesos educativos, pedagógicos, vislumbran la comprensión integral de cada madre y sus familias, los contextos en los que se reproducen sus formas de existencia, e identificar perfiles de cuidado, siempre en la búsqueda de garantizar entornos protectores para los menores de edad. De igual manera, este acompañamiento, gestiona recursos emocionales y estrategias de afrontamiento para acompañar el cuidado desde el amor.

Por el contrario, al no ser intervenida dicha situación, representará la inadherencia al programa y al acompañamiento en los servicios, además de procesos posteriores al alta, desestabilizando el proceso de salud del bebé y el pleno desarrollo del mismo, así como posibles cuestiones de maltrato o violencias a los menores de edad. De igual manera, la fractura del vínculo genera procesos problemáticos, tales como la evasión de responsabilidades, el desamor que lleva a culpar al otro, abandono, violencias y maltratos.

Las generalidades de la no responsabilización del ejercicio del cuidado de los bebés es una situación que evidencia de entrada una ruptura en el vínculo, que representa la falta de acompañamiento de la figura parento filial, y del suministro de lo afectivo que garantiza desde la dimensión integral el desarrollo del bebé.

Recursos

Humanos

Los recursos humanos para atender las situaciones de riesgo social, están en manos de un profesional de Trabajo Social, acompañado por practicante profesional de la misma profesión, quienes están encargados de los servicios de Neonatos, perinatos y UCI Neonatal, de igual forma el profesional de psicología correspondiente al área de hospitalización y estudiantes en el proceso de práctica.

Cabe anotar que profesionales de enfermería, fonoaudiología y pediatría desarrollan actividades de intervención educativas respecto a la salud física de los bebés, con el fin atender holísticamente los pacientes y acompañar a los cuidadores en este proceso de cuidado.

Técnicos

El Programa Madre Canguro y los servicios neonatales, cuentan con un espacio físico en el Hospital General de Medellín, ubicado en el tercer piso de la torre sur, este espacio es imprescindible para reuniones y cuenta con dispositivos tecnológicos para proyectar recursos audiovisuales, cuenta con sillas ubicadas de manera circular con el fin de aprovechar el espacio para jornadas educativas. Dicho espacio, cuenta además con material educativo y pedagógico donde se contienen cartillas de información neonatal.

Dentro de los recursos gestionables, se identifica la colaboración con las damas voluntarias del Hospital General de Medellín, -el cual es un grupo conformado por mujeres que decidieron desde la filantropía asistir las necesidades básicas de los pacientes-, con este grupo se pueden gestionar elementos como colores, papel, para realizar talleres a partir de técnicas interactivas.

Análisis de contingencia

Al gestionar y garantizar el vínculo, madre- bebé, cuidador- bebé, es posible sensibilizar a las familias en cuanto al derecho fundamental de recibir cariño, amor, comprensión, los cuales son elementos que no son comida pero alimentan, es decir, que esto posibilita repensar las

relaciones y los cuidados que merecen cada uno de los miembros de las familias, validando la vida sagrada del otro, desde el lugar de lo humano.

Los beneficiarios directos fueron las madres y cuidadores y los recién nacidos, quienes identificaron y dotaron de sentido el vínculo y como el cuidado desde la responsabilización de la vida se convierte en una herramienta vital en los procesos de recuperación de la salud de los bebés o de los manejos de las enfermedades, y más adelante en el proceso de crianza.

Otro tipo de beneficiarios aparecen los indirectos, los cuales corresponden a las redes de apoyo familiares, donde se encuentran diversas tipologías de ser y estar en familia: extensas, nucleares, monoparentales y reconstituidas. Estas familias, se vieron beneficiadas, en cuanto a la garantía de derechos de los menores desde la perspectiva de la integralidad al establecer compromisos de acompañamiento, ya que si bien en primera instancia el derecho de ejercer la crianza está en la madre y este se ve coartado por un tipo de vulneración, se activa la corresponsabilidad familiar respecto de la concientización de la madre en el ejercicio responsable de su maternidad, se afinan procesos de acompañamiento y supervisión ambulatoria por parte de los cuidadores, con el fin de garantizar entornos protectores a los bebés en sus procesos de crecimiento y crianza.

Así mismo las EPS amparadas en el sistema de salud en Colombia bajo las formas del régimen subsidiado y contributivo, se verán beneficiadas en cuanto al egreso seguro del bebé, ya que una vez el paciente es dado de alta, se puedan evitar enfermedades futuras, que demanden reingresos de estancias hospitalarias o tratamientos. Cabe anotar que coexisten enfermedades propias de los organismos o hereditarias, sin embargo, muchos de los reingresos hospitalarios en el servicio de Neonatos, se dan, por negligencias maternas –según la ley colombiana- sin embargo, muchos de los acompañantes de los pacientes, no les queda claro las formas de cuidado, evidenciado en este caso, las madres expresaban su desconocimientos frente al ejercicio de cangrear y como éste es vital para el bebé.

Para ello, se propendió bajo la forma educativa, identificar con las madres y cuidadores los derechos fundamentales de todo menor de edad: ser amado, el control de vacunas, derecho a la lactancia materna, a ser registrados, el control de crecimiento y desarrollo, se visionan como posibilitadores de hábitos de vida saludables, los imaginarios de los cuidadores acerca de

enfermedades y manejos que les dan a estas, tramitar desde las experiencias la comprensión de la diferencia entre la atención clínica y la responsabilidad del cuidado familiar, esto, desde el uso de dispositivos pedagógicos comprensibles para el tipo de población.

En esta misma línea, como beneficiaria se verá la IPS, ya que posibilita disponibilidad en la demanda de los servicios para atender más pacientes- ya que al interior de los Hospitales ocurre un fenómeno claro de la crisis del sistema de salud y aparece bajo la forma de la gestión de la cama, en la cual hay un profesional supervisor de las estancias Hospitalarias de las cuales deben dar justificación o de lo contrario, gestionar como “vaciar” esta cama.

Estrategias de intervención

El tipo de intervención en el que se enmarcará el proyecto para incidir sobre la situación identificada en el presente diagnóstico, será el **educativo**, el cual orienta los procesos de intervención hacia las relaciones horizontales y de acompañamiento, donde las madres identifiquen el vínculo que tienen con los bebés, con el fin de que nombren, resignifiquen el lugar del recién nacido en su historias de vida.

La intervención social de tipo educativo, acompaña los procesos individuales para permitir la reproducción y emergencia de actitudes reflexivas y construcción de sujetos éticos y actores de su propia realidad, esto a través de procesos de formación de abajo hacia arriba, es decir desde las experiencias y saberes de los sujetos (Vélez, 2003)

Partiendo entonces de lo que propone, Molina, s.f., donde este tipo de intervención busca abordar una situación problematizada, emprendiendo una acción educativa que tenga que ver con los sujetos como actores transformadores de su propia realidad. Esto hace necesaria la ampliación de la acción hacia procesos de reflexión de la crianza y acompañamiento al otro ser humanos, desde la responsabilidad y el amor, entendiendo como las acciones guiadas desde el sentir y pensar, logren desde el ejercicio consciente impactar en el cuidado vital del recién nacido, adoptando además una forma recíproca, es decir bidireccional, con afectaciones positivas en la vida de ambos y del núcleo familiar.

Bajo esta perspectiva, educar para la comprensión y resignificación, trasciende la

imposición del deber ser, ya que el recurso empático y de la emoción, lograr permitir a la madre nombrarse, identificarse desde sus experiencias, para lograr finalmente que perciban las fuentes potenciales de saber y aprendizajes en su tarea de materner, o al contrario, vislumbren en ellas la ausencia del deseo de un hijo en su vida.

Postura ética

La postura ética, se basa en el respeto de la vida del otro, ya que este permite que entremos en ella. Esto implica procurar la no vulneración de los derechos de las madres y sus familias, para ello será imprescindible el anonimato, el respeto por sus historias de vida, percepciones de mundo, su privacidad, así como por la integridad física, psicológica y social de las mismas, a conocer el proceso que se desea llevar a cabo, el uso y los fines que tendrá la información.

Así mismo, el deber ser, se ubica sobre la línea salud- enfermedad, la cual debe orientarse hacia el estado que propenda bienestar, y del deber de que la madre conozca y nombre la situación real de su bebé, conocer su estado de salud y el cuidado que requiere, así como el derecho de que se le explique, hasta tenerlo claro.

De igual forma las madres tendrán derecho a conocer los avances del proceso, con el fin de validar la información y generar propuestas de historias compartidas con otras madres.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Identificación de la situación

En el marco de la práctica profesional de Trabajo Social, en el Hospital general de Medellín, se ubica el proyecto de intervención “laboratorio del corazón”, una propuesta intencionada en las necesidades identificadas en el servicio de Perinatos, Neonatos, Uci Neonatal y Programa Canguro del Hospital, las cuales se han visibilizado desde diversas manifestaciones, que han aterrorizado la materialización de la intervención ante el desarrollo del vínculo vital entre el bebé y el cuidador, dadas la importancia de este, ante las condiciones de salud a las que se enfrentan los bebés hospitalizados.

Frente a las diversas situaciones que presentan las madres y bebés de estos servicios se pueden ver riesgos sociales, que deben ser intervenidos de manera prioritaria en Trabajo Social, a la luz de la normatividad y la gestión integral de salud, tales como vulneración de derechos hacia los menores de edad (basados en código de infancia y adolescencia), negligencias en el cuidado de los menores, inadherencia al programa por parte de los cuidadores- lo cual pone en riesgo la salud del menor, falta de recursos económicos y emocionales, ambientes familiares violentos, falta de prácticas de cuidado de sí mismo (cuidador) y de los otros, basados en la corresponsabilidad del grupo familiar y cuidadores, consumo de SPA y bebidas alcohólicas por parte de los procreadores, lo cual pone en riesgo la integridad del bebé dada la exposición a riesgo de síndrome de abstinencia, ambiente familiares de riesgo, circunstancia de maltrato, violencias físicas intrafamiliares, consumo de drogas por parte de quienes ejercen el cuidado, inseguridad social y familiar, problemas de socialización, deterioro físico y/o mental, deserción escolar e incumplimiento de roles, que afectan el desarrollo vital de los bebés hospitalizados.

Ante este escenario, es de anotar que desde el hacer del HGM, los procesos se instauran bajo la activación de rutas de atención y redes de apoyo institucionales para realizar seguimiento de los casos ambulatorios o intrahospitalarios según lo demande el caso. Esto se

lleva a cabo mediante la activación de las rutas de atención, definidas por el profesional después de realizar la intervención inicial, la cual se da de manera intrahospitalaria y arroja los primeros cimientos de la información para reconstruir la caracterización sociofamiliar. Dichos reportes para seguimiento a la madre o cuidador en su lugar de residencia, propenden inicialmente porque los bebés no sean retirados de sus entornos, ni afectar sus vínculos familiares, sino vincularlos que se responsabilicen del cuidado de los bebés.

Pese a estas manifestaciones del síntoma, coexiste el ejercicio del vínculo de madres y cuidadores, quienes activan factores de protección y cuidado, los cuales se convierten en facilitadores para la estabilidad emocional y el adecuado desarrollo integral infantil. Dichos vínculos, se convierten entonces en la relación recíproca entre ambas partes, “la temperatura, los niveles de saturación de oxígeno y los signos vitales del bebé, se mantienen dentro de los rangos normales debido al calor del cuerpo materno y al sonido y ritmo de su corazón (...) crea una disposición en el cuidador que le permite detectar y responder mejor ante las señales del bebé” (Ortíz, et al).

Es de anotar, que desde concepciones instauradas culturalmente, el ejercicio de la procreación ha encargado la maternidad como una finalidad de la mujer, sumado a la responsabilidad que se le delega respecto del sostén de la marcha de la familia, como actora que cohesionada y une a la misma. Sin embargo, en las experiencias de las mujeres, la maternidad se ha despojado de formas homogéneas instauradas, ampliando el ejercicio del cuidado de forma vital y voluntaria, lo que supone, que esta tensión, que se concentraba en un solo actor y que ha descargado la responsabilidad sobre la mujer, posibilita el despliegue de otros modos de ser y de amar, que no están detenidos en la maternidad, sino que se articula con las redes de apoyo familiar (Gamboa & Orozco, 2012).

Así mismo, dentro de este análisis se reconoce el papel de las madres, además de quienes ejercen el papel como cuidadores, y del deber ser que implica la relación con el bebé, dado que el rol que cumplen como proveedores de atención, afecto y asistencia a los pacientes, ocasionan un desgaste, ya que la estancia hospitalaria agota y muchas de las madres no tienen tiempo de recuperarse de los procesos de parto y el periodo del puerperio, y éste a su vez desencadena una serie de acontecimientos adversos que influyen en el estado del paciente.

“La hospitalización es un factor de estrés importante para los padres, en el que el eje central es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica. Todo ello, se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros medios técnicos utilizados para el cuidado del recién nacido” (M. Cuesta, et al.).

Dentro de las alternativas generales propuestas para abordar dichas tensiones aparece la conversación con los padres para generar procesos que permitan comprender en palabras no tan complejas el diagnóstico de atención del bebé, así como del cuidado que requieren, respondiendo preguntas e inquietudes, animar a los cuidadores a que establezcan el contacto piel con piel, sientan a sus bebés y que se impliquen en el cuidado de los mismos, es es, orientar la atención sobre el neonato, desde acciones como cambiar los pañales, la alimentación, entre otros, que finalmente propendad por generar altas seguras, desde el papel activo que tienen en la recuperación del bebé, y así, reducir la ansiedad que presenta la estancia hospitalaria.

De igual manera, es necesario tener en cuenta que la centralización de los servicios de salud de tercer nivel, en las ciudades, hace que las madres o cuidadores deban desplazarse, dejando hijos al cuidado de otras personas y en algunas ocasiones sin redes de apoyo familiar en Medellín. “Allá en el departamento de Arauca no había Hospital de tercer nivel (...) Estuve hospitalizada una semana esperando una remisión y a lo último no llegó la remisión, entonces decidí venirme por mis propios medios, ellos no me querían dar el alta, yo firmé e alta voluntaria y llegué acá a Medellín y pude recibir las ayudas y mi bebé está bien, y he recibido toda la atención” (Entrevista M1, 2017).

Esto evidencia la necesidad de concebir la madre y/o al cuidador como parte vital del proceso de crecimiento de los bebés, asumiéndolas como sujetos que sienten y actúan desde las experiencias. El presente proyecto “laboratorio del corazón”, busca trascender la lógica de los procesos que corresponden únicamente al papel de la madre en el cuidado de los hijos, para empoderar y activar la corresponsabilidad en los demás miembros de la familia para el cuidado del bebé.

De igual manera coexisten necesidades de formación y educación, durante la estancia hospitalaria, las cuales tratan de ser abarcadas por el personal médico asistencial, así como del equipo interdisciplinario. Dichas necesidades han sido expresadas por los acompañantes de los pacientes como el aprendizaje del cuidado especial de bebés canguro, el manejo del oxígeno domiciliario u otros medicamentos que le ordenan a los recién nacidos, el ejercicio del vínculo madre-hijo en el amamantar teniendo en cuenta las técnicas para que se realice de manera correcta.

Emergen relatos de madres primigestantes o cuidadores, que dadas las condiciones de cuidado especial, generan situaciones de incertidumbre, “entonces ella ve que le va tocar más duro, (...)siente que ya es su responsabilidad cuidar a lo que es de ella”, por lo tanto se ubica la intervención sobre lo que pasa en las experiencias de ser madre o cuidador, dadas las condiciones particulares de cada caso.

Así mismo, los cambios familiares que representan la aparición de embarazo en la familia de una adolescente, embarazo no deseado, obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, “requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración”. Ante esta situación compleja, se enfrentan además las redes intrafamiliares de apoyo, donde la familia extensa, abuelas, tías, deben ejercer el cuidado de los nietos para atender situaciones eventuales ante el cuidado que demanda un bebé hospitalizado, y de sostén económico, moral y social.

Otra de las situaciones visibles en estos servicios es el acompañamiento de la figura paterna, que en muchos casos es nula, o se prescribe de manera intermitente durante la internación, por diferentes situaciones manifestadas, como el tener que trabajar para proveer económicamente, la dificultad para participar en los horarios de las visitas en el servicio, dado que se cruzan con los horarios de trabajo, y el servicio es poco flexible con la autorización para los ingresos de los padres en horarios diferentes. Cabe anotar, que en muchos de los casos, no aparece el lugar paterno, ya que las mamás refieren que los padres no reconocieron sus bebés, no dieron el apellido, el vínculo de la relación se rompió, entre otros.

Ante los procesos a los que se enfrentan los cuidadores respecto de los bebés prematuros, se

teje un entramado de sensaciones, deseos y expectativas que ubican el vínculo entre ambas partes, el cual se convierte en un ejercicio vital, que recorre el cuerpo de quien ejerce el cuidado, al entrar en contacto con el recién nacido, para resolver asuntos que garanticen la salud del bebé.

Cabe anotar, que durante las estancias hospitalarias, se construyen historias compartidas entre los acompañantes, es decir, que la experiencia vivida es común a quienes visitan el Hospital. Esta oportunidad en que el otro viva la misma situación ubica un lugar de descarga para los cuidadores, cuando expresan “ella y yo estamos esperando el oxígeno de nuestros bebés”, “nosotras nos estamos quedando en el albergue”, como una situación que el otro vive igual o parecida a la propia.

Hablar de sensaciones, deseos y expectativas, corresponde a dimensiones amplias, que deben relacionarse sobre las intencionalidades del cuidador. Así pues, abordar las **sensaciones**, es hablar del sentir, son estímulos que recibimos desde el exterior, desde nuestro entorno, y que son captados por uno o más de nuestros sentidos: vista, olfato, oído, tacto o gusto, lo que garantiza que dichos estímulos pasen por el cuerpo.

Respecto del **deseo**, es imprescindible hablar del lugar del bebé en la vida del cuidador, ya que corresponde al interés que uno ejerce sobre el otro, es decir, del motivo que moviliza al otro por ejercer el cuidado, es de anotar, que a cada deseo le precede un sentimiento, el cuál, no necesariamente satisface, por esto tiene implicaciones contrarias, es decir, que pueden coexistir deseos que eliminen el hecho de cuidar, “satisfacer los deseos de forma adecuada implica el uso de la empatía para evitar agredir, y en consecuencia, provocar respuestas violentas en personas”(Ramírez, 2014).

Por último, abordar las **expectativas**, supone pensar en las evoluciones que espera el cuidador de su ejercicio, las cuales están directamente implicadas por el bienestar del cuidador, es decir, aquí aparece la conexión resultante del vínculo, ya que los estados biopsicosociales de los cuidadores, se ve implicados directamente sobre la salud de los bebés en aras de esperar una evolución positiva.

Abordando estos tres pilares, es fundamental dotar de sentido el ejercicio de cangrear un bebé, y de la corresponsabilidad que tiene el cuidador respecto del recién nacido. Así pues,

imprescindible que los cuidadores comprendan y doten de sentido el acto de llevar el bebé prematuro cangureado, es decir, reflexionar con los cuidadores, el por qué se ejerce el cangureo, y cómo ante situaciones emocionales fuertes, los bebés se ven afectados, no ganan peso, se descompensan “tengo dificultades económicas, me estreso y no me sale el alimento”, o por diversos motivos como el acompañamiento, tener más hijos al cuidado de otras personas durante la estancia hospitalaria, se convierten en factores que afectan el proceso relacional del bebé y el cuidador.

Hablar del cangureo, es abordar el contacto piel con piel, ya que este método busca garantizar la vida extrauterina de bebés prematuros o con bajo peso al nacer. El contacto de pieles, implica pasar por el cuerpo las emociones y sensaciones que se activan respecto del cuidado.

Para abordar la pregunta por el el objeto de intervención del presente proyecto de práctica el proceso se orienta en torno a la intencionalidad de potenciar los vínculos de madres e hijos y/o con los cuidadores, para fortalecer dicha relación y el empoderamiento en su labor; así como en la identificación de las necesidades representativas de las madres y cuidadores, dadas las condiciones sociales, emocionales, económicas y de responsabilidad, en aras de orientar el proyecto hacia la comprensión del ser y estar de ambos seres humanos en aras de favorecer y un vínculo afectivo favorecedor y estable.

Sujetos de la intervención

Es indispensable ubicar el papel de los recién nacidos en la intervención del proyecto como sujetos beneficiarios del proyecto.

Para el ejercicio del cuidado vital, se ubican las mujeres gestantes, anotando qué no todas ejercen o quieren ejercer el rol materno. Aquí se encuentran los grupos étnicos de las mujeres, los cuales se ubican en las etapas del ciclo vital, donde se configuran las cosmovisiones y formas diversas donde cada una dota de sentido el lugar del hijo en su propia vida.

Inicialmente, se abordan las mujeres menores de 14 años, las cuales, según las normas del derecho penal colombiano, al encontrarse en estado de embarazo, se consideran víctimas de

violencia sexual, añadiendo que el embarazo en una mujer menor de 15 años puede implicar riesgos para su salud física y mental. En tal caso, y de acuerdo con la Corte Constitucional colombiana y con las sentencias C-355/06, T-585/10 y T - 388/09, la mujer embarazada tiene derecho al aborto, amparada en la causal salud, cuando hay peligro para su vida o para su salud física o mental. (Ministerio de salud y protección social & Fondo de población de las Naciones Unidas, 2014)

A este tipo de embarazo, se le nombra como embarazo adolescente, el cual, inicialmente se planteó sobre la inmadurez física de la madre y las implicaciones sobre su cuerpo que está en desarrollo. Más adelante, según la academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Medicina, amplió esta concepción, a partir de implicaciones integrales, “(...) un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica” (Guns, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

Abordar entonces, este tipo de población, tiene implicaciones que directamente afectan el ejercicio del cuidado, ya que las características contextuales, la salud física y emocional de las madres, sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y su entorno social y familiar se constituyen en riesgos evidentes para el pleno desarrollo de los menores implicados en este proceso, es decir, del neonato, y su madre, añadiendo qué, en algunos casos el padre también es menor de edad.

Otro grupo de sujetos en la intervención, corresponde a las mujeres entre los 15 y 28 años, quienes según el Estado Colombiano están en la etapa de juventud “toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía”. Este grupo poblacional, supone entonces una madurez en el sentido de su ejercicio de la sexualidad, correspondiente a métodos de planificación y ejercicio de vida sexual responsable “definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica” (León, P; Minassian, M; Borgoño, R & Bustamante, F, 2008).

Y por último, el embarazo en población adulta comprende la etapa del ciclo vital entre los 27 y los 59 años, esta etapa atribuye a las madres un grado mayor de consciencia, son quienes toman decisiones relevantes en los diferentes círculos de la acción pública y privada.

Es importante anotar, que transversal a estos grupos étnicos, aparece la población especial, que corresponde a indígenas, LGTBI, afro.

Otro tipo de beneficiarios serán los indirectos, los cuales corresponden a las familias de bebés del Programa y de los servicios de hospitalización, donde se encuentran diversas tipologías familiares como extensas, nucleares y reconstituidas. Estas familias, se verán beneficiadas, en cuanto a las garantías de derechos desde la perspectiva de integralidad para el bebé para su crecimiento y desarrollo, así como la corresponsabilidad de los miembros de la familia, en cuanto al lugar que ocupa el bebé dentro de ella y de garantizar un entorno protector.

Así mismo las EPS se verán beneficiadas en cuanto al egreso seguro del bebé y de la posibilidad de contrarrestar enfermedades venideras en el proceso de vida, es decir, que durante la etapa de crecimiento y desarrollo, se puedan evitar enfermedades que pongan en riesgo la vida y que deban tratarse hospitalariamente, reingresos, todo esto atravesado por la relación vital entre madre-hijo, cuidador-bebé, cuidador-hijo en la etapa de primera infancia. En esta misma línea, como beneficiaria se verá la IPS, ya que posibilita disponibilidad en los servicios para atender más pacientes y reducir endeudamientos de las aseguradoras con los Hospitales, y de igual forma reduce los costos para las EPS.

Justificación

Ante las diversas manifestaciones del ejercicio del cuidado, evidenciadas en la identificación de la situación, el proyecto busca poner en evidencia la importancia del amor, de la labor de cuidar para el sostenimiento de la vida del menor. Sin embargo, estos sostenes se enfrentan a condiciones complejas como factores que desequilibran la evolución positiva del bebé, dado que las emociones, expectativas y percepciones del cuidador influyen directamente el vínculo con el recién nacido.

La adherencia al tratamiento hospitalario, garantizar las visitas del cuidador en el servicio,

las situaciones de crisis, los cansancios de los cuidadores, las incertidumbres, se convierten en detalles que influyen el estado emocional, y desesperanzan durante las estancias hospitalarias. Al mismo tiempo, estas estancias, logran recuperar el sentido del lugar que van ocupando los bebés en la existencia del cuidado, “yo vengo a verla y me he apegado”, es otra de las manifestaciones en las cuales se evidencia la construcción del cuidado desde el contacto visual y físico.

Por ello, la intervención desde el fortalecimiento del vínculo, recrea la experiencia en el ejercicio del cuidado, como una sensación que está atravesada por miedos, angustias y desesperanzas, que se recuperan identificando la vida por la que están ahí, la de sus bebés. Así mismo, se evidencian los relatos como “vamos a salir adelante”, “ya está más recuperadito”, como alicientes para continuar acompañando en el cuidado, y como dicho sostén recupera y toma fuerza para acompañar en ese esfuerzo dialógico por la vida.

Desde los procesos educativos, es posible impactar significativamente las realidades de bebés y cuidadores, dando lugar al papel fundamental que cumple un cuidador en la vida del bebé, y como dichos vínculos se fortalecen a partir de la cercanía y de las situaciones que se viven.

Además, el trabajo del vínculo, responsabiliza a la madre del cuidado del bebé desde el deber ser, pero también de sí misma, y como las acciones que realiza afectan directamente al recién nacido, y que proporcionan hábitos saludables de vida a largo plazo, mediados por la responsabilidad y el amor.

Pronóstico

Con las estrategias que plantea este proyecto “laboratorio del corazón”, se apuntarán hacia el desarrollo de acciones que propendan por la garantía de los derechos, de los niños y niñas que están siendo atendidos en el Programa Madre Canguro, y hospitalizados en el servicio de Perinatos, neonatos, y uci neonatal. Al implicar directamente al cuidador en el ejercicio de crianza, cuidado y afecto del bebé, en ser garantes de los derechos de los niños, ubica la perspectiva propositiva de prevención de abusos, de negligencias e inobservancia materna y/o de cuidadores, prevención de enfermedades y riesgos sociales y en términos positivos, que

apunten a entornos protectores, generando el empoderamiento de las familias en el agenciamiento del cuidado de los bebés.

Así mismo, implica que las relaciones generacionales se recuperen en cuanto a factores de comunicación, dado que la crianza, el cuidado de sí y del otro, van tejiendo redes de apoyo familiares que se ubican como soportes para el ejercicio vital del cuidado.

Por el contrario, al no ser intervenida dicha situación, representará la inadherencia a la estancia hospitalaria y al proceso ambulatorio en Canguro, desestabilizando el proceso de salud del bebé y el pleno desarrollo del mismo, así como posibles cuestiones de maltrato o violencias a los menores de edad. El vínculo es la relación por excelencia con el otro, si no se trabaja puede ubicar la desreponsabilización del cuidado, así como de los procesos de crianza, e inclusive al desamor, relaciones conflictivas o abandono.

Objetivos

Objetivo general

- Generar procesos socio educativos que posibiliten potenciar y fortalecer el vínculo y las prácticas de cuidado de sí y de los otros en madres y cuidadores, para la crianza de los bebés hospitalizados en el servicio de neonatos, perinatos, uci neonatal y del programa Canguro del Hospital General de Medellín, durante el periodo de Diciembre de 2017 a mayo de 2018.

Objetivos específicos

- Promover procesos que posibiliten las manifestaciones del vínculo y de cuidado de sí y de los otros en las madres y/o cuidadores hacia neonatos, perinatos y beneficiarios del Programa Madre Canguro del Hospital General de Medellín.
- Acompañar el desarrollo de las actividades educativas que posibiliten el agenciamiento del rol materno voluntario y potencien la integración de la familia en el cuidado del bebé a partir del vínculo.

- Socialización de los derechos de los niños y deberes de las madres o cuidadores en el proceso de crianza del bebé.

Referente teórico

El referente teórico del presente proyecto, se ubica sobre los postulados de Paulo Freire y la propuesta de procesos conscientes, los cuales, ubican al actor de su realidad como un sujeto activo capaz de transformarla, esto quiere decir entonces, que el actor participa en la organización de sus experiencias de aprendizaje, y desde la intervención se le da la oportunidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades. Para lograr esto, Freire plantea la necesidad de establecer una relación, entre la sensibilización por el ambiente, la adquisición de conocimientos prácticos, la actitud para resolver problemas y la clarificación de valores en torno a él.

Freire, plantea tres dimensiones por las que pasa el actor, para hacerse cargo de su realidad, en este caso de la responsabilidad del proceso de crianza del recién nacido. Inicialmente, se habla de la fase *mágica*, donde “el oprimido se encuentra en situación de impotencia ante fuerzas abrumadoras que lo agobian y que no conoce ni puede controlar. Que son las diferentes sensaciones, percepciones y expectativas, con las cuales nos encontramos de las madres que se encuentran acompañando las estancias hospitalarias de los bebés. En la *fase ingenua*, el oprimido ya reconoce los problemas, pero sólo en términos individuales. Al reflexionar sólo logra entender a medias las causas. En consecuencia, cuando pasa a la acción, adopta el comportamiento del opresor. Dirige su agresión hacia sus iguales (agresión horizontal) o a su familia y, a veces, hacia sí mismo (intrapunición). “En la *fase crítica*, se alcanza el entendimiento más completo logra ver con claridad los problemas en función de su comunidad. Reconoce sus propias debilidades, pero en lugar de autocompadecerse, su reflexión lo lleva a aumentar su autoestima y confianza en sí mismo y en sus iguales, y ya puede rechazar la ideología del opresor. La acción que sigue en esta fase se basará ahora en la colaboración y en el esfuerzo colectivo. En este momento, se podría decir que el oprimido es un ser activo que hace la historia” (Chesney Lawrence, 2008).

Esta fase crítica compromete las fuentes esenciales para inducir la concientización, ya que se ubica sobre las necesidades sentidas de los actores, es decir, las *necesidades del hombre*

donde aparece la Protección del ambiente, utilidad de las cosas y las que competen tajantemente en el presente proyecto como la Conservación de la salud y el Bienestar general.

Ruta metodológica

Es necesario anotar, que dadas las condiciones hospitalarias transitorias, las acciones de intervención del proyecto se desarrollarán a partir del trabajo individual con la madre y/o cuidador, aprovechando los espacios de las interconsultas, así como las madres que se encuentren en el servicio los días viernes, para realizar con ellas una serie de estrategias con las que se espera puedan participar, nombrando, manifestando el lugar de su hijo y la tarea del cuidador en la crianza y acompañamiento desde la responsabilidad y el amor

Línea estratégica 1: laboratorio del cuerpo

En esta línea se abordará el cuerpo como el medio para cuidar del bebé. Por ello, laboratorio del cuerpo, es una estrategia para que las mamás y cuidadores identifiquen cómo este se convierte en esa herramienta para cuidarse y cuidar del otro.

Esta idea está estrechamente relacionada en la fusión entre el cuerpo, la emocionalidad y el uso del lenguaje. Maturana, lo planteó en uno de sus discursos, cuando expuso el uso de la palabra como poder, “desde donde se imparte una palabra o frase amorosa, una oración, hasta una orden para dirigir o reconocer o dar un abrazo como sentimiento de amor; siendo el cuerpo el instrumento para manifestar la emocionalidad y las emociones, la disposición corporal para la acción, no existe entonces acción humana sin emoción que se fusione con ella y la haga posible como un acto”. (Maturana, 1997, p. 23).

Esta línea estratégica, se llevará a cabo basado en la técnica interactiva de Cartografía, la cual tiene como objetivo “Identificar lugares que se hayan más allá del mundo conocido, es decir mundos intra e intersubjetivos, espacios habitados, deshabitados y transitados, espacios de sueños y de deseos; observando los mapas que cada sujeto traza a lo largo de su diario vivir, en donde los sujetos expresan sus mundos a través de una serie de claves que hacen comprensible el universo que conoce y el cómo se conoce” (Ghisso, 2000).

Esta técnica, se basa en dibujos significativos, en los que aparecen elementos que son importante para los sujetos y por medio de estos se expresan los intereses y familiaridades que tiene con su entorno. Es importante anotar la diversidad de esta forma de escritura, la cual visibiliza la diversidad de las miradas de la madres, sus vidas cotidianas, y ponen de manifiesto jerarquizaciones, homogenizaciones, visibilizaciones e invisibilizaciones en las que se evidencian o esconden concepciones de la realidad social, y de igual manera, “se recrean puntos de vínculo” (Ghisso, et al).

La técnica, recrea cuatro momentos para su desarrollo:

- Descripción: en el papel se plasma la necesidad del tema a tratar, respecto de la impostancia del cuerpo en el cuidado, con el fin de generar diálogo horizontal con

el profesional a partir de la entrevista, con el fin de recoger y generar las percepciones y expresiones.

- Interpretación: A partir de las siguientes preguntas:
 - ¿Qué se observa?, ¿Cómo se distribuyen los elementos que aparecen en las cartografías?, Lo qué no se presenta, lo que queda afuera, ¿Qué expresa la cartografía?, ¿Desde dónde se expresa?.
- Toma de conciencia: permite recolectar descripción general de lo plasmado, una mirada panorámica, lo cual facilitará el comprender la realidad del otro y su mundo, al igual que el propio, haciendo conciente maneras de pensar, interactuar y sentir el ambiente y espacio que habitamos.
- Evaluación: finalmente es necesario hacer la evaluación de la técnica en aras de mejora y fortalecimiento de la técnica en el impacto deseado.

La intencionalidad entonces, es realizar un mapeo del cuerpo, donde se identifiquen las emociones y sensaciones que pasan por el cuerpo de las madres y cómo éstas directamente influyen en la vida del bebé sobre quien ejercen el cuidado.

Línea estratégica 2: armádonos de amor.

Esta línea busca empoderar las mamás o cuidadores en el ejercicio del cuidado, desde sus posibilidades y del agenciamiento de procesos de acompañamiento, cuidado y atención que apunten a la salud del bebé, así como la generación de procesos socioeducativos que afiancen y estrechen el vínculo con el recién nacido.

Esta técnica se hará a modo taller interactivo, donde se reunirán las madres para conversar y construir a partir de las historias compartidas.

Inicialmente se llevará a cabo la técnica interactiva de la telaraña, la cual se realiza formando un círculo entre los participantes, y se le entrega a uno de ellos la bola de cordel; el cual tiene que decir su nombre, procedencia, tiempo de estancia hospitalaria y una palabra que signifique a su hijo. Luego, éste toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera y así sucesivamente hasta que todos los

participantes queden sujetando una parte de la cuerda formando una telaraña. Allí, la intencionalidad se ubica en la reflexión de soporte que cada mamá tiene el proceso de recuperación de su hijo, y como entre ellas comparten una esperanza en común.

En el segundo momento, se realizará el trabajo sobre el reconocimiento de la lucha que realizan los bebés frente a la vida, y para ello se coserá con las mamás una capa a sus bebés superhéroes, que se han armado de ganas de vivir así como las mamás y cuidadores deben armarse de amor, cariño, afecto, responsabilidad para garantizar estas dimensiones de cuidado y crianza de los bebés.

Se le entregará a la mamá una postal, donde se le solicitará que escriba cuál es la dosis que le va dar al niño para acompañar la crianza.

Línea estratégica 3: ¿a dónde vamos mamá?

En esta línea la necesidad es abordar los derechos y deberes de las madres y cuidadores para con sus hijos, bajo la promoción y prevención, el nombre de esta línea se sujeta bajo la forma del cuidado dependiente del menor ejercido por una persona responsable.

Ante la contingencia se activa la eventualidad del registro civil, y cómo este es necesario para garantizar el acceso a los servicios del Estado, el derecho a vacunas, crecimiento y desarrollo, así como el deber ser de las mamás quienes son las que realmente orientan la ruta de atención de los menores. Se establecen los derechos y deberes, como una relación dialógica entre ambos, abordando a rasgos generales la responsabilidad que debe asumir la mamá frente al proceso de cuidado y crianza.

De igual forma, el registro civil, vincula los procesos de trámites administrativos, inicialmente en el proceso para acceder a los bienes y servicios del Estado, garantizar los derechos fundamentales de afiliación en salud, que benefician directamente a las EPS e IPS, así como trámites y procesos legales, donde solicitan este documento para validar los requerimientos de los bebés con el fin de mejorar los procesos de atención.

De igual manera, los derechos de los niños se abordarán en esta línea, sobre el derecho a la atención en salud, educación, en recibir amor, el derecho a recibir la lactancia materna, a estar

en contextos protectores.

Finalmente, producto del proyecto, se realizará un video donde se exponga la diversidad del cuidado y el vínculo como soportes para la crianza de los bebés. Esta herramienta audiovisual, permitirá visibilizar una realidad diversa de los relatos desde las experiencias de las madres y cuidadores, así como de visibilizar las formas emergentes de maternar y paternar de las familias y los pacientes, evidenciada durante ocho meses, en el proceso de práctica y que quedará como insumo para el Hospital General de Medellín, y sobre todo para las personas que nos debemos y dan sentido a esta profesión, los pacientes y sus acompañantes.

Sistema de monitoreo y evaluación

Para el seguimiento y la evaluación, se han planteado una serie de estrategias las cuales pretenden dar cuenta del cumplimiento de las actividades y la rigurosidad con las que estas se van a ejecutar. Dicho monitoreo se hará durante y al finalizar el proyecto, con el fin de reajustar asuntos que posiblemente no estuvieron previstos en la formulación inicial, ya que es necesario tener en cuenta los procesos y los resultados obtenidos de los mismos.

A través de las fuentes de verificación y la descripción detallada de cada una de las actividades se retomarán los lineamientos para el trabajo, de donde se desprenden los instrumentos y la metodología, los cuales materializan los resultados de los servicios a través de actas, registros fotográficos, bitácoras, entre otros, con el fin de dejar registro de las actividades.

Tabla 2

Sistema de monitoreo y evaluación: Fuentes de verificación e indicadores de gestión

Fuente: elaboración propia.

<i>Estrategias</i>	Acciones	Meta	Responsable	Fuentes de verificación	Indicadores de gestión
<i>Acompañar el desarrollo de las actividades educativas que posibiliten el agenciamiento del rol materno voluntario y potencien la integración de la familia en el</i>	Laboratorio del cuerpo.	- Las mamás comprenderán el diagnóstico de su bebé. - Las madres y cuidadores comprenderán el sentido vital e importancia de cangrear	.Lizeth Vásquez Duque .Marisel Tamayo Tabares	-Registro fotográfico de las cartografías realizadas. -Importancia del ejercicio de Cangrear en los procesos ambulatorios: El programa madre canguro	El material utilizado para esta actividad, lo llevará la madre con el propósito de socializar en el entorno familiar.

<p><i>cuidado del bebé a partir del vínculo.</i></p>		<p>los recién nacidos con bajo peso al nacer.</p> <p>- Las madres y cuidadores harán conscientes las expresiones del vínculo parento-filial y la importancia del cuidado de sí mismo y de los otros.</p>		<p>ha tenido adherencia ambulatoria cerca del 90%, y reingresos hospitalarios en un 5%.</p> <p>-Las mamás comprendieron la importancia del afecto y el cuidado como soporte vital para los recién nacidos, materializado en caricias, besos, el ejercicio de lactancia; las madres ejercen el cuidado sobre</p>	
--	--	--	--	---	--

				sí mismas, alimentándose bien, cubriéndose en las tardes cuando salen de la visita intrahospitalaria	
<i>Promover las manifestaciones de cuidado de sí y de los otros en las madres y/o cuidadores hacia neonatos, perinatos y beneficiarios del Programa Madre Canguro del Hospital General de Medellín.</i>	Armándonos de amor		.Lizeth Vásquez Duque .Marisel Tamayo Tabares	El 85% de las mamás, será adherente al tratamiento hospitalario presentándose en los horarios establecidos y a las citas en el proceso ambulatorio. Listado de asistencia al	Las madres tendrán la postal, donde consignaron lo que identificaron del cuidado hacia sus hijos.

				taller o a la asesoría individual. Registro fotográfico.	
<i>Socialización de los derechos de los niños y deberes de las madres o cuidadores en el proceso de crianza del bebé.</i>	¿A dónde vamos mamá?	- El 95% de las madres y cuidadores de los bebés recién nacidos en el Hospital General de Medellín, comprenderán cuales son los derechos de los niños y cómo pueden garantizarlos a través de las instituciones	.Lizeth Vásquez Duque .Marisel Tamayo Tabares	- En la base de datos del censo diario de pacientes del servicio de Neonatos, perinatos y UCI neonatal, los bebés aparecerán con su nombre propio, y no como Nacido de. - Una vez los bebés sean	Las madres tendrán un plegable con los derechos de los niños y deberes de los cuidadores en el proceso de crianza.

		<p>del Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 90% de los bebés que egresan del Hospital General, saldrán con el registro civil. 		<p>datos de alta, se harán enlaces con las instituciones competentes para atender en la primera infancia a cada recién nacido respecto de sus necesidades en la etapa del ciclo vital, es decir, programa madre canguro, control de vacunas, crecimiento y desarrollo, y escolarización.</p>	
--	--	---	--	--	--

INFORME DE GESTIÓN

Alcances del proyecto Junio de 2018

Desde el inicio de la práctica el mes de septiembre de 2017 se generó y recolectó información en aras de conocer las dimensiones contextuales que permean el campo de acción profesional, los elementos que configuran el diagnóstico y finalmente, basado en la necesidades del servicio de Neonatos, perinatología, UCI Neonatal y Programa Canguro, la propuesta del proyecto de intervención que dio inicio el presente año en el mes de enero con el proyecto titulado “laboratorio del corazón”.

El presente informe, ubica su realización en un 100%, tal cómo se planteó en el informe de gestión preliminar del mes de mayo, en el que únicamente se encontraba pendiente la realización del presente informe.

Además, con el fin de organizar la información generada desde las diferentes actividades en la intervención, se recolectó en la matriz para dotar de información las categorías conceptuales propuestas desde el diagnóstico, conocimientos que fue recogido desde la experiencia en las exclamaciones en los pasillos por parte de los cuidadores y los resultados de la ejecución de las líneas de intervención propuestas en el marco del proyecto. De igual manera, esta información se ubicó en contexto, generando una propuesta emergente dentro del proyecto, la cual se le dio el nombre de contexto previo, es decir, las experiencias que narran las madres, proporcionando un panorama general del momento que vivía la madre cuando engendra y durante la gestación, además de algunas pistas sobre el espacio del deseo del bebé en la Historia materna.

Generalmente, durante la práctica se abordaba la demanda de interconsultas, es decir, un mecanismo de atención interdisciplinar planteado desde el Hospital General de Medellín, en el cual el médico general o especialista realiza la valoración de los pacientes, y en caso de evidenciar un síntoma diferente, en este caso, riesgo social, se apoya del equipo de profesionales, entre ellos, Trabajo Social. De esta manera, se realizan las intervenciones en asesorías familiares, las cuales se dan a partir del flujo de interconsultas, que oscilan alrededor

de doce intervenciones semanales, que eran abordadas por el profesional en formación supervisado por el asesor institucional.

Dichas intervenciones a nivel institucional tiene como prioridad la caracterización sociofamiliar del paciente, así como la ubicación de redes de apoyo familiares de las/los pacientes. De esta forma, se propone un formato de caracterización general, en el cual se levantan los datos para construir el informe el cuál será depositado en la historia clínica, y a partir del cual se toman decisiones para el manejo del caso.

Vale la pena resaltar que el informe sociofamiliar que se levanta desde la técnica de entrevista con las familias, no está dentro de las líneas de intervención del proyecto laboratorio del corazón, son un insumo para los procesos que se generan internamente en el Hospital, y permiten conocer y comprender las dinámicas y experiencias de las familias, por lo demás, el historial clínico debe permanecer en absoluta confidencialidad.

Aprovechando estos espacios de interconsultas, las líneas estratégicas uno y tres, presentadas a continuación, respondieron a las necesidades generales evidenciadas desde el diagnóstico en los servicios de Neonatos, perinatología, uci Neonatal y Programa Canguro, las cuales se desarrollaron de manera individual en los espacios de las asesorías familiares.

Es necesario anotar, que dadas las estancias hospitalarias transitorias, los grupos y las familias beneficiarios del proyecto, no siempre participaron de las tres líneas estratégicas del mismo, sino que desde la necesidad identificada por el equipo interdisciplinar se ubicaba de manera inmediata el insumo para profundizar en la intervención.

Para las intervenciones en este servicio es necesario tener en cuenta los horarios de visita, ya que los acompañantes no permanecen las 24 horas en el acompañamiento al paciente. El ingreso es todos los días de 7:00 a.m. a 7:00p.m., esto posibilita un amplio espacio para ubicar las familias, teniendo en cuenta qué en los horarios de lactancia materna -9:00 A.M., 12:00M, 3:00 P.M., 6:00P.M-, no se pueden realizar asesorías ya que la permanencia en sala de las madres en este momento es indispensable.

Ruta metodológica

El quehacer desde Trabajo Social ha ubicado el proyecto en la generación de propuestas

alternativas desde el nivel socio educativo y de la promoción- prevención, el cual ha permeado las maneras de hacer institucionales tradicionales. Hablar de estas formas de hacer tradicionales, ubica propuestas alternativas generadas a partir del presente proyecto, el cual usó instrumentos y herramientas como dispositivos pedagógicos para dinamizar lo que se trabaja en el hospital pero que en muchas ocasiones no logra ser comprendido por los sujetos de la intervención.

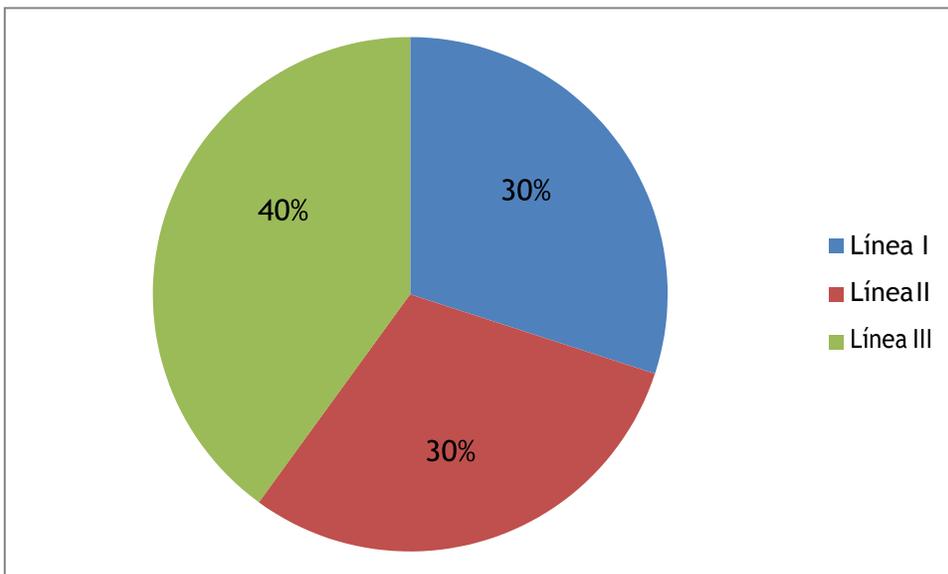
Con la producción de técnicas e instrumentos se ha dado respuesta al objetivo general del proyecto Laboratorio del Corazón: Generar procesos socio educativos que posibiliten identificar las manifestaciones del vínculo y del cuidado de sí y de los otros a las mamás y cuidadores, para la crianza de los bebés hospitalizados en el servicio de neonatos, perinatos, uci neonatal y del programa Canguro del Hospital General de Medellín, durante el periodo de Diciembre de 2017 a mayo de 2018.

Para la fecha – junio de 2018-, el proyecto presenta un avance total del 100%, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 1

Ejecución final del proyecto respecto de cada línea de acción estratégica.

Fuente: elaboración propia



En aras de puntualidad y claridad, se abordará cada línea estratégica en relación con el objetivo específico que la sostiene, así como de rescatar los elementos metodológicos que se fueron reconfigurando a partir de las experiencias, hasta llegar a la propuesta de trabajo final.

Las líneas uno y dos avanzaron en su totalidad, lo que corresponde al 30% para cada una de ellas, logrando los objetivos planeados, tales como los abordajes familiares, el taller, y la recolección de la información a partir de diarios de campo, registros fotográficos, y listados de asistencia.

La línea tres, finalmente avanzó al 40 %, ubicando entonces los elementos configurativos de los derechos de los niños y niñas, resaltando los que de manera inmediata deben garantizarse a los recién nacidos. En esta línea además, se soportó el informe final presente, el cual desde el informe de gestión pasado se había anunciado rescatando el respectivo análisis

de las categorías conceptuales y las categorías emergentes, la producción culminada del video (ver anexo 2).

Línea estratégica 1: laboratorio del cuerpo

“El cuerpo, la identidad corporal, los estudios corpóreos y la pedagogía corporal varían históricamente (Mauss 1971: 340; Foucault 1977:154): los vaivenes de la historia se ven reflejados en las formas en que los cuerpos son interpretados como símbolos, mientras ellos permiten a su vez, desencadenar cambios, desmitificar ideas y protestar contra el sistema social” (Kogan, 1993: 49).

En términos generales esta línea de intervención fue transversal durante el proceso de ejecución del proyecto, dado que la intencionalidad se ubicó en trabajar esta técnica con las madres con quienes se realizó la intervención desde las interconsultas, por tanto se indica que a la fecha hubo un avance del 30% del porcentaje de esta línea dentro del proyecto; cabe aclarar que de las doce intervenciones realizadas semanalmente, este instrumento se aplicaba a tres madres por semana, por dificultades de tiempo y demanda de otras actividades intrahospitalarias.

En los espacios de interconsulta se posibilitó que las madres colorearan el boceto de la cartografía la cual es la imagen de la anatomía de una madre en gestación, con el fin de identificar en el espacio de asesoría con las madres, tres ejes fundamentales: la madre: ¿Qué quiero para mi historia?, recién nacido: ¿qué significa el bebé para mi?, y el medio sociofamiliar ¿A dónde vamos mamá?

El objetivo específico que sostiene esta línea, es promover las manifestaciones de cuidado de sí y de los otros en las madres y/o cuidadores hacia neonatos, perinatos y beneficiarios del Programa Madre Canguro del Hospital General de Medellín, esta intencionalidad es posible generando procesos reflexivos y de concientización en la comprensión del soporte corporal y afectivo que tiene un cuidador en el proceso de desarrollo y crianza de un recién nacido, sobre todo, con las características de los bebés hospitalizados, ya que por el bajo peso al nacer,

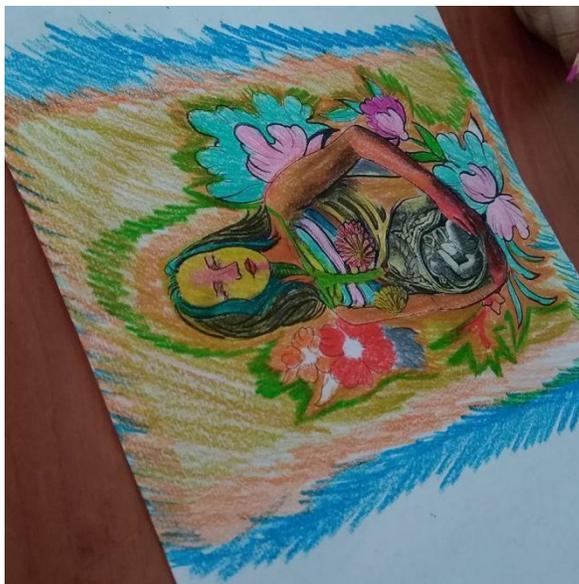
prematuridad extrema, inmadurez en los pulmones, demandan un cuidado especial y riguroso, además de la relación de soporte vital del cuidador, rescatando además el bienestar, responsabilidad de este.

El uso de este instrumento es importante en el abordaje inicial, ya que permanece una característica compartida en todas las madres, y es que su corporalidad y fisionomía se transforman para dar vida, por tanto este elemento en la asesoría permite que la madre comprenda de manera interactiva, la relación vital que tiene con su bebé. Cabe anotar que es un insumo esencial en el primer acercamiento, ya que las madres se encuentran hospitalizadas, y es una posibilidad abordarlas en dicho momento, una vez son dadas de alta, algunas no regresan por motivos personales, de riesgo social, económico, cultural.

Esta intencionalidad se ha ubicado en evidenciar otros elementos que genera la técnica interactiva en termino de conocimientos, “identificar lugares que se hayan más allá del mundo conocido, es decir mundos intra e intersubjetivos, espacios habitados, deshabitados y transitados, espacios de sueños y de deseos; observando los mapas que cada sujeto traza a lo largo de su diario vivir, en donde los sujetos expresan sus mundos a través de una serie de claves que hacen comprensible el universo que conoce y el cómo se conoce” (Ghisso, 2000).

Esta técnica, se basa en dibujos significativos, en los que aparecen elementos que son importante para los sujetos y por medio de estos se expresan los intereses y familiaridades que tiene con su entorno, además se evidencian o esconden concepciones de la realidad social, y de igual manera, “se recrean puntos de vínculo” (Ghisso, et al).

De igual manera, es posible abordar el cuerpo como dispositivo pedagógico, es decir una herramienta para intervenir en los procesos fundados en el cuerpo como una construcción histórica, social y cultural, enfocado hacia la comprensión del origen de la vida misma, “el proceso de gestación, parto/nacimiento es un proceso biofísico pero también cultural, se construye según aspectos sociales propios del entorno de quien nace y quien da a luz. Para comprender las significaciones sociales que atraviesan y construyen un nacimiento es necesario analizar las acciones, los elementos y las personas que son parte de un determinado parto, así como las relaciones entre sí” (Moral, 2013).



Maternidades 4 Cartografía madre en situación de calle.

Fuente: elaboración propia.

Desde las propuestas metodológicas, dicha técnica interactiva, recrea cuatro momentos para su desarrollo:

- **Descripción:** por temas de tiempo, la cartografía propuesta se presenta como un boceto para que las madres y cuidadores colorean, al mismo tiempo se va ubicando sobre cada parte del cuerpo los tres ejes a abordar, y las preguntas orientadoras que los sostienen con cada una de las figuras simbólicas, con el fin de generar diálogos que permitan que la madre nombre y reconozca desde sus posibilidades la capacidad y empoderamiento que tiene al ejercer su rol materno.

Ejes y preguntas orientadoras

¿Qué quiero para mi historia? ¿Cómo me siento?

¿Qué significa el bebé para mi? ¿Cómo se alimenta el bebé? ¿Cómo ejerzo el cuidado del bebé? ¿Cuál es el Diagnóstico de atención?, ¿comprendo por qué continúa el bebé hospitalizado?

¿A dónde voy con el bebé? ¿Qué condiciones hay para él/ ella?.

Inicialmente las cartografías se trabajaron con una copia de tamaño carta, lo que demandaba más tiempo y no lograba captar la atención de las madres, de igual manera se respondían preguntas de manera aleatoria las cuales se dificultaban en mayor medida para ser organizadas en las matrices de análisis.

Durante la última etapa del proyecto, como modificación, se abordó entonces entorno a tres ejes entorno a la madre, el bebé y el contexto sociofamiliar, dichos asuntos se trabajar desde tres figuras simbólicas, con el fin de dinamizar el ejercicio de sensibilización y aprendizaje.

Respecto de la historia de la madre, se utilizó una nube, partiendo del referente del pensamiento, de lo que está en su deseo y debe exteriorizar, en este abordaje emergieron diversas expresiones de las madres, las cuales finalmente sirvieron como insumo para el producto de sensibilización final. En el siguiente apartado se retomarán las expresiones de cuidadores, además, para el producto final, la intencionalidad es contextualizarlas desde las realidades complejas que cada madre vive de su propia historia. Es necesario anotar, que las expresiones que se presentan a continuación ya se organizaron en las matrices de análisis:

- Yo me siento cansada, llevo dos meses con mi bebé hospitalizado.
- No me he podido recuperar de la cesárea, me está doliendo mucho, por eso no he ido a visitar al bebé.
- No me quiero operar para no tener más hijos, no quiero trasgredir la naturaleza de mi cuerpo. Madre en situación de calle.
- Yo no sabía que esta enfermedad iba afectar la salud de mi hijo. Madre con Diagnóstico VIH.
- Ella quería ser mamá. Acompañante de madre con retraso mental.

El segundo eje, correspondiente a la existencia de los bebés, simbólicamente se usó un corazón, el cual tradicionalmente ha tenido una connotación del amor. Con la pregunta inicial, el uso de esta propuesta, permitió ahondar en el significado del bebé en la vida de las madres,

y como desde el momento de su concepción, los cuidados desde el vientre hasta el momento del nacimiento perfilan el desarrollo y crecimiento del recién nacido. Las presentes expresiones, son de las madres y cuidadores respecto de los recién nacidos:

- Porque un bebé no sea deseado no significa que no lo ames.
- Yo vengo a verla y me he apegado. Madre esperando definición de custodia de su bebé.
- Mi hijo es mi regalo de Dios.
- Ella me ve llegar a la visita, y sonrío.
- “La bebé, hace un tiempo la estaba buscando, mi Dios en ese momento no me la dio, pero me la dio ahora, yo creo que el tiempo de Dios es perfecto, y si me la dio ahora es por algo”.

- Uaua Cuanga Buca- Te amo Hijo en Embera Katío.

El eje correspondiente al ambiente socio familiar, está en correlación con la caracterización que se ha venido realizando desde Trabajo Social, las cuales se depositan en las Historias clínicas. Esta intencionalidad se ha ubicado en generar redes de apoyo familiares, que soporten a uno de los sujetos de la familia quien se encuentra en un estado vulnerable. Desde el servicio de neonatos y perinatología, se asume la responsabilidad que tiene una madre o cuidador sobre el bebé, dado que su vida, es dependiente de las acciones que realiza quien ejerce su cuidado. Esta línea se ha ubicado en la responsabilización del cuidado permanente que demandan los recién nacidos, y como este, en vez de ser impositivo, se orienta hacia la concienciación del papel que cumplen los acompañantes en el proceso de salud del bebé, además del papel que juega el sistema integral de salud: los médicos, el personal asistencial, las EPS en esta dinámica de recuperación, o en general instituciones como los centros penitenciarios, Hogares de protección por ICBF, programas de reincorporación y protección de testigos.

- Yo no tengo las capacidades económicas para tener ese bebé.
- Yo no quiero que mi hija crezca en la cárcel. Madre privada de la libertad.
- Yo no tengo a dónde llevarme esa bebé, ella no puede vivir como yo. Madre habitante de calle.
- Yo inicié mi rehabilitación porque quería cambiar mi vida. Madre menor de edad

bajo protección de ICBF.

- Yo tengo la custodia del bebé. Tía materna.
- El papá no lo podrá conocer- madre excombatiente.
- Yo puse tutela, para que la EPS me diera el oxígeno domiciliario que mi hijo necesita, para irnos a la casa.



Maternidades 5 Diseño Cartografía

Fuente: elaboración propia

Última modificación en el mes de abril usando las figuras simbólicas.

Dibujo realizado por: Federico Vásquez Duque.

Abordar el cuerpo como dispositivo para materializar el amor, tiene un amplio panorama académico, en este caso, por ejemplo se configura a partir de la palabra, desde donde se imparte una expresión o frase amorosa, una explicación a un evento o acontecimiento, una oración, hasta una orden para dirigir o reconocer o dar un abrazo como sentimiento de amor; siendo el cuerpo el instrumento para manifestar la emocionalidad y las emociones, la disposición corporal para la acción, “no existe entonces acción humana sin emoción que se fusione con ella y la haga posible como un acto”. (Maturana, 1997, p. 23).

- Interpretación: En este momento es necesario tener en cuenta la intencionalidad de generar procesos reflexivos para no dejar las técnicas como simples juegos. ¿Qué se observa?, ¿Cómo se distribuyen los elementos que aparecen en las cartografías?, Lo que no se presenta, lo que queda afuera, ¿Qué expresa la cartografía?, ¿Desde dónde se expresa?.
- Toma de conciencia: permite recolectar descripción general de lo plasmado, una mirada panorámica, lo cual facilitará el comprender la realidad del otro y su mundo, al igual que el propio, haciendo consciente maneras de pensar, interactuar y sentir el ambiente y espacio que habitamos.

En aras de profundizar las expresiones mencionadas en los párrafos anteriores se retomaron algunas expresiones, con el fin de ubicarlas en la categoría emergente contexto previo, es decir, haciendo un rastreo bibliográfico, para dotar de sentido cada expresión y de igual manera visibilizar realidades que permitan comprender la vida del otro, más allá de los prejuicios.

- Evaluación: finalmente es necesario hacer la evaluación de la técnica con el fin de mejoras continuas y fortalecimiento en el impacto intencionado.

La técnica es realizada en los abordajes de las interconsultas, en la cual luego de levantar los datos de la caracterización sociofamiliar, se trabaja con la madre las preguntas

orientadores al mismo tiempo que van coloreando, de igual manera se realiza retroalimentación, sensibilización respecto a las experiencias que emergen durante la actividad. En este proceso se logró identificar cómo cada una de las madres se identificaba desde su propia historia, la madre indígena pintó su rostro, la madre en situación de calle describía el mundo como lo había planeado Dios, desde su condición de mujer, “como la dotó para dar vida”; de igual manera, esta técnica sirvió como apertura a las diversidad socioculturales presentes en el Hospital, por ejemplo para la comunicación con las comunidades indígenas existían barreras, madres iletradas, que iban narrando su experiencia, experiencia que pasa por la práctica, la plantea Maturana, es el resultado espontáneo de la biología del amor.

La reconfiguración en los contenidos de los instrumentos, se dio inicialmente en preguntas orientadoras que no eran claras para la madres como ¿cuál es el vínculo con su bebé?, lo cual se transformó en la pregunta ¿Qué significa el bebé para mí?, o que no tenían conocimiento, sobre el diagnóstico de atención del bebé, lo que evidencia diversos factores, como la ausencia en sala cuando el pediatra hace la ronda, no comprender los términos clínicos, lo que proporcionalmente tampoco permite que la madre comprenda el cuidado riguroso con el recién nacido.

Las metas planeadas en relación con las fuentes de verificación de esta línea fueron:

Metas

- Las mamás comprenderán el diagnóstico de su bebé.
- Las madres y cuidadores comprenderán el sentido vital e importancia de cangrear los recién nacidos con bajo peso al nacer.
- Las madres y cuidadores harán conscientes las expresiones del vínculo parento-filial y la importancia del cuidado de sí mismo y de los otros.

Fuentes de verificación

- Registro fotográfico de las cartografías realizadas.
- Importancia del ejercicio de Cangurear en los procesos ambulatorios: El programa madre canguro ha tenido adherencia ambulatoria cerca del 90%, y reingresos hospitalarios en un 5%.
- Las mamás comprendieron la importancia del afecto y el cuidado como soporte vital para los recién nacidos, materializado en caricias, besos, el ejercicio de lactancia; las madres ejercen el cuidado sobre sí mismas, alimentándose bien, cubriéndose en las tardes cuando salen de la visita intrahospitalaria.

Para verificar dicha intencionalidad se realizó seguimiento en sala a las madres y cuidadores, con el fin de garantizar los horarios de visitas desde las siete de la mañana, ya que en esta hora las pediatras realizan ronda y pueden comentar la evolución de salud de los recién nacidos, explicar el diagnóstico de atención, así como de verificar el trato que brindan a los pacientes.

Línea estratégica 2: armandonos de amor

Esta línea estratégica se fundamenta en el objetivo específico “acompañar el desarrollo de las actividades educativas que posibiliten el agenciamiento del rol materno y potencien la integración de la familia en el cuidado del bebé a partir del vínculo”.

Dentro del proceso se han evidenciado situaciones estructurales, tradicionales y emocionales, que han descargado sobre la madre o el cuidador tanto los aspectos del bienestar de los bebés como los factores de riesgo. La intencionalidad de esta línea es ubicar el rol materno desde la responsabilidad y el amor, desde la emocionalidad, así como de vincular a los integrantes de la familia en el proceso de crecimiento del recién nacido.

Esta técnica interactiva ubicó un porcentaje dentro del proyecto en su realizaci{on total del 30%, con el ejercicio de un taller interactivo, el cual se realizó con fecha el miércoles 16 de mayo del 2018, donde nos reunimos con las madres para conversar y construir a partir de las

historias compartidas.

Durante el ejercicio del taller, se apoyó sobre la grabación de voz, la cual fue avalada por los participantes, con el fin de construir el diario de campo, donde se recupere las expresiones del trabajo realizado sobre el reconocimiento de la lucha que hacen los bebés frente a la vida, y el registro fotográfico, y de las capas y prendas que tejieron a sus bebés superhéroes.

DIARIO DE CAMPO taller armádonos de amor

El pasado 16 de mayo se llevó a cabo el taller propuesto dentro del proyecto de intervención de Trabajo Social: laboratorio del corazón, con las madres y cuidadoras de los bebés hospitalizados en los servicios de Neonatos y perinatos del Hospital General de Medellín.

El taller dio inicio a las cuatro de la tarde, momento en el que las madres se retiraron de la sala después de la última hora de lactancia programada. Por dificultades en organización de actividades, el mismo día estaba programada la celebración del día de la madre en la Fundación Ronald Macdonal`s, por lo que estas se cruzaron y solo hasta las horas de la tarde fue posible realizarlo.

Respecto de lo planteado en el proyecto, para la elaboración del taller se había propuesto la técnica interactiva de la Telaraña para hacer el primer acercamiento con los participantes, sin embargo esta no se realizó.

-Descripción:

Inicialmente la moderadora, Lizeth Vásquez, contó a las madres la intencionalidad del taller, el cual tenía propuesto como objetivo: “acompañar el desarrollo de las actividades educativas que posibiliten el agenciamiento del rol materno y potencien la integración de la familia en el cuidado del bebé a partir del vínculo”.

Con la presente propuesta, se contextualizó a las madres acerca de la actividad en realizar un taller para tejer unas capas, acuñando expresiones de las madres “los niños se la guerrear acá por la vida”; y de las y los cuidadores, como acompañantes son quienes llenan de fuerza,

de amor, cuidado, a los recién nacidos para salir adelante. Por tanto, se aclara a las madres la importancia de poner de su parte en el proceso de recuperación de sus bebés, y en la responsabilidad de continuar acompañando a los recién nacidos en el servicio, siguiendo todas las instrucciones del personal médico asistencial.

Para la presentación, cada una de las participantes pronunció su nombre y el nombre de su superhéroe, es decir el bebé Hospitalizado: Soy Ana, y Valentín es mi nieto, Soy Cataluña, y Yormairis, la bebé -expresó una madre venezolana-, las mías son dos: Sofía y Saray, y me llamo Patricia.

Con las tres primeras participantes se dio inicio al taller, proponiendo entonces recoger las telas que se ubicaron en el centro del espacio destinado para el taller, con el fin de iniciar cociendo la capa. Las madres tomaron las telas de colores, hubo afinidad con los estampados y tonos de acuerdo a los gustos de las participantes, además del sexo de los recién nacidos.



Maternidades 6 - Taller armándonos de amor

Fuente: elaboración propia

En la iniciativa de las capas, se percibe entre las madres inactividad, surgen cuestionamientos y expresiones cómo ¿las capas cómo son?, no sé cómo hacerla, además de

los gestos que entre ellas hacían frunciendo el ceño, o soltando las telas de sus manos. Frente a esta situación la moderadora inició contando a las madres por qué surgió la idea de crear superhéroes:

Inicialmente los superhéroes fueron seres creados en una fase mágica, con poderes más allá de lo natural, en 1970 la idea de los superhéroes tomó un tinte de humanización, es decir, que empezaron a convertirlos en personas con problemas. A cada uno de los superhéroes le habían atribuido diversidades físicas, “Daredevil es ciego; Thor, cuando es humano, es cojo; Iron Man es un enfermo del corazón; los X-Men en sus orígenes eran jóvenes marginados”, esto surgió con el fin de demostrar el reconocimiento de los derechos humanos. Por ello, cada superhéroe, con su dificultad, síntoma, continuaba su vida luchando por el fin, que en este caso es la vida, cómo la luchan los bebés.

Cuando iba avanzando el taller, se fueron acercando más participantes, vinculándose en la actividad propuesta, en total el taller contó con la participación de ocho mamás, dos abuelas y dos papás.

En la medida que se ilustró la vida de los superhéroes, se generaron alternativas para el producto final, dado que con la capa no se logró materializar una idea. En ese momento, la moderadora plantea la pregunta ¿Mamás qué queremos hacer?. Finalmente, se llega al acuerdo de hacer camisetas para los recién nacidos, vestidos u otra prenda hecha por las manos de las cuidadoras.

Una de las madres, se ofreció a cortar los moldes para hacer las camisetas, y cada una de las cuidadoras cortarían las últimas partes de decoración, “no muy grande, bien chiquiticas” expresó una madre.

-Interpretación:

Las expresiones de cuidado, amor, afecto, lactancia, se rescatan a través de la grabación de voz del taller, herramienta que permite retomar fielmente los relatos. Es de anotar que tejer, desde la pedagogía lo que busca es rescatar historias de las madres mientras cosen un elemento simbólico que aporte significado a su propia existencia, a partir de preguntas orientadoras, y dejando que el texto fluya desde el sentir:

-Yo lo estoy alimentando las tres veces, nueve, doce, y tres, la de seis es muy tarde, ese metro tan congestionado.

-Uno que en la sala no puede toser, ni reírse ni nada, esos niños son muy delicados.

-Vamos a coser la primera camisa para nuestros hijos, hechas con amor.

-Yo me voy temprano, vea ese aguacero que me llevé ayer, hoy si traje de todo para cubrirme.

-Cuando me estaba haciendo la ecografía yo pensé que era mentira, es que son dos, si le hago a la una le hago a la otra, una estaba encima de la otra, yo tenía dos placentas, cada una tenía su bolsa, pá dar vueltas.

-Cuando yo tenía dos meses, no me la pude hacer porque era con Savia, yo si me sentía mal, yo sentía que había algo raro, y saqué la plata de mi bolsillo, y dije me la hago porque me la hago, yo las vine a sentir al cuarto mes, pero me hicieron la vida imposible, se movían demasiado, yo creo que ellas se me adelantaron por el estrés, yo les decía déjenme dormir, y ahora digo yo, quisiera tenerlas estos tres meses en la barriga, que venir acá todos los días, Dios me la puso duro.

-Yo pensé que era una bola, de sangre y el médico me dijo yo le estoy hablando en serio, son dos.

-Se mantienen siempre piel, con piel, medias, pañal y gorrito, el mío pesa 2330, mi hijo ya no es Canguro gracias a Dios, los canguro son que pesen menos de 2000.

-Está muy grande esa camiseta, le va quedar fresquita cuando la lleve para la playa.

-Se alimentan sentados, cogiendo bien la cabecita.

Otra de las preguntas realizadas en ese momento por la moderadora, ¿Qué sienten haciendo la ropa de sus hijos?, la abuelita expresó: Una felicidad, que alegría yo haciéndole ropa a Valentín. Además, se retomó la pregunta de las cartografías, acerca del significado de los bebés en el deseo de las madres: ¿Qué significan los bebés para ustedes? -Pa mi lo mejor, que me ha pasado a mí; una bendición, tengo cuatro nietos.

-Toma de conciencia: La moderadora retoma las expresiones de las y los cuidadores para

generar sensibilización y continuar empoderando a cada madre, desde sus diversidades, en las edades, etnias, creencias, el rol tan importante que cumplen en el desarrollo de los bebés, desde el cuidado, y como cada una de ellas ha agenciado estrategias para garantizar el acompañamiento, por lo tanto se invita a continuar haciéndolo. Así mismo, a los padres participantes, y a los que no vinieron, a vincularse en el proceso de recuperación de los bebés, ya que la adherencia es vital para los recién nacidos.

-Evaluación: por temas de tiempo, la evaluación estaba planeada para hacerla con corazones, sin embargo este objetivo no se logró, por lo que se retomaron expresiones verbales: Este taller estuvo bueno, lástima que vinieron tan tarde, pero vuelvan; Vengan y hacemos ropa para los bebés, tan chévere hacer estas actividades, se relaja uno y aprende.

Finalmente, una de las mamás hizo una capa para su bebé, las demás participantes hicieron camisetas, moños, pantalones para vestir a cada uno de los bebés:



Maternidades 7 Taller armándonos de amor. Maternidades 8 Taller armándonos de amor

Fuente: elaboración propia

Superhéroe: Yormairis, bebé

Venezolana.

Fuente: elaboración propia

“Qué alegría yo cosiendo la ropa de mi nieto”



Maternidades 9- Taller armádonos de amor
Fuente: elaboración propia

Maternidades 10- Taller armádonos de amor
Fuente: elaboración propia

Siendo las cinco y veinte de la tarde, se dio por terminado el taller, agradeciendo a las madres por su participación, invitando desde la oficina de Trabajo Social a continuar mejorando los procesos, de ser requerido estamos dispuestos a lo que necesiten. En ese momento una mamá expresó: “ustedes son de Trabajo Social, yo le tengo miedo, no ve que si uno no viene ustedes lo reportan a Bienestar Familiar”; al respecto otra practicante añade que desde Trabajo Social se vela por los derechos de los niños, y estar en sala, recibir la leche materna, ser registrados, son derechos de los niños y niñas, los cuales no se deben vulnerar.

Finalmente, se entregó la postal a cada participante del taller, sin embargo no se realizó la evaluación de la misma.

Aspectos a mejorar

-Es importante anotar que la ejecución de los talleres debe realizarse en horas de la mañana, momento en el que las madres llegan al Hospital, y se encuentran más descansadas, y receptivas para realizar el taller, además este horario permite reunir más participantes, dado

que en horas de la mañana hay mayor flujo de visitantes.

-En aras de agilizar los procesos, para el taller pueden llevarse previamente las telas cortadas, en diferentes formas geométricas, además es posible llevar previamente símbolos que connoten los superhéroes; esto fijando como alternativa para materializar las capas.

De igual manera es importante anotar la flexibilidad de los procesos, y cómo cada taller debe tener varios planes, con el fin de ajustarse a las necesidades, niveles de comprensión y que genere impacto en las comunidades.

Metas

- Las madres y cuidadores comprenderán el sentido vital e importancia del acompañamiento en el proceso de recuperación de los bebés dentro de la hospitalización y en el seguimiento ambulatorio.

Fuentes de verificación

- El 90% de las mamás y cuidadores, serán adherentes al tratamiento hospitalario presentándose en los horarios establecidos y a las citas en el proceso del Programa madre canguro-

Línea estratégica 3: ¿a dónde vamos mamá?

Objetivo específico: Socialización de los derechos de los niños y deberes de las madres o cuidadores en el proceso de crianza del bebé.

En esta línea la necesidad se ubicó en abordar los derechos y deberes de las madres y cuidadores para con sus hijos, bajo el nivel de la promoción y prevención. En esta línea, se recolectaron las expresiones más comunes en el servicio, desde lo que los cuidadores consideran como un deber que deben tener en el proceso de crecimiento y crianza de los menores.

Otra forma de abordar los derechos de los niños según el código de infancia y adolescencia, se enmarcó dentro de las intervenciones en interconsultas que requirieron reporte legal ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Estos procesos, se realizan con el fin de restituir los derechos vulnerados, en este caso los más frecuentes se ubicaron por el consumo de SPA, cigarrillo y/o licor por parte de la madre gestante, o por diversos tipos de riesgos social que ponen en inseguridad la vida de los recién nacidos. Ante estas situaciones los casos se manejaban de dos formas ante ICBF:

- Por un lado, los bebés con tóxicos positivos en orina, tanto para cocaína, marihuana, metadona, es decir con afectaciones por el consumo de SPA durante la gestación por parte de la madre, legalmente la custodia no se puede entregar a la ella. Estos casos deben ser reportados a ICBF para manejo intrahospitalario con el fin de realizar la verificación de condiciones y definir red de apoyo familiar. Desde Trabajo Social se realiza la caracterización, se indaga superficialmente sobre la historia de vida de la madre y el sistema familiar de origen, y se presenta una red de apoyo familiar propositiva, para que el defensor de familia defina si el bebé puede egresar del Hospital en compañía de sus familiares o ingresa bajo protección de ICBF.
- La otra forma, es el manejo de los casos de forma ambulatoria, en el cual coexisten antecedentes de riesgo por parte de la madre o en el entorno socio familiar, tales como ambientes de riesgo, consumo de SPA, negligencia e inobservancia por parte de la familia, entre otros. Estos casos, en los cuales no hay intoxicación del bebé por el consumo de SPA, y se verifica un acompañamiento familiar con límites y normas sólidas, que presente un adecuado acompañamiento y supervisión que al o la bebé se garanticen los derechos.

Durante las intervenciones que demandan este tipo de atención, se contextualiza a las familias a necesidad de reportar a Bienestar, y como por negligencia e inobservancia se vulneran derechos de los niños desde antes de nacer. Cabe anotar que durante el proceso, se ha evidenciado el desconocimiento sobre las responsabilidades de los cuidadores, además de las implicaciones legales desde la sanción.

Esta propuesta sobre los derechos fundamentales de los niños, los cuales priman sobre cualquier ciudadano colombiano, ha permitido identificar con los padres y acompañantes, su

responsabilidad en que los niños accedan a salud, educación, que si bien son fundamentales, no se nombra el amor, la afectividad como deberes desde la ley natural, por ello es el deber fundamentar además estas propuestas desde el amor para generar ambientes protectores y generadores de Bienestar.



Maternidades 11- Postal
Fuente: elaboración propia

De igual manera, en línea de los derechos y ante la contingencia de hospitalización de un recién nacido, se activa la eventualidad del registro civil, y cómo este es necesario para garantizar el acceso a los servicios del Estado, el derecho a vacunas, crecimiento y desarrollo, antes procesos legales, así como el deber ser de las mamás quienes son las que realmente orientan la ruta de atención de los menores:

¿REGISTRAR?

ES IDENTIFICAR CON NOMBRE Y APELLIDO AL SER QUE MÁS AMAS

DE LUNES A VIERNES DESDE LAS 10:00 AM

- Es un derecho de los recién nacidos.
- Garantiza la atención en salud y afiliación a la EPS.
- Permite acceder a los bienes y servicios del Estado.
- Con el registro continúa control de vacunas, crecimiento y desarrollo, y muchos derechos más que son tu responsabilidad como cuidador.

¿Qué documentos necesitas?

Documento de identidad de los padres, certificado de nacido vivo, tipo de sangre del bebé.

Más información oficina de Trabajo Social

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1826

HGM
Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
CORPORACIÓN
DEL ESTADO

Maternidades 12- Afiche para registro civil

Fuente: elaboración propia

Este instrumento, fue una propuesta enviada al departamento de comunicaciones del Hospital General de Medellín, la cual fue avalada para el apoyo con la impresión y el permiso para ser ubicada en la sala de lactancia materna que es el lugar donde llegan las madres para cambiarse. Sin embargo, a la fecha en que culminó la práctica no logró materializarse dicho insumo en una postal, sino que se entregaron impresiones pequeñas a las y los cuidadores.

Cabe resaltar que este instrumento se realizó de la manera más didáctica posible, recogiendo las expresiones entre las madres cuando preguntan ¿ya registró?, y en visibilizar la importancia de nombrar al otro y garantizar su atención integral como ciudadano. Además, surge continuamente el deseo de registrar en lugares más cercanos al lugar de residencia, situación que se comprende, pero ante la eventualidad de procesos administrativos y demora en la estancia hospitalaria, es necesario registrar intrahospitalariamente.

Este instrumento, fue valorado por las asesoras institucional y académica, quienes aportaron correcciones para generar el producto final.

Gestión de dicho insumo

A continuación se adjunta copia de correo al departamento de comunicaciones del Hospital General de Medellín, después de haber tenido una cita previa donde se expuso la intencionalidad del proyecto, para lo cual se solicitó justificación del Póster y el vídeo, además de los instrumentos para avalar el apoyo:

“De: "Trabajo Social" <trabajosocial@hgm.gov.co>

Para: "Paula Andrea Arango Castro" <parango@hgm.gov.co>

Enviados: Martes, 27 de Marzo 2018 15:05:09

Asunto: Fwd: Proyecto práctica profesional Trabajo Social - UdeA -

Neonatos Buenas tardes,

Oficina de comunicaciones - Hospital General de Medellín

De acuerdo con lo comentado, se adjunta la justificación de la propuesta socio educativa, resultado del proyecto de práctica de Trabajo Social realizado en el Servicio de Neonatos, Uci Neonatal, Perinatología y Programa Canguro, con el fin de fortalecer los procesos de intervención en beneficio de las familias de los bebés y de la Institución.

Lo anterior, con el propósito de obtener su apoyo para la impresión del afiche y el visto bueno para la generación del video educativo (con recursos ya gestionados con red externa).

Agradecemos su colaboración.

Marisel Tamayo Tabares

Lizeth Vásquez Duque

Trabajadora Social

Practicante de Trabajo Social

Ext. 1288

Celular 301 402 70 64”

Metas

- El 95% de las madres y cuidadores de los bebés recién nacidos en el Hospital General de Medellín, comprenderán cuales son los derechos de los niños y cómo pueden garantizarlos a través de las instituciones del Estado.
- El 90% de los bebés que egresan del Hospital General, saldrán con el registro civil.

Fuentes de verificación

- En la base de datos del censo diario de pacientes del servicio de Neonatos, perinatos y UCI neonatal, los bebés aparecerán con su nombre propio, y no como Nacido de.
- Una vez los bebés sean dados de alta, se harán enlaces con las instituciones competentes para atender en la primera infancia a cada recién nacido respecto de sus necesidades en la etapa del ciclo vital, es decir, programa madre canguro, control de vacunas, crecimiento y desarrollo, y escolarización.

La bibliografía básica en esta línea, corresponde a los temas como objetivos del milenio, primera infancia, derechos de los niños, código de infancia y adolescencia.

Para finalizar el proyecto, con la intencionalidad de dejar un producto físico de la experiencia de práctica, con el presente informe, se entregó un video evidenciando la diversidad del cuidado y el vínculo como soportes para la crianza de los bebés, el cual está consignado en la línea estratégica 3 del proyecto de intervención. Esta herramienta

audiovisual, permitirá visibilizar una realidad diversa de los relatos desde las experiencias de las madres y cuidadores, evidenciada durante ocho meses, en el proceso de práctica y que quedará como insumo para el Hospital General de Medellín, y sobre todo para las personas que nos debemos y dan sentido a esta profesión, los pacientes y sus acompañantes.

Es importante anotar además que se realizó modificación sustancial en el guion literario del video, siguiendo las sugerencias del equipo de comunicaciones del Hospital General de Medellín. En esta propuesta, se retomarán cuatro historias significativas: papá venezolanos, mamá indígena, mamá Afro, y madre sustituta de ICBF.

Dificultades

Una de las dificultades latentes desde el inicio de la práctica y con el proceso de ejecución del proyecto es la deuda académica de la formación de Trabajo Social en el campo de la salud, lo que genera incertidumbre, pero a su vez implica compromisos, es el deber estudiar y estar constantemente en formación.

Resulta complejo proponer alternativas de intervención en los procesos institucionales que se han instaurado a lo largo del tiempo, incomodidades cuando se asumen propuestas alternativas. Cabe resaltar que estas construcciones que se han realizado en el campo de práctica, como la producción de formatos para la entrevista, las maneras como se realizan las intervenciones, generan significativos aportes en los procesos de intervención tanto para quienes lo ejecutan desde hace años, como para quienes llegamos a conocer y tener la experiencia en el espacio institucional, sin embargo, los años, van permeando el quehacer profesional desde lo tradicional.

Dentro del ejercicio de práctica se han percibido otro riesgo latente, y es la naturalización en algunos procesos, lo cual aparte de ser una dificultad se convierte en un reto, dada la necesidad que como profesionales tenemos en la intervención con el otro para conocer de su historia así como de la importancia del Feedback o retroalimentación en aras de generar cambios en esos procesos, y sobre todo mantener firme la esperanza y la sensibilidad.

Aprendizajes

Las herramientas e instrumentos que utilizamos en estas intervenciones deben estar en constante monitoreo y evaluación, es imprescindible estar evaluando el impacto de los insumos de los que nos servimos para la intervención, ya que esto posibilita estar constantemente en modificaciones en miras a la mejora, para que los sujetos de la intervención los comprendan, nombren, resignifiquen y finalmente se evidencie el impacto en la realidad de los pacientes y las familias.

La posibilidad de transformar la realidad social no es una utopía, sino que debe estar constantemente en retroalimentación rescatando los procesos que generan esperanza, empatía y sobre todo pequeños cambios desde los lugares y las situaciones donde intervenimos, teniendo en cuenta hasta dónde va el lugar como trabajador Social en Pregrado, la cual es de primer orden- no clínico, lo cual se basa en el acompañamiento y en la responsabilización del otro de su propia historia.

Tabla 4

Matriz sistema categorial

Fuente: elaboración propia

<p>CONTEXTO PREVIO</p> <p>(Esta propuesta emerge desde la intervención hospitalaria, las cuales, al ser transitorias, proporcionan un panorama general del momento que vivía la madre cuando engendra y durante la gestación, además de algunas pistas sobre el espacio del deseo del bebé en la Historia materna.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Yo vine remitida del Chocó porque allá no hay Hospital de cuarto nivel. <p>Mamá afro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yo vine a este país buscando un mejor lugar para mis hijos. Mamá venezolana. - El médico me decía, mi familia me decía, y yo no tuve voluntad. Mamá de bebé positivo para cocaína. - Mi bebé fue producto de una violación- Madre campesina. - Yo ejercía la prostitución y ahí quedé en embarazo, no sé quién es el papá del bebé. - Él dizque no podía preñar, eso era lo que decía la mamá, pero vea, ahí está la muchachita con su bebé.
--	--	--

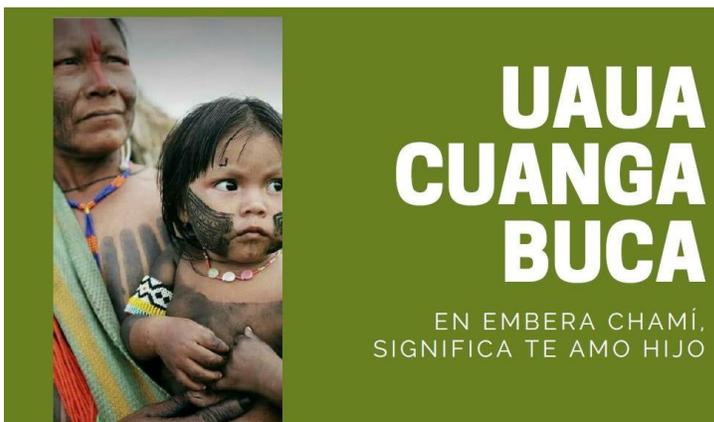
VÍNCULO	Lactancia materna	<p>Le estoy dando pucheca a mi bebé, los médicos dicen que es lo mejor para la salud de ella.</p> <p>Yo lo estoy alimentando las tres veces, nueve, doce, y tres, la de seis es muy tarde.</p>
		<p>Yo no quiero conocer ese bebé (vínculo roto)</p> <p>Yo vengo a verla y me he apegado- Familia esperando respuesta de ICBF. Porque un bebé no sea deseado no significa que no lo ames.</p> <p>“La bebé, hace un tiempo la estaba buscando, mi Dios en ese momento no me la dio, pero me la dio ahora, yo creo que el tiempo de Dios es perfecto, y si me la dio ahora es por algo” .</p> <p>Quisiera tenerlas estos tres meses en la barriga, que venir acá todos los días, Dios me la puso duro.</p> <p>Yo pensé que era una bola, de sangre y el médico me dijo yo le estoy hablando enserio, son dos.</p>
CUIDADO ARTESANAL	Artimañas que activan los acompañantes de los bebés	Uno que en la sala no puede toser, ni reírse ni nada, esos niños son muy delicados.

	para ejercer el cuidado.	<p>Se mantienen siempre piel, con piel, medias, pañal y gorrito, el mío pesa 2330, mi hijo ya no es Canguro gracias a Dios, los canguro son que pesen menos de 2000.</p> <p>Se alimentan sentados, cogiendo bien la cabecita.</p>
	Sistema de comunicación que emplean para manifestar el cuidado.	<p>Ella me ve llegar y sonrío- Mamá en visita con su bebé.</p> <p>Cuando me estaba haciendo la ecografía yo pensé que era mentira, es que son dos, si le hago a la una le hago a la otra, una estaba encima de la otra, yo tenía dos placentas, cada una tenía su bolsa, pá dar vueltas.</p> <p>Me hicieron la vida imposible, se movían demasiado, yo creo que ellas se me adelantaron por el estrés, yo les decía déjenme dormir.</p>
	Espacios adecuados para ejercer el cuidado.	<p>Yo no tengo las capacidades económicas para tener ese bebé.</p> <p>Yo vine a este país buscando un mejor lugar para mis hijos- madre venezolana.</p> <p>En la casa hace mucho frío, además la casa donde me estoy quedando de mi tía hay un perro, yo creo que eso ha afectado la salud de mi hijo.</p>

	Configuración de un sujeto cuidador.	<p>Yo no quiero que mi hijo crezca en la cárcel- mamá privada de la libertad.</p> <p><i>“Ella lo que me dice, que cuando ella estaba sola sin hijos, cuidaba a los hermanos, pero no era igual, solamente les daba de comer, no cambiaba el pañal, lo que hacía la mamá, entonces ella ve que le va tocar más duro, entonces mirar más que todo, como ella es la responsable de su bebé que es mejor, siente que ya es su responsabilidad cuidar a lo que es de ella. Entonces dice que ha sentido diferente, y bien, porque ya ella, dice que cambió a ser mamá, ella mira lo que hace la mamá, y una vida también dura, como tener un hijo”</i>. Traducción del Embera, entrevista a madre indígena, 2017.</p>
CUIDADO DE SÍ Y DE LOS OTROS		<p>Yo estoy tomando aguapanela para que me baje más alimento.</p> <p>Es que me tengo que cuidar de la cesárea, me está doliendo mucho, no puedo casi ni caminar.</p> <p>Yo me voy temprano, vea ese aguacero que me llevé ayer, hoy si traje de</p>

		<p>todo para cubrirme.</p> <p>Cuando yo tenía dos meses, no me la pude hacer porque era con Savia, yo si me sentía mal, yo sentía que había algo raro, y saqué la plata de mi bolsillo, y dije me la hago porque me la hago, yo las vine a sentir al cuarto mes.</p>
AMAR EDUCA		<p>Te amo hijo- Papá indígena.</p> <p>Vamos a coser la primera camisa para nuestros hijos, hechas con amor.</p> <p>Está muy grande esa camiseta, le va quedar fresquita cuando la lleve para la playa.</p>
DERECHOS DE LOS NIÑOS		<p>Nosotros vamos a registrar el bebé con un mayor de edad. Padres adolescentes.</p> <p>Yo realicé ocho controles prenatales en la Unidad intermedia más cercana.</p> <p>Mis otros hijos están estudiando, el menor está en control de crecimiento y desarrollo, si quiere le traigo el carné de vacunas para que usted me crea, y vea que es verdad.</p>

La diversidad de la maternidad



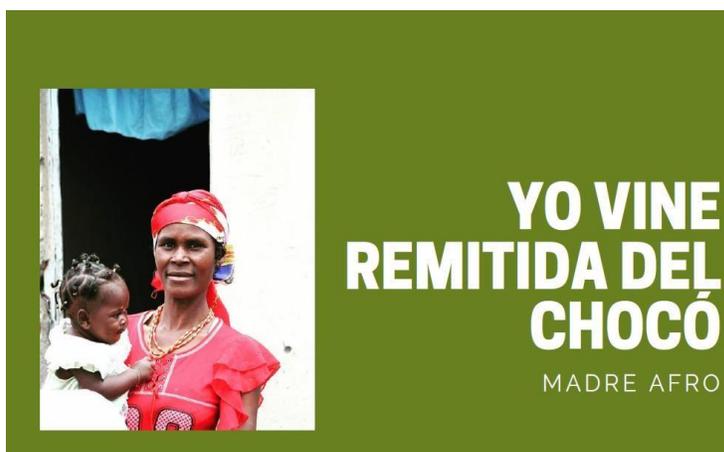
Maternidades 13- Madre indígena

Fuente: elaboración propia- Imagen Unicef



Maternidades 14- Madre Venezolana

Fuente: elaboración propia- Imagen Natgeo



Maternidades 15- Madre afro

Fuente: elaboración propia- Imagen Unicef



Maternidades 16- Madre de bebé fallecido
Fuente: elaboración propia- Imagen Unicef



Maternidades 18- Madre campesina
Fuente: elaboración propia- Imagen Unicef



Maternidades 17- Historia materna
Fuente: elaboración propia- Imagen Comunicaciones
HGM



Maternidades 18- Madre adolescente

Fuente: elaboración propia- Imagen Unicef



Maternidades 19- Madre en situación de calle

Fuente: elaboración propia- Imagen archivo personal

Las expresiones emergentes que habían sido inicialmente propuestas para el video, y que se reformularon con la indicación de los profesionales de comunicaciones del HGM, se utilizaron como herramienta pedagógica, dispositivo para valorar y reconocer las historias de vida de cada mamá; con el fin de evidenciar realidades que muchas veces pasa desapercibida y que fundamentan la intervención necesaria del equipo psicosocial en los servicios de

hospitalización. Es de anotar que esta propuesta no estuvo enmarcada en el proyecto, sin embargo en el informe de gestión de mayo se presenta esta técnica la cual se entregó impresa como material de trabajo para el Hospital general de Medellín, específicamente para el servicio de Neonatos y perinatos.

REFLEXIÓN

Análisis de la categoría conceptual emergente

Dentro del proceso de práctica se evidenció una propuesta emergente, la cual se nombró como “*contexto previo al parto*”, desde la estancia hospitalaria, las cuales, al ser transitorias, proporcionan un panorama general del momento que vivía la madre cuando engendra y durante la gestación, además de algunas pistas sobre el espacio del deseo del bebé en la Historia materna.

Dentro de las expresiones rescatadas en la matriz del sistema categorial, logra evidenciarse una realidad emergente en este momento histórico, la migración de la población Venezolana por el conflicto sociopolítico de su país. No ajeno a esto, se encuentran entonces las madres embarazadas, quienes se desplazaron a Colombia con el fin de garantizar su supervivencia, y la de su familia. La atención de los partos de madres Venezolanas en el Departamento de Antioquia, incluido el Hospital General de Medellín, está alrededor de 111 nacimientos el mes de abril del 2018. Muchas embarazadas cruzan Colombia para garantizar un parto seguro, “Yo vine a este país buscando un mejor lugar para mis hijos” ya que se calcula que en el año 2016 en Venezuela la estadística de mortalidad materna habría alcanzado hasta 112 muertes por cada cien mil +nacidos.

El lugar del bebé en el deseo de la madre está atravesado por las diversas manifestaciones del contexto, siendo este una evidencia del significado de un hijo en cada Historia en el proceso de maternar. “Mi bebé fue producto de una violación”- pronunció una mujer campesina durante la entrevista; esto revela una realidad que evidencia la hostilidad latente en el derecho de vivir, y en este caso, la violencia constante a la que son expuestas las mujeres colombianas en el conflicto armado. “La Ruta pacífica de mujeres’ advierte que entre el primero de enero de 2003 y el 31 de diciembre del 2005, los paramilitares cometieron 202 casos de violación a los derechos humanos e infracciones al Derecho internacional humanitario de mujeres, niñas y jóvenes, y que dentro del marco del cese de hostilidades de las AUC y hasta el 7 de agosto de 2006 se han atribuido a los paramilitares 281 crímenes

contra los derechos a la vida, la integridad física, psicológica y moral de la mujeres en departamentos como Antioquia, Bolívar, Cauca, Santander y Valle” (Restrepo, 2007).

Coexiste otra práctica latente entre las madres atendidas en el servicio de ginecología del HGM, y es el consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo o licor, como actos que aparecen previos al proceso de gestación y en algunos casos continúa. En los diversos casos atendidos por ICBF, se rescatan algunas expresiones, narradas por las madres: “El médico me decía, mi familia me decía, y yo no tuve voluntad- Mamá de bebé positivo para cocaína”, “Yo inicié mi rehabilitación porque quería cambiar mi vida- madre menor de edad bajo protección de ICBF”. Estas situaciones se enmarcan en procesos legales, las cuales, según estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, desde el Sistema de Información Misional, los cálculos por la dirección de planeación y control de gestión, con corte a la fecha de Diciembre de 2017, el departamento de Antioquia, atendió 13.814 casos concernientes a la restitución de derechos de menores de edad, basado en el código de infancia y adolescencia.

En estos casos, aparece una pérdida de autonomía evidenciada por el consumo, la cual no logra tramitarse durante la gestación. Para lograr comprender este tipo de manifestaciones, Carballada analiza dicho síntoma, donde se entremezclan una serie de cuestiones diversas, confusas que van más allá del consumo de determinada sustancia legal o ilegal:

“La drogadicción, es así el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, la fragmentación, y la pérdida de espacios de socialización generando nuevas formas de padecimiento. La presencia de demandas relacionadas con este tema genera una serie de inconvenientes, tal vez porque los mandatos institucionales no se relacionan con la complejidad de éste y con sus nuevas formas. (...) El fatalismo con que se impregnan a muchas veces las acciones institucionales, se transporta a la familia de los pacientes y a ellos mismos, tornándose desde una subjetividad construida en la imposibilidad personas que se consideran así mismas inviables dentro de una sociedad que ante el temor los rechaza o estigmatiza. De esta forma se construyen nuevas formas de exclusión, que van más allá de los diferentes estratos sociales, pero que son importantes generadores de identidad. Es decir se constituyen identidades desde la imposibilidad. (Carballada, *s.f*).

Este postulado evidencia las diversas manifestaciones de este síntoma como problema social, el cual, demanda una intervención desde la heterogeneidad, mirada a la singularidad donde cada historia social, es diferente y requiere de un abordaje distinto e integral, con enfoque de derechos, pero especialmente de un proyecto de intervención singularizado.

Estas expresiones del riesgo social inicialmente pueden no evidenciar trastornos afectivos en las condiciones bio, psico sociales de los bebés, por ejemplo el ejercicio de la prostitución “ahí quedé en embarazo, no sé quién es el papá del bebé”; sin embargo cómo lo plantea Maturana, configura un proceso de crecimiento y crianza posterior al abordaje dentro del Hospital, el cual en la intervención debe tratar de vislumbrarse con el fin de garantizar entornos protectores para los menores, y en procesos terapéuticos ambulatorios que logren continuar el acompañamiento en el proceso de vida del bebé y su madre o cuidador, y en la toma de decisiones por parte del profesional para ubicar el rumbo de la intervención, “así, no tenemos una manera inmediata de saber si es diferente para el embrión que crece el que la madre lo desee o no, o que la madre del compañero quiera o no al futuro bebé. Pero no sabemos esto como afecta el crecimiento del futuro bebé” (Maturana, 1988).

Otra de las situaciones relevantes son las condiciones a las que deben enfrentarse las madres para que los partos de alto riesgo sean atendidos en unidades hospitalarias, en muchos casos se presentan embarazos de alto riesgo obstétrico para la madre y de la vida de los bebés, sumado a esto la centralización de las Instituciones Prestadoras de Salud que atiendan estos niveles de complejidad de atención “Yo vine remitida del Chocó porque allá no hay Hospital de cuarto nivel”. Esto evidencia el déficit de cobertura en estas comunidades vulnerables, y cómo deben enfrentarse a traslados de sus contextos, lo cual tiene implicaciones físicas, económicas, sociales, y finalmente de retorno, ejemplo de esto son las condiciones de salud en las que se encuentran las madres, los desplazamientos desde albergues o lugares donde les permiten quedarse en la ciudad para ir al Hospital, las dificultades para el sostenimiento económico en un lugar diferente al de origen, tener otros hijos al cuidado de la familia extensa o vecinos.

Cabe anotar, que existen prácticas de parto respetado las cuales se llevan a cabo desde la atención de parteras como configuraciones al margen de la Institucionalidad, por las cosmovisiones culturales de los ciudadanos, sin embargo, hay procesos complejos que deben

atenderse en IPS, como el Hospital General de Medellín y que son los correspondientes a este proceso de práctica.

Reflexión:

[...] tú no puedes enseñar a nadie a amar, tú tienes que amar [...] la única forma que tú tienes de enseñar a amar, es amando [...] yo creo que el amor es la transformación definitiva [...] esto me dice nuevamente que hay que partir, hay que saber partir del nivel donde el educando está o los educandos están, esto es un nivel cultural, ideológico, político [...] y por eso el educador tiene que ser sensible, el educador tiene que ser esteta, tiene que tener gusto. La educación es una obra de arte [...] el educador tiene que ser ético, tiene que respetar los límites de la persona, no puede, yo no puedo entrar en ti e irrespetarte. Yo tengo que respetar tus sueños y respetar tus miedos [...]

Paulo Freire, Iteso, México, febrero, 2000

Cómo se había nombrado en informes previos, el Estado legitima su acción a partir de leyes públicas y normatividad, donde ingresan a regular la vida privada de las familias. Al respecto, la profesora Yolanda López, señalaba la compleja labor de responsabilidad en los profesionales psicossociales, al tener en cuenta la importancia de la garantía de los derechos de los niños y niñas a la hora de la toma de decisiones en la intervención. Así mismo sitúa una relación que se ha evidenciado en los consultorios, “la pregunta por quién puede proveer mejor, con quién tienen los niños, niñas y adolescentes más oportunidades de acceso a los bienes y servicios que se ofrecen en el mercado habitacional, el de la salud, el educativo y el del entretenimiento, (...) y se superponen, en no pocas circunstancias, a las que indagan por la disposición para el cuidado y el afecto”.

Esto, ubica nuevamente la importancia y la intencionalidad de hacer visible el sentir, el cual es el propósito desde proyecto de intervención “Laboratorio del corazón”, como una propuesta que retoma las expresiones de afecto, y de la educación pedagógica desde el amor. Para soportar este postulado de la ausencia de nombrar el amor, la afectividad como soportes vitales, el profesor Humberto Maturana ya lo venía advirtiendo, pertenecemos a una cultura

que ha devaluado las emociones. En nuestra cultura occidental se considera que las emociones son una molestia que interfiere con la racionalidad.

Es de anotar, que desde concepciones instauradas culturalmente, el ejercicio de la procreación ha encargado la maternidad como una finalidad de la mujer, sumado a la responsabilidad que se le delega respecto del sostén de la marcha de la familia, como actora que cohesiona y une a la misma. Sin embargo, en las experiencias de las mujeres, la maternidad se ha despojado de formas homogéneas instauradas, ampliando el ejercicio del cuidado de forma vital y voluntaria, lo que supone, que esta tensión, que se concentraba en un solo actor y que ha descargado la responsabilidad sobre la mujer, posibilita el despliegue de otros modos de ser y de amar, que no están detenidos en la maternidad, sino que se articula con las redes de apoyo familiar y en última instancia institucional, para garantizar la vida y ubicar entornos protectores para los recién nacidos.(Gamboa & Orozco, 2012).

Esta perspectiva, evidencia la discusión en el lenguaje y los discursos de poder que en el existen, al generar controles sociales y patrones culturales que moldean el mundo y las maneras de ser mamá, y no se superponen en las de la vida de los menores, definiendo formas específicas de significar y representar las vivencias de las personas. De este modo, el lenguaje permite a los sujetos contar y recrear sus experiencias vividas estableciendo un relato dominante de las formas en las que culturalmente se ha legitimado la manera de significar y representar nuestras vivencias, por esa razón, las personas estructuran una situación problemática a partir de la selección de situaciones o hechos que configuran de forma permitida el problema o el síntoma.

De esta manera, la intervención tiene como reto deconstruir el discurso desde la culpa, el miedo, la falta de comprensión, sino en la posibilidad de visualizar las fortalezas y las capacidades de quien desea ejercer el cuidado, empoderarse del rol de maternar, de la reflexión en la responsabilidad de acompañar la crianza y de los efectos del amor sobre la vida sagrada del que nace.

Estos postulados son desarrollados en una perspectiva epistemológica, que ubica la comprensión de los fenómenos sociales y cómo se intervienen de dos modos: por un lado, desde las ideas predominantes ya mencionadas, y por el otro de las formas en que los

problemas sociales y los sujetos de la intervención se construyen.

Frente a este reto, la intervención tanto profesional, institucional y la dirección de las políticas sociales “se orientaría a una instancia de “recuperación” de reparación de una de una deuda que la sociedad tiene con ese otro que es excluido o estigmatizado. Si es posible invertir esta forma de mirada de los problemas, también se multiplican las posibilidades de intervención sobre éstos donde el horizonte de la misma es el resarcimiento, la búsqueda y la <<habilitación>> recordándole a ese otro tanto desde lo material como desde lo simbólico sus capacidades y las necesidades que la sociedad tiene de él” (Carballeda, s.f.).

Esta propuesta entonces, abarca un reto hacia la construcción de dispositivos que den lugar a la palabra, reto que se ha venido trabajando en los procesos de intervención y acompañamiento en la práctica. Esto superpone entonces elementos comunicacionales que dan cuenta del mundo narrado del otro desde la palabra, los movimientos, gestos, posturas, reacciones, que van mostrando el mundo del otro, pero que a su vez implica la escucha activa del profesional.

Desde el texto “técnicas de comunicación terapéutica”, de la profesora Bernarda Ospina, 2001, a groso modo, se trabajaron en los espacios de asesoría las cualidades comunicativas del profesional, y cómo estas, desde la responsabilidad ético-profesional, se involucran en la vida del paciente en aras de potenciar procesos que recobren la esperanza. La *tolerancia* como lugar de respeto, la *empatía* como posibilidad de humanizar la intervención, la *escucha activa*, la *flexibilidad* con el fin que el otro redescubra su propia historia, ser *objetivo* y *claro* para comprender lo que el otro dice y no lo que quiero escuchar, tener *conocimientos* para ir construyendo una relación terapéutica y sobre todo reconocer hasta dónde se tienen los conocimientos para llegar con una intervención antes de remitir, en este caso a comisarías, ICBF, centros de atención de drogodependencia como Carisma, Centro día, y por último la *actitud profesional*, la cual refiere la postura ético- Política.

Estos elementos se configuran en retos académicos, ético- políticos, profesionales y humanos, los cuales deben ir en la misma vía de las personas a quienes nos debemos en la intervención, y cómo estos procesos, desde la responsabilidad del ejercicio profesional, logran develar alternativas que logren atender la demanda de la realidad con procesos diferenciales,

con enfoque de derechos y de género.

Una de las líneas de acción abordadas dentro de este proyecto, se nombró “laboratorio del **cuerpo**”, como una alternativa para usar el cuerpo como dispositivo pedagógico, -materializado en la cartografía-, con el fin de analizar los procesos fundados en el mismo como una construcción histórica, social y cultural, enfocado hacia la comprensión del origen de la vida misma.

Foucault, habría construido el concepto de biopolítica como un modo de comprender el cuerpo, la cual aborda el control de la población, para ponerla en función de un plan de desarrollo Institucional, es decir, en pro de los intereses del Estado, el cual controla fenómenos de poblaciones, como la migración, reproducción, “Alternado y conflictivamente naturalizado, disciplinado y politizado, este escenario [el cuerpo de las mujeres] ha seguido un derrotero de luchas por dejar de ser objeto de cuidados y constituirse en sujeto de derechos. (...) El parto como escenario de la familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación” (Fornes, 2011: 135).

Abordar el cuerpo, desde una postura política, permite dinamizar la comprensión del mismo con un enfoque diferencial y de derechos, que reivindica la vida y potencializa el cuerpo como una construcción social e histórica desde la experiencia de cada sujeto, tratando de eliminar las miradas calificadoras y normalizadoras en el juego de poder de los interpretadores: médicos, sacerdotes, psiquiatras.

El sentido principal del proyecto, se centró en abordar el cuerpo como dispositivo para materializar el amor, lo cual presenta un amplio panorama académico, en este caso, se configura a partir de la palabra, desde donde se imparte una expresión o frase amorosa, una explicación a un evento o acontecimiento, una oración, hasta una orden para dirigir o reconocer o dar un abrazo como sentimiento de amor; siendo el cuerpo el instrumento para manifestar la emocionalidad y las emociones, la disposición corporal para la acción, “no existe entonces acción humana sin emoción que se fusione con ella y la haga posible como un acto”. (Maturana, 1997, p. 23).

“El amor es, hablando biológicamente, la disposición corporal para la acción bajo la cual uno realiza las acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en coexistencia con uno. (...) El amor es la emoción que funda el fenómeno social. Cada vez que uno destruye el amor, desaparece la convivencia social. Pues bien, el amor es algo muy común, muy sencillo, pero muy fundamental”.

En el proceso de investigación que ha realizado el profesor Maturana (1998), ha rescatado la profundidad del amor desde los ancestros, y como este elemento, más allá de lo idílico se funda en la relación con el otro, la cual da soporte, en la relación amorosa, entre el niño y su madre o el cuidador, y los demás miembros de la familia aportan en el proceso de desarrollo fisiológico, corporal, capacidades sensoriales, de la conciencia individual y social del niño. Para él, solamente el amor amplía la visión en la aceptación de sí mismo y del otro, a partir de las condiciones en que se vive y expanden las posibilidades de un operar más inteligente.

Frente a los retos y desafíos en el área de la salud, si bien ya se ha mencionado la deuda en la formación académica en este campo, es obligatorio investigar, formarse mejor y de manera responsable ante la complejidad que la realidad demanda, es necesario continuar aprendiendo de comunicación asertiva, empática, técnicas de comunicación terapéuticas, de tramitar el prejuicio para pasar a la escucha activa con el otro, además leer el contexto de los sujetos, con el fin de comprender cómo los procesos de salud- enfermedad configuran el ser y estar de los pacientes durante la hospitalización y en los periodos de recuperación.

Aquí hay un apertura entonces a la posibilidad de continuar construyendo, escribiendo, investigando en el campo de la salud, con el fin de generar conocimientos, pero además acciones y estrategias pedagógicas, que potencien, y orienten hacia la comprensión de las necesidades de los pacientes, que si bien, son concebidos como sujetos de derechos, Carballada hace dicha distinción, “la emergencia de las Problemáticas Sociales complejas se manifiesta en una significativa tensión entre necesidades y derechos cuando se multiplican las expectativas y disminuyen las posibilidades de alcanzarlas, donde el mercado, aún de los cambios que se generaron en los últimos años, se sigue presentando como un gran disciplinador”. Estos modelos clásicos, según el autor, parecieran no tener capacidad de

respuesta, frente a sus lógicas inflexibles, manifestada en prácticas conservadoras de intervención.

De igual forma, las necesidades de la población demandan escuchar y comprender a las madres y cuidadores de los bebés hospitalizados, para acompañar, reconocer comprender escenarios de tensión social, económicos, familiares, culturales que representa la hospitalización, e intervenir en las situaciones de riesgo social respecto de los contextos de cada madre, esto a través de estrategias de integración social y del abordaje de necesidades concretas, una intervención desde la heterogeneidad, mirada a la singularidad donde cada historia social, es diferente y requiere de un abordaje distinto e integral, con enfoque de derechos, pero especialmente de un proyecto de intervención singularizado para atender las necesidades concretas que plantea la complejidad de la cuestión social (Carballeda, s.f.).

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Hospital General de Medellín

El acercamiento en el campo de la salud específicamente en el Hospital General de Medellín, generó inicialmente un reto personal y profesional, dada la deuda presente en la formación académica dentro de los procesos planeados en el pensum de Trabajo Social, sin embargo son retos que continúan apareciendo en la especificidad de cada campo de acción y de la responsabilidad de la formación académica permanente en los profesionales.

Dentro del Hospital se evidencia una crisis estructural que compete al espacio de lo público y a la nombrada crisis de la salud. Por una parte, la estrecha capacidad de los recursos públicos, del acceso a la salud como un derecho humano fundamental, es una realidad compleja que se evidenció durante la práctica. El acceso a la salud como un servicio, se refleja en los copagos que deben pagar o firmar pagarés para que los pacientes sean atendidos, teniendo en cuenta el tipo de población que atiende el HGM, además de las demoras en las entregas de insumos por parte de las EPS.

La misión del Hospital, apuesta por ser “hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación”(2018). Esta propuesta se percibió en gran medida en los escenarios donde se realizó el proceso de práctica profesional, la atención integral en el proceso de enfermedad-salud, logró identificarse en la atención interdisciplinar que aparece en el sinnúmero de especialistas para atender las diversas manifestaciones de un caso particular, además de la responsabilidad de la Institución en centrarse en el paciente y su familia, como sujetos acompañantes de la estancia hospitalaria, y del proceso de recuperación ambulatoria.

De igual manera, se percibe la humanización en los procesos de atención la cual rompe con procesos anterior de ver al paciente desde el diagnóstico, sino que se traslada la percepción hacia nombrar al paciente, trabajar el riesgo social y gestionarlo desde la intervención psicosocial; el respeto y la confidencialidad de las Historias clínicas, las cuales a su vez superponen la responsabilidad de los diagnósticos que escribe el profesional. Por otra parte, la posibilidad de la investigación, vinculada a los procesos de docencia y en convenio con las

Universidades, amplía áreas del conocimiento y ratifica la realidad demandante no sólo de intervención, sino de visibilizar las diversas manifestaciones de la cuestión social, para estudiarlas y finalmente, proponer alternativas o en aras de mejora, de las políticas sociales que atiendan los problemas sociales y estructurales de la ley 100, que permean la realidad emergente y latente en la atención de la salud.

Asesora institucional y trabajadoras sociales hgm

MI “jefe”, Marisel, por acompañar en el lugar de lo nuevo, por tener la paciencia para enseñarme, por la confianza para permitir abordar un caso y cuestionar incluso las decisiones como estudiante, por retornar la fe, con tenacidad y disciplina, para lograr la comprensión ante un mundo que miraba casi sin explicaciones.

Gracias por anteponer además, el lugar de lo humano en cada conversación, por la fuerza y asertividad en cada palabra expuesta, por enseñarme que ni los riesgos, ni los conflictos y menos las amenazas deben opacar nuestra postura ético- política en el lugar de lograr procesos que apunten a pequeños cambios en el lugar sagrado de la vida de los recién nacidos en el Servicio.

En general a las trabajadoras sociales del Hospital general de Medellín, Doris Daza, Adriana Herrera, Paola, Martha Lía, Maria, Denni Castro, por acompañar esta experiencia en los diferentes servicios, desde las habilidades, conocimientos y particularidades propias de cada una como profesional y humana. De maneras esporádicas se contó con los espacios de diálogo en clave profesional para retroalimentar y realizar devoluciones de los procesos de intervención en los diferentes servicios del Hospital, (Urgencias, UCI- UCE adultos, pediatría, lactantes), y de acuerdo con las particularidades de cada población (adultos mayores, adultos, jóvenes).

En general, agradecimiento a las personas que hacen parte de esta Institución, personas del aseo, personal médico asistencial, administrativo, ingenieros, auditores de EPS, personas que resisten permanentemente ante la crisis.

Coordinación de práctica Universidad

Los procesos de práctica, son las oportunidades reales de intervención en diversos contextos. Por ello la oportunidad de compartir las experiencias en espacios académicos y de reflexión proporcionados desde la coordinación de práctica, son enriquecedores, ya que permiten compartir con los compañeros, análisis de los diferentes campos de intervención, identificar y visibilizar instituciones donde es posible realizar prácticas, reconocer propuestas emergentes de intervención en las instituciones como formas alternativas desde la formación en Trabajo Social de la Universidad Pública.

En general los procesos administrativos marchan de manera regular, la iniciación de prácticas y fechas de cierre están monitoreadas por dicha coordinación, en aras además de garantizar la activación del ARL, seguimiento al proceso académico desde las notas numéricas y del manejo en las plataformas de la UdeA.

Asesora académica

Gracias a mi profe favorita, Natalia Arroyave, por transformar las cómodas notas académicas en lugares de reflexión de la experiencia, por la responsabilidad en el acompañamiento en este proceso de práctica, por su palabra asertiva cuando con incertidumbre analizábamos cada caso para terminar en el “ahora entiendes negrita”, por transformar el morbo personal, la idealización académica, por enfatizar en el nivel de la escucha, en las preguntas como dispositivos pedagógicos, en trabajar el lugar del prejuicio.

Gracias porque ante mi mirada cargada de emociones, mis cachetes rojos cuando lograba comprender la intención en su exigencia, siempre nos permitió pensar en clave profesional, por enfatizar en la responsabilidad del ser profesional en el campo de las ciencias sociales y humanas.

El énfasis sobre la práctica reflexiva, la expresión “nadie se ahorra la experiencia” que constantemente nos anotó, es la emoción de la que habla Maturana, donde coexiste el abandono de la certidumbre, y que no hay que temer porque con ella se abre la posibilidad de recuperar el respeto por sí mismo y el operar de la biología del amor como un resultado

espontáneo.

Autoevaluación

Cuando comencé a pensarme mi lugar en un Hospital, mi cabeza se limitó a médicos, enfermeras, enfermedades. Esto de que la impacte en la propia vida, pone de cara a una realidad compleja, que miraba con incertidumbre y ahora con esperanza antes las historias de los pacientes, esta práctica cobró deudas morales, tramitó los prejuicios, y devela que acá los patrones de la normalidad no existen.

Además, el deber formativo en continuar enfatizando en la horizontalidad en los procesos de diálogo con las diversas poblaciones con quienes se trabaja conjuntamente en la intervención, los diagnósticos médicos, los términos clínicos, no son comprensibles para la población, lo cual puede tramitarse desde dispositivos pedagógicos, técnicas interactivas, que permitan la comprensión de los asuntos médicos en clave del paciente y su familia. La formación constante en la lectura, en la investigación son retos permanentes en la responsabilidad de atender problemáticas emergentes y cada vez más complejas.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Medellín (s.f) Comisarías de familia y nuestro modelo de atención. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://cf69b6d252994904d aec89976f5c95b5>

Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f) Poblaciones especiales. Recuperado el 29 de septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencionpoblacionesespeciales.aspx>

Amnistía internacional de las Américas (2018). Salida de Emergencia. Recuperado de: <http://amnistiaonline.org/SalidadeEmergencia/Default/Salida/>

Agudelo M. & Estrada, P. (17 de noviembre de 2012). Constructivismo y construccionismo social. Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva: Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano*. (17), 353-378.

Berger,P; Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*, recuperado de: <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>. Buenos Aires, Argentina.

Bonilla E., Sehk E., Penélope (2005). Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales, Pág. 180. Grupo editorial norma. Bogotá. D.C.

Caicedo, N., Carillo, M., Ocampo, D., Zea, L., & Gómez, J. (2017) Educación para la lactancia materna: una propuesta pedagógica. Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de:

http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/6974/1/Nydia_Caicedo_2017_Educacion_lactancia_materna.pdf.

Carballeda, J (s.f.) Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales. Recuperado el 28 de junio de 2018:

<http://www.margen.org/carballeda/Pol%C3%ADticas%20Sociales%20y%20Reinsercion.p>

df

Chesney Lawrence, (2008) La concientización de Paulo Freire. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4015700>

Consejo Nacional de Trabajo Social (2014) Trabajo social en el sistema de salud colombiano. Recuperado el 25 de octubre de 2017. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Soci al%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf

Constitución política de Colombia. Recuperado de:
<http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>

Cuesta M., Espinosa, A., Gómez, S. (s.f.).Enfermería Neonatal: cuidados centrados en la familia En: Enfermería Integral. Recuperado de: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>.

Cuesta, C. (2004). Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iivxjStKs5oC&oi=fnd&pg=PR9&dq=la+artesan ia +del+cuidado&ots=Qo4i5H50U-&sig=j1t-wAwotKovJOIRpmTuROhhZvg#v=onepage&q=la%20artesan ia%20del%20cuidado&f=false>.

Gamboa, F & Orozco, M (2012). De madres e hijas y nuevas maternidades. Recuperado de: <file:///C:/Users/Lizeth/Downloads/Dialnet-DeMadresEHijasYNuevasMaternidades-5202180.pdf> Pág. 53-54

Ghiso, Alfredo (2000) Fichas de trabajo para el curso de técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. Departamento de Trabajo Social. Universidad de Antioquia.

(documento de trabajo). Medellín, Colombia.

Garcés, L & Giraldo, C (2013) el cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>.

Gómez Gallego, R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud -enfermedad.

Universidad del Rosario. Bogotá- Colombia.

Gómez , M.^a T. Baiges, M.^a T. Batiste, M.^a del M. Gutiérrez, A. Nieto,R. Monasterolo (1998). Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término En: Medicina fetal y neonatología. España. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-6-12.pdf>.

Gómez Ochoa, G-L (2009). *El Caivas, atención integral*. El Colombiano. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/el_caivas_atencion_integral-FJEC_46740

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J., (2011). SCielo: Sistema de salud de Colombia. Curnavaca, México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010.

Guns, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, (1989). Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Olga_Restrepo2/publication/301890987_Protocolo_de_atencion_a_la_embarazada_menor_de_15_anos/links/572b661008ae2efbfbdd5c6/Protocolo-de-atencion-a-la-embarazada-menor-de-15-anos.pdf

Herrera, A. Trabajo Social HGM.

Hincapié, J. (2011). El arte de resiliar, Procesos resilientes en madres de personas

desaparecidas, desde un análisis exploratorio descriptivo. (Trabajo de grado). Universidad De Antioquia. Medellín, Colombia.

- Hospital General de Medellín (s.f). *Quiénes somos*. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos>

Hospital General de Medellín (s.f). *Servicios*. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/servicios-principal>

Hospital General de Medellín (s.f). *Reseña histórica*. Recuperado el 20 de septiembre de 2017. Disponible en línea: <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos/resena-historica>

Hospital General de Medellín(s.f.). Programa Madre Canguro. Medellín. Recuperado el 14 de Septiembre de 2017 de: <http://www.hgm.gov.co/index.php/atencion-al-ciudadano>.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). *Acerca del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto>

J. Ortiz, A. Borré, S. Carrillo y G. Gutiérrez (2005). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro En: Revista latinoamericana de Psicología. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05.pdf?>

Kogan (1993) En ¿Ritos emancipatorios? Experiencias de parto respetado en Quito. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales- Sede Ecuador Programa de Antropología. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6187#.W2Un1bWJLIU>

Laurell, A (1981) La salud enfermedad como proceso social en:

Revista Latinoamericana de Salud, 1981- pág.7-25.

León, P; Minassian, M; Borgoño, R & Bustamante, F, (2008) Embarazo Adolescente. En: Revista de pediatría electrónica. Recuperado de:

http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

Marín, J. (2015) El cuidado de la salud y la red de apoyo familiar y social de los niños y niñas que asisten a la consulta de atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (aiepi) - Estudio en la ese metrosalud, corregimiento de san cristóbal medellín-colombia 2014.

Maturana, H (1988) Charla: el amor y el origen de la humanidad en: El sentido de lo humano (2002). Editorial Dolmen Ediciones S.A., España.

Ministerio de salud y protección social & Fondo de población de las Naciones Unidas (2014) Recuperado

de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>

Molina, L (S.F.) Trabajo Social, intervención en lo social y nuevos contextos.

Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cr/cr-con-04-23.pdf>.

Moral, S (2013) ¿Ritos emancipatorios? Experiencias de parto respetado en Quito. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales- Sede Ecuador Programa de Antropología. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6187#.W2Un1bWJLIU>

Moreno, W (2009) El cuerpo en la escuela: los dispositivos de la sujetación. En: Currículo sem Fronteiras, v.9, n.1, pp.159-179, Jan/Jun 2009. Instituto de Educación Física. Universidad de Antioquia.

Odent, M (s.f.) ¿Es la promoción de la lactancia tan inútil como la promoción del amor. Recuperado de: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/Es-la-promocion-de-la-lactancia-tan-inutil-como-la-promocion-del-amor.pdf>

Organización Indígena de Antioquia. (2013). *Quiénes somos*. Recuperado el 26 de septiembre de 2017. Disponible en:

<http://www.oia.org.co/index.php/component/content/article?id=234&Itemid=0>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud y derechos humanos*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización Mundial de la salud (s.f.) Concepto de salud y enfermedad según la OMS. Recuperado el 29 de octubre de 2017 Disponible en línea: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz4x393Akpn>

Ospina, B (2001) Técnicas de comunicación terapéutica. Enfermería.

Universidad de Antioquia. Medellín- Colombia.

Ramírez, (2014) Personas violentas y agresivas. Recuperado de: http://www.huffingtonpost.es/patricia-ramirez/personas-violentas-y-agresivas_b_4207286.html

Registraduría Nacional del Estado Civil (s.f). *Una historia que empezó en 1997*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2017. Disponible en: <http://web.registraduria.gov.co/Informacion/opadi.htm>

Restrepo, O (2007) El silencio de las inocentes?: violencia sexual a mujeres en el contexto del conflicto armado En: Revista de Opinión Jurídica Vol 6 No11 Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-25302007000100005&script=sci_arttext&tlng=es

Rodríguez, G. (2006) Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensoriomotris en niños de 6 a 15 meses de edad En: Interdisciplinaria v.23 n.2 . Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272006000200003&script=sci_arttext&tlng=pt. Buenos Aires, Argentina.

Scortegagna, S., Miranda, C., Streit Morsch, D., Carvalho, R., Biasi, J., (2005) Enfermería Neonatal: cuidados centrados en la familia En: Enfermería Integral. Recuperado de: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/03/Enfermer%23U00eda-neonatal.-Cuidados-centrados-en-la-familia.-2012.pdf>

Sluzki, Carlos (1996). The Social Network: Border Systemic Practice. Personal social

network, family, friends, loved around us, the social network model, structural features, functions of the network, such as social network affects the health of the individual and vice versa, the social network in old age, Red Family and Narrative. Mentioned in this apart from others, cited in Annex 1.

Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (s,f.) Santanford Children´s Health- Lucile Packard Children´s Hospital Santanford. Recuperado de:

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=unidaddecuidadosintensivosneonatalesuci n-90-P05498>

Vélez, O. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas. Argentina, Espacio Editorial.

Vélez, M. (2016). La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Colombia: Géminis.

Viveros, E (2011) Aproximación a los momentos metodológicos de una experiencia de investigación cualitativa. A propósito de los dilemas sobre el “comienzo” y el “intermedio” y el “final” del oficio investigativo.

ANEXOS INSTRUMENTOS:



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: PROGRAMA MADRE CANGURO PRÁCTICA PROFESIONAL II - TRABAJO SOCIAL

Fecha

Edad:

Municipio:

- ¿Qué piensas de la atención hospitalaria que se le ha proporcionado al bebé?
¿Cómo puedes apoyar esa atención desde tu rol como cuidador?
- ¿Por qué crees que debes asistir a visitar su bebé?
- ¿Quién te acompaña a las consultas?
- ¿Qué significa el bebé para ti?
- ¿Qué lugar ocupa el bebé en tu vida?
- ¿Cómo ha cambiado tu vida desde que nació el bebé?
- ¿Qué sientes cuando abrazas a tu bebé?
- ¿Cómo lo cuidas?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PROYECTO DE INTERVENCIÓN LABORATORIO DEL CORAZÓN

Fecha: ___ ___ ___

Introducción: En el marco de la elaboración del proyecto de intervención de práctica de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia y desde la oficina de Trabajo Social de Neonatos del Hospital General de Medellín, se está gestionando la realización de un video que logre recuperar las manifestaciones de las madres y cuidadores respecto de los bebés recién nacidos, así como de recuperar la diversidad de la población que el Hospital General de Medellín atiende como red pública, generando procesos reflexivos y de recuperación de experiencias en el periodo de septiembre de 2017 – Abril 2018.

Es importante aclarar que este proceso de práctica ha estado orientado por asesores académicos e institucionales, quienes han acompañado y orientado el proceso.

Objetivo: generar procesos socio educativos que posibiliten identificar las manifestaciones del vínculo y del cuidado de sí y de los otros a las mamás y cuidadores, para la crianza de los bebés hospitalizados en el servicio de neonatos, perinatos, uci neonatal y del programa Canguro del Hospital General de Medellín, durante el periodo de Diciembre de 2017 a mayo de 2018.

Participación: Su participación va a estar mediada por la toma de fotografías en las que evidencie el cuidado que ejerce sobre el bebé durante el acompañamiento hospitalario, las cuales no necesariamente implicarán la toma del rostro, sino en ubicaciones que logren mantener en confidencialidad los sujetos.

Derechos: los participantes son libres de participar o no en las actividades propuestas, en caso tal de considerarlo pertinente, podrán retirarse en cualquier momento si así lo desean. Los resultados del video serán de conocimiento público, por lo que se realizará la reproducción de la propuesta final en las instalaciones del Hospital. De igual forma se concertará un espacio final de encuentro en el cual se socializará la información y se dialogará

las experiencias de las madres y cuidadores.

Confidencialidad: desde el equipo de trabajo Social se compromete a mantener privacidad con los registros y la información, y manejarla manera confidencial. La investigación garantizará el anonimato de las personas fotografiadas (sin el uso de nombres propios), la integridad y el buen nombre de los participantes que hagan parte de ella, así como el correcto uso de la información personal.

Compensación: Los participantes de esta investigación no recibirán ningún tipo de compensación económica o de otro tipo por participar en las actividades de la investigación, esta no generara ningún costo para las familias ni para ninguno de sus miembros.

Aceptación: Su firma indica que decide voluntariamente participar en esta sesión fotográfica y que tiene claros los aspectos relacionados con dicha participación y con el formato de consentimiento informado.

Participante:

GUIÓN LITERARIO DEL VIDEO

- “Nuestras células se dividieron y desarrollaron al ritmo de los latidos de su corazón; nuestra piel, nuestro pelo, corazón, pulmones y huesos fueron alimentados por su sangre, sangre que estaba llena de sustancias neuroquímicas formadas como respuesta a sus pensamientos, creencias y emociones. Si sentía miedo, ansiedad, nerviosismo, o se sentía muy desagradecida por el embarazo, nuestro cuerpo se enteró de eso; si se sentía segura, feliz y satisfecha, también lo notamos”.

(Música de fondo mientras suena el audio, se proyecta la imagen de la cartografía de la línea I)

- **AUDIO:** Tuvimos que salir de Venezuela por el conflicto socio político, dejando todo, (...) solo llegamos a Colombia con nuestros hijos (voz).

Pie de letra: SALIDA DE EMERGENCIA.

Imagen:



Maternidades 20- Atención de mujeres venezolanas gestantes en Antioquia

Fuente: Amnistía internacional de las Américas.

AUDIO: La atención de los partos de madres Venezolanas en el Departamento de

Antioquia, incluido el Hospital General de Medellín, está alrededor de 111 nacimientos en lo que va corrido del 2018. Muchas embarazadas cruzan Colombia para garantizar un parto seguro, ya que se calcula que en el año 2016 en Venezuela la estadística de mortalidad materna habría alcanzado hasta 112 muertes por cada 100.000 nacidos (Amnistía internacional de las Américas).

- **AUDIO DE PADRE VENEZOLANO:** Don Félix es un papá Venezolano de 35 años, Llegó a Colombia con sus otros tres hijos,(...) ¿cuánto llevan en Colombia’, ¿dónde se están quedando?¿cómo se sienten en Colombia? ¿Qué condiciones hay para él/ ella (bebé)?.

(Acompañado de imágenes que vayan dando cuenta de lo narrado).

- **AUDIO MADRE SUSTITUTA:** Soy una madre sustituta de Bienestar Familiar, recibo niños que están bajo protección por diversas Manifestaciones, como abandonos, hijos de madres habitantes en situación de calle, bebés producto del no deseo, de violaciones, por abuso en el consumo de drogas por parte de la madre, u otras manifestaciones de vulneración de los niños. Aunque no sea mi hijo, yo lo he aprendido a querer, lo cuido y ejerzo el cuidado que merece..

(Audio grabación acompañado de imágenes que ilustren lo narrado).

“Pero hay mucho que no vemos precisamente porque para muchos de nosotros la vida transcurre en la normalidad del amor. Así, no tenemos una manera inmediata de saber si es diferente para el embrión que crece el que la madre lo desee o no, o que la madre del compañero quiera o no al futuro bebé. Pero no sabemos esto como afecta el crecimiento del futuro bebé” (Maturana, 1988). (ESCRITO)

- **AUDIO Y GRABACIÓN DE MAMÁ:** Soy Darly Ayala, vine remitida del chocó desde hace tres mes, me remitieron porque allá no hay Hospital de tercer nivel, yo estoy aquí porque mi bebé me necesita, pero tengo otros cuatro hijos que están allá en la vereda esperándome y no tengo quién los cuide, estamos a la espera de una remisión...

- Las palabras “aiya”, “ngu”, “anaanak” y “nae” tienen todas el mismo significado en diferentes lenguas indígenas: madre.

(imagen en pie de letra, sin audio).

Algunas mujeres de comunidades indígenas, inician su vida como madres a muy temprana edad y hacen de la crianza el eje principal de su existencia. Su contribución a la reproducción de las lenguas y las culturas de sus pueblos generalmente pasa desapercibida, ya que ni al interior, ni al exterior de sus comunidades, se les reconoce como la base para la transmisión generacional de una forma de ver y entender el mundo.

Fuente: <http://nuviamayorga.org/columna-nuvia-mayorga/las-madres-indigenas/>

(Audio grabación, acompañado de una imagen que muestre la cultura indígena).

***PARA FINALIZAR EL AUDIO “TE AMO HIJO”- CON LA FRASE ESCRITA
UAUA CUANGA BUCA.***

Agradecimientos:

A las personas que nos contaron sus historias reales:

Félix Restrepo- Papá

Venezolano Bertha Tequia-

mamá Indígena “Doña Luz”-

Madre Sustituta Darly Ayala-

Afro

A quienes colaboraron con la

edición: Esneider Gonzáles- audio

informativo Carlos Salazar

Daniela Ramírez

Girardo **Fuente de las**

imágenes: UNICEF

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Comunicaciones Hospital General de

Medellín Amnistía internacional de las
Américas Unidad Móvil Indígena Atención
en Territorio

Este vídeo es para uso académico, prohibida su venta o uso
comercial.

A las asesoras:

Natalia Arroyave Botero- Asesora
académica Marisel Tamayo Tabares-
Asesora Institucional

**AL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, MÉDICOS, PERSONAL ASISTENCIAL,
ADMINISTRATIVO, LAS PERSONAS DEL ASEO, TÉCNICOS,
AUDITORES DE LAS EPS.**

**PROYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO
SOCIAL UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

Basados en los soportes solidarios de las amistades, se establecieron redes de apoyo para producir una herramienta audiovisual, que genere espacios de reflexión, y de igual forma, anime a quien lo vea a continuar generando información acerca del papel de ser madre y de las historias que hay detrás de cada embarazo.

El audio informativo, fue una colaboración de un artista Santuariano, Esneider González, quien expone su voz en los cortos donde se da cuenta de elementos teóricos. En los audios recolectados desde las expresiones de las madres y cuidadores se ubican audios de cuatro historias reales, que han sido grabadas a la fecha:

- Audio papá Venezolano: Don Fèlix Restrepo, un papá venezolano, de aproximadamente 24 años, llegó a Colombia buscando un mejor futuro para su familia.
- Audio papá indígena: en su lengua dice “Te amo hijo”.

- Audio mamá Afro: Darly Ayala, de comunidad de origen del municipio de Apartadó Antioquia, lleva una estancia hospitalaria de casi cuatro meses en Medellín porque no hay Hospital de cuarto nivel donde ella reside, dejó sus otros dos hijos al cuidado de su abuela y continúa esperando una remisión que la lleve de regreso a su municipio natal.

- Audio madre sustituta: A Doña Luz, le queda perfecto ese nombre en la vida de una pequeña que estuvo hospitalizada en el General de Medellín. Esta bebé nació con síndrome de Down y tóxicos positivos para Cocaína, y una mujer, con un amor tan grande y generoso, pareja de una relación anterior de su papá decidió asumir su crianza, y ahora la llama “mi hija”.