

**Truccone, María Victoria**

---

**Los estados emocionales en  
las parejas parentales que  
tienen a sus hijo/as  
internados en la Unidad de  
Cuidados Intensivos  
Neonatales y las  
intervenciones de los  
profesionales de la salud para  
acompañarlos**

**Tesis para la obtención del título de  
posgrado de Licenciada en Psicología**

Directora: Perazolo, Sofía

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- Compartir igual 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

Autora: Truccone, María Victoria

2026



*“Los estados emocionales en las parejas parentales que tienen a sus hijo/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y las intervenciones de los profesionales de la salud para acompañarlos”*



Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Cs. de la Salud  
Licenciatura en Psicología

### **Trabajo de Sistematización de Práctica**

*“Los estados emocionales en las parejas parentales que tienen a sus hijo/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y las intervenciones de los profesionales de la salud para acompañarlos”*

Autora: Truccone, María Victoria  
Director de tesis: Lic. Sofía Perazolo.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia quisiera agradecerle a mi mamá, por ofrecerme la posibilidad de estudiar en la Universidad Católica de Córdoba, sin ella, este recorrido no hubiera sido posible. Agradezco su apoyo incondicional, junto con el de mis hermanos, y mis amigos, que en estos cinco años de carrera, me han acompañado y motivado desde el comienzo, celebrando conmigo cada logro y sosteniéndome en los momentos en que lo necesité. También, agradezco de corazón a mi pareja, que ha sido una pieza fundamental el último año de la carrera, ayudándome a transitarlo con calma y disfrutando del proceso.

Sin dudas, estoy profundamente agradecida con cada docente que me he cruzado en esta trayectoria universitaria; me han permitido ampliar mis conocimientos, no solo desde el plano académico, sino también, desde un lugar más humano. Han sembrado en mí, la semilla de la curiosidad, y el interés por seguir aprendiendo. Estoy muy agradecida por la oportunidad que se nos ofreció desde la universidad para realizar las Prácticas Profesionales Supervisadas en el último año. Me han permitido instruirme desde la observación y la participación, acercándome a un rol que ejerceré en el futuro, y comprendiendo desde otro plano los saberes teóricos aprendidos durante los cinco años de cursado.

Quisiera agradecerle también a mi referente institucional, la Lic. Cecilia Rivarola, quien me ha acompañado durante la trayectoria de las prácticas, en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Gracias a ella, he aprendido sobre el rol profesional en el contexto hospitalario, y en el ámbito neonatal. También, agradecerle a todos los profesionales que forman parte del área de neonatología que me han integrado de una manera muy cálida, mostrando su disposición para colaborar con mis prácticas.

Le agradezco enormemente a la Lic. Candelaria Aimar, quien nos ha acompañado durante las prácticas profesionales supervisadas, transmitiendonos tranquilidad, apoyo, y contención en cada encuentro. Sin dudas, fue un pilar fundamental que nos permitió disfrutar de este proceso.

Por último, pero no menos importante, me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a las amistades que me he hecho en la facultad. Han sido un pilar muy importante en el transcurso de estos años y me han facilitado este recorrido. Con quienes hemos compartido el día a día, disfrutando de muchos momentos, acompañándonos en nuestro crecimiento, y apoyándonos en cada proceso.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....</b>	<b>11</b>
2.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y MÉTODO.....	12
2.2. EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO: FUNCIONES, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS... 12	
2.3. MARCO LEGAL.....	15
2.4 TENSIONES Y DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL CONTEXTO ACTUAL.....	16
<b>3.CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>18</b>
3.1. CURF: ORIGEN, OBJETIVOS, EQUIPO PERSONAL, SEDES Y FUNCIONES.....	19
<b>4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....</b>	<b>28</b>
6.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.....	29
6.2. MATERNAJE Y PATERNIDAD.....	30
6.3. ESTADO EMOCIONAL EN LA PAREJA PARENTAL ANTE EL INGRESO DE SU HIJO/A A LA UCIN.....	33
6.4. PREOCUPACIONES DE LOS PADRES ANTE EL INGRESO DE SU HIJO/A A LA UCIN.....	36
6.5. HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	38
<b>7. MODALIDAD DE TRABAJO.....</b>	<b>41</b>
7.1. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA.....	42
7.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	44
7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
<b>8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>46</b>
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	47
8.1.1. PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA.....	47
8.1.2. INGRESO A NEONATOLOGÍA.....	48
8.1.3. ATENEOS DE SALUD MENTAL.....	49
8.1.4. ENTREVISTAS DE ADMISIÓN.....	50
8.1.5. ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA.....	52
8.1.6. ACOMPAÑAMIENTO A PSICOMOTRICISTA.....	53
8.1.7. ACOMPAÑAMIENTO A NEONATÓLOGO.....	54
8.1.8. REVISTAS DE SALA.....	54
8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	56
8.2.1. ESTADOS EMOCIONALES DE LOS PADRES QUE TIENEN A SUS HIJOS INTERNADOS EN LA UCIN.....	56
8.2.2. PREOCUPACIONES MÁS FRECUENTES DE LOS PADRES QUE TIENEN A SUS HIJOS INTERNADOS EN LA UCIN.....	66
8.2.3. HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN QUE UTILIZAN LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA UCIN PARA ACOMPAÑAR A LOS	

PADRES.....	71
8.2.3.1. LA ENTREVISTA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN.....	72
8.2.3.2. EL SISTEMA ABIERTO DE LA UCIN, LA EDUCACIÓN Y LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJO/AS.....	73
8.2.3.3. LA PALABRA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN.....	76
8.2.3.4. ESCUCHA Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PADRES EN LA UCIN.....	80
<b>9. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>82</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>85</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se elabora a partir de la realización de la Práctica Profesional Supervisada dentro del contexto clínico, particularmente en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, en el marco de la Carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

En primera instancia se persigue el objetivo de introducir al contexto clínico, profundizando en aspectos característicos de dicho ámbito, como el rol del psicólogo clínico, su objeto de estudio, el método, las técnicas de intervención, desafíos en los tiempos actuales; para luego focalizar en la especificidad del contexto institucional “Clínica Universitaria Reina Fabiola”. Se intenta abordar a la institución desde sus aspectos más generales, para luego centrarse en el equipo de Salud Mental, destacando el ejercicio del psicólogo en el Área de Neonatología.

Posteriormente, se presenta el eje de sistematización, a partir del cual se plantea el objetivo general y los objetivos específicos que orientan al desarrollo de la perspectiva teórica. En este sentido, se profundiza sobre el dispositivo de la UCIN, el maternaje y la paternidad, el estado emocional de la pareja parental ante el ingreso de su hijo/a en la UCIN, sus preocupaciones, y las herramientas de intervención que utilizan los profesionales de la salud para acompañar a los padres.

Luego del desarrollo teórico, se explicita la modalidad de trabajo, aludiendo a la sistematización de experiencia, donde se describen las técnicas utilizadas para la recolección de datos, la caracterización de los sujetos en los que se focalizará la sistematización de experiencia y las consideraciones éticas. Por consiguiente, se expone el análisis de la experiencia, donde se realiza una recuperación de lo vivido, a partir de los registros obtenidos. En este apartado, es de interés transmitir cómo se han vivenciado las entrevistas a los profesionales de la salud, el ingreso al área de neonatología, la participación en ateneos de salud mental y en revistas de salas, el acompañamiento a la psicomotricista y la presencia en las entrevistas de admisión.

A partir de la información expuesta hasta entonces, se realizará una articulación teórica-práctica, donde se retomarán los aportes presentados en la “*perspectiva teórica*”, junto con los registros de las prácticas profesionales supervisadas, con el fin de desarrollar los objetivos propuestos.

Por último, a modo de conclusión, se desarrollan las “*consideraciones finales*”, donde se intenta sintetizar los aportes expuestos, desde una perspectiva más personal, y subjetiva.

## ÍNDICE DE SIGLAS

- **CURF:** Clínica Universitaria Reina Fabiola
- **UCC:** Universidad Católica de Córdoba
- **UCIN:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **MSCF:** Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

## **2. CONTEXTO DE PRÁCTICA**

## **2.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y MÉTODO**

La psicología clínica, según Lagache (1945, como se citó en Ficha de Cátedra Psicología Clínica I, s.f.) es “una disciplina psicológica basada en el estudio profundo de casos individuales. Dicho con más precisión, el objeto de la psicología clínica es la conducta humana individual y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas, historias de la vida)” (p. 7). Sumado a ello, también se destacan los aportes de Marzillier y Hall (como se citó en Buendía, 1999), quienes definen a la psicología clínica como “la combinación de teoría, investigación, métodos de evaluación y tratamiento aplicados” (p. 19).

A su vez, en este contexto, la disciplina psicológica cuenta con un método propio, conocido como “método clínico”, cuyo procedimiento está conformado, según Passalacqua (como se citó en Jorge, 2018), por tres etapas: la observación, la elaboración de hipótesis y el diagnóstico; que anteceden a la intervención terapéutica, cuyo objetivo es modificar aquello que genera una situación crítica o desequilibrio en el consultante, aplicando técnicas y herramientas pertinentes para lograrlo. En dicho ámbito, según Lagache (1945, como se citó en Ficha de Cátedra Psicología Clínica I, s.f.), se destacan tres finalidades prácticas: el asesoramiento, la curación y la educación.

## **2.2. EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO: FUNCIONES, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS.**

Respecto al rol del psicólogo clínico, podríamos destacar según Buendía (1999) cinco funciones: la evaluación psicológica, que permite estudiar el comportamiento, y analizar las dimensiones básicas de la personalidad; la investigación, para incrementar el conocimiento sobre el comportamiento humano; el tratamiento psicoterapéutico, para aliviar el sufrimiento

psicológico y generar cambios beneficiosos para el paciente; la prevención, para neutralizar los factores que generan alteraciones, y generar habilidades que impidan la emergencia de daños psicológicos; y la enseñanza a los futuros profesionales.

Las funciones mencionadas anteriormente son realizadas en diversas circunstancias ambientales y en múltiples instituciones, en las que necesariamente se requiere de un trabajo interdisciplinario con otras profesiones (Buendía, 1999).

Otro de los conceptos fundamentales y característicos de la psicología clínica, tomando los aportes de Lagache, son las técnicas, que le permiten al psicólogo recoger datos de los hechos y elaborar un diagnóstico. Al contemplar la totalidad del sujeto frente a la situación determinada, se debe obtener información no solo de la conducta manifiesta del consultante, sino también de la experiencia consciente, las modificaciones somáticas, y los productos de la conducta (1945, como se citó en Ficha de Cátedra Psicología Clínica I, s.f.).

Una de las técnicas utilizadas según el autor son las históricas, que permiten comprender la conducta, ya que el contexto histórico le da un significado y un sentido a los datos que recolectamos, y para ello, se recurre a testimonios (del consultante y allegados), y documentos que puedan colaborar con ello u ofrecer datos. También son de gran utilidad las técnicas de observación, que para Lagache implica una observación del psicólogo al consultante y a su entorno, donde el profesional se sirve de dos fuentes de datos, una que hace referencia al relato del consultante, teniendo en cuenta cuál es su postura y su actitud en relación a su situación. Y por otro lado, pone el foco en el comportamiento externo del consultante y su reacción frente a la situación. Cabe destacar que las técnicas utilizadas no solo recogen datos objetivos, sino también las reacciones emocionales propias, por lo que aumenta el nivel de complejidad.

Asimismo, como mencionó el autor anteriormente mencionado, también se aplican los test psicológicos, que si bien ofrecen datos parciales del comportamiento aportan rigor experimental.

Conviene señalar en este apartado una operación característica de esta disciplina, que es el diagnóstico, cuyo objeto de estudio según Lagache (1945, como se citó en Ficha de Cátedra Psicología Clínica I, s.f.) son “las conductas individuales, adaptadas e inadaptadas” (p. 8) para el cual, no sólo se reúnen los datos individuales de los consultantes, sino también, ofrece una base empírica de una generalización, que aporta mayor objetividad. El diagnóstico, nos permite diferenciar a la psicología clínica de la psicología médica, ya que esta última pone el foco en la enfermedad, mientras que en la psicología clínica se busca identificar la situación problema, teniendo en cuenta la totalidad del sujeto, entendiendo a la salud y a la

enfermedad como términos correlativos, característicos de una relación dinámica, que atraviesa momentos de desadaptaciones y readaptaciones. Se adopta una postura más compleja, que permite comprender al conflicto, a los miedos, y a la angustia, como parte de la vida. Por lo tanto, la salud no implica la ausencia de conflicto, sino la “resolución normativa” de los mismos.

Como hemos mencionado anteriormente, la evaluación clínica ocupa un lugar fundamental para el rol del psicólogo clínico, ya que implica, según Ladines Flores y Sumba Vega (como se citó en Jorge, 2018) “un proceso de recoger y organizar la información acerca de una persona, para lograr una mejor comprensión de ella y poder hacer alguna predicción acerca de su conducta futura” (p. 99). En relación a ello, Lemos (como se citó en Jorge, 2018) establece que se debe recoger información conductual, emocional, cognitiva y social del consultante.

La evaluación clínica está conformada por diferentes fases; iniciando con el pedido de consulta por parte del consultante o de algún cercano; continuando con las primeras entrevistas (donde el profesional observa y dialoga con el consultante e intenta comprender qué le hace sufrir), luego le sigue la elaboración de hipótesis y estrategias diagnósticas, implementación de técnicas, test, y/o herramientas de evaluación, el análisis de todo el material, y por último, la entrevista de devolución e informe final. A su vez, es necesario contemplar la edad del consultante, porque las características de los procedimientos serán diferentes en niños y en adolescentes que en jóvenes/adultos, comenzando por el pedido de consulta, ya que en los primeros (niños/adolescentes), puede provenir de un adulto. También se observa esta diferencia en las entrevistas (primeras entrevistas y entrevistas de devolución), donde se realizan primero a los padres, y luego a ellos (niños y adolescentes) (Jorge, 2018).

Las estrategias que utilice el psicólogo, dependen de dos razones fundamentalmente, según Cattaneo (como se citó en Jorge, 2018). Una de ellas es el marco conceptual desde el cual se posiciona el profesional, es decir, la teoría desde donde se comprende al aparato psíquico, a la salud, y el padecimiento; convirtiéndose en la lente desde donde se va a mirar a la persona consultante. Y por otro lado, las razones prácticas, que se delimitan por la edad del consultante, las técnicas que utilizará el profesional, el tiempo disponible, las características del sujeto, entre otras.

La evaluación clínica es considerada por Jorge (2018) como una función integral, ya que se articula con otras funciones como, la investigación, que implica un proceso en el que a partir de las preguntas que realiza el profesional, se obtienen respuestas del consultante, que le permitirá obtener un mayor conocimiento sobre su situación, reconociendo su singularidad.

Otra de las funciones con las que se articula la evaluación clínica es la prevención, que según Jorge (2018) imposibilita con “medidas anticipadas la enfermedad, el trastorno, lo patológico, el padecimiento” (p. 101).

Continuando con las funciones a las que se articula la evaluación clínica, es menester mencionar la asistencia, que según los aportes de Dorfman Lerner (como se citó en Jorge, 2018), es el acuerdo a partir del cual se despliega la relación del paciente y el terapeuta, en el que, el terapeuta debe receptar las comunicaciones del usuario y este debe aceptar las intervenciones del profesional.

Y por último, pero no menos importante, Jorge (2018) también plantea la relación entre la evaluación clínica y la capacitación, apelando principalmente a la formación universitaria de los estudiantes en evaluación clínica, para que sean profesionales competentes.

Sumado a lo expuesto sobre el rol del psicólogo clínico, me parece de relevancia destacar una cita de Montobbio (como se citó en Jorge, 2018), que de manera breve, sintetiza el objetivo que persigue el profesional:

“Se trata de mantener abierta la posibilidad de producir algo nuevo allí donde parece que ocurre siempre lo mismo, cuestionando supuestos y haciendo lugar a la dimensión subjetiva comprometida en tal o cual problema de salud. Nuestra responsabilidad pasa por construir la definición clínica del problema de salud haciendo lugar a lo diferente” (p. 103).

### **2.3. MARCO LEGAL**

El ejercicio profesional del psicólogo está atravesado por un marco legal, que regula y orienta sus acciones. Como es el caso de la Resolución 2447, que esclarece las incumbencias de los títulos de psicólogo y de Licenciado en psicología, enmarcando las múltiples intervenciones que pueden ejecutar. Sumado a ello, en la Ley N° 7106, se mencionan las áreas de la psicología en las que puede ejercer el profesional, el ejercicio en cada una de ellas, y las instituciones que abarca cada área.

En el marco de la psicología clínica, el ejercicio del profesional estará abocado a:

“La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad, mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos”. (Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología, 1984, art. 3)

## **2.4 TENSIONES Y DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL CONTEXTO ACTUAL**

Según Jaramillo Estrada et al. (2017) la psicología clínica a lo largo de la historia se ha enfrentado a numerosas tensiones epistemológicas, contextuales y antropológicas, que repercuten en los criterios del proceso terapéutico. Estas tensiones obligan a repensar las bases filosóficas de cómo se entiende al sujeto, ya que antes se lo consideraba desde el paradigma clásico con una estructura interna estable, cuyas lógicas del conocimiento eran racionalistas y universales, y la meta terapéutica estaba ligada a la adaptación del sujeto a las normas sociales. En cambio, el sujeto contemporáneo, se caracteriza por ser cambiante y fluido, y en constante transformación. Desde esta perspectiva, se contempla el contexto singular del sujeto, y la meta terapéutica persigue al deseo individual, y a la construcción de la propia autonomía.

Uno de los desafíos a los que se enfrenta la psicología clínica, está vinculado a la dimensión epistemológica, en tanto, deben revisarse los fundamentos que imponen una única realidad, y la consideración de que el conocimiento científico es el único válido. En relación a la dimensión contextual, la psicología clínica debe responder a las exigencias del sistema de seguridad social, que solicita efectividad y alto costo de beneficio en sus intervenciones. Lo cual obliga a la psicología clínica a crear nuevas alternativas de intervención que respondan a las demandas actuales (Jaramillo Estrada et al.,2017).

Y en cuanto a la dimensión antropológica, implica un desafío altísimo para la psicología clínica, porque sus bases, según los autores, han sostenido premisas “que consideran al sujeto como una entidad natural, individual e intrapsíquica y que por tanto es universal en sus procesos de constitución y desarrollo” (Jaramillo Estrada et al., 2017, p. 155). En la actualidad comienzan a cuestionarse estas premisas, junto a sus métodos e intervenciones, por lo que deberá preocuparse por desarrollar nuevas investigaciones, intervenciones y procesos de formación, que posibiliten comprender a los sujetos como dinámicos y cambiantes.

**3.CONTEXTO  
INSTITUCIONAL**

### **3.1. CURF: ORIGEN, OBJETIVOS, EQUIPO PERSONAL, SEDES Y FUNCIONES.**

Luego de introducir al contexto clínico, es necesario hacer hincapié en la institución donde se realizaron las prácticas profesionales supervisadas, llamada “Clínica Universitaria Reina Fabiola”.

La Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF) es una institución de salud que forma parte de la Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba (UCC), y tiene inicio el 12 de Octubre de 1959 por el Rector R.P. Jorge A. Camargo S. J. y un grupo de profesionales del arte de curar. En aquel entonces fue llamada “Clínica San José”, ubicada en la calle Av. Julio A. Roca N° 1111.

Continuando con su historia, en 1961 su nombre fue modificado por una propuesta del R.P. Jean Sonet S.J., Vicerrector de Desarrollo de la Universidad, y entonces pasó a llamarse Clínica Reina Fabiola-Hospital Esquiú, en homenaje a la Reina de Bélgica y en agradecimiento a la colaboración de la Asociación de Amigos de aquel país. Al año siguiente, la clínica recibió la visita de Leopoldo III, padre del Rey Balduino I. Posteriormente, en 1963 el R.P. Jorge A. Camargo S.J. realizó la inauguración simbólica de la nueva sede en Bv. Junín N° 6, y el 9 de octubre del siguiente año, los Reyes de Bélgica, el Rey Balduino I junto a la Reina Fabiola, visitaron la nueva sede.

En 1974, la institución desembarcó en barrio General Paz, en el edificio situado en calle Oncativo N°1248. Unos años más tarde, en 2015, se inaugura la sede de Jacinto Rios N°554. Tres años después, se sumó la nueva sede ubicada en barrio Jardín, y en 2024 se integra la última sede, ubicada en barrio Pueyrredón sobre calle Suipacha N° 1139.

La CURF tiene como objetivos principales brindar prestaciones en salud, apoyar la formación de los alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y formar profesionales altamente calificados mediante residencias médicas y especializaciones de posgrado, para poder ofrecer una excelente calidad asistencial a la comunidad.

Los valores que se destacan en el sitio web de la institución son: el respeto, la empatía, calidad, compasión, equidad, honestidad y compromiso. A su vez, la CURF tiene como misión, ofrecer sus intervenciones no solo al usuario, sino también a su familia; y en cuanto a su misión académica, se comprometen a brindar una formación integral e investigación aplicada.

La Fundación para el Progreso de la UCC cuenta con un Consejo Directivo como máximo órgano de gobierno y un Directorio Ejecutivo conformado por el Director General y Subdirector General. A su vez, está conformada por otros tres directivos: la Dirección Académica, la Dirección de Administración y Operaciones y la Dirección Médica.

En cuanto a la Dirección Académica, asegura un crecimiento institucional basado en la excelencia académica, la formación continua, la investigación y el conocimiento científico. Por su parte, la Dirección de Administración y Operaciones, dirige los procesos vinculados a la planificación estratégica de la institución, coordinando sus acciones con el equipo directivo, gestionando el cumplimiento de las políticas organizacionales y generando sinergias entre las gerencias a su cargo. Y la Dirección Médica, garantiza los estándares de calidad institucional mediante la gestión asistencial, la cual estructura su equipo de trabajo bajo un esquema de departamentos, en los que cada Jefe articula su gestión como nexo entre los Jefes de Servicios y la Dirección Médica.

Actualmente la CURF cuenta con cinco sedes, tres de ellas ubicadas en Barrio General Paz. La sede principal se encuentra sobre la calle Oncativo 1248. Allí se brindan los servicios de guardia para adultos y niños, Unidades de Cuidados Críticos, internados, laboratorios, Hospital de Día Oncológico, salas de parto, quirófano, Capilla, Oratorio Multiconfesional, consultorios de atención ambulatoria y áreas administrativas.

Sobre la calle Jacinto Ríos 554, se encuentra otra de las sedes. Cuenta con un piso exclusivo para Diagnóstico por Imágenes y 4 pisos para la atención de pacientes adultos y pediátricos en más de 50 especialidades. También cuentan con Vacunatorio, el Laboratorio de Alergia e Inmunología, las salas de estudios neurológicos y áreas administrativas.

La tercera sede, en Barrio General Paz, está ubicada sobre la calle Catamarca 1268. Dedicada a la prevención, identificación, evaluación y tratamiento de problemáticas relacionadas a la Audiología y Otoneurología.

Otra de las sedes, está ubicada en Barrio Pueyrredón, sobre la calle Suipacha 1139. Donde se brindan servicios de rehabilitación y Fisioterapia, la reeducación y rehabilitación respiratoria, Neurorehabilitación, Terapia Ocupacional y para el resto de los servicios.

Y la quinta sede, ubicada en Barrio Jardín Espinosa, sobre la calle Elías Yofre 1050. Tiene más de 30 especialidades que brindan atención en consultorios externos a pacientes adultos y pediátricos; servicio de Laboratorio; Diagnóstico por Imágenes, Kinesiología y Fisioterapia y Audiología Clínica y de Alta Complejidad.

### 3.2. ÁREA DE SALUD MENTAL: NEONATOLOGÍA.

El Área de Salud Mental, está dividido en dos especialidades, la especialidad pediátrica, conformada por: una psiquiatra infanto-juvenil, dos psicólogas pediátricas, tres psicomotricistas y una trabajadora social; y la especialidad para adultos, conformada por: ocho psicólogos, tres psiquiatras, una trabajadora social, y una psicóloga especialista en cuidados integrales y paliativos. Los profesionales trabajan de manera interdisciplinaria, abocados al diagnóstico, tratamiento y prevención en Salud Mental. Su objetivo principal es el bienestar del paciente, por lo que el equipo participa del abordaje interdisciplinario de las patologías agudas y crónicas, partiendo de una concepción humanista del paciente e integrado a los distintos servicios y unidades de la CURF. Trabajan tanto en consultorio externo como en el internado.

Una de las áreas en las que interviene el equipo de Salud Mental es en Neonatología, donde deben seguir un protocolo institucional que plantea la admisión y seguimiento de todos los bebés que ingresan a la UCIN. El equipo está conformado por psicomotricistas, psicólogos y trabajadora social, quienes realizan entrevistas de admisión a todos los padres de los usuarios que han sido ingresados, para luego definir el acompañamiento a la familia, y al paciente, hasta el día del alta (C. Rivarola, comunicación personal, 26 de Mayo, 2025).

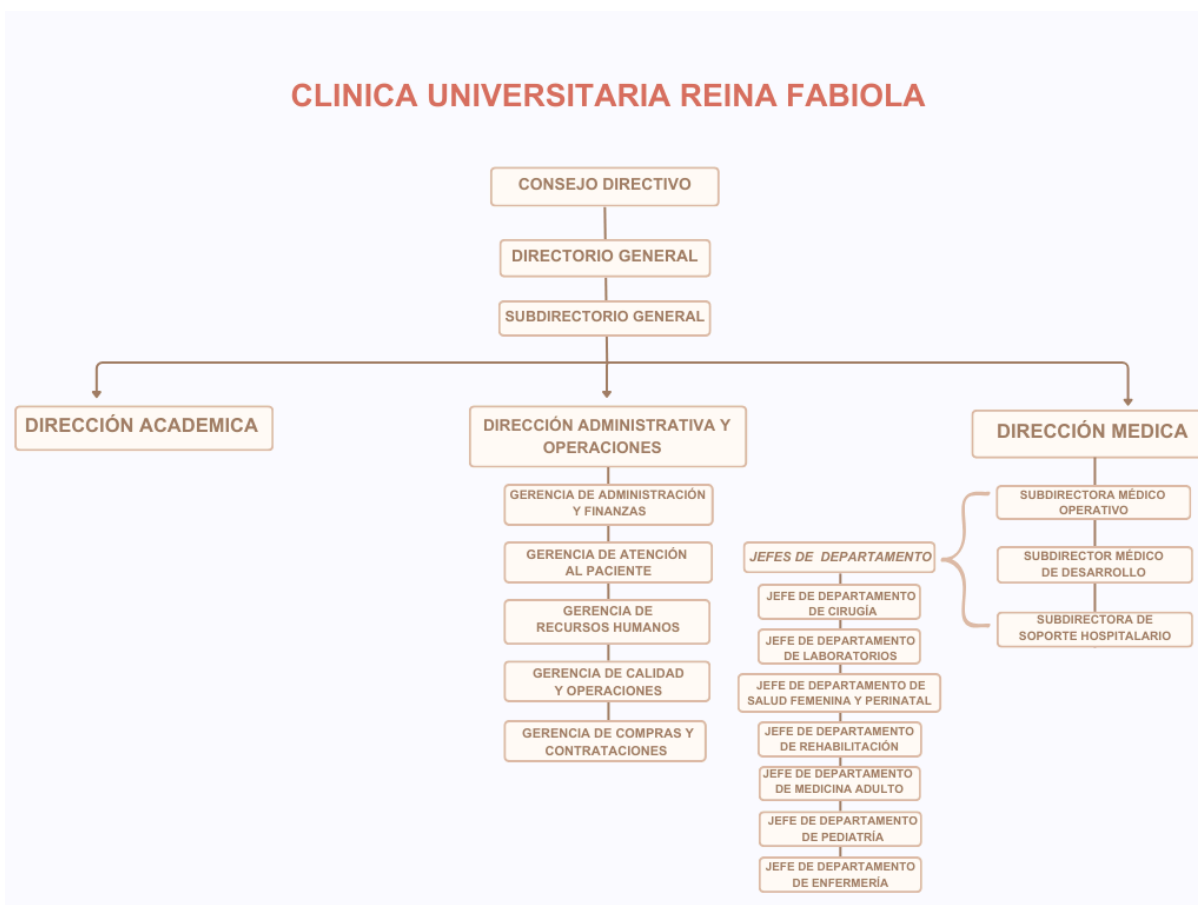
Cabe destacar que las psicólogas del área materno-infantil también intervienen en el área de Obstetricia y Pediatría, generalmente por interconsulta médico-psicológica. En Obstetricia se realizan entrevistas a las madres (previo al nacimiento del bebé), y se llevan a cabo intervenciones más complejas, por ejemplo cuando se detiene un embarazo, o cuando los bebés nacen en situación inesperadas con algún síndrome. También se trabaja en la construcción del vínculo entre la madre y su bebé. Y en pediatría las intervenciones se dirigen no solo con el paciente internado, sino también con sus padres (C. Rivarola, comunicación personal, 26 de Mayo, 2025).

En cuanto al encuadre, en el ámbito de la psicología, es flexible y móvil, ya que los profesionales intervienen en las habitaciones, salas de parto, salas de internación de la UCIN, habitaciones de internación conjunta, y/o pasillos; aunque también tienen un consultorio para atender de manera ambulatoria, donde acuerdan con el usuario un horario y un lugar determinado para definir el encuentro. El tiempo de las intervenciones psicológicas también es flexible, de acuerdo a lo que necesite el usuario, a su disponibilidad y los tiempos del

médico. Cabe destacar que las intervenciones que realizan los psicólogos en la CURF son temporales, y dependen del tiempo que el usuario esté en la clínica. Asimismo, los profesionales pueden realizar derivaciones fuera de la institución (C. Rivarola, comunicación personal, 26 de Mayo, 2025).

Figura 1

## Organigrama Institucional



*Nota:* la figura muestra los cargos del personal en la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el año 2025. Fuente: Página Web Institucional (2025).

**4. EJE DE  
SISTEMATIZACIÓN**

*Los estados emocionales en las parejas parentales que tienen a sus hijo/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y las intervenciones de los profesionales de la salud para acompañarlos.*

## **5. OBJETIVOS**

A partir del eje de sistematización propuesto, se planteará un objetivo general y tres objetivos específicos, que orientarán el recorrido analítico del Trabajo Integrador Final. Dichos objetivos, fueron planteados en base a los datos recolectados en la Práctica Profesional Supervisada.

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los estados emocionales en las parejas parentales que tienen a sus hijos/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y las intervenciones que realizan los profesionales de la Salud para acompañarlos.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Explorar el estado emocional de los padres que tienen a sus hijos internados en la UCIN.
- Conocer cuáles son las preocupaciones más frecuentes de los padres que tienen a sus hijos internados en la UCIN.
- Describir las herramientas de intervención que utilizan los profesionales que trabajan en la UCIN para acompañar a los padres.

## **6. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## 6.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Según Palacio García (2025) la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un servicio especializado que dirige su atención de manera integral a los recién nacidos que presentan un estado de salud grave o potencialmente letal. El autor establece que, generalmente, los pacientes internados requieren de un “soporte vital avanzado debido a patologías como la prematuridad extrema, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas complejas, insuficiencia respiratoria, infecciones neonatales severas u otras alteraciones que comprometen su estabilidad hemodinámica y funcional” (Palacio García, 2025, p.6). El objetivo que se persigue desde la UCIN es la adaptación del recién nacido, y la prevención de futuras secuelas, posibilitando un adecuado desarrollo fisiológico y neurológico.

La UCIN está constituida por un equipo interdisciplinario, formado por “profesionales de enfermería especializados en cuidados críticos neonatales, médicos neonatólogos, intensivistas, auxiliares de enfermería y personal de apoyo como celadores” (Palacio García, 2025, p.06). Sumado a ello, en la CURF, el equipo también incluye a los residentes de neonatología y pediatría, al equipo de Salud Mental, conformado por psicomotricista, trabajadora social y psicología, y a los profesionales formados en el área de puericultura.

Actualmente, en la UCIN los profesionales no solo se preocupan por las necesidades de los recién nacidos, sino también, como menciona Martín García (2019) es imprescindible la atención a las necesidades de los padres y madres; quienes atraviesan un hecho inesperado, que genera una desestabilización emocional (estrés, ansiedad, depresión) y cambios en diversas dimensiones de su vida, como el trabajo, el entorno no familiar, el sueño, la alimentación, y sus actividades. De esta manera, se desarrolló un dispositivo llamado “Cuidado del Desarrollo Centrado en la Familia”, que fomenta la participación de los padres en el cuidado del bebé, y la toma de decisiones, como miembros del equipo de la salud. Esta filosofía según Martín García (2019), “mejora el apego, optimiza la atención individualizada y el desarrollo del neonato” (p.5).

En este sentido, la participación de los padres en la UCIN no solo es beneficioso para la salud del bebé sino también para ellos mismos, mejorando su estado psicológico. Ya que,

les permite informarse y adquirir práctica de los cuidados de su hijo/a que luego tendrán que realizar en su domicilio, disminuyendo los niveles de estrés, miedo y mejorando el autoestima (Ainoza, 2017).

## 6.2. MATERNAJE Y PATERNIDAD

Es necesario profundizar en las funciones que cumplen los padres y madres, para comprender con posterioridad, las repercusiones emocionales que les genera el distanciamiento con su hijo/a. Se desarrollará en primera instancia el rol de la madre, para el cual, es necesario remarcar las diferencias entre maternidad y maternaje desde Oiberman (2022). Mientras que la *maternidad* es considerada como el suceso biológico, el *maternaje*, es un proceso psicoafectivo que puede o no, ir acompañado con los acontecimientos biológicos. De esta manera, la autora remarca que el maternaje posibilita que la madre biológica se transforme en madre psicológica. A partir de ello, se comprende que la función materna no está dada de manera innata en todas las personas, si no que conlleva una construcción.

Tanto la maternidad como la paternidad, son representados de acuerdo a una cultura y a un contexto determinado, por lo que, su concepción va variando a lo largo de la historia. La paternidad es un claro ejemplo de ello, como menciona Nieri (2022), ya que históricamente se ha considerado a este rol vinculado a la tarea social y económica, y hoy se puede pensar en un padre “*nutricio*”, junto con la emergencia de un nuevo modelo de pareja parental, donde ambos están involucrados en las tareas del hogar y en la crianza. El padre *nutricio* implica un cambio actitudinal hacia los hijos, ya que descubren que pueden cambiarlos, acariciarlos, jugar, darles de comer, sin dejar de lado su virilidad.

En este marco, se toman los aportes de Oiberman (1994) para definir a la paternidad como:

“El proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en su desarrollo, distinto del de la madre” (p.67).

En relación a lo anteriormente mencionado, es necesario añadir que tanto el rol materno como paterno, son procesos singulares, que si bien se ajustan al contexto y a las concepciones culturales de la época, también está atravesado por “la historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido” (Nieri, 2022, p.162).

Una vez definidos los términos de maternaje y paternidad, es necesario determinar las funciones que cumple cada uno, teniendo en cuenta que no están determinados por el género. En este marco, se retoman los aportes de Bleichmar (1993), correspondientes al primer tiempo de la constitución del aparato psíquico, donde se le asigna a la madre la función de implantación de la pulsión y de narcisización. Según la autora, el sujeto al nacer funciona como una vesícula que trae consigo mecanismos auto conservativos, que precisan del auxilio ajeno para funcionar. La asistencia proporcionada al recién nacido genera una excitación, que posibilita la implantación de la pulsión, produciendo así un pasaje de lo biológico a lo psíquico. De esta manera se funda el psiquismo del recién nacido, desde el adulto que al satisfacer las necesidades básicas del bebé, implanta un plus inevacuable, desde su inconsciente.

Una vez que se ha implantado ese plus inevacuable, Bleichmar (1993) considera que el bebé debe aprender a tolerarlo, y para ello, la madre, desde sus representaciones yoicas, le permitirá ligar la libido intrusiva por vías colaterales, que posibilitarán inhibir estas cargas. De esta manera, la madre comienza a estructurar el vínculo amoroso con su hijo. Para que todo ello se dé, es necesario contar con el narcisismo trasvasante de la madre, donde el amor de ella, inviste al sujeto, y este es visto como un todo para la madre.

En función de lo planteado, es importante destacar los aportes de Winnicot (1990) acerca de la dependencia, que tiene inicio antes del nacimiento. Los bebés al comienzo de su vida, son altamente dependientes y afectados por lo que ocurre en su entorno, por ello “el bebé se describe en términos de adaptabilidad de la madre a las necesidades de aquel” (p.112). La madre sabe cómo responder a las necesidades de su bebé desde una comprensión sensitiva y personal, porque ella también estuvo en ese lugar, y como menciona el autor, las experiencias nunca se borran. Sumado a ello, la madre no requiere de un conocimiento teórico

para realizar dichas tareas, porque lo ha gestado durante varios meses, de modo que, ningún médico, o enfermera (aunque son fundamentales en caso de emergencias), pueden saber tanto como ella.

Por consiguiente, Winnicot (1990) menciona que los bebés están expuestos a sentir niveles de ansiedad muy altos, y si se los despoja del contacto humano y familiar durante mucho tiempo, experimentan sensaciones que el autor representa como: caída interminable, partirse en pedazos, morir, y/o total desesperanza.

El padre en los primeros tiempos de vida de su hijo, no solo cumple la función de implantación y narcisización, si no que también actúa como el sostén de la madre en la maternidad, y beneficia el drenado de libido de la madre, para que no sobreinvierta a su hijo (Bleichmar, 2000, como se citó en Hernando, s.f).

Desde esta perspectiva, Nieri (2022) establece que el padre cumple una función de “soporte emocional de la madre en el período posterior al nacimiento del bebé” (p.165). Y Winnicott (1956) refleja que para que la madre ofrezca un buen holding, es decir, que provea un apoyo yoico a la criatura, es necesario que esté sostenida por su pareja.

Para comprender en mayor profundidad la experiencia emocional que les genera a la madre la hospitalización de su hijo en la UCIN, es importante remontarse a las raíces de la relación madre-hijo, entendiendo que la misma no se construye fuera del vientre, sino como dice Winnicott (1986) en experiencias más tempranas de la mujer, probablemente en sus juegos infantiles relacionados con la maternidad. Sumado a ello, previo al nacimiento del bebé, suceden numerosos hitos, que son nombrados por Mercado (2022) como: la decisión de tener un hijo, la advertencia del embarazo, y los posteriores cambios físicos que suceden en el cuerpo de la mujer, y los movimientos del feto. En estos momentos, los padres van construyendo fantasías, representaciones junto a la emergencia de temores, y preocupaciones sobre el bebé imaginado y también sobre su rol como padres. Estas representaciones, como establece Nieri (2022), “incluyen aspectos conscientes, preconscientes e inconscientes y están afectadas por las relaciones tempranas objetales de los padres y por sus experiencias de apego” (p.165).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, Oiberman (2022) explicita que a la mayoría de los padres, cuando reciben la noticia de que su hijo será ingresado a la UCIN, les genera una impresión proporcional a una sensación de enorme pérdida, frustración y derrumbe, ya que todo lo que imaginaron, planificaron y soñaron para su bebé hasta ese momento, se derriba. Así, se da paso al bebé real, que al principio es considerado como un extraño, que genera confusión y dolor.

### 6.3. ESTADO EMOCIONAL EN LA PAREJA PARENTAL ANTE EL INGRESO DE SU HIJO/A A LA UCIN

En primera instancia, es de relevancia retomar los aportes de Chóliz Montañés (2005), quien reúne diversos aportes teóricos, para formular una definición clara sobre la emoción. Según el autor “se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (p.3). Para profundizar en los sistemas de respuesta, el autor se sirve de los aportes de Lang (1968, como se citó en Chóliz Montañés, 2005), para comprender la desincronía entre los mismos. Desde esta perspectiva, no necesariamente una emoción producirá la misma activación a nivel cognitivo, conductual, y fisiológico, dando lugar a respuestas diferenciales. A su vez, cada uno de los sistemas de respuesta, puede tener mayor relevancia en una persona determinada, en una emoción particular, o ante una determinada situación.

Continuando con la definición, el autor establece que todo proceso psicológico implica una experiencia emocional que se manifiesta con intensidades y cualidades diversas (Chóliz Montañés, 2005). En cuanto a las dimensiones que caracterizan las emociones, ha habido varias propuestas, pero las únicas que han sido compartidas por todos los autores, y de las que va a considerar el autor mencionado, son las dimensiones de intensidad de la reacción emocional y de agrado-desagrado. Estas dimensiones no implican una clasificación exhaustiva de todas las reacciones emocionales, ya que hay diversos tipos de emociones que comparten estas características y aun así, son diferentes; pero son las únicas dimensiones, que atraviesan a todas las reacciones afectivas. Para concluir con la definición, el autor considera que la emoción conlleva una cualidad fenomenológica.

En relación a lo mencionado anteriormente, Reeve (2010) establece que las emociones tienen un carácter funcional, posibilitando que el individuo pueda adaptarse a los ambientes sociales y físicos cambiantes. De este modo, retoma los aportes de Plutchik, para mencionar que las emociones tienen, al menos, ocho propósitos: protección, reproducción, afiliación, exploración, destrucción, reunión, rechazo, y orientación (Plutchik, 1970, 1980, como se citó en Reeve, 2010). Cada reacción emocional permite que los humanos puedan preparar de manera automática y exitosa, una respuesta que le permita adaptarse a las tareas de la vida. En

esta línea de pensamiento, el autor anteriormente mencionado, concluye que todas las emociones son organizadores positivos, deliberados, adaptativos y funcionales, porque orientan el comportamiento hacia donde corresponde.

Continuando con los aportes de Reeve (2010), es de relevancia destacar las tres funciones principales de la emoción que propone: una de ellas son las funciones adaptativas, que permiten preparar al organismo para que movilice las conductas necesarias, frente a condiciones ambientales determinadas. Otra de las funciones, son las sociales, que tienen un valor indudable en las relaciones interpersonales, ya que posibilitan a los demás, anticipar el comportamiento asociado a la expresión de las emociones manifestadas. Estas funciones, según Izard (1989, como se citó en Chóliz Montañés, 2005) facilitan las interacciones sociales, la comunicación de las emociones, promueve las conductas que benefician al otro, y motiva a que las personas puedan controlar su conducta. En este marco, se entiende que emociones como la ira, promueven respuestas de confrontación o evitación, mientras que la felicidad, beneficia a los vínculos interpersonales.

Por último, el autor refiere a las funciones motivacionales, estableciendo que la motivación y la emoción tienen un vínculo íntimo, que está presente en cualquier actividad que tenga las características principales de la conducta motivada, esto es: intensidad y dirección. En cuanto a la intensidad, cuando una conducta está cargada de emoción, se ejecuta de forma más energética, y por otro lado, dirige la conducta, facilitando la evitación o el acercamiento hacia el objetivo que tiene la conducta motivada (Reeve, 2010).

Teniendo en cuenta lo mencionado en los párrafos anteriores, se retoman los aportes de Jiménez Parrilla et al. (2003), quien considera que el nacimiento de un hijo conlleva intrínsecamente un estado de incertidumbre en los padres, sobre sus capacidades en el rol parental, las reacciones esperables o no esperables del bebé, sumado al desarrollo, crecimiento y aprendizaje que su hijo debe seguir. Es decir que, aún en los padres de un recién nacido que no ha ingresado a la UCIN, surgen dudas vinculadas al desarrollo normal de su hijo.

Si a lo mencionado anteriormente, se le añade que su hijo es considerado de “alto riesgo neurosensorial”, es decir, que su condición puede obstaculizar los procesos de maduración neurológica y la organización sensorial, y que a su vez, se acrecienta el riesgo de posibles alteraciones en el desarrollo cognitivo, conductual y motor (Lucas Bermeo y Robalino Balseca, 2025); los miedos y las dudas de la pareja parental se multiplican,

incrementando la ansiedad y la preocupación que puede interferir en el vínculo paterno-filial. A su vez, es importante remarcar que, la alteración en el vínculo, puede traer consecuencias en el desarrollo del bebé, sumado al gasto emocional, económico y humano que genera en los familiares (Jiménez Parrilla et al., 2003).

En este sentido, Jiménez Parrilla et al. (2003) establece que frente a estas situaciones los padres experimentan altos niveles de ansiedad, culpa, desesperanza y depresión, susceptibles a derivar en patologías, debido a que están atravesados por circunstancias intensas, en un tiempo prolongado.

En esta línea, es menester representar la experiencia que atraviesan los padres al momento de la internación de sus hijos y para ello, se retoma a Oiberman (2022) quien plantea dicho escenario:

“La madre está en la sala de parto..., acaba de tener a su bebé. Los obstetras se lo muestran muy brevemente. El neonatólogo, inquieto, lo toma en brazos, lo lleva a un lugar más apartado, comienza a realizarle los estudios de rutina y con un gesto rápido le indica a la enfermera que lo lleve a Neonatología para colocarlo en una cuna o incubadora, según la gravedad del estado del bebé. Se dirige a la madre y, en pocas palabras, le dice que su hijo no vuelve con ella a la sala sino que es necesario observar y estudiar al niño”. (p.24)

Frente a esta situación, que generalmente es inesperada, los padres experimentan un impacto emocional, debido a que el nacimiento de su bebé no se ajusta al nacimiento imaginado durante el embarazo, recibiendo a su bebé en brazos, y estando juntos en la habitación. Esta separación abrupta entre los padres y su bebé, serán vivenciados por los primeros con mucha angustia y ansiedad por conocerlo (Oiberman, 2022).

Para los familiares, según Martín García (2019), la internación de un bebé en la UCIN genera una experiencia emocionalmente compleja, caracterizada por el miedo a la pérdida, la ansiedad frente a lo desconocido, impotencia, inseguridad en relación al pronóstico, sensación de vulnerabilidad e incertidumbre sobre la salud del bebé. Sumado a ello, el autor establece que surge el deseo frustrado de estar cerca del recién nacido. Esta experiencia puede ser vivida como traumática para muchos, y en algunos padres, suele aparecer la culpa, asociando la internación de su hijo a una falla en su rol protector. Se vuelve necesario, según el autor anteriormente mencionado, abordar estas emociones cuando emergen, para evitar posibles consecuencias clínicas en un futuro, entre ellas, menciona a la depresión post parto, estrés postraumático o trastorno de ansiedad, por lo que se vuelve esencial el rol del psicólogo en la UCIN.

Por otro lado, también se vuelve necesario destacar algunas cuestiones características del ámbito médico, tanto clínicas como técnicas, que pueden intervenir en el estado emocional de los padres e incluso agudizar las emociones mencionadas anteriormente; como las alarmas sonoras de los monitores, los dispositivos invasivos, el equipamiento médico, el lenguaje técnico con el que se comunican los del personal de salud, y en ocasiones, la escasa comunicación (Martín García, 2019).

#### **6.4. PREOCUPACIONES DE LOS PADRES ANTE EL INGRESO DE SU HIJO/A A LA UCIN**

Según Prados Atienza (2002) la preocupación designa una actividad cognitiva, que tiene inicio cuando se anticipa la posibilidad de que ocurra una situación indeseada. Esta actividad influye en la conducta del sujeto, para prevenir o solucionar dichos sucesos o consecuencias, que pueden ejecutarse con éxito o sin él.

Vinculado a lo mencionado anteriormente, es menester plasmar la definición propuesta por Borkovec y colaboradores (1983, como se citó en Vetere et al., 2011), quienes establecen que la preocupación es:

“Una cadena de pensamientos e imágenes cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de preocupación representa un intento de solución mental de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto y conlleva la posibilidad de una o más consecuencias negativas”. (párr. 19)

El sistema cognitivo humano, al anticipar un suceso negativo, inicia un proceso de elaboración, simulando algunas consecuencias, como emociones y comportamientos, que tendrían esa posibilidad, si el evento ocurriera. Es de relevancia destacar, que las preocupaciones pueden estar vinculadas a situaciones presentes, o ser una mera construcción del sujeto, que implique posibilidades remotas de su ocurrencia (Prados Atienza, 2002).

En este marco Ferrer Bottero (2002) establece que en el fondo, hay una función adaptativa en la preocupación, que es biológica y genera una reacción de alerta, para preparar al organismo a enfrentar la eventual amenaza. De modo que, cuando el organismo está

informado de la amenaza, inmediatamente surge la actuación como consecuencia. Esta sería una función biológica normal de la preocupación para el autor.

Sin embargo, la preocupación no siempre es seguida por la actuación, si no que genera inmovilidad y sufrimiento. Como menciona Ferrer Bottero (2002) “la persona se queda preocupada, como siguiendo un ritual vacío, sin ninguna posibilidad de actuación” (p.97). Desde esta perspectiva, se puede diferenciar la preocupación normal de la patológica: si la preocupación conlleva una función de alerta y se sigue de una actuación de afrontamiento, es una función normal; por el contrario, si la preocupación se queda en la función de alerta, sin preparar una actuación, es una función patológica. En relación a ello, Padros Atienza (2002) establece que la preocupación puede generar una experiencia subjetiva de perturbación, que será descrita según la posibilidad evaluada, la duración y la recurrencia del proceso, pudiendo generar inquietud, desesperación, nerviosismo, culpa, tristeza, o celos, en diferentes grados

Como se ha mencionado anteriormente, la internación de un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales genera en los padres un estado de incertidumbres sobre la salud de sus hijos, y ansiedad frente a lo desconocido. Según los estudios de Muñoz et al. (2021) uno de los temas centrales vinculados a las vivencias de las madres durante la hospitalización de sus hijos, era la preocupación ante los procedimientos invasivos en el neonato, sus hijos están rodeados de tecnologías y elementos que suelen ser desconocidos para ellas, y por ende, generadores de preocupación y angustia. En un contexto de incertidumbre y donde hay falta de información de los profesionales, también aparecen imaginarios de posibles consecuencias, o desenlaces, que aumentan las preocupaciones de los padres.

En este sentido, resulta pertinente comprender que, así como el maternaje y la paternidad son procesos individuales, las preocupaciones son parte de ello, y surgirán en relación a la historia de cada padre, y a los miedos particulares de cada uno. Esto se evidencia claramente en el texto de Oiberman (2022), quien menciona numerosos casos, en los cuales se expresan preocupaciones diferentes, que se corresponden con la edad de los padres, la conformación de su familia, los imaginarios sociales que se sostienen en ella, la historia que los atraviesa, sus ideales, su situación socioeconómica, y la experiencia que han tenido en el hospital donde ha sido internado su hijo/a.

## 6.5. HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Las herramientas de intervención utilizadas por el equipo de la salud que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se efectúan desde el enfoque de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), propuesto por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012). Este modelo considera a los padres, a la familia y al equipo de la salud, como actores centrales de la atención de la madre y su bebé. Desde esta perspectiva se busca respetar y proteger los derechos de la mujer y del bebé, promoviendo la participación y colaboración de los integrantes de la familia. En este marco, se realizan prácticas seguras y efectivas, impulsando iniciativas como la lactancia materna.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el trabajo con la familia en la UCIN, es tan importante como con el usuario internado. Según González y Alfie (2023) los padres se enfrentan a nuevas exigencias para conocer a su hijo, regidos por tiempos personales y singulares, que dependen de la historia de cada familia. Ante el ingreso prematuro de un hijo, los ideales de los padres se ven amenazados y requiere de un gran desafío, la adaptación familiar a esta nueva situación. De este modo, según los autores, es fundamental que el equipo de la salud, considere si la familia cuenta con una red social y/o familiar, su contexto socio ambiental, antecedentes perinatales, internaciones previas en la UCIN, duelos, si han tenido otros hijos o miembros de la familia con diagnósticos similares, y si tuvieron o tienen padecimientos en salud mental. Esta información es necesaria para que el equipo pueda definir el acompañamiento a las familias, contribuyendo a que tengan un mejor afrontamiento del tránsito de la internación de su hijo/a (González y Alfie, 2023).

Una de las intervenciones destinadas al cuidado del niño/a y su familia en la CURF, radica en facilitar la permanencia continua de los padres en la UCIN, que posibilita según González y Alfie (2023) la proximidad física con su hijo/a, y promueve el apego entre las madres y sus bebés. Esta perspectiva se sustenta desde los aportes de Spitz (como se citó en Young et al., 2025) quien describe el síndrome del hospitalismo, como una respuesta física y emocional desfavorable en niño/as que han sido hospitalizados durante un tiempo prolongado y que han sido privados de una rutina habitual y de un ambiente familiar. Con posterioridad, se instalan los aportes de Bowlby (1954, como se citó en Barrales, 2018), quien hace referencia a la privación absoluta en instituciones donde no hay quien cuide de forma

individualizada al niño/a, promoviendo sentimientos de seguridad y protección. Dicha privación altera el desarrollo del carácter del menor, pudiendo ocasionar hasta su incapacidad de adaptarse socialmente.

Otro de los aportes, que permiten dilucidar la importancia del acercamiento temprano entre los padres y su hijo/a, los postula Barrales (2018), quien retoma varias investigaciones actuales, para señalar que la institucionalización en los niños generan alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo, afirmando que la maduración del sistema nervioso, dependen de la estimulación, el cariño y los cuidados que devienen de los adultos. Por eso, consideran que los primeros momentos de la vida son una etapa fundamental para establecer lazos con los cuidadores y sus hijos/as.

Otra de las intervenciones que ofrece el equipo de la salud en la UCIN, es incluir a los padres en el cuidado de sus hijos, como participantes activos, favoreciendo la construcción del vínculo con su hijo en la sala de internación, y disminuyendo los niveles de ansiedad, depresión y estrés en los padres (González y Alfie, 2023).

Continuando con lo planteado hasta entonces, la palabra también es una herramienta de intervención fundamental en los profesionales de la salud. Con el ingreso de los psicólogos perinatales, en el siglo XXI, según Oiberman (2022) se le empieza a poner palabra al embarazo, al parto y al puerperio. Las mujeres embarazadas, hasta el día de hoy, atraviesan cirugías, cortes, anestесias, sin mediación de la palabra. Es por ello que surge la psicología perinatal, para recuperar el acto simbólico al nacimiento. En este sentido, la palabra que se utiliza desde la psicología, es para responder a una necesidad propia de toda mujer y de todas las familias, de ser acompañada, escuchada, respetada, y sostenida ante el nacimiento de un bebé.

Si bien se ha planteado anteriormente a la palabra como una herramienta de intervención característica del rol del psicólogo, también es fundamental en el resto del personal de la salud. En torno a esto, Palacio García (2025) plantea que los profesionales de la salud, ocupan un rol importante para mitigar el impacto emocional de los padres, de modo que “una comunicación empática, clara y continua permite reducir la ansiedad de los padres, fomentar la confianza en el equipo médico y favorecer una experiencia más humana” (Palacio García, 2025, p.12). El autor menciona algunas estrategias necesarias para contener emocionalmente a los padres, entre ellas: comunicarles los procedimientos llevados a cabo, en un lenguaje fácil de comprender, brindarles información de manera frecuente, comentarles cómo va evolucionando su hijo, y también, generar una apertura al diálogo con ellos.

En este marco, Gonzáles y Alfie (2023) coinciden en la importancia de que los padres sean informados sobre la salud de sus hijos en un lenguaje accesible y de manera diaria, para colaborar en la construcción de rutinas, como menciona Konikoff y Triluzi (2019, como se citó en González y Alfie, 2023). Las autoras mencionadas explican que establecer rutinas en la nueva dinámica familiar, genera una sensación de previsibilidad, que permitirá disminuir el estrés de la pareja, contrarrestando el nivel de incertidumbre y preocupación.

En relación a lo mencionado en los apartados anteriores, Palacio Garcia (2025) esclarece que, la función de los profesionales que trabajan en la UCIN va más allá de la mera atención clínica, ya que “son agentes activos en el acompañamiento emocional y la integración de la familia en el proceso de cuidado” (p.12). Y en este punto, se destaca el rol de enfermería, que no solo se encarga de los cuidados técnicos y médicos del usuario, sino que también actúa como un soporte emocional, que guía a los padres en una circunstancia altamente estresante y de vulnerabilidad. Desde esta perspectiva Muñoz et al. (2021) considera que las madres de los bebés que han sido ingresados a la UCIN deben contar con una red de apoyo que les ayude a atravesar este proceso, tanto familiares como los profesionales que están cuidado de la salud de su hijo.

## **7. MODALIDAD DE TRABAJO**

## 7.1. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA

El presente trabajo se realiza desde la modalidad de Sistematización de Experiencias; que según Jara (2011) tiene como objetivo principal “obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias” (p.3), a partir de “ordenar y reconstruir el proceso vivido” (p.4) y generar una interpretación analítica de ello. Otra de las finalidades que se persiguen en esta modalidad, es la comunicación de las enseñanzas que se han extraído del proceso.

Según Barnechea y Morgan (2010) la Sistematización de Experiencias conlleva la “intencionalidad de transformación” (p.97). En tanto, propicia discusiones en el campo teórico, enriquece y actualiza conceptos, contribuye a generar explicaciones de los fenómenos sociales, y enriquece la teoría a partir de la práctica.

Para profundizar en la experiencia, se toman los aportes de Jara (2011), quien la describe como “procesos históricos y sociales dinámicos” (p.3), y a su vez, procesos únicos, vitales y complejos, ya que se constituyen por factores objetivos y subjetivos que se interrelacionan. Entre ellos el autor menciona: las condiciones del contexto en el que se lleva a cabo la práctica, las situaciones particulares, acciones intencionadas en respuesta a las situaciones, reacciones, resultados, percepciones de las personas que intervienen, y las relaciones que se generan.

Teniendo en cuenta lo plasmado anteriormente, es necesario esclarecer que los protagonistas de la experiencia, son quienes producen el conocimiento sobre la práctica; como menciona Barnechea y Morgan (2010) “se parte de la unidad entre sujeto y objeto del conocimiento” (p. 103). Por lo que, se requiere indispensablemente que la persona que utilice esta modalidad de trabajo, se apropie críticamente de sus vivencias, utilizando todos los factores mencionados anteriormente, que demarcan la singularidad del proceso.

Como la experiencia es un proceso complejo, es necesario definir un objetivo, delimitar el objeto a sistematizar, precisar el eje, las fuentes de información que se van a utilizar y los procedimientos que se van a seguir (Jara, 2011). De este modo, el protagonista podrá focalizar su atención en aquellos datos que le serán de utilidad, en relación a su objetivo.

## 7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se ha utilizado como instrumento las notas de campo, que según Yuni y Urbano (2006) “contienen narraciones de aquello que es visto y oído por el investigador en el escenario observado” (p.55). Lo particular de esta técnica es que incluye el registro de la reflexividad del observador, lo cual permite integrar los datos objetivos y subjetivos de la experiencia en el campo. En relación a ello, Sampieri et al. (2014) establece que las anotaciones pueden ser de lo que se observa, siguiendo un orden cronológico de los hechos presenciados; anotaciones interpretativas del observador “de lo que estás percibiendo sobre significados, emociones, reacciones, interacciones de los participantes” (p. 371), anotaciones temáticas, personales y de la reactividad de los participantes.

En las notas de campo se han registrado las experiencias en revistas de sala de la UCIN, visitas al área de obstetricia, de perinatología, y neonatología; entrevistas de admisión, ateneos de salud mental y consultorio de psicomotricidad, y neonatología. En todas ellas, el rol que se ocupó ha sido el de observador no participante, que según Yuni y Urbano (2006) “supone un cierto distanciamiento del investigador respecto a los fenómenos de la realidad observada (...) y evita realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que les interesa observar” (p.41-42).

Otra de las técnicas utilizadas para la recolección de datos, fueron las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales de la salud que trabajan en el Área de Neonatología, entre ellas, psicomotricistas, neonatólogas y psicóloga. Según Sampieri et al. (2014), “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p.403).

### **7.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS**

La población en la que se focalizará la sistematización de experiencia, está conformada por los padres y madres que tienen a sus hijo/as internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Las edades de los usuarios hospitalizados varían entre las 29 y 37 semanas, ingresados por prematuridad, aunque también se ingresan a los bebés mayores de 37 semanas, hasta el primer mes de vida, por diferentes motivos como: dificultades respiratorias, convulsiones, fiebre, infección urinaria, entre otras. El tiempo de internación de los usuarios es variado, y depende de cómo respondan al tratamiento otorgado por los profesionales, hasta que los mismos consideren que está en condiciones para darle el alta. Pueden permanecer internados desde unos días hasta varios meses.

Por otro lado, también se tendrá en cuenta al equipo de la salud que trabaja en la UCIN, entre ellos: enfermeras, neonatólogos, residentes, psicólogas, psicomotricistas, y trabajadora social.

### **7.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Es de relevancia destacar en este apartado, los principios generales planteados en la Declaración Universal de los Principios Éticos para Psicólogos/as (2008), cuyos profesionales deben acatar: respeto por la dignidad de las personas y los pueblos; cuidado competente del bienestar de los otros; integridad; responsabilidades profesionales y científicas y responsabilidad social. Estos principios han sido tomados por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), quien a su vez, determinó ciertos valores y normas vinculados a ellos, que se deben contemplar en el quehacer profesional, como por

ejemplo: el trato justo, consentimiento informado, secreto profesional y derecho a la información, entre otros.

El ejercicio profesional, también está atravesado por la Ley de Salud Mental N°: 26.657 (2010) y la Ley Provincial N°: 9.848 (2010), que tienen como objetivo, “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional” (Ley de Salud Mental, 2010, p. 10).

Es menester mencionar la Ley N° 26.526 (2009), que alude a los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud, donde se tiene en cuenta la autonomía de voluntad del paciente, el acceso a la información y documentación clínica.

Teniendo en consideración que el trabajo de sistematización se realizará en el contexto de neonatología, es de relevancia mencionar la Ley N° 25.929 (2004) donde se establece que, tanto las obras sociales como las entidades de medicina prepaga deben brindar “determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio” (Ley de Parto Humanizado, 2004, párr. 1).

En la Ley mencionada anteriormente, se puntualizan los derechos de los padres y del sujeto recién nacido. Uno de los derechos esenciales para la persona recién nacida es “ser tratada en forma respetuosa y digna” (Ley de Parto Humanizado, 2004, art. 3) y también “que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación” (Ley de Parto Humanizado, 2004, art. 3).

**8. ANÁLISIS DE LA  
EXPERIENCIA**

## **8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO**

A continuación, expondré una reconstrucción del proceso vivido en la Práctica Profesional Supervisada, realizada en el año 2025. La práctica fue ejecutada en el Área de Neonatología de la CURF donde participé desde el rol de observador no participante, acompañando a profesionales de la salud, entre ellos: psicólogas, psicomotricistas, trabajadora social, psiquiatras, residentes, enfermeros y neonatólogos. He estado presente en Ateneos de Salud Mental, en Salas de Neonatología, Entrevistas de Admisión, Consultorio de psicomotricidad, y neonatología, Revistas de Sala y también he realizado entrevistas a los profesionales de la Clínica.

### **8.1.1. PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Comencé la Práctica el 14 de Abril, cuando nos reunimos por primera vez en la CURF con una compañera, la referente universitaria, y las referentes de la institución. Una de las referentes trabajaba en el área de Neonatología, y la otra en el área de Psicooncología. Nos explicaron cual era su ejercicio en cada área, y luego nos comentaron que deberíamos elegir una para realizar las prácticas por el resto del año. Con mi compañera, en principio teníamos la ilusión de realizar las prácticas juntas en el área de Neonatología, aunque luego de escuchar ambas propuestas, también nos interesó el área de Psicooncología. Ese día, tuvimos que debatir cuál era el área que más nos convenía, y terminamos decidiendo que mi compañera haría sus prácticas en el área de psicooncología, y yo en el área de neonatología (Registro N°1, 14/04/2025).

### 8.1.2. INGRESO A NEONATOLOGÍA

El primer día que ingresé a las salas de neonatología, fue el 15 de Mayo. Ese día la referente me hizo un recorrido por todas las habitaciones, comenzando por la Office Médico, donde se reúnen los profesionales de la salud que trabajan en el área de neonatología. Allí los profesionales hacen las evoluciones de los pacientes y aprovechan el espacio para descansar, alimentarse y conversar con los colegas. También visitamos las habitaciones de internación conjunta, las salas de neonatología (A, B, C Y D) y la habitación destinada a la lactancia materna. En todas estas habitaciones interviene la psicóloga, (entre otros profesionales) realizando entrevistas a los padres y madres de los bebés que se encuentran internados en la UCIN (Registro N°3, 15/05/2025).

A medida que me mostraba las habitaciones, la referente me comentaba el modo de trabajar de los profesionales allí, y me explico que no realizan estimulación temprana a los neonatos, si no que realizan una intervención oportuna, donde se respetan los tiempos de desarrollo de cada bebé, contemplando la edad corregida, lo cual me llamó la atención (Registro N°3, 15/05/2025).

Me sentí muy cómoda visitando cada lugar de neonatología, pude observar fácilmente el compañerismo y el respeto entre los profesionales, y la calidez con la que se dirigen a los padres/familiares de los bebés que se encuentran internados allí. En este sentido, destaco el vínculo que se genera entre la psicóloga y los padres. La profesional se dirige con calma, a través de su voz, y sus gestos, transmitiendole tranquilidad a los padres, y abriendo un espacio de escucha, donde la pareja le comenta sus preocupaciones, y ella, responde desde su saber.

Una de las situaciones vinculadas a lo mencionado anteriormente, se registró el día 2 de Agosto, ese día visitamos a los padres de una bebé que estaba internada en la UCIN, ellos estaban en una habitación en obstetricia. Uno de sus inconvenientes, era que querían recibir información de los médicos, sobre el estado de salud de su hija, pero no sabían con quién comunicarse, ya que creían que los médicos los visitarían en la habitación. Pero la referente les explico que para comunicarse con ellos, tienen que ir a la sala de neonatología, y comentarle a un enfermero, o bien, dirigirse directamente a la Office Medico. La madre también le comentó a la referente que tenía mucho miedo (ya que son padres primerizos), y C le dijo que de a poco iba a ir conociendo a su bebé e iba a decodificar lo que su hija necesitaba

de ella. Le explicó que el vínculo se va construyendo, y la madre, luego de escucharla, le dijo que la dejaba tranquila (Registro N°21, 02/08/2025).

Luego de numerosas visitas y acompañamiento a la referente, me he dado cuenta que su rol es fundamental para acompañar a los padres, ya que generalmente el servicio médico en Neonatología está al cuidado de los bebés, y descuida el estado emocional de los padres, sus preocupaciones, dudas, e intereses. A su vez, el psicólogo funciona como un intermediario entre los padres y los médicos, ya que, en la Office Médico, recibe información clínica de los usuarios/padres, y también obtiene información de los mismos, cuando realiza las entrevistas, que a su vez, le permite aconsejar al equipo médico en sus intervenciones e incrementar el bienestar de las familiar.

### **8.1.3. ATENEOS DE SALUD MENTAL**

Tuve la oportunidad de presenciar cuatro ateneos con el equipo de Salud Mental, generalmente, los profesionales intentan reunirse el primer Jueves de cada mes, pero por diferentes razones, este año no se han podido realizar todos los meses. El primero al que asistí se realizó el 5 de Junio, en la sede de Jacinto Rios. Fuimos con mi referente, y mi compañera, allí nos encontramos con el jefe del área de Salud Mental, que es psiquiatra infanto-juvenil y psicoanalista, con una psicomotricista, y una psicóloga que trabaja con adultos, también estaba presente otra de las profesionales, pero conectada por meet. El objetivo de la reunión era organizar la jornada de Salud Mental, que se llevará a cabo en Agosto o Septiembre, junto a instituciones de servicios públicos (Registro N°9, 05/06/2025).

Los profesionales allí presentes plantearon la idea de organizar tres mesas, una de ellas orientada sobre los niños, otra referida a los adolescentes y la tercera a los adultos. Para ello, se seleccionarán a diversos profesionales que trabajan con dichas poblaciones, para que puedan presentar la temática elegida y para que comenten sobre sus intervenciones. Se plantearon diferentes temáticas para abordar; en relación a la población de niños, se planteó focalizar en neonatología, y la modalidad abierta que se brinda en la Clínica, a su vez,

comentar sobre los beneficios en la evolución y recuperación de los neonatos, y las intervenciones que realizan los profesionales allí.

Para la mesa de adolescentes, se planteó profundizar en la sexualidad, focalizando en los casos trans, ya que en los últimos años se incrementaron los ingresos de pacientes trans. Y se propuso la participación de una endocrinóloga. En cuanto a la mesa de los adultos, se planteó hacer una exposición sobre la UTI (Unidad de Terapia Intensiva) abierta, la modalidad de intervención de los profesionales, y sobre cuidados paliativos.

Me pareció muy interesante la manera de abordar estas reuniones, en un ambiente flexible y amable, donde todos los profesionales escuchan las propuestas de sus colegas, e intentan colaborar desde su saber, para construir entre todos una idea más fructífera. Se puede observar el trabajo en equipo de los profesionales, y la predisposición de cada uno de ellos. A nosotras, como practicantes, se nos ofreció un lugar donde nos sentimos cómodas, nos integraban a sus conversaciones, nos explicaban lo que no sabíamos, y se dirigieron de manera amable.

La segunda vez que asistí a un ateneo de Salud Mental fue el 3 de Julio. Ese día, asistieron a la reunión: el Jefe del Área de Salud Mental, una psiquiatra infanto-juvenil y una psicóloga que trabaja con adultos en la UTI. El tema que se abordó fue sobre un caso que presentó la psicóloga. Se trataba de una usuaria de 17 años que fue internada por segunda vez, y la psicóloga intervino porque estaba “lábil emocionalmente y muy ansiosa” (Registro N°19, 03/07/2025).

La psicóloga nos comenta sobre el caso, y comienzan a hacer aportes entre los tres profesionales allí presentes, en varias ocasiones los médicos psiquiatras nos explicaron cuestiones médicas que no entendíamos sobre el estado de salud de la adolescente. Me interesó cómo se complementan los distintos saberes de los profesionales, y a partir de ello, como se encausa una conjetura más compleja sobre el caso.

#### **8.1.4. ENTREVISTAS DE ADMISIÓN**

Las entrevistas de admisión se realizan a los padres que tienen a sus hijos/as internados en la UCIN, una semana después de su ingreso. Generalmente se llevan a cabo los sábados, o en su defecto, los jueves. Las profesionales encargadas de realizarlas, son: psicomotricista, psicóloga, y trabajadora social. Las entrevistas de admisión tienen el objetivo de que las profesionales conozcan a los padres, y viceversa, que los padres tengan conocimiento sobre las profesionales, para acudir a ellas, en caso de necesitar su servicio.

Es una entrevista semidirigida (Registro N°10, 07/06/2025), la profesional encargada de hacer las preguntas, se guía por una planilla, donde están preestablecidas algunas consignas, para recoger información sobre el recién nacido, la madre y el padre. Una vez que se concluye con esta primera parte cerrada, se continúan haciendo preguntas abiertas, como por ejemplo: se les pregunta si tienen preocupaciones, o si desean comentar algo que no se les haya preguntado, y a partir de lo que expongan los padres, las profesionales van realizando aportes y/o preguntas, para ampliar la información brindada.

Tuve la posibilidad de estar presente en varias ocasiones, y considero que fueron una de las experiencias más enriquecedoras de mis prácticas, porque pude escuchar a los padres y madres hablando sobre el proceso del embarazo, nacimiento e internación de su bebé. A su vez, me permitió comprender los diversos modos de transitar estos momentos, en cuanto a los miedos, preocupaciones, experiencias, y redes de contención.

Por otro lado, fue muy interesante observar el modo de intervenir desde la interdisciplinariedad, tanto en la entrevista, donde las tres profesionales realizaban aportes en el momento oportuno, como cuando finalizaba la misma, y se quedaban pensando en grupo. Me sentí muy cómoda, las profesionales me hicieron sentir parte en todo momento, y también me dieron lugar para realizar aportes.

En este marco, es de relevancia destacar la oportunidad que me brindaron las profesionales (psicóloga y trabajadora social) el primero de Noviembre. Ese día, mi referente me preguntó si quería entrevistar a la segunda pareja que ingresaba, y yo acepté. Estaba nerviosa, y tenía miedo de no llegar a registrar toda la información que me brindaban los padres. Finalmente, la entrevista tuvo un buen desarrollo, aunque reconozco que tuve dificultades en realizar las preguntas, porque me costaba ponerle un freno a lo que estaban contando los padres. En esos momentos, las profesionales me ayudaron, e intervinieron, realizando algunas preguntas necesarias para completar la planilla (Registro N°53, 01/11/2025).

### 8.1.5. ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

Otra de las actividades que he realizado en la CURF, fueron las entrevistas realizadas a los profesionales de atención temprana, con el objetivo de recabar información sobre temáticas que me interesaban. Las primeras entrevistas, estaban orientadas a recabar información sobre el impacto de la sobreinformación en padres/madres que tienen a sus hijo/as internado/as en la UCIN. Estas entrevistas se llevaron a cabo los primeros días del mes de Julio, y participaron: dos médicas neonatólogas, dos psicomotricistas, y una psicóloga, mi referente. Las entrevistas me permitieron conocer más acerca de sus roles e intervenciones en la CURF, y también el modo en que percibían el impacto de la sobreinformación en los padres/madres, principalmente ligado a la crianza de sus hijos, y al vínculo entre los padres y los profesionales. La información obtenida me ha motivado para pensar en una posible temática como *eje de sistematización*.

Otra de las experiencias que ha motivado mi interés en dicha temática, fue cuando asistí a la Office Medico (Registro N°22, 04/08/2025) y conversé con los neonatólogos allí presentes. Luego de comentarles el eje que me interesaba para realizar el trabajo integrador final, uno de ellos me comentó que hoy en día el exceso de información y la ansiedad en los padres, impacta en la crianza de los hijos; menciona que tienen poca tolerancia a las manifestaciones normales de un niño, y que han perdido el sentido común. Por otro lado, también me comunicó que los padres cuestionan más el saber médico, y tienen mayor confianza en las redes sociales.

Finalmente, desistí de continuar con el tema mencionado anteriormente, porque no encontraba demasiada información teórica que me permitiera realizar una articulación con los datos obtenidos en la práctica. Y con el tiempo, empecé a interesarme por el eje propuesto en los apartados anteriores, sobre las repercusiones emocionales en las parejas parentales que tienen a sus hijo/as internados en la UCIN. Es por ello, que en el mes de Octubre entrevisté a dos enfermeras y una psicóloga (referente), que me brindaron información muy valiosa sobre el eje de sistematización elegido.

### 8.1.6. ACOMPAÑAMIENTO A PSICOMOTRICISTA

A fines del mes de Junio (Registro N°14, 25/06/2025) y mediados del mes de Julio (Registro N°18, 02/07/2025), asistí en dos ocasiones al consultorio de la psicomotricista. La profesional se dedica a realizar un seguimiento de los bebés que han estado internados en la UCIN. No todos los bebés necesitan de un tratamiento, pero si, tienen un protocolo que seguir, el cual incluye una visita con la profesional cada tres meses, durante (por lo menos) el primer año de vida. El objetivo que se persigue es observar si el desarrollo psicomotriz concuerda con la edad corregida del pequeño. La edad corregida, sería la edad que tendría un bebé prematuro, si hubiera nacido a término. Para saber cuál es la edad corregida del paciente, los profesionales, restan a las 40 semanas (nacimiento a término), las semanas con las que nació el bebé prematuro. La diferencia de esa resta, es lo que debe restar la psicomotricista a la edad cronológica del paciente, de manera que pueda realizar una evaluación adecuada del desarrollo psicomotriz. Otras veces, también recibe pacientes que son derivados por pediatras, para realizar una evaluación.

La profesional siempre se ha dirigido con mucha amabilidad. Cuando se retiraban los pacientes, me preguntaba que había observado, y siempre se mostró dispuesta a explicarme cada pregunta que tenía, con delicadeza. Hacia las evoluciones de cada paciente, y en ocasiones me solicitaba que las leyera y agregara algún dato importante.

Estar presente en el consultorio ha sido muy enriquecedor, me permitió observar el vínculo entre el profesional y los bebés/niños, el modo en que la profesional evalúa los hitos del desarrollo que se corresponden con la edad de paciente, como utiliza los juegos con cada uno de ellos, la participación de los padres, y la cooperación de los mismos, ante las recomendaciones de la psicomotricista. Por otro lado, también destaco la importancia de explicarle a los padres la diferencia entre la edad cronológica y la edad corregida, ya que generalmente los padres llegan a consulta preocupados porque sus hijos tienen una maduración más lenta, y no es así en todos los casos. La psicomotricista al comienzo de la consulta, realiza una lectura de la historia clínica del paciente, y calcula inmediatamente cuál es su edad corregida, para poder hacer una valoración acorde a su tiempo de vida, lo que genera tranquilidad en los padres.

### **8.1.7. ACOMPAÑAMIENTO A NEONATÓLOGO**

En dos ocasiones tuve la posibilidad de ingresar al consultorio ambulatorio de neonatología, acompañando al doctor S. Las dos veces que ingresé, estuve acompañada por estudiantes de las PFO de medicina. El doctor S, evalúa a los bebés durante los primeros 28 días de vida. Generalmente, solicita dos visitas con cada paciente, para controlar que su desarrollo sea óptimo, y en caso de que no lo sea, vuelve a gestionar un turno.

Fue una experiencia interesante y diferente a las que frecuenté durante el año de prácticas, porque los bebés no estaban rodeados de monitores, si no, que tenían una adaptación adecuada, y asistían por un control rutinario.

Por otro lado, me sorprendió que el doctor S no solo se preocupara por el estado biológico del bebé, sino también por cuestiones más sociales, y psicológicas, como el apego. A varios padres, les entregó una fotocopia que tenía una imagen de una pareja haciendo colecho con su hijo/a. Y les explicó que según la UNICEF es necesario que durante los dos primeros meses de vida del bebé, hicieran colecho, recostando al mismo del lado de su mamá, no en el medio de los padres. De este modo, el pequeño puede sentirse seguro y tener un sueño profundo (Registro N°25, 15/08/2025).

En este marco, el doctor les explica a los padres sobre el apego, mencionando que es necesario en todos los seres vivos, y que por ello, cuando nacen, todos duermen con su cuidador. Hasta el momento en el que se dan cuenta que pueden autorregularse solos, y que el adulto los protege, sin necesidad de estar pegado a ellos. En ese momento es que se aconseja sacarlos de la cama. El colecho en los primeros meses de vida, según S permite tener un sueño más profundo tanto al bebé como a su mamá (Registro N°25, 15/08/2025).

### **8.1.8. REVISTAS DE SALA**

En las revistas de sala he participado como observadora, acompañando al equipo médico en las visitas a las salas de internación neonatal. El equipo médico que trabaja en el área de neonatología, diariamente recorre las salas de internación, acercándose a todas las incubadoras donde están internados los bebés, y comentando el estado de salud de los mismos, los medicamentos administrados, y discutiendo posibles cambios en las intervenciones realizadas, para aumentar el bienestar del usuario, y evitar riesgos.

Esta experiencia se vuelve enriquecedora para observar, debido a que, en ocasiones los padres están presentes en las salas de internación. De este modo, se observa el vínculo parento-filial, como así también la relación de los padres con los profesionales de la salud. Para esclarecer lo expuesto hasta aquí, mencionaré brevemente la visita del día 30 de Octubre. Ese día, la revista fue realizada por un médico neonatólogo y un residente; al pasar por la sala B, nos encontramos con el usuario “C”, alimentándose del pecho de su madre, y enfrente estaba su padre, observándolos. Cuando ingresamos, el padre de C le pregunta a los médicos si 30 minutos de pecho eran necesarios para que su bebé se alimentara bien. El médico le explicó cuáles eran los indicadores que develan una buena alimentación, entre ellos: la orina, el peso y la demanda. Si el bebé moja al menos 4 pañales al día, es una prueba de que su hijo se alimenta adecuadamente, al igual que, si aumenta de peso, y demanda el pecho luego de 3 horas y media. A su vez, el neonatólogo les explicó a los padres, que cada bebé tiene procesos individuales, en los que puede haber avances, (como comenzar a succionar del pecho materno), y también se puede volver a etapas anteriores, (donde el usuario requiera de la sonda nuevamente para alimentarse). Remarca que esto último no es un retroceso, sino que es parte del proceso individual de su hijo. Y en este marco, se les explica, que los profesionales no deben exigirles algo que el bebé todavía no está preparado para hacer, si no, que se lo debe acompañar (Registro N°52, 30/10/2025).

De este modo, se evidencia la relevancia de establecer un vínculo de confianza entre el equipo médico y los padres, que permite a estos últimos expresar sus dudas, preocupaciones y temores. A su vez, dicho vínculo posibilita que los profesionales de la salud brinden respuestas adecuadas a sus demandas, favoreciendo el bienestar de la díada parental y fortaleciendo la confianza depositada en el equipo médico.

## **8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

En el presente apartado se realizará una articulación teórico-práctica con la finalidad de analizar los objetivos específicos planteados anteriormente. Para ello, se retomarán los aportes teóricos desarrollados previamente en articulación con los datos obtenidos de la Práctica Profesional Supervisada realizada en el área de neonatología de la Clínica Universitaria Reina Fabiola.

### **8.2.1. ESTADOS EMOCIONALES DE LOS PADRES QUE TIENEN A SUS HIJOS INTERNADOS EN LA UCIN**

En primera instancia es necesario retomar los aportes expuestos sobre la UCIN, explicitando las características del área de neonatología en la CURF, para luego profundizar en las repercusiones emocionales de los padres tras la separación temprana con su hijo/a. En este sentido, se retoman los aportes de Palacio García (2025), quien considera que la UCIN es un servicio especializado en la atención de los recién nacidos que presentan un estado de salud grave o potencialmente letal. El objetivo que se persigue desde la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es la adaptación del recién nacido, y la prevención de futuras secuelas, posibilitando un adecuado desarrollo fisiológico y neurológico.

La UCIN de la Clínica Reina Fabiola cuenta con un equipo interdisciplinario amplio, que posibilita intervenciones complejas e integrales, dirigidas tanto a la atención fisiológica del usuario como también al estado anímico de los padres. Este equipo está compuesto por médicos neonatólogos, residentes de neonatología y pediatría, enfermeros especializados en

cuidados críticos neonatales, puericultura, y el equipo de Salud Mental, constituido por psicomotricistas, psicólogas, y una trabajadora social.

Como se ha mencionado anteriormente, los profesionales de la UCIN no solo se ocupan de las necesidades de los recién nacidos, sino también de sus padres, que como establece Martín García (2019) han atravesado un hecho inesperado, que genera una desestabilización emocional, y cambios repentinos en numerosas dimensiones de su vida, como el trabajo, los vínculos, el sueño, la alimentación y sus actividades. Es por ello, que la CURF ha adoptado un dispositivo llamado “*Cuidado del Desarrollo Centrado en la Familia*”, que posibilita la participación activa de la familia en la atención a las necesidades de su hijo/a, que pueden ser tanto emocionales, sociales como del desarrollo (Hernández et al., 2016).

En este marco, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la CURF se caracteriza por ser un internado “*abierto*”, que posibilita a que los padres puedan visitar a sus hijos sin restricciones horarias, priorizando el acompañamiento del paciente por parte de sus seres queridos durante toda su estadía. De este modo, la participación de los padres en la UCIN, también es beneficiosa para ellos, ya que los mantiene informados, al estar en contacto permanente con los profesionales y les permite adquirir práctica sobre los cuidados de su hijo/a, disminuyendo los niveles de estrés, miedo y mejorando el autoestima (Ainoza Bonilla, 2017). A continuación expondré las palabras de una enfermera que trabaja en el área de neonatología en la CURF:

*“...implicamos mucho a los padres también en el cuidado, que es fundamental que los padres se apropien de ese cuidado porque después básicamente ellos son los que se los llevan a su casa (...) el hecho de que le damos mucha participación a los papás en el cuidado y ayuda muchísimo, porque bueno, yo soy una convencida de que el amor cura. Entonces, el hecho de que los padres estén presentes, eh... que tengamos la neo abierta es una maravilla. (...) Ayuda a los padres, la confianza también hacia nosotros, porque nosotros somos un equipo de gente extraña, donde ellos están dejando su hijo, y de pronto ayuda también a que ellos se sienten más seguros, de que están dejando a su bebé y que sabe que son buenas manos. (...) Ellos están al tanto de todo. Entonces eso yo creo que alivia en parte la incertidumbre de tener tu hijo enfermo, internado en una neo”.* (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

La CURF también cuenta con un dispositivo llamado “*internación conjunta*” que tiene como objetivo ofrecer a los padres y a su hijo un espacio compartido durante las 24 horas previas al alta, en condiciones que se aproximan a las del hogar. Este período, libre de

intervenciones médicas rutinarias (salvo que se la requiera), permite a los padres asumir progresivamente los cuidados de su hijo en un marco de mayor intimidad y menor mediación tecnológica.

La internación conjunta no solo cumple una función preparatoria desde el punto de vista práctico, sino que al ofrecer un entorno contenido y acompañado por el equipo de la salud, posibilita a que los padres transiten el pasaje entre la UCIN y el hogar con mayor seguridad, confianza y sostén emocional, disminuyendo la ansiedad frente al alta y habilitando una vivencia menos disruptiva de este momento de transición.

A partir de lo planteado hasta entonces sobre el dispositivo de la UCIN en la Clínica Reina Fabiola, es pertinente comenzar a puntualizar en el objetivo propuesto, vinculado a los estados emocionales de los padres y madres que tienen a sus hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Para ello, retomaré algunos autores planteados anteriormente, que posibiliten realizar una articulación teórico-práctica, junto a las viñetas de casos clínicos y aportes de los profesionales de la CURF.

Según Chóliz Montañés (2005), la emoción es considerada como una “experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (p.3). En este sentido, el autor retoma los aportes de Lang (1968, como se citó en Chóliz Montañés, 2005), para comprender la desincronía entre los sistemas de respuesta, evidenciando que una emoción producirá diferentes activaciones a nivel cognitivo, conductual, y fisiológico, dando lugar a respuestas diferenciales en cada caso. A su vez, cada uno de los sistemas de respuesta, puede tener mayor relevancia en una persona determinada, en una emoción particular, o ante una determinada situación.

Desde esta perspectiva es importante destacar la singularidad de cada caso. Ningún padre o madre manifestará las emociones de una misma manera, ni vivenciará de la misma forma el nacimiento prematuro de su hijo/a, debido a que esto dependerá de cómo se haya vivido el embarazo; si el nacimiento anticipado de su hijo fue inesperado, o hubo un previo aviso sobre esa posibilidad; además de cuestiones como la historia de cada uno, de sus vínculos, su estado emocional en ese momento, su situación económica y laboral, entre otras. Es por ello, que el equipo de salud mental de neonatología de la CURF incorporó un dispositivo llamado “*entrevistas de admisión*”, realizado por una psicomotricista, una

trabajadora social y una psicóloga, con el objetivo de conocer a los padres de los bebés que han ingresado a la UCIN, tomar decisiones sobre cómo van a acompañarlos hasta el día del alta y también, posibilitar a que los padres puedan conocer a las profesionales del equipo para solicitarlas si lo requieren (Registro N°12, 20/06/2025).

Las entrevistas de admisión se realizan una semana después de que el usuario haya ingresado a la UCIN debido a que luego del nacimiento del bebé, la madre queda internada en obstetricia por dos días, y posterior a ello, las profesionales esperan aproximadamente cuatro días para que la mamá se recupere (Registro N°7, 30/05/2025). Generalmente las entrevistas se realizan los días Jueves o Sábado. El equipo de salud mental no cuenta con una sala específica para hacer sus intervenciones, de modo que, las entrevistas no siempre se realizan en un mismo lugar. Generalmente se desarrollan en una habitación ubicada en el área de neonatología, cuando se encuentra disponible, ya que es utilizada por los doctores cuando tienen que comunicarles a los padres una información delicada sobre la salud de sus hijos y también se utiliza como “*sala de duelo*”. Luego del fallecimiento de un usuario, se les ofrece la habitación a los familiares por unas horas, para que puedan despedirse del bebé (Registro N°9, 05/06/2025).

En las entrevistas de admisión, la psicóloga comienza a introducir el encuentro presentando a las profesionales del equipo y comentándoles a los padres el objetivo de la entrevista. Luego, otra de las profesionales (generalmente la psicomotricista) realiza las preguntas preestablecidas en una ficha que va rellenando con los datos que ofrecen los padres. En principio la entrevista es cerrada, se toman datos sobre la fecha de ingreso al servicio, la fecha en que se realiza la entrevista, el nombre y el apellido del usuario, su sexo, fecha de nacimiento, edad gestacional, días de vida (post nacimiento), edad corregida, peso, puntaje de apgar, y en caso de que se hubieran atendido con una obstetra de la CURF, se les pregunta su nombre (Registro N°10, 07/06/2025). En segundo lugar, las preguntas van dirigidas a los padres, se toman los datos de sus nombres y apellidos, edad, nacionalidad, ciudad de origen, antecedentes de salud, culto o religión, ocupación y en caso de que tuvieran hijos, el nombre y la edad de ellos (Registro N°10, 07/06/2025).

Posterior a las preguntas más formales, la entrevista se vuelve abierta. Se les pregunta cómo surge el nombre de su hijo/a, antecedentes perinatales, antecedentes de salud, los recursos con los que cuenta el bebé (chupete, alimentación, trapito, gorro y medias, copap, biberón, sostén, manta), sus dificultades o preocupaciones y cómo llegaron a la clínica

(Registro N°10, 07/06/2025). En todas esas preguntas, se habilita a que se despliegan diferentes narrativas. A continuación, se expondrán viñetas que develan las singularidades de los casos.

Uno de los casos entrevistados, fue el de los padres de L, una bebé que nació con 33,3 semanas y pesó 2,790kg, la madre manifiesta que fue un “*embarazo tranquilo y hermoso*” (Registro N°10, 07/06/2025). De manera inesperada, “el domingo primero fue al baño y le salió un coágulo de sangre, lo cual le generó susto, y se fueron a la guardia. Tenían una hora y media de viaje, ya había entrado en trabajo de parto” (Registro N°10, 07/06/2025). Comenta que en la clínica los médicos trataron de frenar las contracciones, para que pudiera madurar la bebé, ya que todavía no había alcanzado un desarrollo óptimo para nacer, pero no pudieron detenerlas, y ese mismo día, nació L. “Los padres manifiestan que “*fue angustiante, inesperado*”, la madre tenía fe de quedar internada 20 días” (Registro N°10, 07/06/2025).

En el caso anterior, se esclarece lo propuesto por Jiménez Parrilla et al. (2003), quien considera que cuando un hijo es considerado de “alto riesgo neurosensorial”, cuya exigencia es el ingreso a la UCIN, genera un incremento de los miedos y las dudas esperables en la pareja parental, ante el nacimiento de su bebé.

Otro de los casos, es el de los padres de O, que nació a las 34 semanas de gestación. La madre comenta que tuvo dos internaciones en el embarazo, la primera a las 23 semanas y la segunda a las 32 semanas, donde había riesgo de que su bebé naciera antes de tiempo. “En la última internación, intentaron detener las contracciones con medicamentos. Y a las dos semanas, nace O” (Registro N°10, 07/06/2025). La madre es kinesióloga y trabaja en neonatología, por lo que conoce a varios profesionales de la CURF. En el caso de estos padres, a diferencia del caso anterior, ya tenían la cesárea programada. Comentan que “verla a su bebé le dio tranquilidad, por todas las amenazas que había tenido previamente en su embarazo. Y también menciona que le da seguridad conocer a los profesionales que están cuidando de su bebé” (Registro N°10, 07/06/2025).

El tercer caso que es de interés plasmar, se trata de los padres de D, una bebé que nació a las 32 semanas, y pesó 1,810kg. “La madre nos comenta que tuvo un embarazo anterior a este último, en Junio del año pasado y lo perdió a los 3 meses” (Registro N°10, 07/06/2025). Durante el embarazo de D, tuvo pérdidas en la semana 13, y comenzó con reposo absoluto. Un día antes de que naciera la bebé, la madre tuvo una pérdida, y dejó de

sentir movimientos de su hija. En ese momento, se dirigieron a la clínica de su localidad, y cuando le dijeron que la bebé estaba bien, fueron rápidamente a la CURF, y al día siguiente nació D. “*Me cuesta irme*” establece la madre, ambos lloraron cuando tuvieron que irse el primer día, en ese momento que lo recuerdan, la madre empieza a llorar” (Registro N°10, 07/06/2025). El padre de D comenta que su pareja está sensible, y que esto puede ser porque no ha dueloado el fallecimiento de su hijo anterior. A su vez, comenta que en su caso, el trabajo le ayuda a dejar de pensar en ello, distinto a su pareja, que tuvo que quedarse en su casa, haciendo reposo absoluto. La madre de D estableció que en su segundo embarazo “*me costaba hasta ir al baño*”. Ya que a su primer bebé lo había perdido allí” (Registro N°10, 07/06/2025).

En las viñetas presentadas anteriormente, se pueden observar la particularidad de cada caso, y las diferentes maneras de vivenciar el nacimiento prematuro de sus hijas. En el primer caso, en los padres de L, se observa principalmente la angustia y el miedo, que emerge frente a una situación inesperada, ya que el nacimiento de L no se ajusta al nacimiento imaginado durante el embarazo, donde no solo se esperaba que su hija naciera más tarde (a tiempo), sino que también, según Oiberman (2022) se espera recibir a su bebé en brazos, y estando juntos en la habitación. A diferencia del primer caso, los padres de O experimentaron otras emociones ante el nacimiento anticipado de su hija, porque previo a ello, la madre estuvo internada dos veces, y en la segunda internación, los médicos le comunicaron que había riesgo de que O naciera antes de tiempo. Es decir, que en el segundo caso, no fue un hecho inesperado, si no que hubo un previo aviso anticipatorio. Estos padres, expresan tranquilidad en sus narraciones, tras haber pasado por numerosas amenazas, y también sienten seguridad, por dejar a su bebé en manos de los profesionales de la CURF, lo cual se vincula con el hecho de que la madre conozca a los profesionales.

Por otro lado, los padres de D al momento de la entrevista, se encontraban angustiados, principalmente la madre, pero a diferencia de los anteriores casos, sus repercusiones emocionales estaban vinculadas a la pérdida de su primer embarazo, que había sucedido un año antes. La madre comenta que le cuesta irse y que ambos lloraron la primera vez que se fueron. Esto último, se relaciona con lo que plantea Martín García (2019), sobre el deseo frustrado que surge en los padres de querer estar cerca de su hijo.

A su vez, en los casos planteados se esclarece que el nacimiento anticipado de un hijo no está ligado únicamente a emociones de desagrado, retomando las dimensiones de las

emociones que plantea Chóliz Montañés (2005). En los padres de L y de D, se manifiesta principalmente la angustia y el miedo, emociones relacionadas con el desagrado; mientras que los padres de O expresan tranquilidad y seguridad, vinculadas a las emociones de agrado. Aun así, estas dimensiones no implican una clasificación exhaustiva de las reacciones emocionales, ya que si bien la angustia y el miedo son vivenciadas con desagrado, conservan características diferentes. Lo mismo sucede con la tranquilidad y la seguridad de los padres de O.

Otro de los casos entrevistados, es el de la madre de P, una bebé que nació a las 36 semanas. Esta mamá se enteró una semana antes de que naciera P, que estaba embarazada, *“esa semana fue horrible”* (Registro N°12, 20/06/2025). Cuando la médica le comentó que estaba embarazada, M (madre de P) comenta *“estaba negada”, “no lo podría creer”*, al principio no lo quiso tener, pero luego se arrepintió. Comenta que luego de que le dieran la noticia, comenzó a verse la panza, *“fue muy shockeante enterarse de todo”*. Otra particularidad del caso, es que, no tiene vínculo con el progenitor de su hija, y aun no le ha contado a su familia (con quien convive) quien es el padre. Reside en un pueblo pequeño, *“pueblo chico, infierno grande”*, y según M, allí se comenta sobre su situación, y le buscan padres a su hija.

En el caso anterior, no se han vivenciado de manera progresiva los hitos que menciona Mercado (2022): la decisión de tener un hijo, la advertencia del embarazo, los posteriores cambios físicos que suceden en el cuerpo de la mujer, y los movimientos del feto. En este sentido, tampoco hubo tanto tiempo para la construcción de fantasías y representaciones junto a la emergencia de temores y preocupaciones sobre el bebé imaginado y sobre su rol como madre. M se encuentra movilizada, pero no lo vincula al nacimiento temprano de P, si no al contexto en el que se dio el nacimiento, ya que en la entrevista recurría siempre al conflicto con su familia, a las repercusiones que tuvo su embarazo en el pueblo, y a la situación que generó con sus amigas. Según C, la psicóloga, M se posiciona mucho en el rol de hija. *“Vos ahora sos mamá, y te posicionas mucho en tu rol de hija”* *“Le explicó que las decisiones de su hija las debe tomar ella, y que sus padres pueden acompañarla en este proceso, pero “p es tuya”* (Registro N°12, 20/06/2025).

En la viñeta anterior, se puede observar el carácter funcional que tienen las emociones según Reeve (2010), que posibilitan a que M pueda adaptarse de manera progresiva a la nueva situación que atraviesa, que no solo implica el adentramiento a la maternidad de manera

repentina, si no también el nacimiento temprano de su hija, y su ingreso a la UCIN. En este sentido, se podría inferir, que uno de los propósitos de las emociones de M, según Plutchik (1970, 1980, como se citó en Reeve, 2010), es el de orientación en este nuevo rol y en este nuevo contexto. Desde esta perspectiva, Reeve menciona que cada reacción emocional permite que los humanos puedan preparar de manera automática y exitosa, una respuesta que le permita adaptarse a las tareas de la vida; en el caso de M, muestra un gran interés por vincularse con su hija.

Continuando con el caso de M, el día anterior a la entrevista, mencionó que cuando ingresó a la neo, vio a su hija en la incubadora con una lámpara que tenía una luz azul. En ese momento se asustó y le dijo a las enfermeras “*no, esa no es mi hija*” (Registro N°12, 20/06/2025). En este caso, se esclarece lo propuesto por Martín García (2019) cuando menciona que algunas cuestiones del ámbito médico influyen en las repercusiones emocionales de los padres, que pueden ser técnicas o clínicas, como las alarmas sonoras de los monitores, los dispositivos invasivos, y el equipamiento médico, entre otras.

En relación a la viñeta anterior, es de interés comentar el caso de una mamá que estaba internada en el área de perinatología, y que le angustiaba ver a su hija con tantos cables (Registro N°21, 02/08/2025). Esta mamá comenta que estaba angustiada “porque su bebé nació con 37 semanas, y fue un parto programado. Dice que los médicos la sacaron antes de tiempo” (Registro N°21, 02/08/2025). Menciona que le angustiaba no tener con ella a su bebé, y que el llanto de los otros bebés le generaban ganas de tener en brazos a su hija y darle el pecho. También manifiesta que es fuerte para ella ver la cuna vacía en su habitación.

Otros de los casos que permiten realizar una articulación teórico-práctica sobre el objetivo expuesto, es el de los padres de V y M. Tuvieron su primer hija 6 años atrás, quien nació sin respirar, y estuvo en incubadora. Desde ese momento, debido al susto que les generó, el padre dijo que no quería tener más hijos. Pero luego, tuvieron a las mellizas, quienes también fueron ingresadas en la UCIN, “no esperaban dos, y menos que estén internadas, por lo que establece que cada vez es más difícil” (Registro N°22, 04/08/2025). D, la madre de las mellizas, “comenta sobre su miedo, y la angustia que le genera desprenderse, siente que no tiene ni panza ni a sus bebés” (Registro N°22, 04/08/2025). Desde esta perspectiva Oiberman (2022) establece que a la mayoría de los padres, cuando reciben la noticia, les genera una impresión proporcional a una sensación de enorme pérdida, frustración y derrumbe, ya que todo lo que imaginaron, planificaron y soñaron para su bebé hasta ese

momento, se derriba. En esta mamá aparece el temor frente a su rol como madre, estableció que “tampoco tiene el instinto de madre que sí tuvo con su primer hija” (Registro N°22, 04/08/2025), ya que la misma estuvo internada en su habitación. Siguiendo lo expuesto por Oiberman (2022), antes de que se dé el paso al bebé real, es considerado como un extraño, que genera confusión y dolor. D Manifiesta que pasa mucho tiempo en la clínica “*ya veo que me vuelvo loca*”. También comenta llorando que si se va de la clínica, se siente una mala madre, pero si se queda allí, no hace nada, “*venir al hospital para mí es tremendo*”.

Otro de los casos interesantes para observar las repercusiones emocionales, fue el de los padres de B, un bebé que nació a las 31 semanas de gestación. A su madre, se le realizó una entrevista, previo a la entrevista de admisión, porque la enfermera solicitó una interconsulta con la psicóloga de la institución, para que la asistiera. En la entrevista, la madre de B comenta que “creía que estaba depresiva (empieza a llorar), y que estaba teniendo pensamientos feos, que le daba miedo estar sola” (Registro N°46, 09/10/2025), dijo que tenía pensamientos suicidas, y que ese mismo día, cuando estaba yendo a la clínica sola, “estaba esperando para cruzar la calle, y cuando paso un colectivo ella pensó “*¿y si me tiró?*”, y después de eso, se asustó de su pensamiento, “*estoy media chapa*”, y ahora no quiere estar sola” (Registro N°46, 09/10/2025). C, la psicóloga que la entrevistó, le comentó que para ella no estaba depresiva, sino que tenía un estado confusional, que se manifiesta en estos pensamientos, emociones y sentimientos de confusión.

Continuando con el caso mencionado anteriormente, la madre de B, establece que “no entiende porqué está así, ahora que su hijo está bien. Cuando estaba internada, antes de que naciera B, ella estaba bien, pero ahora que B mejoró, ella se siente triste” (Registro N°46, 09/10/2025). La psicóloga intervino luego de lo comentado, diciendo que lo que ella está sintiendo, es frecuente que les suceda a las madres, “cuando algo no está bien, sacan fuerzas de donde no tienen, para estar bien para ellos. Y cuando las cosas mejoran, empieza a emerger eso que antes no se permitió” (Registro N°46, 09/10/2025). Sumado a ello, la madre del usuario también menciona que “siente culpa por lo que le está sucediendo a su hijo, porque no pudo protegerlo por más tiempo en su panza” (Registro N°46, 09/10/2025). Duda si será una buena madre.

A través del caso expuesto anteriormente, se puede comprender con mayor claridad los aportes de Martín García (2019), quien menciona que la internación de un hijo puede ser una experiencia vivida como traumática para los padres, y en algunos, suele aparecer la culpa,

asociando la internación de su hijo a una falla en su rol protector. A su vez, menciona que la internación de un bebé en la UCIN genera una experiencia emocionalmente compleja, como se ha clarificado en los casos expuestos, donde emerge el miedo a la pérdida, la ansiedad frente a lo desconocido, impotencia, inseguridad en relación al pronóstico, sensación de vulnerabilidad e incertidumbre sobre la salud del bebé.

En adición a lo mencionado en los párrafos anteriores, es de relevancia destacar los aportes de la psicóloga y de la enfermera de la institución, a las que se les ha realizado una entrevista, para recabar información sobre las repercusiones emocionales en los padres que tienen a sus hijos internados en la UCIN. A continuación, expondré las palabras de la psicóloga C. Rivarola (comunicación personal, 16 de Octubre, 2025):

*“...El estado emocional es variado, singular y es fluctuante también, ¿no cierto? en unos mismos padres pueden ir variando lógicamente durante el proceso las diferentes emociones, aparece la angustia, aparece la ansiedad, aparece el miedo, aparece la preocupación, la culpa, ¿no? entonces se va interviniendo digamos en esas emociones, para que pueda comenzar a trabajarse sobre el vínculo padres y bebé. Para que esas emociones no interfieran en el vínculo”.*

En otra ocasión, la profesional resaltó la importancia de conocer el estado emocional de los padres (en el embarazo y posterior al nacimiento) para saber qué impacto tuvo en ellos las noticias recibidas por los médicos sobre la salud de su hijo, y a su vez, contemplar que el estado de la madre embarazada puede tener efectos en el nacimiento temprano de su bebé (Registro N°8, 02/06/2025).

Vinculado a lo planteado por la psicóloga en el párrafo anterior, la enfermera A. Moises (comunicación personal, 16 de Octubre, 2025) comenta lo siguiente:

*“...El estado emocional de los padres va dependiendo de cómo evoluciona su bebé, ¿no? en un comienzo tenemos padres miedosos, que por ahí están un poco más agresivos a veces, eh... que se yo, o enojados, eh... y bueno, despues eso como que va evolucionando a medida que ven que el bebé va progresando, que uno si está involucrado en el cuidado, depende también de la relación que ellos establezcan con nosotras, eso también es fundamental como van bajando también los decibeles de los miedos, de las angustias, de todo, ¿no?”.*

Como desarrollaré en el tercer objetivo, es de gran importancia generar un buen vínculo entre los padres y el equipo médico, ya que, si bien el mejoramiento de la salud de su hijo es un factor que contribuye a disminuir el malestar de los padres, no es el único. Como menciona Palacio García (2025), los profesionales de la salud, ocupan un rol importante para mitigar el impacto emocional de los padres.

En conclusión, la internación de un hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales constituye una experiencia que repercute emocionalmente en los padres, cuya incidencia no pueden ser pensadas de manera homogénea ni universal. Por el contrario, dichas vivencias se inscriben de manera singular en cada sujeto, en función de su historia personal, sus recursos psíquicos, sus representaciones previas sobre la maternidad y la paternidad, el vínculo con los profesionales y el modo en que se tramita el encuentro con un hijo real que irrumpe, muchas veces, de forma abrupta respecto del hijo imaginado. La UCIN se configura así como un escenario atravesado mayormente por incertidumbre, miedo, angustia y culpa, aunque en algunos casos también se manifiesta tranquilidad y seguridad. En este sentido, es importante destacar que en la mayoría de los estados emocionales observados, las emociones (sean agradables o desagradables) son organizadores positivos, deliberados, adaptativos y funcionales, porque orientan el comportamiento hacia donde corresponde (Reeve, 2010).

### **8.2.2. PREOCUPACIONES MÁS FRECUENTES DE LOS PADRES QUE TIENEN A SUS HIJOS INTERNADOS EN LA UCIN**

En el presente apartado, se retoman los aportes teóricos expuestos anteriormente, para profundizar en las preocupaciones de los padres que tienen a sus hijos internados en la UCIN. Se utilizarán como recursos de la práctica, los datos obtenidos de las entrevistas de admisión, las revistas de sala, y la información brindada por tres profesionales entrevistadas en la CURF, dos enfermeras y una psicóloga.

En primera instancia, es de relevancia establecer una diferenciación entre los estados emocionales y las preocupaciones, ya que tienen similitudes, y en cierto punto se vinculan. En este sentido, las preocupaciones conllevan una actividad meramente cognitiva según Prados Atienza (2002) que tiene inicio cuando se anticipa la posibilidad de que ocurra una situación indeseada y como consecuencia de la preocupación surgen las emociones y los comportamientos. En cambio, los estados emocionales están más ligados a lo expresivo. En

este marco, se entiende que ante las preocupaciones que surgen en los padres, se generen como consecuencia determinados estados emocionales que se vinculan con ellas.

Teniendo en cuenta que la internación de un hijo en la UCIN genera en los padres un estado de incertidumbre sobre su salud y ansiedad frente a lo desconocido, las profesionales del equipo de salud mental, cuando realizan las entrevistas de admisión a los padres, les preguntan sobre sus preocupaciones o dificultades, y es en base a estos datos recogidos que surge el objetivo propuesto.

Resulta pertinente comprender que, tal como sucede con las repercusiones emocionales, las preocupaciones también son parte de un proceso individual, y surgirán en relación a la historia de cada padre, y a los miedos particulares de cada uno. Esto se evidencia claramente en el texto de Oiberman (2022), quien menciona numerosos casos, en los cuales se expresan preocupaciones diferentes, que se corresponden con la edad de los padres, la conformación de su familia, los imaginarios sociales que se sostienen en ella, la historia que los atraviesa, sus ideales, su situación socioeconómica, y la experiencia que han tenido en el hospital donde ha sido internado su hijo/a.

Un claro ejemplo de lo mencionado en el párrafo anterior, es el caso de la mamá de O, ella es kinesióloga y trabaja en el área de neonatología. En la entrevista de admisión, comenta que uno de sus miedos era que su hija no pudiera succionar y abrir la boca, un miedo poco frecuente en los padres, pero entendible en su caso, ya que tenía conocimiento sobre los procesos del desarrollo de los neonatos, y las dificultades que podían aparecer. En ese momento, la psicóloga intervino, con el objetivo de que la mamá pudiera discriminar el saber profesional del saber de mamá, que le permitirá decodificar las necesidades de O (Registro N°10, 07/06/2025).

Continuando con el caso anteriormente planteado, la madre de O, también manifiesta preocupación sobre la lactancia y la producción de leche. Ya que sus pezones todavía no están formados y antes del embarazo no podía estimular la secreción de leche, para evitar estimular las contracciones. Comenta sobre su dolor en las mamas, y su duda sobre el uso de pezoneras. A partir de esta viñeta, se puede observar el carácter de la preocupación, que se inicia cuando se anticipa la posibilidad de que ocurra una situación indeseada (Prados Atienza, 2002). En este caso, la madre de O todavía no comenzó a amamantar a su bebé, y le preocupa no poder hacerlo. Este mismo mecanismo, sucedió en la preocupación vinculada a la succión y a la apertura de la boca de su bebé, que tiene inicio con su nacimiento, considerando como posibilidad la incapacidad de su hija para lograrlo. Con el tiempo, al ver que su hija pudo hacerlo, su preocupación desapareció.

En el caso de la madre de M, manifiesta preocupación por los monitores, y comenta “*me preocupa el proceso que estoy llevando*” (Registro N°12, 20/06/2025), a su vez, también tiene miedo de llevar a su bebé a su casa, y que lo tengan que volver a ingresar. “Dice que por momentos absorbe los problemas de los otros, y que ella tiene miedos que están vinculados a situaciones de otros bebés que están internados” (Registro N°12, 20/06/2025). Esta mamá menciona en varias ocasiones que es muy organizada, y le gusta tener el control de todo. El ingreso de su hijo a la UCIN ha desafiado su necesidad de tener todo controlado, ya que, los procesos del bebé son singulares, y se van acompañando en el día a día. Esto explicaría porque sus preocupaciones son tan abarcativas y generales, porque al no tener control sobre la salud de su hijo, todo le parece una posible amenaza: los monitores, el proceso, y los inconvenientes de los usuarios que comparten sala con su hijo. Este caso se articula con los supuestos de Muñoz et al. (2021), que considera como uno de los temas centrales vinculados a las vivencias de las madres durante la hospitalización de sus hijos, la preocupación ante los procedimientos invasivos en el neonato, entre ellos, las tecnologías y elementos que suelen ser desconocidos, y por ende, generadores de preocupación y angustia.

Otra de las preocupaciones que se manifestó al equipo médico, durante la revista de sala, fue por parte de una madre, “comenta que la noche anterior le agarró un ataque de pánico, porque le preocupaba la convivencia” (Registro N°26, 19/08/2025). En este caso, la pareja tiene un hijo mayor de dos años, a quien por momentos, no le agrada la idea de la llegada de un hermano menor. Luego de que la mamá le comentara su situación a los médicos, se reunió el equipo, para dialogar sobre el caso. Uno de los médicos menciona que había conversado con ella, y la madre le manifestó su preocupación porque había vivido una mala experiencia en otro hospital, cuando internaron en neonatología a su primer hijo. El equipo decidió realizar una interconsulta con una psicóloga, para que ella pudiera intervenir, antes de que le dieran el alta.

En otra ocasión, visitamos con la referente a los padres de un usuario, que estaban muy preocupados por la salud de su hija, debido a que los médicos le habían comunicado que tenía hipoplasia en el cuerpo calloso (Registro N°33, 01/09/2025). La ingresaron a la UCIN porque hacía apneas muy seguidas y los profesionales sospechaban que fueran convulsiones. Antes de que la bebé sea ingresada a la UCIN, acompañé a un neonatólogo a la habitación de perinatología, donde estaba internada la mamá, junto a su bebé y el padre. El médico los visitó, porque sus compañeros le habían comentado que los padres estaban preocupados por su bebé, “les aclaró a los padres que no se puede saber de antemano si esa alteración cerebral puede traer dificultades en el comportamiento, por lo tanto, no hay que preocuparse antes de

tiempo” (Registro N°31, 27/08/2025). En estos padres, se puede dilucidar la inseguridad en relación al pronóstico del que habla Martín García (2019), como una de las manifestaciones vinculadas a la compleja experiencia emocional que vivencian los padres en la UCIN.

En el caso de los padres de B, a la madre le preocupa no saber bañarlo, o cambiarle el pañal, “dice que se lo cambió una vez y fracaso, pero que ya va a aprender (...) se imagina buscando en chat GPT como bañar a su hijo” (Registro N°39, 13/09/2025). En este caso, la preocupación está ligada a su rol como madre, como se observó en la mamá de las mellizas V y M, quien muestra preocupación por no tener el instinto de madre, relacionado con la incapacidad de poder compartir más tiempo con ellas (Registro N°22, 04/08/2025).

Por su parte, el padre de M y P, manifiesta preocupaciones ligadas al futuro, “¿que va a pasar cuando lleguen a casa?”, y posterior a ello, pregunta si hay recomendaciones desde la psicología para criar a mellizos (Registro N°53, 1/11/2025).

Por otro lado, la enfermera de la institución, que trabaja en el área de neonatología, comenta que una de las preocupaciones más frecuentes, están asociadas al miedo a la muerte. En sus palabras:

*“El pánico que tienen todos los padres, es que el bebé fallezca, digamos al comienzo, en bebés sobre todo muy chiquitos. Que bueno, eso y... están las miles de dudas, y miles de preguntas y que si estaba bien, que le paso, y están alertas de todo, porque acá todo suena, monitor suena, respirador suena, el calentador del respirador suena, entonces todo los altera. eh... y hay papás que están muy alertas, terminan como estando más conectados a la aparatología que al bebé”.* (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

Vinculado a la viñeta anterior, la psicóloga de la institución también comparte que las preocupaciones de los padres están vinculadas con el miedo a la muerte, y agrega: “*que le pase algo al bebé, o que quede con alguna secuela, o la discapacidad suele surgir*” (C. Rivarola, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025). Establece que las preocupaciones de los padres están asociadas al estado de salud de su bebé y también sobre las intervenciones que se le realizan. “*Es interesante ver a los papás, que cuando el bebé no está bien, mayor es la preocupación y la angustia, y después yo siempre digo, cuando el bebé aparece la mejoría ellos mejoran. Es directamente proporcional*” (C. Rivarola, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

En relación a lo anteriormente expuesto, otra de las enfermeras de neonatología que trabaja en el turno noche, establece que las preocupaciones más frecuentes emergen desde el desconocimiento de los padres:

*“A veces este, no se, una pequeña sondita, o una cinta ya “¿que le paso?” y están en alerta. Pero también, una vez que conocen o a medida que van pasando los días, eh... nos conocen a nosotras, entonces también como que se van relajando, y bueno es como que, saben que su niño está bien cuidado, por todo el equipo, ¿no?”. (A. Solís, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)*

A partir del recorrido realizado, es posible concluir que las preocupaciones de los padres con hijos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales constituyen un fenómeno complejo, multideterminado y profundamente singular, que se inscribe tanto en la experiencia emocional de la internación como en la historia subjetiva y vincular de cada familia. A su vez, las preocupaciones, están ligadas a un escenario atravesado por la incertidumbre, el desconocimiento y la amenaza vital, que impacta de manera directa en los familiares.

Los datos obtenidos a partir de las entrevistas de admisión, las revistas de sala y los relatos de las profesionales de la CURF permiten evidenciar que las preocupaciones parentales no se presentan de manera homogénea, sino que emergen en función de múltiples variables: la trayectoria vital de los padres, sus experiencias previas con la maternidad y la paternidad, las pérdidas anteriores, los tratamientos de fertilidad, los imaginarios sociales internalizados, la conformación familiar, el nivel de información disponible y el vínculo previo con el sistema de salud. Tal como plantea Oiberman (2022), estas preocupaciones se encuentran estrechamente ligadas a los ideales parentales y a la historia singular de cada sujeto, lo cual se refleja claramente en los distintos casos analizados.

Asimismo, se observa que las preocupaciones pueden orientarse tanto al presente —el estado de salud del neonato, la aparatología, los procedimientos médicos, la lactancia o el aprendizaje de los cuidados básicos— como al futuro, particularmente en relación con el alta, el pronóstico, la posibilidad de secuelas, la discapacidad y la vida cotidiana fuera del ámbito hospitalario. En este sentido, cobra relevancia la noción de inseguridad respecto del pronóstico desarrollada por Martín García (2019), que da cuenta del impacto psíquico que produce la imposibilidad de anticipar el devenir del hijo. Las preocupaciones no sólo están dirigidas a la salud del bebé, si no también a su rol como padres.

Por otro lado, los testimonios de las profesionales de neonatología permiten identificar preocupaciones transversales, entre las que se destacan el miedo a la muerte y el temor a que el bebé sufra daños irreversibles. Estas preocupaciones se ven intensificadas por el uso de tecnologías médicas, cuyos sonidos, dispositivos y alarmas suelen resultar ajenos y amenazantes para los padres, favoreciendo la emergencia de imaginarios sobre posibles

consecuencias, tal como señalan Muñoz et al. (2021). En este contexto, el desconocimiento opera como un factor central que incrementa la alerta y la angustia.

### **8.2.3. HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN QUE UTILIZAN LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA UCIN PARA ACOMPAÑAR A LOS PADRES**

En este apartado se realizará una articulación teórico-práctica en el que se retoman los aportes teóricos vinculados a las herramientas de intervención que utiliza el equipo de la salud para acompañar a los padres y madres que tienen a sus hijos internados en la UCIN. Para esto, se utilizará material de la Práctica Profesional Supervisada retomando varios aportes de los profesionales de la salud registrados a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales y la observación en el acompañamiento a los mismos.

En esta oportunidad se han clasificado las intervenciones de los profesionales para generar un desarrollo más ameno y organizado para el lector. En primera instancia, se hace referencia a las entrevistas de los profesionales como herramientas de intervención, que tiene el propósito de conocer a los padres de los usuarios, y definir las intervenciones pertinentes para contribuir a su bienestar. En segundo lugar, se ha desarrollado el sistema abierto que caracteriza a la UCIN de la Clínica Reina Fabiola, junto con las intervenciones de educación e inclusión de los padres en los cuidados de su hijo/a. La tercera herramienta que utiliza el equipo de la salud es la palabra, en este apartado se esclarecen los diferentes aportes de los profesionales, que contribuyen a la integralidad de sus intervenciones. Y por último se desarrollan las herramientas de la escucha y el acompañamiento a los padres.

### 8.2.3.1. LA ENTREVISTA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN

La entrevista es una de las intervenciones que realizan los profesionales de la salud, cuyo objetivo es *conocer a la familia* del usuario internado en la UCIN. Como menciona Gonzales y Alfie (2023) se vuelve fundamental que el equipo de la salud, considere si la familia cuenta con una red social y/o familiar, su contexto socio ambiental, antecedentes perinatales, internaciones previas en la UCIN, duelos, si han tenido otros hijos o miembros de la familia con diagnósticos similares, y si tuvieron o tienen padecimientos en salud mental. Esta información es necesaria para que el equipo pueda definir el acompañamiento a las familias y colabore en la adaptación a esta nueva situación.

Desde esta perspectiva, los profesionales de la salud se sirven de la información ofrecida por las entrevistas que realizan las psicóloga a los padres, el contacto diario de los médicos y las enfermeras, y también en las entrevistas de admisión, realizadas por el equipo de salud mental. A partir de este conocimiento, según González y Alfie (2023) los profesionales pueden contribuir a que las familias tengan un mejor afrontamiento del tránsito de la internación de su hijo/a, generando intervenciones oportunas.

Generalmente, los neonatólogos y residentes tienen contacto con los padres cuando realizan las revistas de sala. En ese momento los profesionales visitan las salas de internación y se acercan a cada una de las incubadoras o cunas ocupadas, para comentar el estado de salud del bebé, las intervenciones realizadas por los profesionales y los medicamentos administrados. Las revistas de sala se realizan por la mañana, y en ocasiones los padres están allí presentes, visitando a sus hijos. En esos encuentros, los profesionales van conociendo a la pareja, a través de la observación y del diálogo.

En el caso de la referente (psicóloga), realiza sus entrevistas tres veces por semana, y sus encuentros suelen ser en la sala de internación de la UCIN, en el pasillo, en la habitación de duelo, en la sala de lactancia, en las habitaciones de internación de obstetricia, y/o en las habitaciones de internación conjunta (Registro N°7, 30/05/2025). En este sentido, se esclarece que las psicólogas de la institución trabajan desde un encuadre flexible, interviniendo cuando los padres lo requieren, en un tiempo indeterminado y en el espacio que sea posible. A su vez, en el área de neonatología, las profesionales cuentan con un proyecto de trabajo, que implica la realización de la entrevista de admisión (junto a una psicomotricista y una trabajadora

social) y el acompañamiento de todos los padres (C. Rivarola, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

En cuanto a las enfermeras de la institución, son las profesionales que más tiempo pasan en la UCIN, por ende, comparten más tiempo con los padres. Desde esta perspectiva A. Moises (comunicación personal, 16 de Octubre, 2025) comenta:

*“...entonces los papás ya es como que nos asocian con ese cuidado, y de a poco bueno, los vas conociendo, vas viendo como fue el embarazo, le vas preguntando que se yo, su situación, de pronto si viven lejos, si viven cerca, cómo se organizan después cuando el bebé ya pasa a la cuna, cuando ya demanda más cuidado de ellos, eh... y tratamos de alguna forma de ayudarlos a organizarse. Hay algunos papás que vienen por ejemplo, los dos juntos, y vienen en un horario, y después el bebé a la tarde demanda de nuevo, y tratamos de que bueno, que vean la posibilidad de que uno venga a la mañana, que el otro venga a la tarde. Este... tratar de ayudarlos en esa organización también...”*

### **8.2.3.2. EL SISTEMA ABIERTO DE LA UCIN, LA EDUCACIÓN Y LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJO/AS**

Otra de las intervenciones destinadas al cuidado del niño/a y su familia en la CURF, radica en facilitar la *permanencia continua de los padres en la UCIN*, que posibilita la proximidad física con su hijo/a, y promueve el apego entre las madres y sus bebés (González y Alfie, 2023). En este sentido, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la CURF se caracteriza por tener un sistema abierto, que posibilita el ingreso de los padres y madres sin restricciones horarias. Este sistema se fundamenta en el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), que promueve la participación y colaboración de los integrantes de la familia en el cuidado de la salud del usuario.

En este sentido, el equipo de la salud interviene *incluyendo a los padres y madres en el cuidado de sus hijo/as*, como participantes activos, favoreciendo la construcción del vínculo con su bebé en la sala de internación, y disminuyendo los niveles de ansiedad, depresión y estrés en los padres (González y Alfie, 2023). En esta línea, la enfermera A. Moises

(comunicación personal, 16 de Octubre, 2025) menciona que una de las formas que posibilita a los padres recuperar su protagonismo en el cuidado de su hijo, es a través de la su participación en la calostro terapia, que requiere que las madres se extraigan calostro luego del nacimiento de su hijo, y que las enfermeras se lo administren a su bebé, colaborando con la colonización microbiana en el aparato digestivo, que contribuyen a las defensas en el neonato. En torno a ello, la enfermera comenta:

*“...es algo que a los padres los ayuda mucho, los hace sentir muy partícipes, la mamá está muy conectada con el tema de la alimentación, y bueno nosotras le damos participación de a poquito en esto. Que ellos lo hagan, que lo vean primero, como es el procedimiento seguro, y... y bueno, que participen, entonces la participación de ellos es fundamental, para el vínculo también...”*. (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

Los profesionales también hacen partícipe a los padres de la alimentación de su hijo/a, como se registró el día 30 de Octubre en la internación conjunta. Allí estaba el padre de B, con él en sus brazos, dándole la mamadera y sosteniéndolo en posición semi vertical. Mientras tanto, la enfermera le indicaba al padre que cada tres succiones de B, le retirara la mamadera, de este modo le enseñaba a hacer pausas y evitaba que B se atragantara (Registro N° 52, 30/10/2025). Otra de las enseñanzas que reciben los padres, es sobre la administración de los medicamentos a sus hijos/as; como se observó el 8 de Septiembre en la visita a una familia en internación conjunta. Allí estaban las mellizas acostadas en sus respectivas cunas, la enfermera estaba sosteniendo la parte superior de una de las bebés, de modo que estuviera semi sentada, mientras le enseñaba a la madre como darle el medicamento, con una jeringa. La madre, al principio, miraba con atención a la profesional, y luego la imitó con su otra bebé, ubicándola en la misma posición, y administrando dos jeringas del medicamento (Registro N°37, 8/09/2025).

En relación a ello, una de las enfermeras entrevistadas establece:

*“...siempre se les va explicando, todo lo que se les hace, eh... desde la medicación que nosotras administramos, los procedimientos, vamos a hacer el cambio de pañal, cómo lo hacemos, cuáles son los momentos, que preparamos, que tenemos en cuenta (...) y ellos se involucran inmediatamente. Porque es algo que les gusta, el participar, tocar a su bebé, estar en eso”*. (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

El equipo también trabaja para generar el contacto piel a piel entre los padres y el usuario lo más rápido posible, como se dió en el caso de la madre de los mellizos M y P. La enfermera sacó de la incubadora a P, el usuario empezó a llorar, hasta que se lo puso dentro de la remera de su mamá, apoyándolo en su pecho. (Registro N°52, 30/10/2025). Consideran que *“el hecho de que puedan tener contacto casi de inmediato, porque fomentamos el contacto*

*casi de inmediato, así sea apoyarle las manos para contenerlo, acercarle el chupete (...) es algo que ayuda muchísimo”*(A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

Otra de las actividades en la que los profesionales hacen partícipes a los padres, es en el cambio de pañal y el baño de su bebé. Como es el caso del usuario M, a quien le estaba cambiando el pañal su padre, mientras su madre los miraba (Registro N°52, 30/10/2025).

A partir de las prácticas mencionadas anteriormente, se puede observar que las intervenciones que realizan los profesionales de la salud, no solo están ligadas a la preservación biológica del neonato, sino también a la generación del vínculo parento-filial, que es tan necesario para la supervivencia del mismo. De este modo, se evita el síndrome del hospitalismo propuesto por Spitz, y la privación absoluta de la que habla Bowlby; posibilitando la constitución del psiquismo del neonato.

En este marco, el cuidado de lo padres en esta primer etapa no solo es ejercida para satisfacer las necesidades básicas del bebé, sino también, como plantea Bleichmar (1993) para cumplir esta doble función de implantación y narcisización, teniendo en cuenta a la primera como aquella función que implanta a través de los cuidados un plus irrevocable que permite el pasaje de lo biológico a lo psíquico. Por otro lado, a través de la narcisización los padres le ofrecen al bebé vías colaterales que le permiten ligar la libido intrusiva y aprender a tolerarla, inhibiendo ese quantum. Es por ello que desde el Sistema de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia se le da una considerable importancia a la construcción del vínculo entre los padres y sus hijos.

Por otro lado, las intervenciones que realizan los profesionales sobre la educación y la participación, contribuyen a la preparación de los padres en tareas que tendrán que realizar en sus casas, luego del alta. En este marco, la enfermera menciona:

*“...Vamos como dando esas intervenciones de educación, eh... en cuanto lo que es, la alimentación, o intervenciones en cuanto a los cuidados de la piel, o cuando hacemos el primer baño, que bueno, nosotras tratamos de coordinar algún día con los padres para que ellos puedan ver, muchos también filmar el procedimiento, entonces ya después los ponemos a hacer solos, con nosotras ahí mirando. Pero bueno, vamos dándoles las herramientas para que ellos vayan haciendo todos esos cuidados, que después van a hacer en su casa. (...) Entonces, todas esas intervenciones nuestras ayudan a la seguridad de ellos en el manejo de su bebé”*. (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

Por otro lado, es de relevancia destacar, que las intervenciones de los profesionales también son destinadas a las personas que van a estar al cuidado del bebé fuera de la clínica, como se ha registrado el 30 de Mayo, donde el equipo de la salud estaba trabajando con las

dos abuelas, paterna y materna, que estarían al cuidado de su nieto/a, luego del alta médica (Registro N°7, 30/05/2025).

### 8.2.3.3. LA PALABRA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN

Otra de las intervenciones que realizan los profesionales de la salud, es desde la *palabra*, que posibilita mitigar el impacto emocional de los padres, fomentar la confianza en los profesionales médicos y promover una experiencia más humana en ellos. Según Palacio García (2025) los profesionales deben ofrecer una comunicación clara, empática y continua. En este sentido, una de las enfermeras de la CURF, comenta “...les brindo información, trato de evacuar sus dudas, o si ellos quieren que venga alguien a verlos, bueno se solicita, por más que uno ya les ha explicado, eh, pero se solicita de que venga...” (A. Solís, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

En esta línea, los profesionales médicos y residentes, se comunican con los padres antes, durante, y después del nacimiento de su hijo/a. En esta ocasión se retoman los aportes de P (residente en neonatología) que menciona varias intervenciones de esta índole. El profesional establece que, previo al nacimiento, cuando la madre está internada, y corre el riesgo de que su hijo/a nazca antes de tiempo o requiera ser internado en neonatología; los obstetras se lo anticipan, para que al momento de la separación temprana, el impacto de la noticia sea menor (Registro N°42, 24/09/2025).

En cuanto a la comunicación de los profesionales luego del nacimiento del usuario, el residente P comenta que por lo general, antes de llevarse al bebé a la UCIN, se lo acerca a la mamá, para que lo pueda ver. Cuando se trata de una urgencia, y no le pueden acercar el bebé a su madre, P les explica “*mamá me tengo que llevar al bebé a la neo, para ayudar a que se adapte*”, nunca les dice que se los lleva para ponerles un respirador, porque esto preocupa a las madres, “*empiezan a pensar que su hijo no respira*” (Registro N°42, 24/09/2025).

En tercera instancia, se retoma el registro del 6 de Octubre para esclarecer la comunicación médica a los padres, en el proceso de internación del usuario. En el transcurso

de la revista de sala donde estaban presentes los padres de una usuaria que había tenido apneas y náuseas por la noche, los padres les preguntan a los médicos si era normal, y uno de los neonatólogos les explico que si, por momentos se olvidan de respirar cuando son muy pequeños, generando esas apneas. También les comentan que en esos casos, generalmente les aportan cafeína, pero eso demora el alta, debido a que previamente tienen que administrarle otros medicamentos, y luego de la cafeína, deben esperar 7 días para el alta médica. Les explicaron que si hacía falta se lo administrarían, pero que por el momento iban a esperar (Registro N°45, 6/10/2025).

En relación a lo mencionado anteriormente, Gonzáles y Alfie (2023) coinciden en la importancia de que los padres sean informados sobre la salud de sus hijos en un lenguaje accesible y de manera diaria, para colaborar en la construcción de rutinas, como menciona Konikoff y Triluzi (2019, como se citó en González y Alfie, 2023), generando una sensación de previsibilidad, y contrarrestando los niveles de incertidumbre, estrés y preocupaciones de la pareja.

En este sentido, es de relevancia destacar lo registrado el 30 de Octubre, en la visita a la habitación conjunta, con el neonatólogo C. Al ingresar, el profesional le explicó a los padres de B, que el equipo médico se apresuró en pasarlos a la habitación conjunta, ya que consideraban que B necesitaba mayor control y seguimiento médico. Luego, les planteó la posibilidad de volver a llevar al usuario a la sala de internación o, que se quedaran en internación conjunta hasta el fin de semana. El doctor se los comunica para que puedan llegar a un acuerdo con los padres, entendiendo que los mismos son partícipes de las decisiones que se toman sobre su hijo. Por otro lado, el médico les explicó que su hijo necesitaba descansar y alimentarse bien, y que no estaba cumpliendo las horas necesarias de descanso para recargar energías. Les comentó que el descanso es necesario porque posibilita el desarrollo del bebé. Luego les transmitió tranquilidad, manifestando que el volver a la sala de internación, no significaba un retroceso, si no, un aviso para los médicos y los padres, para respetar los tiempos de B. Los padres confirmaron que era mejor que su hijo volviera a la sala de internación, y la madre agrega que prefiere que B esté internado, a volver a pasar lo que vivieron la noche anterior, donde B había hecho una apnea, y los padres se asustaron (Registro N°52, 30/10/2025).

Los médicos no solo le comunican a los padres el estado de salud de su hijo en situación de gravedad, si no también utilizan la palabra para felicitarlos cuando sus bebés mejoran como modo de hacer visible su participación en el cuidado de sus hijos, como sucedió cuando visitamos a las mellizas internadas en la sala B. El doctor le consultó a la

enfermera que estaba a cargo de ellas cuanto estaban tomando de leche, y la enfermera le comentó que estaban tomando 30ml del pecho materno en complemento con fórmula. El doctor felicitó a los padres y les dijo que estaban haciendo un buen trabajo (Registro N°25, 15/08/2025).

La palabra es una de las herramientas principales que utilizan las psicólogas de la CURF para acompañar a los padres de los usuarios internados en la UCIN. Como menciona Oiberman (2022) la psicología perinatal posibilita la simbolización del embarazo, el parto y el puerperio, y a su vez, responde a una necesidad propia de toda mujer y de todas las familias, de ser acompañada, escuchada, respetada, y sostenida ante el nacimiento de un bebé.

Una de las intervenciones más frecuentes que realizaba la referente y psicóloga de la institución, era explicarles a los padres que “la voz, la mirada, el contacto, y el olor, son importantes para el bebé y su reconocimiento. El olor les permite tranquilizarse. Con el acercamiento de los padres, tienen un sueño profundo” (Registro N°7, 30/05/2025), y en cuanto a la voz, es lo que primero reconoce el bebé luego de salir del vientre de su madre (Registro N°21, 02/08/2025). De esta manera, la profesional contribuye a que se genere un vínculo amoroso entre los padres y su hijo, posibilitando la fundación del psiquismo del recién nacido y a su vez, generando un espacio para que los padres le ofrezcan vías colaterales que le permitan ligar la libido intrusiva al pequeño (Bleichmar, 1993).

Otra de las intervenciones es, comunicarles a los padres que deben evacuar todas sus dudas con los profesionales médicos, ya que la información calma, y por el contrario, el estado de incertidumbre activa las fantasías y la imaginación (Registro N°28, 21/08/2025).

Las psicomotricistas también intervienen desde la palabra aportando su propio saber a los padres. Sus intervenciones, como mencionó E. Juárez (comunicación personal, 01 de Julio, 2025) están destinadas a la generación del vínculo entre el bebé y sus papás. Desde esta perspectiva, acompañan a los padres para que puedan decodificar las manifestaciones corporales de su hijo y a partir de ello, que puedan responder a sus demandas.

A su vez, las psicomotricistas realizan intervenciones a los usuarios, y para ello, tienen en cuenta la edad corregida del mismo, que se calcula restando a las 40 semanas (nacimiento a término), las semanas con las que nació el bebé; de este modo, se evalúa al bebé según la edad que tendría que tener si hubiera nacido a término, contemplando su desarrollo evolutivo correctamente. A modo de ejemplo, si un bebé nace a las 36 semanas de gestación, se calculan 4 semanas antes de término, que sería proporcional a un mes. De este modo, antes de que el neonato cumpla las 40 semanas, las psicomotricistas tienen que evaluar su comportamiento en relación al desarrollo evolutivo esperable, dentro del útero. Luego de que el bebé cumpla las

40 semanas, las psicomotricistas evaluarán su comportamiento a partir del desarrollo esperable en la vida extrauterina, teniendo en cuenta que, en este caso, la edad corregida será de un mes menos de lo que su edad cronológica indica.

Las profesionales intervienen desde la edad corregida, para no exigir una función, que en términos naturales no estaría dada en el bebé. A estas intervenciones se las llaman “oportunas”, porque acompañan los tiempos del niño (Registro N°8, 02/06/2025).

De este modo, la psicomotricista en las entrevistas de admisión, les explica a los padres cuales son las acciones esperables en su bebé, por la edad que tiene, y cuales todavía no. Como en el caso L, una bebé que nació a las 33,3 semanas, los padres comentan que junto a los profesionales estaban trabajando en el acercamiento de su hija al pecho materno. En este momento, la profesional les explicó que a las 33 semanas dentro de la panza, el bebé empieza a succionar y tragar líquido amniótico, y afuera de la panza, para succionar del pecho materno, no solo tiene que succionar y tragar, si no también, respirar, lo cual no es un trabajo fácil para ella. A partir de ello, les comenta que es probable que su hija esté cansada, y duerma demasiado (Registro N°10, 07/06/2025).

Otra de las intervenciones que realiza la psicomotricista con los padres, es explicándoles la importancia de respetar los tiempos singulares de su hijo/a, para que no se les exija de más, y también trabaja con los padres, el ejercicio de mirar a su bebé cuando suena el monitor, en vez de mirar el aparato. De este modo, podrán confirmar si su hija está bien, o si hay algún cambio en su coloración, en su respiración, etc. Este registro sobre su hija, les permitirá estar más tranquilos y seguros cuando estén en sus casas, sin la ayuda de los monitores (Registro N°10, 07/06/2025).

Vinculado a lo mencionado anteriormente, es de relevancia destacar el modo en que intervino la psicomotricista, cuando se le realizó la entrevista de admisión a D, madre de las mellizas V y M. Esta mamá comentó que sentía que cuando estaba en la clínica no hacía nada, pero que si no iba, se sentía una mala madre, entonces la profesional le dijo:

“Que intente estar allí, ya que cada 3 horas las alimentan, las cambian, entonces ella puede hacerlo. No es lo mismo que sea la madre quien lo haga (...) para las bebés, es un espacio estresante, porque las pinchan, las canalizan, entre otras cosas, y que su voz, y su presencia, alivia ese estrés. Por ello es importante que esté”. (Registro N°22, 04/08/2025)

La intervención de la profesional, se puede articular con la propuesta de Winnicott (1990) acerca de la dependencia absoluta del bebé en los primeros tiempos de su vida. En este tiempo, la madre debe adaptarse a las necesidades de su hijo, que se encuentra altamente afectado por lo que ocurre en su entorno, ofreciéndole un lugar seguro, y amable. Según el

autor, la madre sabe cómo responder a las necesidades de su bebé, desde una comprensión sensitiva y personal, porque ella también estuvo en ese lugar, y como menciona el autor, las experiencias nunca se borran.

Vinculado a lo mencionado anteriormente a partir de la viñeta expuesta, se esclarecen los supuestos de Barrales (2018), quien afirma que la estimulación, cariño y los cuidados de los familiares, generan la maduración del sistema nervioso del bebé. Por eso, consideran que los primeros momentos de la vida son una etapa fundamental para establecer lazos con los cuidadores y sus hijo/as.

#### **8.2.3.4. ESCUCHA Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PADRES EN LA UCIN**

La escucha y el acompañamiento a los padres de los usuarios internados en la UCIN es una de las intervenciones que realizan las psicólogas de la CURF. De este modo la psicóloga C. Rivarola (comunicación personal, 16 de Octubre, 2025) esclarece “...*Acompañando e interviniendo también de manera oportuna, en los momentos que uno considera que puede intervenir*”. Con posterioridad, agrega que interviene:

*“Escuchando, sosteniendo, acompañando, mostrando que quizás esto es del lado de lo esperable, de que es esperable que surja la angustia, retomando el recorrido que hizo que llegaran a la neo. Suele haber momentos de internaciones prolongadas. Entonces bueno, uno va poniendo eh... poniendo palabras a las situaciones traumáticas”* (C. Rivarola, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

En este marco, otro modo de intervención por parte de la/os enfermera/os es el seguimiento de un mismo paciente, que habilita el espacio para acompañar a los padres desde un lugar más cercano y generar confianza en ellos. Así es como la enfermera A. Moises (comunicación personal, 16 de Octubre, 2025) menciona:

*“...Ayuda a los padres la confianza también hacia nosotros, porque nosotros somos un equipo de gente extraña, donde ellos están dejando a su hijo, y de pronto ayuda también a que ellos se sientan más seguros, de que están dejando a su bebé y que sabe que son buenas manos. La confianza de los padres hacia nosotros es fundamental, y se trata todo el tiempo, osea ellos nos van viendo a nosotros en cualquier horario, ellos llegan y de pronto los estamos cambiando, o estamos canalizando, o estamos... pero*

*ellos están al tanto de todo. Entonces eso yo creo que alivia en parte la incertidumbre de tener tu hijo enfermo, internado en una neo”.*

Como han mencionado González y Alfie (2023), la confianza de los padres hacia el equipo de la salud, es un pilar fundamental, para que los profesionales puedan colaborar con ellos, desde sus intervenciones. Es por esto, que los profesionales se ocupan de generar esa confianza en los padres a través de varias intervenciones, como lo es la comunicación oportuna sobre el estado de salud de su hijo, y el seguimiento de un mismo usuario, como se ha mostrado anteriormente.

A su vez, el seguimiento de un mismo paciente, no solo es una intervención que se realiza en beneficio a los padres, y a la construcción de la confianza, si no también, porque a través de la observación y trabajo con un mismo usuario, van conociendo y decodificando sus necesidades “...te vas dando cuenta, si le duele algo, si le pasa que se yo, que quiere contención” (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025).

En este marco, se destaca el rol activo de los/as enfermeros/as, tanto con los padres, como con sus hijos, debido a que pasan gran parte de su tiempo en la UCIN, acompañando el proceso de internación de uno o más usuarios asignados; interviniendo en los cuidados técnicos necesarios y también ofreciendo un soporte emocional para los padres, que los guía en una circunstancia altamente estresante y de vulnerabilidad (Palacio García, 2025). En torno a esto, se retoman los aportes de la enfermera:

*“...Mi rol acá es el trabajo con los pacientes, osea en la parte técnica, y en la parte asistencial y adecuación a los padres, el apoyo y contención en la situación de la internación de su bebé que es algo que compromete muchas emociones, situaciones medias complicadas para los padres, porque bueno, es muy difícil asumir al hijo internado, el hecho de no poder llevarte tu bebé a tu casa, eh, o que nacen bebés muy chiquitos o con alguna complicación. Entonces bueno, nosotras es como que apoyamos ese proceso”.* (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

Es de relevancia destacar, que la enfermera a quien se ha entrevistado, no solo conoce la UCIN por su trabajo, si no también porque ha sido madre de un bebé prematuro que ha requerido de los cuidados intensivos neonatales. Desde esta perspectiva, establece que la participación de los padres en el cuidado de los usuarios, es beneficioso para el vínculo con su hijo/a:

*“Lo que yo vi es un antes y un después, el antes, por ejemplo, nosotras teníamos un horario de visita, y bueno, los padres estaban ponele desde las cinco a las ocho, a las ocho de la noche los sacábamos a todos y chau. Y de pronto, te ibas con un bebé que no conocías. Que de pronto, no sabían como era de noche, eh... lo conocíamos mas nosotras. Entonces eso, la verdad que ha sido algo maravilloso, ese cambio, esa participación”.* (A. Moises, comunicación personal, 16 de Octubre, 2025)

## **9. CONSIDERACIONES FINALES**

El presente trabajo se llevó a cabo a partir de la Práctica Profesional Supervisada, desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. En el marco de la práctica, y siguiendo una modalidad de sistematización de experiencias, se registraron datos en el campo que condujeron a formar un eje de sistematización, vinculado a las experiencias de los padres y madres que tienen a sus hijo/as internados en la UCIN. A raíz de ello, los objetivos propuestos se focalizaron en los estados emocionales y las preocupaciones de los padres y madres, como así también en las intervenciones que realizan los profesionales de la CURF que trabajan en el área de neonatología, destinados a acompañar a los padres de los usuarios, en el periodo de internación. Todos estos aportes se han desarrollado a través de una articulación teórico-práctica, retomando los aportes teóricos y los registros de las prácticas.

A lo largo del recorrido, se puso de manifiesto que generalmente la internación neonatal constituye un acontecimiento que irrumpe de manera abrupta en el devenir esperado del embarazo, la maternidad y la paternidad, generando diversas repercusiones emocionales en los padres. Se ha esclarecido que los estados emocionales de la pareja parental no pueden ser comprendidos como reacciones homogéneas ni universales. Por el contrario, se presentan como vivencias singulares, fluctuantes y dinámicas, atravesadas por la historia subjetiva de cada madre y cada padre, por las experiencias previas de embarazo, parto y/o pérdidas, por los recursos psíquicos disponibles, y por el contexto vincular, social e institucional en el que se inscribe la internación.

Si bien en el trabajo se ha hecho énfasis en la angustia, el miedo, la ansiedad, la culpa, y la tristeza, como las emociones más frecuentes en los padres; también se ha evidenciado que en ocasiones la pareja parental manifiesta tranquilidad, y seguridad. Estas últimas, se asocian al avance en el desarrollo de su hijo/a, a la confianza depositada en los profesionales de la salud, al acompañamiento de los profesionales, y su participación activa en el cuidado de su hijo/a. Estas reacciones afectivas, emergen con distintas intensidades y modalidades, configurando una experiencia emocional compleja en cada padre.

Asimismo, el análisis de las preocupaciones parentales permitió reconocer que éstas se encuentran estrechamente ligadas a la incertidumbre que genera el contexto de la UCIN y al desconocimiento respecto de la evolución y el pronóstico del neonato. Como se ha desarrollado anteriormente, las preocupaciones que surgen en los padres, se corresponden con la singularidad de cada uno, de tal manera que se vuelve imposible generalizar sus experiencias en torno a ello. A su vez, se ha mostrado que las preocupaciones se orientan tanto al presente del neonato (el estado de salud del bebé, la aparatología, los procedimientos

médicos, la alimentación y los cuidados básicos) como al futuro, particularmente en relación con el alta, la posibilidad de secuelas, la discapacidad y la vida cotidiana fuera del ámbito hospitalario.

En este marco, el trabajo permitió visibilizar la relevancia de las herramientas de intervención utilizadas por los profesionales que trabajan en la UCIN, para acompañar a los padres y madres de los usuarios. Las entrevistas, el sistema abierto de la unidad, junto con la educación y la inclusión activa de los padres en el cuidado de sus hijos, el uso de la palabra, la escucha y el acompañamiento por parte del equipo de salud, son fundamentales para mitigar el impacto emocional de los padres en su trayecto por la UCIN.

A su vez, las herramientas de intervención utilizadas por los profesionales de la CURF, no solo favorecen a los padres, promoviendo la confianza, seguridad y empoderamiento en su rol parental, si no también contribuyen a la generación del vínculo con su hijo/a, siendo beneficioso para el desarrollo y bienestar del neonato.

A partir de la experiencia vivida en la Práctica Profesional Supervisada, tuve la oportunidad de acompañar a varios profesionales de la salud, que me permitieron obtener una mirada más integral sobre el contexto que engloba a la internación de un usuario en la UCIN y su familia. Destaco los aportes de cada uno de ellos, que desde su saber profesional, contribuyen a generar intervenciones desde el marco de la complejidad, atendiendo en los aspectos sociales, biológicos y psíquicos, del usuario y de su familia.

En síntesis, la internación de un hijo en la UCIN no solo implica un desafío médico, sino también un profundo desafío subjetivo, vincular y emocional para los padres. Comprender la complejidad de estas vivencias y reconocer la importancia de un abordaje integral, humanizado y centrado en la familia permite diseñar intervenciones más ajustadas, evidenciando que el cuidado del lazo temprano y la salud mental de quienes lo rodean es de vital importancia para la supervivencia del neonato.

## Referencias

- Ainoza Bonilla, A. (2017). *Intervenciones efectivas para la mejora del estado psicológico de los padres de recién nacidos prematuros ingresados en UCIN: Una revisión sistemática* [Trabajo Final de Grado, Universitat de Lleida]. Repositori Obert UdL. <https://repositori.udl.cat/items/3bed93d4-ecc7-40a1-82c0-ea57495477da>
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley No. 25.929. *Parto Humanizado*. 25 de Agosto de 2004. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25929\\_parto\\_humanizado\\_decreto\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf)
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley No. 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. 25 de Noviembre de 2010. INFOLEG. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley No. 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. 21 de Octubre de 2009. [Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>
- Argentina. Federación de Psicólogos de la República Argentina. Resolución No. 2447. *Actividades reservadas al título de psicólogo y licenciado en psicología*. <https://colpsizonandina.com/wp-content/uploads/2018/06/ANEXO-DE-LA-RESOLUCION-N%C2%BA-2447-ACTIVIDADES-RESERVADAS-AL-TITULO-DE-PSICOLOGO-1985.pdf>
- Barnechea García, M. M. y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos*, (15), 97-105.
- Barrales, Y. E., (2018). Efectos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes sujetos de las políticas de protección [conferencia]. *8º Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales. Las Luchas por la Igualdad, la Justicia Social y la Democracia en un Mundo Turbulento*, Buenos Aires, Argentina. [https://www.clacso.org.ar/conferencia2018/presentacion\\_ponencia.php?ponencia=201883233718-4320-pi](https://www.clacso.org.ar/conferencia2018/presentacion_ponencia.php?ponencia=201883233718-4320-pi)
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Amorrortu editores.
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. *Psicología Clínica* (pp. 7-15). Ediciones Pirámide.

- Chóliz Montañés, M. (2005). *Psicología de la emoción: El proceso emocional* [Universidad de Valencia]. <https://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Adultos: Salud Mental*. CURF <https://curf.com.ar/especialidades/Salud%20Mental/Sobre%20el%20servicio/adultos/HhxGSntZILiPXpy9ATdN>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Infraestructura*. CURF. <https://curf.com.ar/sedes/Instalaciones?infraestructura=true>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Misión, visión y valores*. CURF. <https://curf.com.ar/general/institucional/Mision>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Nuestro equipo*. CURF. <https://curf.com.ar/general/equipo/Autoridades>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Pediatricos: Salud Mental*. CURF. <https://curf.com.ar/especialidades/Salud%20Mental/Sobre%20el%20servicio/pediatricos/MsWoPTCPrBtCyKtgVXFC>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.). *Quiénes somos - historia*. CURF. <https://curf.com.ar/general/institucional/Historia>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (s.f.) *Neonatología: Sobre el servicio*. CURF. <https://curf.com.ar/especialidades/Neonatolog%C3%ADa/Sobre%20el%20servicio/pediatricos/7SBVVDrZItNqDvPW0xnS>
- Clínica Universitaria Reina Fabiola. (2025). *Novedades institucionales: Trabajo Social: una pieza clave en la rehabilitación integral*. CURF. <https://curf.com.ar/noticiasDetails/82d3da1c-f8da-4e93-9f9a-cc2dc410d2d2>
- Córdoba. Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. 12 de Noviembre de 2016. Legislación Provincial. [http://www.legislad.gov.ar/pdf/cba\\_psico.pdf](http://www.legislad.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf)
- Córdoba. Ley No. 7106. *Ejercicio profesional de la Psicología*. 13 de septiembre de 1984. Sistema Argentino de información jurídica. <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2024/10/Disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-Psicologia.pdf>
- Córdoba. Ley No. 9848. *Protección de la Salud Mental*. 20 de Octubre de 2010. Legislación Provincial. <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>

- Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos y Psicólogas. 26 de Julio de 2008. <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/Declaracio-Univers-al-de-principios-Eticos.pdf>
- Ferrer Botero, A. (2002). La preocupación, mal de nuestros días. *Redalyc*, (9), 76-86. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300905.pdf>
- Ficha de cátedra psicología clínica I (1945). El método clínico en psicología humana. 1-15. <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzQbffgpWDGdtLWNhZLJGIkQwrxG?projector=1&messagePartId=0.3>
- Ficha de Cátedra. (s.f.). Perspectivas psicoanalíticas: Primer tiempo en la constitución del aparato psíquico según la teorización de la Dra. Silvia Bleichmar.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo* (2a ed.). <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>
- Gonzales M. A., y Alfie J. (2023). Una revisión acerca del cuidado de la salud mental en las familias de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 43(3),134-138. <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i3.270>
- Hernando, M. C. (s.f.). Ficha de cátedra: Perspectivas acerca del niño y sus padres desde Silvia Bleichmar.
- Hernández, N. L., Rubio Grillo, M. H., y Lovera Montilla A. (2016). Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34, (1), 104-112. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000100012&script=sci_arttext&tlng=es)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. CEP alforja.
- Jaramillo E., J.C., Sandoval C., C. A., y Molina V., N. (2017). Del sujeto estructura al sujeto proteiforme en la contemporaneidad: demandas, tensiones y desafíos para la psicología clínica. *Revista CES Psicol.*,10(2), 143-159.
- Jiménez Parrilla, F., Loscertales Abril, M., Martínez Loscertales, A., Merced Barbancho Morant, M., Lanzarote Fernández, D., Macias, C., y Nieto Rivera, C. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Revista Vox*

*Paediatrica*, 11 (2), 27-33.  
<https://idus.us.es/items/b5f6606b-7919-48ed-9b24-ee0f55a8dd59>

- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectiva en psicología*, 15 (1), 98-107.
- Lucas Bermeo, S. N., y Robalino Balseca, E. R. (2025). Evidencia sobre Cuidados de Enfermería para el Desarrollo Neurosensorial en Neonatos de Alto Riesgo: Revisión sistemática. *Invesalud: Journal of Research & Health Sciences*, 1(2), 21-27. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/art+3-+21-27+VOL+1+NUM+2+2025+Evidencia+sobre+Cuidados+de+Enfermer%C3%ADa+para+el+Desarrollo+Neurosensorial+en+Neonatos+de+Alto+Riesgo.pdf>
- Martín García, L. (2019). Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). *Revista científica del CODEM*, 1-23. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/65/38>
- Mercado, A. (2022). Diálogo interdisciplinario: el nacimiento o los nacimientos. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (pp. 26-36). Lugar Editorial.
- Muñoz, J., Gaete, M., Núñez, P., Salgado, S., Bravo, S., y Poblete, M. (2021). Vivencias de madres ante la incertidumbre durante la hospitalización de su hijo en una UCIN. *Revista chilena de enfermería*, 3 (1), 16-39. <https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/63858/73531>
- Nieri, L. (2022). Un lugar para el padre en la paternidad. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (pp. 161-179). Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (1994). La relación padre-bebe: una revisión bibliográfica. *Revista Sardá*, 66-72. <https://www.sarda.org.ar/images/1994/66-72.pdf>
- Oiberman, A. (2022). De la matrona a la psicología perinatal. En A. Oiberman (Comp), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (pp.17-24). Lugar Editorial.
- Palacio García, A. (2025). *Impacto emocional del ingreso neonatal en cuidados intensivos sobre los progenitores* [Trabajo fin de Máster, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/79330>
- Prados Atienza, J. M. (2002). *La preocupación: teoría e intervención* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/b0b30513-8629-4312-9aa0-d059a94963b1/content>

- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (5ta ed.). McGraw-Hill.  
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/0e0b4c18fa63c79d9804ae0ba0387fff.pdf>
- Vetere, G., Azrilevich, P., Colombo, M. C., y Rodríguez Biglieri, R. (2011). La preocupación como estrategia de afrontamiento en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. *Anuario de Investigaciones*, 18.  
[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100010&lang=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100010&lang=es)
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Paidós.
- Winnicott, D. (1986). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Winnicott, D. (1990). La dependencia en el cuidado del niño. En *Los bebés y sus madres*. Paidós.
- Young, P., Borsini, E., Corte Aruj, N., Finn, B. C., Quezel, M. A., Pollán, J. A., y Bruetman, J. E. (2025). Del Hospitalismo a la Hospitalización Inadecuada. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 1-13.  
[https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol85-25/destacado/revision\\_746.pdf](https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol85-25/destacado/revision_746.pdf)
- Yuni, J. A. y Urbano. C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (2a ed.). Editorial Brujas.