

# CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Caracterización de Familias Recompuestas Canguro: Reacción ante Embarazo, Apoyo Social  
y Estrés

Cristina Restrepo Jimeno  
Pontificia Universidad Javeriana  
Noviembre 10 del 2017

Directora: Sandra Juliana Plata

Nota

Facultad de Psicología, Práctica de Familias, Vínculos y Violencia, Programa Madre  
Canguro Integral

La correspondencia relacionada con este documento debe ser enviada a  
[restrepo.cristina@javeriana.edu.co](mailto:restrepo.cristina@javeriana.edu.co)

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Tabla de contenido**

Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Problema de investigación .....	1
Marco teórico .....	6
Método.....	19
Objetivo general .....	19
Objetivos específicos .....	19
Variables .....	19
Estrés parental .....	19
Rechazo o aceptación del embarazo .....	20
Apoyo social o red de apoyo .....	20
Familia recompuesta o reconstituida .....	20
Diseño metodológico .....	20
Participantes .....	22
Instrumentos.....	24
Procedimiento.....	25
Resultados .....	27
Sujeto n.º 1 .....	27
Sujeto n.º 2 .....	27

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Sujeto n.º 3 .....	28
Sujeto n.º 4 .....	29
Sujeto n.º 5 .....	30
Sujeto n.º 6 .....	31
Sujeto n.º 7 .....	32
Sujeto n.º 8 .....	33
Sujeto n.º 9 .....	34
Sujeto n.º 10 .....	35
Sujeto n.º 11 .....	36
Sujeto n.º 12 .....	36
Sujeto n.º 13 .....	37
Sujeto n.º 14 .....	38
Sujeto n.º 15 .....	39
Sujeto n.º 16 .....	40
Sujeto n.º 17 .....	41
Sujeto n.º 18 .....	42
Sujeto n.º 19 .....	42
Sujeto n.º 20 .....	43
Sujeto n.º 21 .....	44
Sujeto n.º 22 .....	45

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Sujeto n.º 23 .....	46
Sujeto n.º 24 .....	47
Sujeto n.º 25 .....	48
Sujeto n.º 26 .....	49
Sujeto n.º 27 .....	50
Sujeto n.º 28 .....	51
Sujeto n.º 29 .....	52
Sujeto n.º 30 .....	53
Sujeto n.º 31 .....	54
Sujeto n.º 32 .....	54
Sujeto n.º 33 .....	55
Sujeto n.º 34 .....	56
Sujeto n.º 35 .....	57
Sujeto n.º 36 .....	58
Sujeto n.º 37 .....	59
Sujeto n.º 38 .....	60
Sujeto n.º 39 .....	60
Sujeto n.º 40 .....	61
Discusión.....	63
Conclusiones .....	79

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Referencias.....	80
Apéndice A .....	86
Apéndice B.....	88
Apéndice C.....	89
Apéndice D .....	90
Apéndice E.....	92
Apéndice F .....	93
Apéndice G .....	94
Apéndice H .....	95
Apéndice I.....	96
Apéndice J.....	97
Apéndice K .....	98
Apéndice L.....	99
Apéndice M.....	100
Apéndice N .....	101
Instrumento 1: Escala de estrés parental.....	102
Instrumento 2: Rechazo o aceptación del embarazo .....	103
Instrumento 3: Estructura de la entrevista de adaptación que se llevó a cabo con las madres que ingresaron al PMCI.....	104
Instrumento 4: Preguntas adicionales .....	110



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Resumen**

La presente investigación es una sistematización de la práctica Familia, vínculos y violencia, tuvo como objetivo principal caracterizar las percepciones maternas de las mujeres que hacen parte de una familia recompuesta con un bebé prematuro, pertenecientes al *Programa Madre Canguro Integral* (PMCI), teniendo en cuenta la reacción ante la noticia del embarazo, la red de apoyo y el estrés. Para esto, se empleó una investigación mixta, a través de la cual se aplicaron 40 entrevistas semiestructuradas a las madres pertenecientes al PMCI, y la escala de estrés parental (EEP) validada en español. Los datos se interpretaron por medio de la teoría fundamentada y la codificación abierta. Se encontró que hay una tendencia de las madres de familias recompuestas con bebés prematuros a presentar menores niveles de estrés cuando tienen mayor apoyo social, pues, además, la aceptación del embarazo puede incidir en el aumento del estrés. Es por esto por lo que las madres separadas con hijos tienden a buscar una pareja que les otorgue seguridad, compañía, apoyo y sustento económico. Asimismo, el deseo de tener hijos en esta nueva unión está fuertemente determinado por el ideal que comparten de constituir un hogar de tipo nuclear o parecido al mismo y por el apoyo que las mujeres consideran que recibirán de su pareja cuando lo tengan. De igual forma, los padres de dichas familias tienden a estimular la negociación entre los excónyuges y sus nuevos conyugues promoviendo el *coparentado* y la *cocrianza* y fomentando el apoyo hacia las madres y, por ende, el adecuado desarrollo de sus hijos.

Palabras clave: PMCI, prematurez, rechazo del embarazo, aceptación del embarazo, red de apoyo, estrés, familias recompuestas.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

*Abstract*

This research aimed to characterize the perceptions of women who are part of a reconstituted family, have a premature baby and belongs to the Integral Kangaroo Mother Program; taking into account the reaction towards the news of their pregnancy, their social support and stress. To fulfill this objective, a mixed investigation was employed, through which 40 semi-structured interviews were applied to the mothers belonging to the IKMP and the Parental Stress Scale (PSS) validated in Spanish. The data was interpreted through the grounded theory and by an open codification. It was found that there exist a trend of mothers from reconstituted families and with premature children to experience a lower level of stress when they have social support, and on the other hand, the acceptance of pregnancy influence in the medium levels of stress. This is why divorced mothers that have children, look forward a partner that can provides them security, company, support and economic help. In addition, the desire of having children in this new unión, is strongly determined by the ideal of having a nuclear family or similar to it; and by the support that women receive when they have their children. Moreover, the parents of this type of families, tend to promote negotiation between former spouses and their new partners, promoting the acts of coparenting, co-rising and encouraging support for mothers and therefore, the proper development of their children.

Key words: IKMP, prematurity, rejection of pregnancy, acceptance of pregnancy, Support net, stress, reconstituted families.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Problema de investigación**

La *familia recompuesta o reconstituida* es aquella estructura familiar en la que al menos uno de los miembros de la nueva pareja aporta algún hijo de una relación previa. A través de los años, el número de familias recompuestas es cada vez mayor (Espinar, Carrasco, Martínez y García, 2003). En Estados Unidos, las estadísticas muestran que 1 de cada 6 familias es reconstituida. En Gran Bretaña, en un solo año, cerca de 160 000 personas contraen nupcias por segunda vez (Saez, 2000). Por último, en Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010), el 3,9 % de las familias son recompuestas y el 14 % conviven con hijos de relaciones anteriores de uno o ambos cónyuges. La mayoría de investigaciones acerca de la familia se enfocan en aquellas de tipo nuclear o intactas; sin embargo, falta documentación acerca de esta nueva configuración familiar. Por ende, es menester profundizar sobre los nuevos hechos socioculturales y entender las transformaciones dadas no solo el ámbito del parentesco, sino también en la institución familiar (Rivas, 2008).

Los cambios en las formas de relación y convivencia tienen influencia en las prácticas y en las formas de representar, hablar y pensar de la constitución y construcción de la identidad familiar. Las personas unidas por diversas relaciones de parentesco (afinidad o consanguinidad) comparten una identidad simbólica y moral. No obstante, la constitución de familias recompuestas promueve una reflexión interesante relacionada con la construcción de lazos de parentesco no establecidos por vínculo sanguíneo. Además, estas ilustran la disociación de los modelos hegemónicos de la familia, donde la pareja conyugal no es la misma que la progenitora. (Rivas, 2008). Todo lo anterior hace que el estudio de dichas familias reconstituidas cobre importancia.

En la consolidación del complejo proceso de ajuste de estas familias, se han identificado unas fuentes comunes de estrés relacionadas, principalmente, con la formación de un nuevo sistema familiar, en donde se pueden presentar relaciones conflictivas, problemas en el manejo de la autoridad y la crianza, con consecuencias negativas para los hijos. Todo lo anterior genera no solo altos niveles de estrés en los padres, sino también en la mujer gestante y, por ende, en el desarrollo su hijo (Favez, Widmer, Doan y Tissot, 2015).

Ahora bien, los nacimientos pretérmino tienen gran impacto emocional, social, económico, familiar y de salud. Estos se dan cuando un bebé nace antes de la semana 37 de gestación o con un peso menor de 2500 gramos (Organización Mundial de la Salud, 2016). Lo anterior supone

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

una condición de vulnerabilidad, pues nacen inmaduros; es decir, no están totalmente preparados ni desarrollados para la vida extrauterina. En consecuencia, pueden presentar problemas en la regulación de la temperatura, problemas respiratorios, infecciones, dificultad en la alimentación, entre otros (Charpak y Ruiz-Peláez, 2006).

Más aún, se encontró que estos bebés tienen altos niveles de inestabilidad conductual y suelen ser más erráticos en su exhibición de afecto que los bebés a término, lo que complejiza los desafíos de su cuidado a medida que crecen y aumenta, por consiguiente, el estrés parental (Halpern, Brand y Malone, 2001).

Datos epidemiológicos resaltan que el parto pretérmino ha sido la causa principal de mortalidad y morbilidad neonatal, hecho que lo cataloga como un problema impactante en la salud pública de Colombia y el mundo (Lattera, Casini, Andina y Levi, 2000). En Estados Unidos, para el 2015, la frecuencia de parto prematuro fue de un 11 %; en Europa estuvo entre el 5 % y el 7 % y en Latinoamérica fue del 7 % (Romero, 2015). Según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) correspondientes al año 2015, en la ciudad de Bogotá, de un total de 102 795 nacimientos, 22 129 fueron partos prematuros. Para el año 2016, hubo un total de 98 644 nacimientos, con 21 449 partos prematuros (Espinar, et al., 2003).

El *estrés parental* surge cuando la pareja tiene hijos. Esto cambia diferentes áreas de su vida: relacional, familiar, personal y laboral, con aparición de diversos problemas psicológicos en los padres y, por ende, en sus hijos y su desarrollo (Oronoz, Alonso-Arbiol y Balluerka, 2007). A lo largo de diferentes investigaciones, se ha encontrado que el estrés parental puede generar impacto adverso en el funcionamiento familiar, las rutinas de cohesión, las estructuras de las relaciones y la calidad de la paternidad. También puede inhibir el sentimiento de eficacia parental; es decir, una habilidad interna para manejar condiciones difíciles y que permite generar sentimientos de confianza y crianza tanto activa como sensible y competente para asegurar el debido desarrollo del niño (Feinberg, 2003).

Como lo evidencian Zoe (1997) y Hiscock y Wake (2001) (como se citó en Rojas, 2005), la actividad cerebral del bebé se forma a partir de la imitación de patrones cerebrales propios de su madre. Así, cuando esta experimenta emociones negativas, depresión, ansiedad o estrés constantes durante la gestación, se promueve actividad cerebral en el área frontal, lugar donde se procesan las emociones negativas. Esto se transmite al funcionamiento cerebral del feto y, en

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

consecuencia, los hijos tendrán dichas características o serán propensos a estas. Adicionalmente, se ha hecho evidente que estos estados anímicos durante el embarazo tienen repercusiones negativas en la madre, como las alteraciones en el funcionamiento de su sistema endocrino, con secreción excesiva de hormonas tiroideas y suprarrenales, que llegan al bebé y aceleran su ritmo cardíaco (Rojas, 2005). Además, los elevados niveles de estrés producen daños en el desarrollo fetal, complicaciones obstétricas, nacimientos prematuros y propensión a la ruptura prematura de membranas (Dole, et al., 2003). A largo plazo, esto resulta en condiciones desfavorables para el bebé, como desarrollo de patrones irregulares en su conducta alimenticia y de sueño, hiperactividad, retraimiento social, inseguridad, entre otros (Rojas, 2005). Huhtala et al. (2014) estipula que el estrés parental y la depresión materna son factores de riesgo para el desarrollo social y funcional del bebé prematuro.

Más aún, Muller-Nix et al. (2004) señala que un alto nivel de estrés parental luego del nacimiento de un hijo prematuro puede afectar el vínculo madre-hijo. Forcada-Guex et al. (2011), por su parte, añade que dicho estrés dificulta el establecimiento de un apego adecuado. Adicionalmente, según el modelo teórico de Feldman, Eidelman y Rotenberg (2004) (como se citó en Cano, et al., 2010), el estrés parental puede influenciar los resultados evolutivos y cognitivos de los niños. De hecho, Cano et al. (2010) establece que cuando los niveles de estrés de los padres son bajos, se da un mejor desarrollo psicomotor y cognitivo de sus hijos.

Por otro lado, se ha visto que una posible causa del parto prematuro o bajo peso se relaciona con los embarazos rechazados o involuntarios. Según Mohllajee, Curtis, Morrow y Marchbanks (2007), este tipo de embarazo, y el rechazo del mismo, presenta mayores probabilidades de tener un parto prematuro, por los altos índices de estrés, depresión y estados anímicos negativos experimentados por la madre a lo largo de su desarrollo. Por su parte, Diaz et al. (2013) postuló que, cuando los embarazos no son deseados, las mujeres tienden a percibir negativamente todos los cambios propios del proceso de gestación y a magnificar y sensibilizar los hechos. Esto también tiene implicaciones desfavorables en el vínculo temprano que genera la madre con su bebé, ya que el desarrollo psicoactivo de este último puede verse fuertemente truncado cuando la mujer rechaza su embarazo (Moneta, 2014). Según Bowlby (1989), lo anterior se debe a que el vínculo que la madre genera con su hijo se inicia desde la gestación. Además, el bebé nace con predisposición a vincularse con sus cuidadores, y el tipo de vínculo que el niño establezca tendrá grandes implicaciones en su propio desarrollo (Moneta, 2014; Bowlby, 1989).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

De otra parte, Rojas, Albano, Llanos, Decanio y Trías (2009), en una de sus investigaciones, encontraron que las mujeres que reportaban una alta satisfacción con el apoyo social recibido presentaron una disminución significativa en la depresión y el estrés experimentados durante su embarazo y en la etapa posparto, en comparación con las gestantes con ausencia de pareja. Se encontró un porcentaje del 79,3 % de síntomas depresivos en gestantes sin pareja y de un 50,8 % en embarazadas con pareja. Adicionalmente, se vio que dichos síntomas son más agudos en aquellas mujeres que tienen que enfrentar un embarazo o crianza solas. Por ejemplo, el 52,2 % de las mujeres sin pareja experimentaron depresión severa, frente a un 32,5 % de las mujeres con pareja. En este contexto, la red de apoyo se ha constituido como un factor protector para las gestantes o madres, especialmente de bebés prematuros, pues les reduce el sentimiento de estrés, depresión y ansiedad (Díaz, et al., 2013).

Con base en lo anterior, se ha visto que el rechazo del embarazo, el alto estrés y la falta de red de apoyo son factores de riesgo muy influyentes en el proceso de gestación y desarrollo del niño a corto, mediano y largo plazo. Por tal motivo, se cuestiona: ¿Cómo se caracterizan las familias recompuestas con bebés prematuros en relación con la reacción frente a la noticia del embarazo, apoyo social y estrés maternal?

Considerando todo lo postulado, es válido afirmar que la presente investigación es de importancia y cobra pertinencia en la medida en que pretende caracterizar a las familias recompuestas de acuerdo con el rechazo o la aceptación del embarazo, el apoyo social y el estrés maternal. Sus resultados podrán ser utilizados, ulteriormente, para promover medidas de protección en madres gestantes y, de esta manera, reducir los partos prematuros y el desarrollo inadecuado del bebé. Visto desde una perspectiva disciplinar psicológica, todo esto se convierte en un buen objeto de estudio, en tanto que destaca una problemática social y de salud influyente en la actualidad y que la psicología podría intervenir con mayor énfasis. Además, puede dar cuenta de las diferentes relaciones de pareja y familiares que se dan y cómo se desarrollan diferentes variables en las mismas con un bebé prematuro, y contribuir con la teoría de apego, sensibilidad materna, desarrollo y vínculo.

Desde una perspectiva interdisciplinar, el tema de la presente investigación es relevante si se tiene en cuenta que otras disciplinas pueden hacer uso de la misma para resolver ciertas problemáticas. Por ejemplo, en el área del derecho, este tema puede ser útil puesto que toma en consideración la composición de la familia, aspecto importante para el gobierno colombiano, ya

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

que esta es entendida como el núcleo formativo más importante de la sociedad, así como en las diversas áreas de la salud que se interesan por el desarrollo del bebé prematuro, como la enfermería, la medicina y la pediatría. En el área de la antropología y la sociología, que se han preocupado por estudiar ciertas costumbres, formas de vida y tradiciones de los sujetos en su entorno social, esta investigación podrá aportar información acerca de las costumbres y los factores culturales de los padres colombianos, sus relaciones intrafamiliares y sociales, y también de sus creencias y acciones frente al embarazo.

En última instancia, se contempla la importancia de la posible relación entre el rechazo del embarazo, el apoyo social y el estrés parental en familias recompuestas, puesto que, evidentemente, los nacimientos prematuros y los problemas en el desarrollo del niño han generado una problemática de salud pública y reducido significativamente los índices de bienestar. Por consiguiente, analizar sus posibles causas permitirá tomar medidas de protección y cuidado que reduzcan los índices de mortalidad y morbilidad neonatal en Colombia y a nivel global.

Finalmente, aunque la documentación sobre el estrés parental en padres con hijos prematuros, la incidencia de la red de apoyo y el rechazo del embarazo es extensa, en Colombia, específicamente en el *Programa Madre Canguro Integral* (PMCI), no ha habido investigaciones que incluyan a las familias recompuestas, y, además, la literatura al respecto es poca. Por tanto, la presente investigación tiene un punto de innovación importante.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Marco teórico

En la antigüedad, la *familia* era considerada como *el conjunto de personas y esclavos que habitaban con el señor de la casa*. Al cabo de un tiempo, este concepto cambió y empezó a entenderse como *el conjunto de personas unidas por vínculos de matrimonio, parentesco o adopción*. En todos los grupos sociales y en los diversos estadios de la civilización, siempre se ha encontrado alguna forma de organización familiar, y esta es vista como una comunidad natural y universal, con base afectiva y de importancia social. A lo largo de la historia, el modelo de familia ha sufrido modificaciones, y hoy día hablamos de *familias nucleares, monoparentales, adoptivas y recompuestas*.

Las *familias recompuestas* han llamado la atención de diversos investigadores por su incremento en las sociedades actuales. Estas se caracterizan por el hecho de que un padre o una madre se vuelven a unir sentimentalmente con otra pareja, formando así un nuevo núcleo familiar compuesto por los hijos producto de la(s) relación(es) anterior(es) del hombre o de la mujer y por los que conciben juntos (Favez et al., 2015). En esta denominación entran las segundas parejas de viudos, divorciados y madres solteras, situación que lleva a que los hijos se vean expuestos a cambios en la figura parental.

Una característica de estas familias consiste en que la función materna y paterna, que inicialmente tenía la madre o el padre biológico, puede ser suplida por la abuela, el abuelo, el tío o la tía, la madrastra o el padrastro (Diaz, et al., 2013). Las personas que reemplazan estas funciones varían: inicialmente pueden ser los parientes, pero cuando el padre o la madre consiguen compañero(a), este(a) último(a) puede asumir dicha función, lo que posiblemente resultará en relaciones conflictivas, problemas en el manejo de la autoridad, en los aspectos de crianza, trato discriminatorio entre hijo e hijastro, con consecuencias negativas para los dos.

Cuando alguno de los padres inicia una nueva familia, se enfrenta a una doble carga puesto que debe crear una relación con los parientes de su nueva pareja y, a la vez, mantener una cohesión formal con su expareja (padre o madre de su hijo) (Favez, et al., 2015). En un estudio realizado por Espinar et al. (2003), que contó con dos fases, la primera con entrevistas a 20 padrastros y la segunda con un cuestionario a 77 participantes, se apreció que hay mayor conflicto por parte de las madrastras en la regulación de la vida familiar y mayor tensión en este rol que en los padrastros.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Asimismo, es pertinente mencionar que existe una ideología construida y mantenida socialmente acerca del rol materno y las familias recompuestas. Según dicha ideología, estas familias deben asegurar una cohesión y formación que les permita asemejarse a las nucleares. Por ende, las mujeres consideran que deben compensar a sus hijos por la ausencia de su padre buscando alternativas para formar dicha familia idealizada socialmente. Weaver y Coleman (2010) subrayan que esta exigencia hace que las madres se sientan sobrecargadas y estresadas debido a que quedan inmersas en un dualismo entre su relación de pareja y su rol como madre.

De lo anterior se derivan cuatro roles protectores asumidos por las madres, a saber: el *defensivo*, donde la madre se dispone a cuidar a su hijo por medio de la defensa; el *portero*, que busca poner límites y distanciamientos entre sus propios hijos y el padrastro, para diferenciar el rol de ser padres con los de ser pareja; el *mediador*, que se caracteriza porque la mujer quiere resolver los problemas que se presentan asumiendo una postura central; y, finalmente, el *interpretador*, que busca dar a conocer al otro por medio de la enseñanza.

Le Gall y Martín (1993) (como se citó en Rivas, 2008), establecen que en las familias recompuestas se dan dos lógicas: la de *sustitución*, donde los padrastros y madrastras reemplazan a uno de los progenitores, y la de *continuidad*, que se caracteriza por una negociación permanente entre los anteriores y los nuevos cónyuges, en donde el padre o la madre biológico(a) sigue ejerciendo su rol. La primera posición se relaciona, frecuentemente, con las clases populares que conservan una imagen tradicional de la familia nuclear. La segunda, por su parte, parece ser propia de los sectores sociales más favorecidos, que hoy día no dan tanta importancia al modelo de familia tradicional y aceptan el divorcio. También Levin (1993) (como se citó en Rivas, 2008) establece tres tipos de reacciones familiares: *los reconstructores*, que minimizan las diferencias entre las familias recompuestas y nucleares porque tienen esta última como ideal y quieren ser padres sustitutos; *los que esperan a ver* tienen la familia nuclear como modelo, pero no es su ideal, pues el padrastro o la madrastra es más un(a) amigo(a) que padre o madre; y *los innovadores*, quienes quieren crear un nuevo estilo familiar, alejado de la nuclear, y adoptan una figura similar a la de un(a) tío(a) o abuelo(a).

De otra parte, se ha contemplado que se pueden dar dos clases de desbalance en las familias recompuestas: en el funcionamiento al interior del núcleo familiar y en lo referente al exterior de la nueva familia. Se ha visto que las madres suelen menospreciar en mayor medida al padre de su

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

hijo que a su nueva pareja sentimental, lo que puede explicar los conflictos que se dan entre los mismos (Favez, et al., 2015).

Todo lo anterior permite traer a colación el concepto de *coparentado*, definido como el apoyo que los padres se brindan mutuamente en una relación a medida que crían a sus hijos (se centra en los mismos). Este concepto cobra gran importancia debido a que promueve la unidad familiar y, por consiguiente, el apoyo que esta red puede aportar, además de ser relevante en las familias recompuestas, puesto que este es un tema que afecta a los adultos que colaboran con la crianza de un hijo no biológico. Una de las cuestiones más importantes que han surgido a partir de esto tiene que ver con cómo debe hacer el padre de la custodia para asegurar una cohesión en su familia recompuesta, cuando su hijo percibe que tiene dos núcleos familiares (Favez, et al., 2015). Cabe aclarar que el coparentado se ve fuertemente influenciado por diversas variables, tales como los modelos de apego propios de los individuos inmersos en una familia específica, sus características de evitación y la edad y género del hijo. Ciertos estudios han evidenciado que padres con un apego seguro suelen preservar una relación de coparentado, de apoyo (Favez, et al., 2015).

Por su parte, un estudio hecho por Alfonso Calderón (2016), realizado mediante entrevistas semiestructuradas a 21 madres de familias recompuestas, con bebés prematuros o con bajo peso al nacer, asistentes al programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, se enfocó en la caracterización de la dinámica de dichas familias en lo relacionado con aceptación o rechazo del embarazo, afecto, comunicación, autoridad, roles y apoyo. Se encontró que todas hicieron mención a sus funciones frente a sus hijos(as). Excepto dos casos, en los que el padre siempre estuvo ausente, todas manifestaron que su pareja cumplía el rol paterno, un 90 % como proveedor económico y de afecto, tanto con hijos(as) propios(as) como hijastros(as), y solamente un 38 % como rol doméstico (Alfonso Calderón, 2016).

Igualmente, en todas las familias del estudio se observaron demostraciones físicas afectivas manifiestas en uno o más de sus miembros. De otra parte, 13 de las 21 madres mostraron flexibilidad en las normas al interior de la familia; el 95 % respondió que el rol que más desempeñaban era el del cuidado de hijos(as) e hijastros(as) (Alfonso Calderón, 2016).

En lo referente a las relaciones familiares, la mayoría definió como *positiva* la relación y la comunicación entre los padres con sus hijos(as) biológicos(as), vivieran o no con ellos(as). De las 21 madres, 7 definieron como *neutra* o *nula* su relación con su expareja, padre biológico de



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

su hijo. El 33 % respondió haber pasado o tener relaciones negativas en la recomposición familiar por problemas de adaptación al inicio de la convivencia o por problemas entre hermanos(as) y hermanastros(as). Por último, 15 de las 21 participantes valoraron como *positiva* la relación y el apoyo de su pareja (Alfonso Calderón, 2016).

En lo referente al apoyo recibido al egreso del hospital, de las 21 participantes, solamente 7 lo consideraron *suficiente*; el 86 % lo recibió del padre del bebé y el puntaje más bajo, de 19 %, fue para el apoyo recibido por parte de la familia de la pareja (Alfonso Calderón, 2016).

Para un padre, sea cual sea el tipo de familia que posea, el nacimiento de un hijo es, usualmente, fuente de incertidumbre y estrés por la propia capacidad para afrontar la nueva situación, por las dudas con respecto a qué es normal o no y por todo lo relacionado con el adecuado desarrollo de la nueva vida. Es, en términos generales, un evento que cambia la existencia de los integrantes de una familia, que se vivencia de manera diferente según el contexto cultural y social que los rodea (Guevara y González, 2012).

Si a la angustia, al estrés y al rechazo que pueden surgir con el establecimiento de familias recompuestas y con la noticia del embarazo se les suma que el nacimiento del bebé se produzca antes de tiempo, las dudas y los miedos se multiplican.

Se denomina como *parto pretérmino* al nacimiento antes de la semana 37 de gestación. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) sugiere como clasificación: *prematurez moderada*, con edad gestacional de 36 a 31 semanas; *extrema*, de 30 a 28 semanas; y *muy extrema*, antes de la semana 28. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene en cuenta el peso al nacer y llama *recién nacido de bajo peso* al neonato con menos de 2500 gramos; *de muy bajo peso*, si es inferior a 1500 gramos; y *de extremado bajo peso*, si es menor de 1000 gramos (OMS, 2016).

Los nacimientos pretérmino tienen un impacto emocional, social, económico, familiar y de salud muy influyentes en la sociedad. Datos epidemiológicos de la OMS (2016) estiman que cada año nacen, aproximadamente, 15 millones de niños prematuros a nivel mundial, lo que representa más de un 9 % de todos los nacimientos. De acuerdo con el DANE, en Colombia, durante el 2008, se reportaron 714 477 nacimientos, de los cuales, el 18 % fueron prematuros. La tasa de bajo peso al nacer se ha mantenido, por varios años, alrededor del 9 %. Según las estadísticas del DANE para el año 2015, en la ciudad de Bogotá, de un total de 102 795

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

nacimientos, 22 129 fueron partos prematuros. Para el año 2016, de un total de 98 644 nacimientos, la cifra de partos prematuros fue de 21 449 casos.

Ahora bien, se han evaluado diferentes aspectos sociales, ambientales y psicológicos propios de los padres, que pueden contribuir a que los bebés nazcan prematuros o con bajo peso, y se ha encontrado que el riesgo puede estar relacionado con el incremento de los niveles de ansiedad o estrés de la madre, por diversas circunstancias propias de ella, como eventos vividos que han causado impacto negativo en sus experiencias vitales, o por condiciones médicas. Las madres que reportaron sangrados o embarazo de riesgo experimentaron altos niveles de ansiedad durante la gestación y mayores partos de bebés pretérmino que aquellas que no padecían condiciones médicas (Dole, et al., 2003).

Cuando un bebé nace pretérmino, se encuentra con padres que no están preparados, lo que interrumpe el proceso de anidación psicobiológica, fundamental para que los padres completen la creación de un lugar físico y psíquico para el nuevo miembro de la familia y para que el neonato consuma su maduración biológica y esté en condiciones para sobrevivir fuera del útero. Esto los lleva a un estado de vulnerabilidad somática y psíquica, que se agrava si es necesario internar al bebé en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (Ruiz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez, 2005), situación que implica, con frecuencia, la imposibilidad de estar con el recién nacido y que produce desorganización en los padres, dificultad para controlar sus sentimientos y para aceptar la situación; es decir, manifiestan emociones similares a las del duelo, como tristeza, culpa, desesperanza, depresión, ansiedad, temor e ira (González, 2009). En una entrevista realizada en octubre de 2009 a Isa Fonnegra, psicóloga clínica y tanatóloga, acerca del duelo, explica que este es el proceso de readaptación ante una situación difícil, y que dicha readaptación es lenta, gradual, física, emocional, social y espiritual.

Diferente y amplia literatura confirma que la experiencia de tener un hijo prematuro produce en los padres angustia y estrés debido a la preocupación que genera su condición médica, su posibilidad de sobrevivir y su desarrollo futuro en los diferentes aspectos. Este sentimiento no desaparece cuando abandonan el hospital, puesto que siguen viendo a un bebé muy frágil, que requiere de grandes cuidados, y que deben asumir todos los cuidados médicos y temen no saber interpretar sus señales (Halpern, et al., 2001).

La alternativa presentada por los doctores Héctor Martínez Gómez y Édgar Rey Sanabria, del Instituto Materno-Infantil de Bogotá, en el año de 1978, conocida como *Método Madre Canguro*,

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

surge como una técnica interdisciplinaria de atención al neonato en situación de prematuridad o con bajo peso al nacer, fundamentada en el contacto piel a piel entre madre-padre y bebé, en el amor, la alimentación, la estimulación y la protección que ellos le pueden brindar para cuidar así su desarrollo emocional y físico (Charpak, 2006).

Este programa busca optimizar los resultados de niños prematuros o con bajo peso al nacer; estimular una relación temprana y estrecha con la madre para desarrollar un adecuado vínculo emocional, que puede deteriorarse con la separación obligada por la condición del neonato; humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio; y educar a los padres y familiares en el manejo del bebé y cuidados en el hogar. Además, se da como una alternativa a la carencia de alta tecnología en países en vía de desarrollo, como una ayuda a la prevención de infecciones cruzadas y como medio para minimizar el intermedio o mal pronóstico, la tasa de mortalidad y morbilidad y el hacinamiento en la UCI (Charpak, 2006).

Asimismo, el programa se caracteriza por promover la lactancia materna como fuente de nutrición y protección, puesto que la leche materna tiene la cantidad adecuada de carbohidratos, proteínas y grasa, y proporciona las proteínas digestivas, los nutrientes, los minerales, las vitaminas y las hormonas que el bebé necesita para su supervivencia y óptimo desarrollo, así como los anticuerpos que lo protegen de enfermedades. Además, en la mujer, trae algunos beneficios tales como mejora en la autoestima, seguridad para responder a las necesidades de su hijo y reducción del riesgo de adquirir cáncer de mama y de útero (Charpak, 2006).

De otra parte, se ha visto que la posición canguro provee calor, amor y facilidad en la alimentación, y evita el reflujo y la broncoaspiración. La proximidad con la madre (su voz, sus caricias y los latidos de su corazón) estimula la respiración del bebé y evita las apneas; estimula el lazo emocional y permite que se combinen las modalidades sensoriales: auditiva, por medio de la voz de la madre; olfativa y táctil, por la aproximación al cuerpo y a la piel; y visual, porque le permite ver la cara de la madre y el contexto en el que ella se mueve (Charpak, 2006).

De acuerdo con los lineamientos técnicos de los programas madre canguro en Colombia, los bebés que salen del hospital deben ser controlados diariamente con monitorización del peso hasta lograr la ganancia diaria óptima, y luego con controles semanales hasta que completen las 40 semanas de edad gestacional y los 2500 gramos de peso. Los controles deben continuarse adecuadamente hasta el año de edad corregida (Charpak, 2006).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Al interior del Programa Madre Canguro del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, se llevó a cabo un estudio con 11 madres de familias recompuestas, y mostró que el nacimiento de un hijo prematuro puede propiciar la cohesión familiar, debido a que los miembros de la familia entran a participar en el cuidado del bebé. Sus hallazgos también corroboraron que, en estas familias, se dan mayores estrategias para afrontar la situación, pues han aprendido a reestructurarse. Adicionalmente, concluye que los padres continuaron dando soporte económico tanto al bebé canguro, como a los(as) hijastros(as), y mostraron mayor compromiso con las tareas del hogar para permitir que la madre se centrara en el cuidado del bebé y no se sobrecargara de deberes. En cuanto a los(as) hijos(as) e hijastros(as) al interior del núcleo familiar, se encontró que estos(as) lograron adaptarse rápidamente a la nueva situación, con manifestaciones positivas de afecto entre ellos(as) (Alfonso Calderón, 2016).

De acuerdo con la psicóloga Karina Guerra (2015), el estrés es un sentimiento de tensión física o emocional, que puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir frustración, enojo o angustia, debido a que no se está obteniendo el resultado esperado. Varios autores coinciden en que es el proceso que se da cuando una persona percibe una situación como amenazante, relacionada con cambios que exigen sobreesfuerzo.

De otro lado, el embarazo es una etapa que produce cambios en el cuerpo y en las emociones de la madre y de la familia. Es posible recibir estos cambios de manera positiva, pero también que la madre experimente sentimientos de tristeza, aislamiento, fatiga y estrés. Diferente literatura ha evidenciado que el estrés en las gestantes tiene razones o potenciadores variados y depende de factores como el estrato social, el rechazo hacia el embarazo, la insatisfacción sentida por el poco o ningún apoyo social recibido, el enfrentarse a cambios en su estilo de vida y el tipo de constitución familiar: madre soltera, nuclear, recompuesta, entre otras (Diaz, et al., 2013).

Es por esto por lo que diferentes autores han hecho énfasis en la importancia de investigar más a fondo el estrés parental y examinar modelos más complejos de interacción en este aspecto, que tengan en consideración la personalidad de los padres, el nivel cognitivo y las perspectivas relacionadas con la crianza. Algunos estudios se han enfocado en la relación entre la percepción que tiene la mujer frente a su rol materno y el estrés parental, y han encontrado que la eficacia y las limitaciones en su rol estaban significativamente relacionadas con el estrés, especialmente en madres de niños prematuros (Halpern, et al., 2001).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

En variada bibliografía, es evidente que la presencia de depresión y estrés durante el embarazo trae consecuencias negativas en las madres, que repercuten en su bebé, debido a que la tensión generada puede alterar el funcionamiento de su sistema endocrino y producir una secreción excesiva de hormonas tiroideas y suprarrenales, que llegan al bebé y aceleran su ritmo cardíaco. Como consecuencia del prolongado estrés durante la gestación, a largo plazo, los bebés pueden presentar hiperactividad, irritabilidad, llanto constante, irregularidad en el sueño y la alimentación y, en casos extremos, dificultades en el desarrollo motor, social y personal; en ocasiones, pueden presentar problemas de lenguaje y del aprendizaje, que afectan su bienestar y realización en un contexto determinado (Díaz, et al., 2013).

Por su parte, Pérez y Méndez (2014), en su artículo *Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial*, definen el estrés parental como un proceso complejo, en el que los progenitores se sienten desbordados por las demandas que deben afrontar y atender en su papel como padres. Este estado psicológico se caracteriza, usualmente, por ser un elemento activador que promueve la utilización de los recursos disponibles para afrontar, satisfactoriamente, este rol, por lo que la no activación y los niveles extremos de estrés son perjudiciales (Abidin, 1992). Diversos autores coinciden en que altos niveles de estrés parental influyen en la competitividad de los progenitores, en el apoyo social, en la satisfacción con el rol o en la responsabilidad hacia los hijos (Pérez y Menéndez, 2014).

Es importante subrayar que las diferentes formas de crianza infantil desempeñan un rol significativo en el estrés que los hombres y las mujeres experimentan siendo padres. Las creencias y actitudes frente a la manera de criar, que son adoptadas y transmitidas de generación a generación, tienen repercusiones en el desarrollo infantil (Halpern, et al., 2001).

De igual manera, se ha estipulado que el estrés parental y la depresión materna son factores de riesgo para el desarrollo social y funcional del bebé prematuro (Huhtala, et al., 2014).

Un estudio realizado en Chile, en 2002, arrojó como resultado que el 51,4 % de las madres de recién nacidos prematuros presentó niveles estresantes y el 48,6 %, niveles muy estresantes (Jofré y Henríquez, 2002). Además, según Boullosa (2004), las madres se encuentran expuestas a frustración, inquietud, sentimientos de incapacidad, por la dificultad de cuidar al bebe, y a sufrimiento, por los procedimientos médicos a los que se le somete.

Por su parte, Singer, Danviller, Bruening, Hawkins y Yamashita (1996) (como se citó en Halpern, et al. 2001) compararon el nivel de estrés de las madres con infantes nacidos pretérmino

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

y a término. Los resultados reportaron que el primer grupo experimentó mayor estrés y enfermedades a lo largo del embarazo. No obstante, se ha visto que dicho elevado sentimiento de angustia disminuye con el paso del tiempo y alcanza los mismos niveles de estrés que experimentan las madres con hijos a término (Halpern, et al., 2001).

En lo relacionado con los padres de prematuros que deben permanecer internos, Wormald et al. (2015) realizó un estudio con 273 padres en 12 unidades de cuidados intensivos neonatales de Argentina, Chile, Paraguay y Perú. Lo mismo hicieron Caruso y Mikulic (2012) en una clínica privada de Buenos Aires, con 60 progenitores de bebés en igual situación. Se les aplicó la *escala de estrés parental: unidad de cuidados intensivos (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit)*. Ambos estudios concluyeron que la alteración del rol parental tuvo el puntaje más alto en las subescalas de la prueba. Los ítems más altos fueron el estar apartado de su hijo y no poder alimentarlo durante su estancia en la UCI; no poder protegerlo de sufrimientos y molestias que le podían causar los procedimientos que se le realizaban; verlo conectado a tubos y equipos, su apariencia débil, el ruido repentino de las alarmas de monitorización, entre otros (Wormald, et al., 2015).

Una conclusión relevante del estudio de Wormald et al. (2015) fue que los padres que habían podido alzar a sus hijos al menos una vez mostraron menor estrés. También, se determinó que el estrés parental fue más alto en las mujeres, lo que concuerda con el estudio de Franck, Allen y Winter (2012), el cual postula que el estrés y la ansiedad experimentados por las madres parece mayor que el de los padres, posiblemente por el tiempo que pasan las madres en la UCI y los diferentes roles biológicos y sociales.

Por su parte, diferentes autores, como Díaz et al. (2013) y Logan, Holcombe, Manlove y Ryan (2007), establecieron que cuando una mujer no desea el embarazo, tiende a percibir de manera negativa todos los cambios propios del proceso de gestación magnificando los hechos y percibiéndolos de forma más sensible. Lo anterior lleva a experimentar altos niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que puede implicar un riesgo mayor en el desarrollo de su hijo en comparación con el que pueden tener mujeres que sí lo desean. Además, varios estudios demuestran que la mujer puede sufrir consecuencias negativas en su salud durante y después de un embarazo no deseado, lo que, a su vez, se convierte en un factor predisponente de depresión, ansiedad y estrés.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Sin embargo, Rojas (2005) llegó a conclusiones diferentes en su investigación, donde demuestra que el nivel de depresión es significativamente mayor en las mujeres que aceptan su embarazo en comparación con las que lo rechazan, cuando lo aceptan forzadas, o bien porque a la maternidad, culturalmente, se le ha otorgado una relevancia social alta, por considerarla como la forma de realizarse como mujer; o las madres no son primerizas y se angustian por las carencias económicas y el aumento del número de hijos por mantener (Rojas 2005).

Rojas (2005) también encontró que no existe diferencia significativa entre el grupo de mujeres que desean su embarazo y el grupo de mujeres que lo rechazan (en ambos grupos, el 89 % y el 90 % de las mujeres, respectivamente, estuvieron acompañadas por sus parejas durante el proceso). Sin embargo, en los casos en los que la pareja de la mujer deseaba al bebé, el porcentaje con síntomas depresivos fue del 38,4 %, mientras que en los casos en los que la pareja lo rechazaba, fue del 59,7 %.

Los investigadores también exponen que, a mayor edad de la gestante, el rechazo tiende a disminuir, lo cual, posiblemente, se deba a una mayor madurez. De igual forma, la aceptación del embarazo está vinculada con la presencia de diferentes fuentes de apoyo que promuevan actitudes positivas con respecto a este (Rojas, 2005).

Mohllajee et al. (2007) destacaron que hay mayores probabilidades de parto prematuro en el embarazo no deseado y cuando existen dudas sobre este. También señalaron que cuando se desea, pero no en ese momento, hay menor posibilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer. No obstante, los resultados fueron significativos únicamente en la asociación que se dio entre el embarazo no deseado, con estados bajos, medios y altos de estrés y depresión durante el mismo, y la ruptura prematura de membranas. El reporte de presencia de estrés en la madre y el estilo de afrontamiento de la deseabilidad del embarazo se asocian con el nacimiento prematuro (Messer, Dole, Kaufman y Savit, 2016).

Adicionalmente, Muller-Nix et al. (2004) y Forcada-Guex et al. (2011) señalan que un alto nivel de estrés en padres de niños prematuros puede afectar el lazo de unión, que dificultará el establecimiento de un adecuado apego.

La teoría del apego de Bowlby establece que el vínculo que la madre genera con su bebé, se inicia desde la gestación. Enfatiza que el bebé nace con predisposición a vincularse con sus cuidadores y que el apego tiende a dirigirse hacia una figura en particular, que despierta en él sentimientos posesivos. Bowlby sostiene que es erróneo suponer que el bebé reparte su afecto en

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

varias personas y que no lo une ningún vínculo con ellas. El autor utilizó el término *monotropía* para definir la tendencia del bebé a apegarse a una figura específica (Moneta, 2014)

Por su parte, Michelotti (2016) menciona tres tipos de apego: con la persona que cuida al niño física y emocionalmente; con la persona presente a lo largo de sus años de infancia; y con la persona que favorece su bienestar. No obstante, son los primeros vínculos los que le van a permitir al neonato un adecuado desarrollo físico, psicológico y social. Cuando estos no se dan de manera apropiada, pueden actuar como factor de riesgo; de ahí la importancia de intervenir en los grupos que pueden afectarse en el establecimiento de vínculos seguros y tempranos, como es el caso de niños pretérmino internados.

Diferentes corrientes psicológicas aceptan que el vínculo temprano madre-bebé es importante para el desarrollo psicoafectivo del niño y que este comienza desde el útero, que es una etapa importante por la influencia positiva que la madre puede ejercer sobre el mismo (Moneta, 2014).

Más aún, Grimalt y Heresi (2012) traen a colación la teoría de Bowlby referente al vínculo que la madre genera con su hijo, y corroboran que este se inicia desde la gestación a través de la construcción, por parte de la mujer, de diversas representaciones mentales del bebé y su propia experiencia de apego en la infancia. Así, entonces, el apego se determina a partir de ciertas vivencias tanto negativas, como positivas.

La madre con un vínculo seguro tiene, a su vez, gran conexión con su hijo desde el vientre; se siente cercana a él; logra distinguir entre los períodos de vigilia y sueño; y construye su rol de madre a partir de sus propias características. Además, organiza su embarazo partiendo de su figura de apego principal: su madre. Por su parte, la mujer con vínculo inseguro describe a su hijo a partir de las expectativas que tiene del mismo originadas de su ideal de persona, o puede no crear un imaginario del bebé para evitar una desilusión entre este y la realidad. También se inclina por pensamientos pesimistas sobre su embarazo y tiene la preocupación de transmitirle estados negativos a su hijo; aspira a ser una madre diferente a la que ella tuvo y busca seguridad en el apoyo de otros (Grimalt y Heresi, 2012).

Se ha determinado que la insatisfacción sentida por el poco o nulo apoyo social en mujeres gestantes produce estrés, depresión y rechazo hacia el embarazo. De hecho, se encontró que uno de los factores de protección más importantes y efectivos para prevenir dichos síntomas en mujeres embarazadas, o madres de bebés pretérmino, es, precisamente, la obtención de una buena red de apoyo.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Esta red ha sido entendida como la presencia de diferentes personas en la vida de un sujeto, cuando este pasa por situaciones estresantes, quienes le brindan sustento y apoyo tanto emocional, como social y evaluativo (Rojas, et al., 2009). Por esta razón, diversos países han implementado programas, que han dado excelentes resultados en diferentes aspectos, para vincular a las familias en el cuidado y la recuperación del bebé prematuro, que necesita establecer fuertes vínculos con sus padres y familiares.

En la literatura, se describen diferentes tipos de apoyo: el *emocional*, que se caracteriza por proveer amor, compañía y cariño; el *social*, que fomenta la calidad entre las relaciones interpersonales; y, finalmente, el *evaluativo*, que permite a las personas afirmarse, socialmente, por medio de la autoevaluación (Rojas, et al., 2009).

Se llevó a cabo un estudio con 191 mujeres, 139 europeas y 52 afroamericanas, seleccionadas a la luz de los siguientes criterios de inclusión establecidos: bajos ingresos económicos y en embarazo, donde se evaluó la influencia del estrés y los recursos psicosociales, como nivel de ingresos, autoestima y apoyo social recibido. Las cifras encontradas por Rojas et al. (2009) mostraron síntomas depresivos en mujeres que se sentían insatisfechas con el apoyo recibido durante su embarazo (71,4 %), frente a las madres satisfechas con el sostén recibido (48,6 %), lo que permitió evidenciar que las figuras más importantes en la conformación de la red de apoyo requerida por las gestantes son la pareja, la madre, la abuela, la tía o la madrina.

De otra parte, se ha hecho evidente que la ausencia de pareja en las gestantes y el afrontar el embarazo solas aumentan la presencia de síntomas depresivos en comparación con las que están acompañadas. Como quedó demostrado en el estudio llevado a cabo por (Rojas, et al., 2009), se alcanzó un porcentaje del 79,3 % de síntomas depresivos en las gestantes sin pareja y del 50,8 % en embarazadas con pareja. Lo anterior se confirmó también con las siguientes cifras: en mujeres sin pareja, la depresión severa fue del 52,2 % y la leve fue del 8,7 %, mientras que, en embarazadas con pareja, fueron del 32,5 % y del 44,7 %, respectivamente. Cabe resaltar que la presencia o la ausencia de pareja no es la única variable que afecta, también cobran importancia las características propias de la relación, que van más allá del estado civil, lo que significa que la calidad en la dinámica de pareja es menester para reducir los niveles de depresión en la gestante (Rojas, et al., 2009).

Para corroborar esta teoría, Díaz et al. (2013) encontró un riesgo 8,5 veces mayor de experimentar ansiedad y 6,5 veces mayor de experimentar depresión en gestantes con pareja

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

inestable, en comparación con las mujeres que tienen una relación estable, dato estadísticamente significativo. De igual forma, se estableció que la baja satisfacción marital se relacionó con alto riesgo de ansiedad, especialmente en el tercer trimestre de embarazo.

Lo anterior permite concluir que una relación emocional estable constituye un factor protector en embarazadas; que el apoyo entre la pareja termina siendo la dimensión central del enlace y unión de familias nucleares o recompuestas; que el tipo de establecimiento de pareja y de familia tiene fuerte asociación con la red de apoyo que percibe la gestante, el nivel de estrés o la depresión que experimenta y el rechazo o deseabilidad de su embarazo. Según Rivas (2008), los cambios en las relaciones afectan la forma de pensar, representar y actuar en función de la familia y su identidad.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Método**

#### **Objetivo general**

Para orientar las metas que se pretenden alcanzar en la presente investigación, se plantea como objetivo general: caracterizar las percepciones maternas de mujeres que conforman una familia recompuesta con un bebé prematuro, perteneciente al Programa Madre Canguro Integral, teniendo en cuenta la reacción ante su embarazo, red de apoyo y estrés. Así, se podrán proponer ciertas intervenciones y factores protectores para dicha población.

#### **Objetivos específicos**

Para lograr el objetivo general propuesto, se hace necesario trazar los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar y describir el rechazo o aceptación del embarazo en las madres de bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes a familias recompuestas.
2. Identificar y describir la red de apoyo real y/o sentido que reciben las madres de bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes a familias recompuestas.
3. Identificar, describir y analizar el estrés en madres de bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes a familias recompuestas en la fecha que correspondería a la semana 40 de gestación de su bebé.
4. Analizar la relación existente entre el rechazo del embarazo, la red de apoyo real y/o sentido y el estrés en madres de bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes a familias recompuestas.
5. Identificar el tipo de familia recompuesta que se crea.

#### **Variables**

##### **Estrés parental**

Complejo proceso en el que los progenitores se sienten desbordados ante las demandas que deben afrontar en su papel de padres. Es el estrés ocasionado por la crianza, que varía en función de sus propias características: personalidad, problemas psicopatológicos, depresión, habilidad para manejar al bebe y relación conyugal; y de las características del niño: su humor, habilidad de adaptación a cambios, hiperactividad, demanda que genera y el grado en que el hijo cumple las expectativas del padre (Pérez y Menéndez, 2014; Abidin, 1992).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Rechazo o aceptación del embarazo**

Ausencia o presencia de una intención consciente/inconsciente de tener un hijo e incapacidad o capacidad consciente/inconsciente de la madre de establecer una relación afectiva con su bebé durante el período de gestación, lo que se ve reflejado en conductas, actitudes, sentimientos y pensamientos asociados con la existencia y desarrollo del bebé, y con modificaciones en hábitos de vida.

### **Apoyo social o red de apoyo**

Presencia de diferentes personas en la vida de un sujeto cuando está pasando por situaciones estresantes, quienes le brindan sustento y apoyo tanto emocional, como social, económico e instrumental. Cualquier red de apoyo tiene como finalidad promover, fortalecer, mantener y mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas (Rojas, et al., 2009). En este caso, se tiene en consideración el apoyo instrumental, de cuidado y *cangureado* del bebé, económico, emocional y de información que reciben las madres de bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes al PMCI.

### **Familia recompuesta o reconstituida**

Es aquella donde un padre o una madre se vuelven a unir sentimentalmente con otra pareja, formando así un nuevo núcleo familiar. Se establece como condición para hablar de familia reconstituida la existencia de al menos un hijo de una relación anterior. Es así como una familia recompuesta se da cuando uno o ambos miembros de la nueva pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores (Favez, et al., 2015).

### **Diseño metodológico**

La metodología empleada en el presente trabajo es la investigación mixta con metodología descriptiva exploratoria. Los métodos mixtos combinan técnicas cualitativas y cuantitativas, de forma que el investigador puede recolectar, mezclar y analizar datos cualitativos y cuantitativos en un único estudio. Así, entonces, se midieron y estimaron problemas de investigación, a la vez que se recolectaron, organizaron, analizaron e interpretaron ciertos datos (Hernández-Sampieri, 2014). En vista de que esta no tiene criterios de selección o exclusión de la aplicación, esta metodología es de tipo concurrente (la parte cualitativa y cuantitativa valen lo mismo). La pertinencia de esta técnica de investigación reside en que los numérico puede ser un aporte para darle precisión a lo dicho en palabras, permite tener un espectro amplio y global de lo que se

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

quiere indagar, con evidencia contundente, y reduce la posibilidad de que se pasen por alto cuestiones relevantes (Hernández-Sampieri, 2014).

El estudio implica también una metodología descriptiva, puesto que pretende caracterizar familias recompuestas a partir de las variables de apoyo social, rechazo u aceptación del embarazo y estrés parental (en este caso, de la madre), integrándolas, describiéndolas y midiéndolas, especificando características de los perfiles de las integrantes de la muestra (Hernández-Sampieri, 2014) para poder definir las particularidades primordiales de este tipo de familias con bebés prematuros y así predecir ciertas tendencias (Grajales, 2000). Además, tiene una metodología exploratoria, puesto que permitió que se diera un acercamiento a un fenómeno que, para el momento, era desconocido, creando así mayor familiarización con el mismo (Grajales, 2000). Así mismo, incluye un tipo de diseño transversal, puesto que la investigación se enfoca y desarrolla en un tiempo y momento específico (Grajales, 2000).

En lo referente a la presentación e interpretación de los resultados, se empleó la *teoría fundamentada en los datos*, entendida por Corbin y Strauss (2002) como aquella que se deriva de los datos obtenidos, existiendo así una relación entre el análisis y la teoría. Para esto, se inició con un área de estudio determinada y, a partir de los datos, surgió cierta teoría que se organizó por medio de la codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002). Este último es un proceso analítico donde, a partir de los datos obtenidos, se identifican y establecen ciertos conceptos a los que se les otorga propiedades y dimensiones, lo que implica que los significados sean conceptualizados por medio del análisis de los datos, su segmentación y su transformación en categorías (Strauss y Corbin, 2002).

Por su parte, para el análisis de los datos cuantitativos obtenidos mediante la escala de estrés parental, se empleó la herramienta de SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*), la cual permite tener un tratamiento de datos y análisis estadístico. Con los resultados obtenidos, se aplicaron las medidas de tendencia central, obteniendo los siguientes rangos: estrés bajo: 21-31 puntos, estrés medio: 32-42 puntos, y estrés alto: 43 a 55 puntos.

De esta manera, se promueve la triangulación secuencial propia de los modelos mixtos y propuesta por Morse (2003) (como se citó en Hernández-Sampieri, 2014), donde se toman los datos cualitativos a través de la entrevista y, luego, cuando los bebés de las entrevistadas deberían cumplir las 40 semanas de gestación, se aplica la escala de estrés parental propia de los métodos cuantitativos.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Participantes

La muestra está constituida por 40 madres de bebés prematuros con familia de tipo recompuesta y hacen parte del PMCI, seleccionadas por medio de un muestreo no probabilístico de conveniencia del investigador (Toledo, Chacón, Rocha, & García, 2014). Dentro de los criterios de inclusión se encuentra el tiempo, pues las madres debían estar entre su segundo y octavo día de ingreso al programa (véase Apéndice A).

El rango de edad de las participantes fue entre los 21 y 42 años, encontrándose un 62,5 % de la muestra entre los 24 y 34 años, un 27,5 % de mujeres añosas, 7,5 % de jóvenes y una adolescente (2,5 %). En cuanto al nivel de escolaridad, el más común en esta muestra fue el bachillerato completo (27,5 %), seguido del técnico (25 %). No terminaron el bachillerato el 20 %; el 10 % tienen un pregrado y, con igual puntaje (7,5 %), se encuentran las que completaron la primaria y quienes tienen un posgrado. Solamente una no completó la primaria (2,5 %). Debido a dichos niveles de escolaridad, la ocupación predomina en el área técnica y en el trabajo del hogar, con un porcentaje del 30 % cada uno; es decir, que 28 de ellas trabajan y 12 no. El 27,5 % de la muestra trabaja en labores mecánicas (11 de ellas) y el 12,5 % (5 de ellas), en áreas gerenciales. Llama la atención que ninguna estudia en este momento.

Dentro de dichas mujeres, predomina la unión libre, con un 70 %, seguida por el matrimonio, 22,5 %, y finalizando con soltera con apoyo (7,5 %); es decir, que lleva viviendo con su pareja menos de dos años. El 80 % no vive con familia extendida y el 20 % sí lo hace. El 70 % (28 de ellas) ya han tenido más hijos, mientras que el 30 % (12 de ellas) son madres primerizas de su bebé canguro.

Por su parte, las parejas de las participantes son hombres entre los 24 y 48 años. De estos, 23 son jóvenes (57,7 %) y los 17 restantes son adultos (42,5 %). En cuanto a su nivel de escolaridad, prima el bachillerato completo (47,5 %); es decir, 19 sí lo terminaron, seguido del nivel técnico (17,5 %). Hay 5 que tienen pregrado (12,5 %), 2 con primaria incompleta (5%) y 1 con primaria completa (2,5 %). Por tanto, su área de ocupación predominante es la mecánica, con un 60 %, luego el técnico (22,5 %), el gerencial (15 %) y, por último, un desempleado (2,5 %). Al igual que en las mujeres, ninguno está estudiando. Por su parte, el 62,5 % ya han tenido más hijos y el 37,5 % son primerizos, siendo este número más alto en padres que en mujeres.

En cuanto a las condiciones de vivienda de las familias participantes, el 57,5 % de las parejas conviven con los hijos que la mujer tuvo con una pareja anterior, el 40 % vive únicamente con

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

sus hijos en común y el 2,5 % restante corresponde a una pareja que vive con los hijos del hombre de la unión anterior. En este caso, el porcentaje de familias recompuestas en las que la mujer tiene otros hijos es del 45 %, mientras que en las que es el hombre quien tiene otros hijos es del 30 %. Por último, el porcentaje de familias recompuestas por el aporte de hijos por parte de padre y madre es del 25 % (véase Apéndice B).

En lo referente a la edad de los hijos que tuvieron cada uno de los integrantes con otra pareja, se encontró que 9 de ellos son menores de 5 años (13%). 25 se encuentran entre los 6 y 10 años (36,23%); 26 entre los 11 y 20 años (37,68%) y 9 de 21 años en adelante (13%) (Véase Apéndice C).

En lo referente a los bebés prematuros de las entrevistadas (véase Apéndice D), predominan los embarazos no planeados, con un 65 %, sobre los planeados, con un 35 %. Se encontraron tres parejas de mellizos (7,5 %). De los 43 bebés, 22 bebés son de género masculino (51,17 %) y 21 son de género femenino (48,8 %). Dentro de estos, 35 tienen una edad gestacional de prematuridad (32 a 37 semanas) (87,5 %) y los 8 restantes, gran prematuridad (29 a 32 semanas) (18,6 %). No se encontró prematuridad extrema (antes de la semana 29). De otro lado, 35 bebés (81,4 %) nacieron con bajo peso (1500-2500 gramos) 6 (13,95 %) con muy bajo peso (1550 a 1000 gramos) y 2 (4,65 %) con adecuado (más de 2500 gramos).

También predominó el tipo de parto de cesárea, con un 76,74 %, sobre el parto natural (23,25 %). El Lubchenco predominante fue pretérmino adecuado para la edad gestacional (PTAEG) (86 %), seguido por pretérmino pequeño para la edad gestacional (PTPEG) (7 %). Solo dos de los bebés canguro (4,65 %) fueron clasificados como a término pequeño para la edad gestacional (ATPEG) y uno como PTPEG (2,32 %). De otra parte, se encontró que el 58,13 % de los bebés no requirieron oxígeno en casa, mientras que el 45 % sí. Predominaron los intervalos de tiempo de 1 a 5 días (25,58 %) y de 6 a 10 días (25,58 %) en que los bebés necesitaron permanecer hospitalizados, seguidos de intervalos entre 11 a 20 días (16,27 %) y de quienes no estuvieron hospitalizados (16,27 %). Finalmente, solo 4 (9,30 %) duraron entre 21 y 30 días hospitalizados y 3 (7 %) más de 30. Adicionalmente, dentro de la muestra de madres entrevistadas, 3 de ellas tuvieron mellizos, los cuales son bebés prematuros; esto corresponde al 7,5 % de la muestra (véase Apéndice E).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Instrumentos

Para la presente investigación, se utilizarán dos instrumentos principales: la entrevista semiestructurada y la escala de estrés parental/*Parental Stress Scale* (PSS).

La entrevista semiestructurada permitirá ahondar en temas relacionados con el embarazo y posibles indicadores de rechazo o aceptación, la presencia o ausencia de la red de apoyo en la madre y la relación que se da entre la madre y su familia recompuesta. Este instrumento es pertinente en la medida en que proporciona información sustancial acerca de lo que se quiere indagar, por medio de la exploración de ciertos tópicos que orientan la entrevista y que se relacionan con las preguntas de investigación y las categorías analíticas. Además, el investigador tiene la libertad de formular las preguntas y conducir la entrevista de acuerdo con el ritmo de la conversación buscando cubrir todos los tópicos de interés (Bonilla y Rodríguez, 2005).

La *escala de estrés parental* es una herramienta diseñada para medir el nivel de estrés que los padres experimentan en su rol, al criar a sus hijos, lo que la diferencia de otros instrumentos que no separan el estrés parental de otras fuentes generadoras de este, como la situación financiera, los problemas matrimoniales, entre otros (Oronoz, et al., 2007). Esta escala cobra importancia en la medida en que se ha encontrado que altos niveles de estrés parental se relacionan con niveles bajos de sensibilidad materna, comportamientos pobres de los niños y menor calidad en la relación padre-hijo. El instrumento fue creado por Berry y Jones (1995) como una alternativa al *índice de estrés parental/Parenting Stress Index*, pues, aunque los dos tienen propiedades psicométricas, esta evidencia mayor aplicabilidad: es más corta y fácil de entender cuando se autoaplica y cubre el estrés parental desde el momento del nacimiento del hijo (Oronoz, et al., 2007).

La versión española de la escala de estrés parental se desarrolló con el procedimiento de traducción (inglés-español) y luego traducción inversa (español-inglés). Se evaluó su dimensionalidad por medio del análisis factorial, obteniendo: recompensas por el bebé y estresores (Oronoz, et al., 2007). Así, entonces, la escala versión español cumple con criterios de validez y adecuada fiabilidad en la consistencia interna, es fácil de entender, se administra rápidamente y se convierte en herramienta adecuada para evaluar el estrés de los padres, tanto en ambientes clínicos, como sociales.

El formato original consta de 18 ítems que representan temas de parentesco tanto *positivos* (beneficios emocionales y desarrollo personal) como *negativos* (demandas de recursos y



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

restricciones). Sin embargo, la escala traducida al español eliminó un ítem, considerado por los investigadores como *vago y ambiguo*, quedando así los ítems 1, 5, 6, 16 y 27 alusivos a las recompensas de los bebés; ilustran la satisfacción que encuentran los padres en su rol; y los ítems 3, 9, 10, 11, 12, 13 y 15 se relacionan con factores estresores; es decir, los niveles de estrés que los padres presentan en su nuevo rol.

Los encuestados deben responder evaluando de 1 a 5 las afirmaciones, siendo 1 = Completamente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indeciso, 4 = De acuerdo, y 5 = Completamente de acuerdo. La administración de la prueba puede ser tanto autoaplicada como aplicada por el entrevistador. En este caso, se opta por la segunda opción con el fin de tener en cuenta aspectos de la conducta no verbal de los entrevistados. Para evaluar los resultados, se deben sumar los puntajes obtenidos: entre más alto sea este, mayor será el nivel de estrés parental. Los posibles puntajes encontrados deben estar en un rango de 17 (lo más bajo) y 85 (lo más alto) puntos (Berry y Jones, 1995). Para esta investigación, se utilizó la escala versión español como una prueba piloto con los primeros 20 sujetos. A partir de esto, se llevó a cabo una validación ecológica para que fuera aplicable al contexto de la población, para lo cual, la palabra “hijo” fue reemplazada por la palabra “bebé canguro” y la palabra “padres” por “padres canguro”.

Por otro lado, con el fin de evaluar el rechazo o aceptación del embarazo, se utilizará una escala propuesta en el 2017 por Martha Cristo, psicóloga del Programa Madre Canguro Integral, sede Hospital San Ignacio. Esta escala se ha derivado del análisis de los factores que determinan el riesgo psicosocial de las madres pertenecientes al PMCI, luego de aplicarles entrevistas de adaptación semiestructuradas. La escala consta de 8 ítems con connotación negativa, a los cuales se les debe asignar un punto al que esté presente, y cero si no se da. Así, el rango va de 0 a 8. Según lo establecido por la psicóloga, si se presentan 2 de los 8 ítems, se catalogará como *aceptación del embarazo*; si se da en 3 o 4, será un *rechazo bajo*; entre 5 o 6, *rechazo medio*; y entre 7 y 8, *rechazo alto*.

### **Procedimiento**

En primer lugar, se identificaron y seleccionaron las parejas que cumplen con los criterios de selección y que de forma voluntaria aceptaron participar. Seguido de esto, se buscó el espacio adecuado para llevar a cabo la entrevista; su duración osciló entre 35-45 minutos, dándoles a conocer los objetivos que se buscaban satisfacer. Se indagaron datos sociodemográficos (se

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

complementaron con la historia clínica); la entrevista tenía como guía preguntas de adaptación propias del programa y correspondientes al tema de la investigación. A lo largo de esta, se llevó a cabo una observación etnográfica que da cuenta del comportamiento no verbal de la mujer y sus dinámicas relacionales con su bebé.

Luego, a medida que los bebés de las entrevistadas llegaban a la fecha en que se cumplirían las 40 semanas de gestación, se citaron nuevamente para que la investigadora aplicara directamente el segundo instrumento: la escala de estrés parental. Para esto, se tuvo en cuenta el día y la hora de la cita que tenían programada para su revisión en pediatría, asegurando de esta manera su asistencia.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Resultados

#### Sujeto n.º 1

Mujer de 40 años, que ejerce como empleada de una agencia de viajes, de la que su esposo (de 45 años) es gerente comercial. Llevan 10 meses de casados y conviven en el mismo hogar. Su bebé canguro nació de 2160 gramos y de 35 semanas de gestación.

La familia es de tipo recompuesta, pues el padre tiene un hijo y una hija producto de otra relación y la madre tiene una hija (de 17 años). La pareja, la hija de la mujer y su bebé canguro viven juntos. Anteriormente, hubo un aborto espontáneo que los motivó a tener otro hijo; sin embargo, era el padre quien quería tenerlo, dadas sus creencias religiosas. Por ende, el tipo de familia es de los que esperan a ver y mantienen una lógica de continuidad.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, debido a que tuvo un reconocimiento (4 meses) y percepción tardíos (quinto o sexto mes) de su bebé, pues, cuando lo sentía, se incomodaba y experimentaba angustia. También sufrió síntomas físicos negativos (agrieras, vómitos y mareo), que persistieron hasta el quinto mes, y estados anímicos negativos asociados con su bebé: se sentía triste y sensible y no estaba conforme con su apariencia física por el tamaño de su barriga.

En cuanto al apoyo, es real y sentido por la entrevistada, pues recibe ayuda en los aspectos instrumentales (cuidado y responsabilidades del hogar); del cuidado de su bebé (posición canguro); y emocional, por parte de su hija y de su esposo. También su familia extensa le ha colaborado económica y emocionalmente. Reconoce y valora el apoyo informacional y de salud que recibe del PMCI, donde le han dado las herramientas necesarias para la salud de su bebé y un buen trato.

Obtuvo 32 puntos (estrés medio) en la escala de estrés, ya que la atención de su bebé canguro, a veces, le quita más tiempo y energía de la que tiene. De vez en cuando le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por este. También el tener un bebé canguro deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y ha supuesto una carga financiera.

#### Sujeto n.º 2

Adolescente de 19 años, con secundaria incompleta, que proviene de Fusagasugá, Cundinamarca, y se dedica a ser ama de casa. Se encuentra en una relación de unión libre con su pareja de 26 años, quien ejerce como auxiliar de tránsito. Su bebé canguro es de género masculino, con peso al nacer de 1190 gramos y de 29 semanas gestacionales.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La familia es de tipo recompuesta, en vista de que la mujer tiene una hija producto de una relación anterior. Conviven los padres, los abuelos paternos, el bebé canguro y la hija de la madre, la cual padece de síndrome de Down (1 año). La mujer no ha tenido abortos. La familia de los integrantes de la pareja también es recompuesta. Presentan una lógica de sustitución y un tipo de familia de los reconstructores. En este caso, es el padre quien deseaba un hijo, porque no tenía, y la mujer se lo concede.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues lo reconoció tardíamente (2 meses y medio) y, además, tuvo sentimientos negativos asociados con la noticia del mismo: miedo, angustia y preocupación, que desembocaron en llantos. Estos estados negativos perduraron a lo largo del embarazo: no le gustaba sentir a su bebé porque daba golpes fuertes. También experimentó síntomas físicos negativos, como dolores de cabeza, migraña, mareos y náuseas, que persistieron luego del primer trimestre de gestación.

Por otro lado, la entrevistada tiene apoyo real y sentido, pues sus suegros y pareja le han colaborado económica y emocionalmente y con el cuidado de su bebé. Le ayudan con la compra de ciertas necesidades, el arriendo, las cuestiones médicas, la posición canguro, el cuidado de su hija, entre otros. También recibe apoyo económico y emocional de una tía materna y apoyo informacional y médico del PMCI, al que concibe como con una entidad que provee seguridad, salud y cuidado.

A las 40 semanas de gestación de su bebé, la madre obtuvo un puntaje de estrés de 31 puntos; es decir, bajo. Manifestó que le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el cuidado y la crianza de su bebé canguro, además de que estas funciones, en muchas ocasiones, le quitan más tiempo y energía de los que suele tener. También manifestó que la llegada de su hijo ha supuesto una carga financiera muy alta.

### **Sujeto n.º 3**

Mujer de 33 años, universitaria incompleta, proveniente de la ciudad de Bogotá y que ejerce como ingeniera ambiental. Se casó con su pareja hace 4 años, un hombre de 35 años, proveniente de Bogotá también, quien completó sus estudios universitarios y ejerce como ingeniero civil. Tuvieron un bebé canguro de género femenino, que nació de 35 semanas gestacionales y pesó 1750 gramos.

Es una familia recompuesta por parte de la mujer, quien tuvo una hija (de 10 años) con una pareja anterior. La pareja, la hija de la mujer y su bebé canguro viven juntos. Su familia extensa

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

es de tipo nuclear y no han tenido abortos. Por su parte, su familia es del tipo de los innovadores y mantiene una lógica de continuidad. La bebé que tuvieron fue motivada por la necesidad del hombre de ser padre por primera vez.

La entrevistada mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, caracterizado por los sentimientos negativos que evocó cuando confirmó que estaba embarazada: miedo y temor debido a su edad y al reto que debía asumir. También presentó síntomas físicos negativos (mareo, agrieras y vómitos), que perduraron por más de tres meses, y no creó una imagen hipotética de cómo iba a ser su hija antes de que naciera (ausencia de imaginario).

Además, se encontró un apoyo real y sentido, en vista de que su familia extensa la apoya emocionalmente por medio de llamadas y visitas. Su madre le colabora con los aspectos instrumentales del hogar (limpieza y cocina) y sus hermanos y el padre le dan consejos. También recibe ayuda en relación con los cuidados de su bebé por parte de una amiga, que también tuvo un bebé canguro y recibe apoyo económico por parte de su familia. Su pareja y su hija le colaboran en todos los aspectos. Por otro lado, aunque recibe apoyo médico en el PMCI, no lo percibe como tal, pues siente que no hay respeto ni calidez humana y le parece un lugar incómodo, con poca privacidad y desorganizado.

Manifestó un nivel de estrés medio (32 puntos), evocado por la preocupación frente al hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé. También asegura que su hija deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, además de que implica una alta carga financiera.

### **Sujeto n.º 4**

Mujer de 29 años, proveniente de la ciudad de Bogotá y que ejerce como médica. Lleva 12 años de unión libre con su pareja y 1 año de casados. Este es un hombre de 32 años, proveniente de Pasto, Nariño, que tiene pregrado completo y ejerce como ingeniero. Su bebé canguro nació de 2425 gramos y de 36,5 semanas de gestación.

Es una familia recompuesta, en vista de que la mujer tuvo una hija (que ahora tiene 13 años) con otra pareja. Actualmente, la pareja, su hijo, la hija de la madre, los abuelos, la tía y el sobrino maternos viven juntos. La familia extensa de los dos integrantes de la pareja es de índole nuclear; esta, por su parte, es de tipo de los reconstructores y tiene una lógica de sustitución. No han tenido abortos y los dos deseaban tener un hijo juntos.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, debido a que tuvo un reconocimiento (dos meses) y una percepción (tres meses) adecuados del mismo. Significó de forma positiva la

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

noticia y presentó estados anímicos de emoción, alegría, satisfacción y comodidad al sentir los movimientos de su bebé. Experimentó náuseas y vómitos en el primer trimestre gestacional. También llevó a cabo todos los controles prenatales y presentó duelo anticipatorio asociado con su bebé, cuando supo del riesgo de presentar una reducción del crecimiento intrauterino. La mujer también se imaginó a su bebé gordo y con los ojos del color del padre.

Además, presentó un apoyo real y sentido, pues recibe la ayuda de su cuñada para los aspectos instrumentales. Su hermana (quien tuvo bebé canguro) le colabora con el cuidado de su hijo: posición canguro y citas médicas. Asimismo, su madre, su sobrino y su hermana le ayudan con los aspectos emocionales, instrumentales y económicos. Su pareja y su hija la respaldan en todos los sentidos. También recibe y siente el apoyo del PMCI, pues considera que le dan una atención de calidad, integral y humana.

A las 40 semanas de gestación de su bebé, la mujer manifestó un estrés medio (41 puntos), dada la preocupación frente al hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro. La mayor parte del tiempo experimenta cansancio y agotamiento y su hijo le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, además de que implica una alta carga financiera. También comenta que el comportamiento de su bebé, a menudo, le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 5**

Mujer de 31 años, con secundaria incompleta y proveniente de Bogotá. Se dedica a ser ama de casa y lleva 6 años en unión libre con su pareja de 29 años, quien actualmente ejerce como funcionario de un *call center*. También es de Bogotá y su nivel académico es la secundaria incompleta. Tuvieron un bebé canguro de género masculino, que nació de 2100 gramos y con 34 semanas de edad gestacional.

Familia recompuesta, en vista de que la mujer tuvo dos hijas con dos parejas diferentes. La mayor vive con su abuela paterna y la menor vive con la pareja y el bebé canguro. La familia extensa de la entrevistada también es de tipo recompuesta: la de ella es de tipo de los que esperan a ver y tiene una lógica de continuidad. Anteriormente, hubo un aborto, aunque no estuvo relacionado con la deseabilidad, por parte del hombre, de tener este bebé.

La mujer aceptó su embarazo, con reconocimiento (2 meses) y percepción (4 meses) adecuados del mismo. Presentó sentimientos positivos (alegría y emoción), los cuales perduraron a lo largo de toda la gestación. También mostró conductas de cuidado para garantizar la salud de su bebé (reposo y controles). Evidenció duelo anticipatorio cuando le dijeron que su embarazo

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

era de riesgo. La imagen hipotética del bebé era igual a su padre. Sufrió mareos, agrieras y vómitos, que perduraron pasados los tres primeros trimestres de su embarazo.

En cuanto a la red de apoyo, aunque esta no es real, sí es sentida por la mujer. Su padrastro la apoya instrumentalmente en el hogar y su suegra la ayuda con los cuidados del bebé; sin embargo, su pareja solo aporta económicamente, quien asegura que no puede hacer la posición canguro y que no le queda tiempo para ayudar en el hogar, ni para acompañar emocionalmente a su pareja. No obstante, la mujer considera que su esposo es un buen apoyo. Por otro lado, sobre el PMCI piensa que es muy completo y que le proporciona gran soporte médico, seguridad y calidez.

La mujer presentó estrés medio (37 puntos), pues le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé y que este le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, lo que le dificulta equilibrar las diferentes responsabilidades. Además, tener su hijo le ha supuesto una carga financiera importante.

### **Sujeto n.º 6**

Mujer de 32 años, proveniente de Caloto, Cauca, que completó la secundaria y ejerce como operaria de empaque. Lleva 6 meses casada con su esposo, un hombre de 34 años, proveniente de Arauca, quien ejerce como constructor. Su bebé canguro nació de 34 semanas y 2340 gramos de peso.

La familia es recompuesta, debido a que el padre tiene dos hijos, producto de una relación anterior, y la mujer tiene una hija. Actualmente, los padres viven con su bebé; por su parte, los hijos del hombre viven con su madre biológica y la hija de la mujer vive con la abuela materna. La mujer no ha sufrido abortos y sus familias extensas son de tipo nuclear. Su familia tiene una lógica de continuidad y es de tipo de los reconstructores.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, en vista de que tuvo un reconocimiento tardío del mismo (2 meses y medio) y, además, presentó sentimientos negativos frente a este (tristeza, ansiedad y preocupación); decía que fue algo traumático e injusto. Además, no brindó los cuidados para asegurar la salud de su bebé, pues no dejó su trabajo, lo que significaba un riesgo, y no asistió a todos los controles necesarios. Sus síntomas físicos negativos también perduraron hasta el último trimestre del embarazo.

En otro orden de ideas, la mujer no recibe ni siente apoyo por parte de sus familiares o personas cercanas. Esto se debe a que no cuenta con la ayuda de su madre, a quien no le contó

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

que estaba embarazada, su esposo solo responde económicamente y su hija colabora, de vez en cuando, con la posición canguro. Esto evidencia la falta de apoyo emocional, instrumental o social que experimenta esta mujer y que anhela tener. En cuanto al PMCI, siente soporte médico y emocional, pues le han garantizado que su hijo va a recuperarse y le han colaborado con la lactancia para empoderarla y hacerla sentir eficaz.

La mujer presentó estrés medio (42 puntos), fomentado por el hecho de que la atención de su hijo le quita más tiempo y energía de los que tiene y, además, le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades a su cargo. Su hijo se ha convertido en una fuente de estrés para ella y su comportamiento se ha vuelto incómodo y estresante. También se siente abrumada por la responsabilidad de ser madre de nuevo.

### **Sujeto n.º 7**

Mujer de 28 años, proveniente de Quipile, Cundinamarca, que no completó la secundaria y que ejerce como ama de casa. Mantiene una relación de unión libre desde hace 12 años con un hombre de 32 años, quien completó la secundaria y trabaja con metalmecánica. Su bebé nació de 32 semanas gestacionales y con un peso de 1645 gramos.

Familia de tipo recompuesta, en vista de que el hombre tiene un hijo mayor (de 12 años) producto de una relación anterior y que vive con su madre. Solamente viven juntos la mujer y los dos hijos de la pareja, debido a que el padre, por cuestiones laborales, está radicado en Boyacá. Anteriormente, hubo un aborto, lo que los motivó a tener este bebé, aunque el padre lo deseaba mientras que la mujer no, dado los riesgos que esto implicaba. La familia de la madre es de tipo recompuesta. Además, su familia tiene una lógica de continuidad y un tipo de familia de los reconstructores.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues cuando se enteró del mismo, experimentó sentimientos negativos (miedo, preocupación y angustia) y síntomas físicos negativos que persistieron después del primer trimestre. La entrevistada también indicó que ella no se imaginaba a su bebé de ninguna forma y que solo deseaba que naciera sano.

En lo referente a la red de apoyo, se encontró que no tiene apoyo real y, por ende, no lo siente. Esto se debe a que su esposo únicamente colabora con el aspecto económico, pues trabaja y vive en otra parte, como ya se mencionó. Además, se siente sola en este proceso, debido a que su madre no ha estado pendiente, no ha ido a visitarla y la llama muy poco; de hecho, una de sus hermanas también tuvo un bebé canguro y, aun así, esta no le ha dado consejos ni la ha



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

acompañado en el proceso. Solo recibe apoyo en aspectos instrumentales por parte de una cuñada y del PMCI, donde ha hecho amigas y le han brindado un trabajo integral y médico muy completo.

La mujer obtuvo un puntaje de estrés alto (48 puntos), en vista de que le preocupa si está haciendo lo suficiente por su bebé. De igual forma, considera que atenderlo le quita más tiempo y energía de los que tiene. También le preocupa que su bebé implica una alta carga financiera y su cuidado la ha hecho sentirse abrumada como madre.

### **Sujeto n.º 8**

Mujer de 34 años, proveniente de Bolívar, Colombia, que no completó la secundaria y que se dedica a ser ama de casa y funcionaria doméstica en casas ajenas. Mantiene una relación de unión libre desde hace 9 años con un hombre de 36 años, quien cursó la secundaria completa y ejerce como guardia de seguridad. Su bebé canguro nació con un peso de 1880 gramos y 35 semanas de gestación.

Es una familia recompuesta, en vista de que la mujer tiene una hija (de 12 años) y el padre tiene un hijo (de 12 años también), ambos producto de relaciones anteriores. Aparte de su bebé canguro, también tienen una niña (de 6 años). En el mismo hogar viven la pareja, sus hijos, la hija de la mujer y una hermana de esta. No ha sufrido abortos y la madre de la mujer también estableció una familia recompuesta. En este caso, la familia es del tipo de los que esperan a ver y mantiene una lógica de sustitución. El padre es quien deseaba tener este hijo, mientras que la madre asegura sentirse cómoda y completa con los que ya tiene.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues tuvo un reconocimiento y percepción del mismo adecuados, manifestó sentimientos positivos frente a su hijo y no experimentó síntomas físicos negativos: solo hipertensión, que estaba asociada con cuestiones médicas. También experimentó duelo anticipatorio asociado con su bebé, cuando le informaron que este tenía riesgo de nacer antes de tiempo. Además, asistió a todos los controles para asegurar su salud y la de su bebé, a quien imaginaba parecido a su padre y con ojos claros. No obstante, cuando la mujer comprobó que estaba embarazada, evocó sentimientos de angustia, negación y rechazo, que desembocaron en llanto.

En cuanto a la red de apoyo, se vio que esta es real y sentida por la mujer: su madre se fue a vivir con ella para brindarle apoyo instrumental y emocional; su hermana, que también vive con la pareja, colabora con el aseo, la cocina y el cuidado de los niños. Por su parte, su pareja la

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

escucha, le da consejos y la mantiene emocional y económicamente, mientras que sus amigas y vecinas le brindan su atención y le dan regalos para el bebé. También recibe apoyo médico y emocional por parte del PMCI, del que le ha gustado el trato humano que dan y la consulta abierta.

La madre presente estrés bajo (29 puntos), pues la atención de su hijo, a veces, le quita más tiempo y energía de los que tiene, lo que, en consecuencia, le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida.

### **Sujeto n.º 9**

Joven de 26 años, proveniente de Bogotá, técnica en gestión bancaria y entidad financiera, que ejerce como cajera de banco y mantiene una relación de unión de 2 años con un joven de 24 años, tecnólogo en administración y quien ejerce como escolta motorizado. Su bebé canguro nació de 32 semanas y con un peso de 2000 gramos.

Es una familia recompuesta, ya que el hombre tiene un hijo (de 5 años) producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja y su hijo canguro viven juntos y mantienen una lógica de continuidad y un tipo de familia de los innovadores. La pareja sufrió un aborto involuntario anteriormente, lo que los motivó a tener este bebé canguro: fue una decisión conjunta de los dos padres.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque tuvo sentimientos negativos asociados con la noticia de su nuevo estado (llanto, temor, incertidumbre y angustia), sentimientos que perduraron a lo largo de la gestación, evidenció un reconocimiento (1 mes) y percepción (4 meses) adecuados de la misma. Además, no presentó síntomas físicos negativos asociados con su bebé, pero padeció preeclampsia, lo que supuso un duelo anticipatorio e implicó que tuviera comportamientos adecuados para asegurar la salud de su hijo, de quien también creó una imagen hipotética.

Esta presentó una red de apoyo que es real y sentida, pues su madre le colabora con las responsabilidades domésticas (apoyo instrumental), con la crianza de los demás niños y acompaña a la mujer a las citas médicas (ayuda con los cuidados del bebé). Sus suegros y amigos colaboran económica y emocionalmente y su pareja aporta en todos los aspectos. También recibe apoyo del PMCI, pues asegura que ha sido en esta institución donde la han orientado en cuestiones médicas y recibe el apoyo de diversos pediatras.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Tuvo un nivel de estrés medio (37 puntos), en vista de que la atención de su hijo a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y le preocupa el hecho de si está haciendo lo necesario y suficiente. Además, le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

### **Sujeto n.º 10**

Mujer de 37 años, que cursó el bachillerato completo y ejerce como operaria de máquinas. Nació en Bogotá y lleva 1 año de unión libre con su compañero, un hombre de 48 años, proveniente de Bogotá, quien no terminó el bachillerato y actualmente está desempleado. Como producto de su relación, tuvieron un bebé de género masculino, que nació con un peso de 1910 gramos y 34,5 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, ya que la mujer tiene 4 hijos con su pareja anterior y el padre tiene tres hijos, también producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja, los dos hijos pequeños de la mujer, su nieto y su bebé canguro viven juntos. Mantiene una lógica de continuidad y es un tipo de familia de los innovadores. La familia extensa de la mujer también es recompuesta y no ha tenido abortos.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues tuvo un reconocimiento (15 días) y percepción (3 meses) adecuados del mismo. Además, los sentimientos asociados con su bebé a lo largo de la gestación fueron positivos: manifestó tristeza y angustia, pero relacionadas con su esposo, quien padece cáncer. Más aún, la mujer fue diagnosticada con preeclampsia, lo que implicó comportamientos de cuidado para garantizar la salud de su hijo y el duelo anticipatorio asociado con el mismo. También se imaginó a su bebé de piel blanca y con ojos verdes. No obstante, la noticia del embarazo le hizo experimentar sentimientos de tristeza y temor.

Tiene apoyo real, pero no lo siente como tal. Esto se debe a que una de sus hijas le colabora en todos los aspectos domésticos e instrumentales; su pareja, por su parte, le ayuda con los cuidados del bebé, los aspectos emocionales y económicos. Sin embargo, no quiere mostrarse en una situación de vulnerabilidad y, por ende, trata de no recibir ayuda de nadie; considera que ella hace todo sola. El PMCI ha sido de ayuda, dada la orientación recibida para cuidar a su bebé, además de ser un sistema rápido e integral.

Obtuvo un nivel de estrés medio (41 puntos), debido a que la atención de su hijo a veces le quita más tiempo y energía de los que muchas veces tiene. También se preocupa por el hecho de si está haciendo lo suficiente para cuidar y responder por su bebé.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Sujeto n.º 11**

Mujer de 26 años, proveniente de Chía, Cundinamarca, que completó la primaria y que ejerce como ayudante de cocina. Mantiene una relación de unión libre con su pareja, un hombre de 31 años, proveniente de Zipaquirá, Cundinamarca, quien no terminó el bachillerato y ejerce como operario de una empresa de huevos.

Tienen una niña (de 5 años) y un niño (de 3 años). La pareja sufrió una ruptura amorosa por un tiempo, período en que la mujer quedó embarazada de mellizos (hombre y mujer) de otro hombre; sin embargo, se volvieron a unir y el hombre asumió su paternidad. Los mellizos nacieron con un peso de 2430 gramos y 36 semanas gestacionales. Actualmente, la pareja, sus dos hijos y los bebés canguro mellizos de la madre viven juntos. No han tenido abortos y su familia extensa es de índole nuclear; por su parte, su familia tiene una lógica de sustitución y es de tipo los reconstructores. El padre desea el embarazo, pero la mujer no.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, dada la incapacidad para recordar en qué momento se dio cuenta de que estaba esperando y cuándo empezó a sentir a sus hijos. Más aún, la noticia del embarazo fue muy dura para la mujer (negación, rabia y rechazo). También presentó síntomas físicos negativo (vómitos, mareos y agrieras) pasados los primeros tres meses de su gestación y no se imaginó a sus bebés de ninguna forma.

Recibe apoyo real y sentido. Su madre le ha brindado acompañamiento emocional. Su pareja también le ha dado apoyo emocional (la escucha y aconseja), económico, instrumental y de cuidados de su bebé (cocina y posición canguro). Un tío del padre también ha colaborado con la compra de pañales y utensilios y unas vecinas y amigas de la mujer le han dado consejos de crianza y respaldo emocional. No obstante, no ve al PMCI como una ayuda, sino como una molestia.

La mujer muestra un nivel de estrés medio (37 puntos), ya que la atención de su bebé a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por este. Además, reconoce que tener a sus bebés ha supuesto una alta carga financiera y que el cuidado que les debe otorgar también les deja poco tiempo y flexibilidad en su vida.

### **Sujeto n.º 12**

Mujer de 37 años, proveniente de El Espinal, Tolima, que cursó su bachillerato completo y que ejerce como vendedora de una tienda dermatológica. Mantiene una relación de unión libre con su pareja, un hombre de 36 años, quien cursó su bachillerato completo y labora como operario de

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

producción en una empresa de empaques. Tuvieron un bebé canguro con peso de 1360 gramos y 31 semanas de gestación, que nació con síndrome de Down.

La familia es recompuesta por parte de la mujer, quien tiene dos hijos producto de una relación anterior, y por parte del hombre, quien tiene tres hijos más. La pareja vive por separado, cada uno en su hogar con sus hijos; la mujer con su bebé canguro y su madre. Sus familias extensas son de tipo nuclear y no han tenido abortos. Su familia es de tipo de los innovadores y mantiene una lógica de continuidad. El padre es quien deseaba tener al bebé.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues experimentó estados anímicos negativos asociados con su bebé a lo largo de la gestación (no le gustaba sentirlo, le producía estrés y rabia), y cuando se enteró de la noticia, también manifestó dichos sentimientos. Tampoco elaboró un imaginario de su bebé y solo esperaba que fuera niña.

En cuanto a la red de apoyo, esta es real y sentida, pues la madre de la mujer le colabora con todos los aspectos instrumentales y económicos de su hogar; además, ha sido su consejera y su ejemplo. Su pareja la apoya emocional y económicamente; su tía materna se encarga de darle consejos de maternidad y, además, recibe ayuda financiera por parte de sus abuelos maternos. Esta manifiesta estar muy agradecida con el PMCI, por ofrecerle calidad humana y buenos tratos médicos.

A las 40 semanas de gestación de su bebé, obtuvo un nivel de estrés bajo (30 puntos), dada su preocupación constante por el hecho de si está haciendo lo suficiente por su hijo. También manifiesta que se preocupa frecuentemente por el hecho de que su hijo implica una carga financiera alta.

### **Sujeto n.º 13**

Mujer de 34 años, proveniente de Salamina, Caldas, que completó un posgrado y ahora trabaja como fisioterapeuta. Lleva casada 4 años con su pareja, un hombre de 33 años, proveniente de Santa Marta, que es un universitario graduado y que ejerce, actualmente, como médico general. Tuvieron juntos un bebé canguro, que nació con un peso de 2620 gramos y 35 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, debido a que el padre tiene un hijo hombre, producto de una relación anterior. Por su parte, la mujer es madre primeriza, Actualmente, viven juntos con su bebé y los padres de la mujer, en la ciudad de Bogotá. Su familia es de tipo de los innovadores y mantiene una lógica de continuidad. La familia del hombre también es recompuesta. La pareja

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

sufrió un aborto espontáneo, pero dicho aborto no es el motivo por el que decidieron tener a su bebé; de hecho, los dos padres muestran sentimientos ambivalentes al respecto.

La mujer aceptó su embarazo, pues tuvo un reconocimiento (4 semanas) y una percepción (4 meses) adecuados de su bebé. Además, experimentó sentimientos de felicidad y alegría cuando se enteró de la noticia y a lo largo de su período gestacional. También tuvo comportamientos de cuidado para garantizar la buena salud del mismo (controles) y los síntomas físicos que experimentó no persistieron después del primer trimestre de gestación. La mujer logró hacerse una imagen hipotética de su bebé al pensarlo con la piel morena. Pasó por un duelo anticipatorio, pues experimentó estrés, angustia y preocupación cuando supo que su hijo iba a nacer pretérmino.

La mujer tiene apoyo real y sentido, debido a que sus padres le colaboran con la vivienda y los aspectos instrumentales del hogar. Además, tanto la familia del padre como sus amigos muestran interés y apoyo emocional. Su hermana le ayuda con los cuidados de su bebé; el esposo, por su parte, con lo económico. Adicionalmente, asegura que el PMCI ha sido un gran soporte para ella, debido a que es práctico y eficiente.

Por su parte, la mujer mostró un nivel de estrés medio (39 puntos), dada la preocupación por el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé y porque atenderlo le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida. También indica que su bebé ha significado una carga financiera alta y se siente abrumada por la responsabilidad de ser madre.

### **Sujeto n.º 14**

Mujer de 36 años, con nivel académico técnico, que ejerce como asistente personal en tecnoquímicos y proviene de Tunja, Boyacá. Se encuentra en unión libre con su pareja, de 31 años, proveniente de Bogotá y que ejerce como técnico en gas natural. Juntos tuvieron una hija que nació con un peso de 1980 gramos y 29 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, debido a que el hombre tuvo una hija (de 6 años) con otra mujer. Ahora, la pareja vive por separado: la mujer, con sus hermanas y su bebé canguro; y el hombre, con su hija. Su familia tiene una lógica de continuidad y tipo de los que esperan a ver. Por su parte, la familia extensa de los padres es de tipo nuclear. La pareja no ha sufrido abortos y en vista de que la mujer no tenía hijos, es esta quien deseaba quedar en embarazo.

La madre mostró aceptación hacia su embarazo, debido a que tiene un reconocimiento (4 semanas) y una percepción (2 meses) adecuados del mismo. Además, cuando lo confirmó, se

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

puso muy feliz y emocionada (sentimientos positivos), lo que perduró a lo largo de todo la gestación. No presentó síntomas físicos negativos asociados con su bebé que duraran más de tres meses, pero sí problemas de placenta, lo que la llevó a recibir cuidados para asegurar la salud de su hija y generó un duelo anticipatorio por su vida. En lo que respecta a la imagen hipotética, se imaginaba a su hija con la piel morena, como la del padre, y con los ojos negros.

En cuanto a la red apoyo, esta es real y sentida por la mujer, dado que las dos hermanas que viven con ella le ayudan con el cuidado de su bebé y con las responsabilidades domésticas, tanto en lo emocional como en lo económico. Su pareja aporta económicamente y con el cuidado de su bebé. Además, ha recibido apoyo del PMCI, un lugar que le parece muy completo, integral y propicio para la salud de su hija.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (25 puntos), puesto que su bebé a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente para que este bien.

### **Sujeto n.º 15**

Mujer de 38 años, con bachillerato incompleto. Hoy en día se dedica a ser ama de casa. Mantiene una relación de unión libre con su pareja, un hombre de 44 años, que tiene bachillerato completo y quien ejerce como contratista. Juntos tuvieron una hija que nació con un peso 1830 gramos y de 36 semanas gestacionales.

Familia recompuesta, debido a que la mujer tiene dos hijos más (de 6 y 18 años), que son producto de una relación anterior, y el hombre, por su parte, tiene un hijo (de 24 años). Actualmente, la pareja, los hijos de la mujer y su bebé canguro viven juntos. Su familia extensa es de tipo nuclear. Su familia es de tipo de los que esperan a ver y de lógica de sustitución. No han tenido abortos y la deseabilidad de dicho bebé es de los dos padres.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, ya que tuvo un reconocimiento (20 días) y una percepción (4 meses) adecuados del mismo. Además, experimentó sentimientos de felicidad por su nuevo proceso de maternidad. Asimismo, tuvo estados anímicos positivos relacionados con su bebé (le gustaba sentirlo). Sufrió de preeclampsia y padeció una infección urinaria que la llevó a tener duelo anticipatorio y cuidados para asegurar el bienestar de su hija (guardar reposo, quedarse en casa, tomar medicamentos, entre otros). En cuanto a la imagen hipotética, creó un imaginario de su bebé: con el pelo claro y con harto pelo (*peludo*). No obstante, experimentó

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

síntomas físicos negativos asociados con su bebé (vómitos, agrieras y mareos), que perduraron por más de cuatro meses.

En cuanto a la red de apoyo, la recibe y siente de parte de su hijo mayor y de su pareja, quienes le colaboran con los aspectos instrumentales del hogar; además, este último le ayuda con las funciones económicas, la posición canguro y emocionalmente. También recibe apoyo del PMCI, donde la han instruido y colaborado para que mejore la salud de su bebé.

La mujer muestra un nivel de estrés medio (34 puntos), dada la preocupación de si está haciendo lo suficiente por su bebé y porque también significa una carga financiera muy influyente.

### **Sujeto n.º 16**

Mujer de 39 años, proveniente de Medellín, Antioquia, que cursó la universidad completa y ahora ejerce como empleada de una empresa. Se casó con su pareja, un hombre de 37 años, que también es universitario completo, proveniente de Medellín y que se encuentra trabajando actualmente. Juntos tuvieron un bebé canguro de género femenino, que nació con un peso de 2000 gramos y 34 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, debido a que la mujer tiene una hija (de 23 años) producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja y su bebé canguro viven juntos; la hija de la mujer vive con su abuela materna, en Medellín. Esta familia es de tipo de los reconstructores y mantiene una lógica de continuidad. La familia extensa de los padres es de tipo nuclear. No han sufrido abortos y la deseabilidad de tener a este bebé es de los dos padres.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, en vista de que tuvo una percepción (3 meses) y una aceptación (6 semanas) adecuados de su bebé. Además, se puso muy feliz con la noticia, pues le emocionaba ser madre otra vez. Estos sentimientos positivos perduraron a lo largo del embarazo y se relacionaron con su bebé, pues le gustaba sentirla y cantarle. Más aún, llevó a cabo todos los controles y requerimientos necesarios para garantizar el cuidado de la salud de su hija. No obstante, esta tenía daño en el esófago, complicación encefálica e hipertensión pulmonar, lo que generó preocupación y duelo anticipatorio (sentimiento de tristeza). En cuanto a la imagen hipotética, se imaginó a su bebé con los ojos iguales a los de su padre. No experimentó síntomas físicos negativos que perduraran más de tres meses.

La mujer tiene apoyo real y sentido, debido a que la madre viajó para visitarla y colaborarle con los aspectos del hogar y el cuidado de la bebé. De igual manera, su esposo ha sido un gran



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

acompañamiento, tanto emocional como económico, pues se entienden muy bien, se hacen compañía y él es quien se encarga de llevar el sustento al hogar. Su hija y sus amigas también le colaboran con los aspectos emocionales. El PMCI ha sido un gran apoyo, en vista del acompañamiento, comprensión y respaldo allí brindados.

La madre mostró un nivel de estrés medio (34 puntos), debido a que la atención de su hija a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene. Además, comenta que la llegada de su bebé ha supuesto una alta carga financiera para la misma y el comportamiento de su hijo a menudo le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 17**

Mujer de 37 años, proveniente de Zipaquirá, Cundinamarca, que es técnica completa y actualmente está desempleada. Se encuentra en unión libre hace 1 año con su pareja, un hombre de 32 años, técnico completo, quien ejerce como auxiliar de bodega y es proveniente de La Paz, Cesar. Su bebé canguro es una niña que nació de 32 semanas gestacionales y con un peso de 1450 gramos.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene dos hijos producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja, los hijos de la mujer, los padres de la misma y el bebé canguro viven juntos. Esta familia es de tipo de los que esperan a ver y mantiene una lógica de sustitución. Su familia extensa es nuclear. Esta pareja no ha sufrido abortos y es el padre quien desea al bebé porque no ha tenido hijos.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, debido a los síntomas físicos que experimentó, propios de la gestación, y que perduraron hasta el quinto mes. Más aún, tuvo una percepción tardía de su bebé, pues fue hasta el sexto mes que sintió sus patadas, y no creó un imaginario del mismo. Tampoco manifestó miedo ni preocupación relacionada con la salud de su hijo: ausencia de duelo anticipatorio asociado con el bebé.

En cuanto a la red de apoyo, esta fue real y sentida por la entrevistada. Su pareja e hijo mayor colaboran con la posición canguro; además, este aporta económicamente al hogar y cumple con ciertas funciones instrumentales. Sus padres e hijos le ayudan con las diligencias, los trámites, el cuidado de la casa y la crianza de su hija. Su madre le da consejos acerca de la maternidad en prematuros. En lo que respecta al PMCI, le ha gustado y ha mostrado compromiso con el mismo, pues este le aporta tranquilidad y seguridad.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La mujer mostró un nivel de estrés medio (40 puntos), dada la preocupación por el hecho de si está haciendo lo suficiente por su hija y porque considera que atenderla le quita más tiempo y energía de los que tiene, lo que le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida. De hecho, si tuviera que hacerlo de nuevo, posiblemente decida no tener un bebé.

### **Sujeto n.º 18**

Mujer de 27 años, proveniente de Bogotá, que es tecnóloga y actualmente ejerce como funcionaria de atención al cliente en una empresa. Mantiene una relación de unión libre desde hace dos años con su pareja, un hombre de 37 años, proveniente de Santander, universitario completo y que ejerce como conductor. Tuvieron mellizos canguro de género femenino, que nacieron con un peso de 2210 y de 2215 gramos, respectivamente, con 35 semanas de gestación.

La familia es recompuesta, en vista de que el hombre tuvo un hijo hace 10 años con su pareja anterior, de tipo de los que esperan a ver y de lógica de continuidad. Actualmente, la pareja, sus hijos canguro y el hijo del padre viven juntos. No han sufrido abortos y la familia de la mujer es de tipo recompuesta. Quien deseaba el embarazo era el padre.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, con reconocimiento (más de 2 meses) y percepción (sexto mes) tardíos del mismo. Experimentó sentimientos negativos ante la noticia de su nuevo estado: siente preocupación y miedo. También experimentó estados físicos negativos, que persistieron después de tres meses de la gestación: náuseas, mareos y vómitos hasta el quinto mes.

En lo referente al apoyo social, la mujer lo recibe y lo siente, y el apoyo de tipo emocional por parte de la familia de la mujer es el que prima. El padre le ha colaborado con los cuidados del bebé, los aspectos del hogar y económicamente. Además, la mujer acepta la ayuda ofrecida por el PMCI, ya que recibe buena atención por parte del personal médico, quienes le brindan seguridad y cuidado.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (30 puntos), debido a que la atención de las bebés canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por sus hijas. También manifiesta que, si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un bebé canguro.

### **Sujeto n.º 19**

Mujer de 28 años, proveniente de Caquetá, con bachillerato incompleto y que actualmente ejerce como independiente en confección. Se casó hace 1 año con un hombre de Bogotá, que tiene 36

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

años, no completó el bachillerato y que ahora ejerce como auxiliar de bodega. Su bebé canguro nació con un peso de 1850 gramos y 32 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene un hijo (de 10 años) producto de una relación anterior. Esta es del tipo de los que esperan a ver y tiene una lógica de continuidad. Los padres de la mujer tienen también una familia de tipo recompuesta. Actualmente, los padres, el hijo de la mujer y su bebé canguro viven juntos. La mujer sufrió un aborto involuntario, razón por la que no deseaba tener más hijos, pero su pareja sí (padre primerizo).

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, puesto que experimentó sentimientos negativos frente a la noticia del mismo: miedo, temor y angustia. Además, temía ser juzgada por las personas que la rodean. También manifestó estados anímicos negativos asociados con su bebé, dada la incomodidad causada por la barriga y las limitaciones de movimiento relacionadas. Adicionalmente, es incapaz de tener imaginario sobre su bebé.

Con respecto a la red de apoyo, esta es real y sentida: su esposo aporta emocional (duelo del aborto anterior y miedos) y económicamente: da sustento y ayuda con los quehaceres domésticos. También recibe apoyo por parte de su familia, quienes aportan en los cuidados del hogar y la acompañan en diversas funciones, como citas médicas y cuidados del bebé. De igual forma, la entrevistada recibe apoyo social por parte de las personas que hacen parte de la iglesia a la que asiste, quienes le regalaron ropa, pañales, entre otros, para su bebé (apoyo económico). También recibe apoyo del PMCI y reconoce que la institución le brinda una muy buena atención, que mantiene una relación cálida con las enfermeras y pediatras y que, además, le ha agradado el seguimiento, pues la hace sentirse respaldada médicamente.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (28 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo.

### **Sujeto n.º 20**

Mujer de 33 años, proveniente de Bogotá, que completó el bachillerato y que ejerce como jefe de una bodega. Mantiene una relación de unión libre desde hace 8 años con un hombre de 34 años, proveniente de Boyacá; que actualmente trabaja como supervisor. Su bebé canguro es una niña que nació con un peso de 2455 gramos y 37,2 semanas de gestación.

La familia es recompuesta, debido a que la madre tiene una hija (de 11 años) producto de una relación anterior. Esta mantiene una lógica de sustitución y un tipo de los reconstructores.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Actualmente, la pareja, el bebé y la hija de la mujer viven juntos. No han sufrido abortos y los padres de los dos integrantes tienen familias recompuestas. En este caso, el hombre deseaba tener un hijo y la hija de la mujer quería tener un hermano.

La mujer aceptó su embarazo, pues presentó comportamientos de cuidado para asegurar la salud de su bebé, tales como abandonar el trabajo y dedicarse al reposo. También empezó a sentir a su bebé a los 4 meses de gestación (percepción adecuada). Experimentó sentimientos de felicidad cuando supo que estaba embarazada y estados anímicos positivos asociados con su bebé. De igual manera, experimentó duelo anticipatorio asociado con su bebé, frente al riesgo de parto prematuro. Sin embargo, no logró crear un imaginario de su bebé y tuvo un reconocimiento tardío del mismo (2 meses).

En lo referente al apoyo económico y emocional, este es real y sentido. Su pareja es el que la lleva a las citas médicas y quien la acompañó durante la hospitalización. La madre de la mujer también ha estado muy presente y brindando apoyo instrumental y emocional y su suegra le ha dado consejos acerca de la maternidad y la crianza de los hijos (apoyo emocional). Sin embargo, la mujer no recibe apoyo social, puesto que no tienen amigos cercanos, según lo que cuenta.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (27 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo.

### **Sujeto n.º 21**

Mujer de 39 años, proveniente de San Juan de Rioseco, Cundinamarca, que es técnica completa y que ejerce como secretaria en una empresa. Mantiene una relación de unión libre desde hace 1 año con un hombre de 32 años, proveniente de Bogotá, que completó su bachillerato y que trabaja como guardia de seguridad. Su bebé canguro nació con un peso de 2385 gramos y de 37 semanas de edad gestacional.

La familia es recompuesta, en vista de que los dos integrantes de la pareja tuvieron hijos con parejas anteriores. El hombre tiene tres hijos, cada uno producto de una relación diferente. Por su parte, la mujer tiene un hijo. Esta es una familia de lógica de continuidad y de tipo de los reconstructores. Su familia extensa, por parte de los dos integrantes de la pareja, también es recompuesta. No han sufrido abortos y los dos deseaban el embarazo, pues la mujer quería darle un hermano a su hijo y el padre deseaba tener otro hijo.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque el reconocimiento del mismo fue tardío (más de 2 meses), experimentó sentimientos positivos frente a la noticia de tener un bebé y relacionados con este durante la gestación. No experimentó síntomas físicos negativos que superaran los tres primeros meses. También tuvo comportamientos de cuidado para garantizar la buena salud de su bebé. Hacia el cuarto mes, empezó a sentirlo (percepción adecuada) y creó un imaginario del mismo. Al saber que su hijo iba a nacer prematuro, tuvo duelo anticipatorio asociado: tristeza y ansiedad.

En lo referente a la red de apoyo, se encontró que es real, pero no sentido. Su madre, su hermana y su suegra le colaboran con los aspectos del hogar (apoyo instrumental) y con los cuidados de su hijo. Su familia extensa y amigos del trabajo han sido también un apoyo emocional: han estado pendientes y la acompañan. Su esposo ayuda económicamente y en los cuidados de su bebé, aunque la mujer señala que se siente sola y que la presencia de los otros es una carga más y un factor promotor de estrés. También recibe ayuda de información y médica importante, gracias al buen cuidado y a la calidad de los pediatras del PMCI.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (36 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene, y porque tenerlo deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, ha supuesto una carga financiera y su comportamiento, a menudo, le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 22**

Mujer de 36 años, proveniente de Bogotá, con nivel de escolaridad de secundaria incompleta. Ejerce como ama de casa y tiene una relación de unión libre desde hace dos años con su pareja, un hombre de 37 años, proveniente de Bogotá, con secundaria incompleta y que hoy día trabaja como independiente. Su bebé canguro nació con un peso de 1315 gramos y 31 semanas gestacionales.

Su familia es recompuesta, debido a que el hombre tiene una hija con su pareja anterior. Por su parte, la madre tuvo dos hijos hombres, inicialmente, y luego tres mujeres, una de las cuales murió a los 5 meses de gestación. Es de tipo de los innovadores y tiene una lógica de continuidad. Actualmente, la pareja y sus hijos viven juntos. No han sufrido abortos y la mujer deseaba el embarazo más que el hombre, quien quiso interrumpirlo.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, puesto que tuvo un reconocimiento tardío del mismo y experimentó sentimientos negativos asociados con la noticia

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

de su nuevo estado (rabia, tristeza y llanto). Además, no experimentó duelo anticipatorio asociado con su bebé, debido a que no sabía lo que la prematuridad implicaba.

En cuanto a la red de apoyo, la mujer no recibe apoyo real ni sentido. Es su cuñada quien, de vez en cuando, colabora con los aspectos instrumentales y emocionales. No obstante, indica sentirse abrumada por todas las responsabilidades que asume sola, mayoritariamente, en el hogar y en el cuidado de su bebé y demás hijos. Cabe resaltar que la entrevistada recibe apoyo institucional y de información, puesto que reconoce la ayuda que ha sido para ella su asistencia al PMCI, gracias al trato muy humano que le dan.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (42 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Además, la mayor fuente de estrés es su hijo: tenerlo deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y supone una carga financiera. El comportamiento de su bebé canguro a menudo le resulta incómodo o estresante y si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tenerlo.

### **Sujeto n.º 23**

Joven de 21 años, proveniente de Cartagena, Colombia, que cursó la secundaria completa y actualmente es asesora comercial. Mantiene una relación de unión libre desde hace 1 año con un hombre de 35 años, también proveniente de Cartagena, que cursó la secundaria completa y trabaja como jefe de inventarios. Juntos tuvieron a su bebé canguro: una niña que nació con un peso de 1820 gramos y de 32 semanas gestaciones.

La familia es recompuesta, debido a que la mujer tuvo un hijo con otra pareja. La pareja, su bebé canguro y el hijo de la mujer viven juntos. Esta familia es de tipo de los que esperan a ver y lógica de continuidad. Ninguno de los padres deseaba el embarazo en este momento, sufrieron un aborto involuntario anterior y los padres de los dos entrevistados también tienen familia recompuesta.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, puesto que tuvo una percepción tardía del mismo (4 meses) y sentimientos negativos frente a la noticia y asociados con su bebé durante la gestación: angustia, desesperación, miedo y cansancio. También hubo ausencia de comportamientos de cuidado para garantizar la buena salud de su bebé, pues conservó su trabajo en una bodega de ropa, lo que significaba un riesgo para su bebé. Tampoco experimentó duelo anticipatorio asociado con su bebé.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

En lo referente a la red de apoyo, aunque esta no es real, sí es sentida por la mujer, pues asegura que su madre ha sido de gran ayuda para ella, pese a que no ha ido a visitarla, no conoce al bebé y no ha podido estar presente. Además, aunque su familia le proporciona apoyo emocional, viven lejos de ella. Sus padres son separados, la relación con su padrastro es distante y no tiene contacto con su padre. La relación con sus hermanos es conflictiva. Quien más le colabora es su esposo en los aspectos instrumentales, de cuidado de su bebé, así como económica y emocionalmente. Ha recibido un trato muy humano en el PMCI, donde le han enseñado a lactar adecuadamente y el seguimiento le garantiza la salud a su bebé.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (38 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo, la mayor fuente de estrés en su vida es su bebé canguro y porque este le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida, además de que supone una carga financiera y hace que le resulte difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

### **Sujeto n.º 24**

Mujer de 37 años, proveniente de Bogotá, universitaria completa y que, actualmente, ejerce como docente. Lleva dos años de casada con su pareja, un hombre de 35 años, que cursó la secundaria completa y trabaja como taxista. Tuvieron un bebé de género masculino, que nació con un peso de 2220 gramos y 33 semanas gestaciones.

La familia es recompuesta, en vista de que el padre tiene tres hijos más producto de una relación anterior, y de tipo de los reconstructores y de lógica de continuidad. Hoy día, la pareja y su bebé canguro viven juntos. Su familia extensa es de tipo nuclear. No han tenido abortos y la deseabilidad del embarazo es por parte de los dos.

La madre mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque sufrió síntomas físicos que persistieron después del primer trimestre de gestación (mareos y vómitos) y no hubo un imaginario de su bebé, tuvo un reconocimiento (1 mes de gestación) y una percepción (3 meses) adecuados del mismo. También experimentó sentimientos positivos asociados con la noticia y con su bebé durante el período de gestación. Además, por tratarse de un embarazo de alto riesgo, tuvo comportamientos de cuidado para garantizar la salud de su hijo. Experimentó un duelo anticipatorio asociado a causa del miedo sentido al momento del parto.

En cuanto a la red de apoyo, se concluyó que es real y sentida por la misma, pues recibe colaboración instrumental, emocional y con los cuidados de su bebé por parte de su madre. Su

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

pareja aporta con el cuidado del hogar y económicamente. Su padre ayuda con el transporte y acompañamiento en las citas; sus hermanas y amigas del trabajo le brindan apoyo emocional y unos amigos curas le proporcionan respaldo emocional y económico. Además, el PMCI ha sido un lugar de apoyo de información e institucional muy importante para la entrevistada, pues, como esta asegura, es muy agradable y el trato que recibe allí es muy humano, le da seguridad.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (29 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo.

### **Sujeto n.º 25**

Mujer de 37 años, proveniente de Bogotá, que cursó la secundaria completa y actualmente ejerce como guardia de seguridad. Mantiene una relación de unión libre con su pareja desde hace tres años, un hombre de 29 años, proveniente de Barranquilla, bachiller y que también trabaja como escolta. Tuvieron un bebé canguro de género femenino, que nació con un peso de 1950 gramos y 31 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene una hija (de 17 años), producto de una relación anterior, y el hombre tiene un hijo hombre que vive fuera de Colombia. Actualmente, la pareja, la hija de la mujer y su bebé canguro viven juntos. Es una familia con lógica de sustitución y tipo de los que esperan a ver. Su familia extensa es de tipo nuclear. No han sufrido abortos y el padre deseaba a este bebé al igual que la hija de la mujer, pues quería un hermano.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues tuvo sentimientos negativos asociados con la noticia (miedo y angustia) y experimentó síntomas físicos negativos que persistieron después del primer trimestre y que se asocian con la gestación: vómitos, mareos y agrieras. Tampoco pudo crear un imaginario de su bebé y no experimentó duelo anticipatorio, ya que no manifestó preocupación por la salud de su bebé ante su situación médica.

En cuanto a la red de apoyo, es real y sentida, pues recibe colaboración tanto de su padre como de su hermana en ciertos aspectos del hogar (emocional e instrumental). Su hermana, que es enfermera con enfoque en bebés prematuros, le ayuda con los cuidados de su hijo. Su esposo también le ayuda con la posición canguro y con los aspectos económicos. Además, reconoce que el PMCI ha sido un gran apoyo para ella y para su bebé, pues recibe buenos servicios médicos y le proporcionan tranquilidad.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (30 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Asimismo, atender a su bebé le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida.

### **Sujeto n.º 26**

Mujer joven de 21 años, proveniente de Bogotá, que es técnica completa y actualmente ejerce como auxiliar de enfermería. Mantiene una relación de unión libre desde hace 7 años con su pareja, un hombre de 38 años, proveniente de Bogotá, que cursó la secundaria completa y actualmente trabaja como guardia de seguridad. Juntos tuvieron un bebé canguro de sexo femenino, que nació con un peso de 2380 gramos y de 38 semanas. Hace 5 años tuvieron también una hija que fue bebé canguro.

La familia es recompuesta, pues el padre tiene una hija (de 10 años) producto de una relación anterior. Actualmente, los padres y sus dos hijas viven juntos, y la familia mantiene una lógica de continuidad y un tipo de los reconstructores. La familia extensa por parte del padre es recompuesta, no han sufrido abortos y ninguno de los integrantes de la pareja deseaba tener el bebé en este momento, aunque su hija sí anhelaba una hermana.

La madre mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque experimentó sentimientos negativos asociados con la noticias y con su bebé durante la gestación, tuvo un reconocimiento adecuado de su embarazo (primer mes) y una percepción adecuada de su hijo (segundo mes gestacional). Los síntomas físicos negativos que sufrió no perduraron luego del tercer mes de gestación, y tuvo comportamientos de cuidado para garantizar la buena salud de su bebé (se retiró de su trabajo, controles y cuidados); además, experimentó duelo anticipatorio asociado con su bebé y se la imaginó morena y con pelo oscuro.

En cuanto a la red de apoyo, la mujer no recibe ni siente la ayuda de personas externas o de su propia familia. Esto se debe a que todas las personas cercanas a ella viven en Sincelejo, Sucre, y esta no conoce ni tiene amigos en Bogotá. Su pareja se lo prohíbe y la controla por medio de la revisión de su celular, aunque le ayuda con los aspectos instrumentales del hogar. No obstante, asegura que siempre está sola en casa y que lleva la posición canguro sola. No siente el apoyo de la pareja ni la de sus hermanos y padre, quienes se han mostrado distantes y no parecen tener interés en viajar a conocer a la bebé. Más aún, la mujer no parece sentir el apoyo brindado por el

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

PMCI, pues le parece un servicio incompleto e incómodo, razón por la que ha intentado asistir a un pediatra particular.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (38 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por ella. Además, tener un bebé canguro ha supuesto una carga financiera para ella y, en consecuencia, le ha resultado difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

### **Sujeto n.º 27**

Mujer de 29 años, proveniente de Bogotá, que cursó la secundaria completa y actualmente se dedica a ser ama de hogar. Lleva 5 años en unión libre con un hombre de 30 años, también proveniente de Bogotá y que trabaja como guardia de seguridad. Juntos tienen un hijo de 3 años y su bebé canguro, que nació con un peso de 1530 gramos y 31 semanas.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene un hijo (de 7 años) producto de una relación anterior. Los padres, su hijo de 4 años, su bebé y el hijo de la mujer viven juntos. La familia es de tipo de los reconstructores y lógica de sustitución. No han sufrido abortos y su familia extensa es nuclear. Ninguno de los padres deseaba otro hijo por cuestiones médicas y económicas.

La madre mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, puesto que tuvo sentimientos negativos asociados con la noticia de su nuevo estado: angustia, estrés y frustración; y estados anímicos negativos asociados con su bebé: ansiedad, preocupación y estrés. También experimentó síntomas físicos negativos, que persistieron después del primer trimestre (náuseas y mareos hasta el día del parto), y una percepción tardía de su embarazo, pues solo lo sintió hasta el sexto mes. Además, presentó incapacidad para tener un imaginario de su bebé.

En lo referente a la red de apoyo, aunque no es real, sí es sentida por la mujer. Su madre es quien le colabora con los quehaceres del hogar, como cocinar y criar a sus hijos, y quien la acompaña a las citas médicas (apoyo instrumental y de cuidados del bebé). También es claro que es su pareja la que le ayuda económicamente, pero en ningún otro aspecto propio del hogar. Así, entonces, aunque la mujer valora y siente el apoyo que le brinda su madre, la mayoría de las funciones del hogar debe asumirlas por sí sola, con poco apoyo emocional o social. Por su parte, asegura que el PMCI ha sido un gran apoyo por sus cuidados médicos y funcionamiento interdisciplinario.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La mujer mostró un nivel de estrés alto (45 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Asimismo, deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y ha supuesto una carga financiera. A la madre le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades por su bebé, y el comportamiento del mismo, a menudo, le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 28**

La entrevistada es una mujer de 29 años, proveniente de Bogotá, ama de casa y que completó la secundaria. Lleva 12 años en unión libre con su pareja, un hombre de 40 años, que completó el bachillerato y hoy día trabaja como independiente. Su bebé nació con un peso de 2309 gramos y 34 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que el padre tiene un hijo (de 20 años), de tipo de los que esperan a ver y de lógica de continuidad. La pareja y sus dos hijos viven juntos. Su familia extensa es de tipo nuclear. La pareja ha pasado por tres abortos espontáneos, razón por la que deseaban tener este bebé canguro.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque sufrió síntomas físicos negativos que perduraron después del primer trimestre, tuvo un adecuado reconocimiento de su embarazo (al mes y medio) y una adecuada percepción de su bebé (quinto mes). También experimentó sentimientos positivos frente a la noticia: felicidad y emoción. Además, guardó reposo y asistió a sus controles médicos (comportamientos de cuidado) y creó un imaginario de su bebé. Por último, experimentó duelo anticipatorio asociado con el bebé, puesto que sabía desde un principio que era de alto riesgo y uno de sus miedos era que le pasara algo.

En cuanto a la red de apoyo, es real y sentida, pues su esposo le ayuda con la crianza y cuidado de su hija mayor, con los aspectos de alimentación y limpieza del hogar (apoyo instrumental) y económicamente. Además, emocionalmente, es su esposo y sus hermanos quienes siempre la contienen y le dan el espacio para habar. También se siente respaldada por el PMCI, en cuanto a información; el trato le ha parecido muy humano y está muy satisfecha con la atención médica que su bebé ha recibido allí.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (39 puntos) reflejado en los siguientes ítems: la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. También deja poco tiempo y flexibilidad

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

en su vida, ha supuesto una carga financiera y a la madre le resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades por estar cuidando a su bebé.

### **Sujeto n.º 29**

Mujer de 33 años, proveniente de Sucre, cuyo nivel de escolaridad es secundaria incompleta y que, actualmente, ejerce como operaria de cultivos de flores. Mantiene una relación de unión libre con su pareja desde hace 6 años, un hombre de 28 años, que completó la secundaria y hoy día trabaja como obrero. Su bebé nació con un peso de 2370 gramos y de 34 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, debido a que el padre tiene dos hijos que fueron producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja, su hijo de 1 año y su bebé canguro viven juntos. Es una familia de tipo de los innovadores y con una lógica de continuidad. La familia del padre es de tipo recompuesta. Sufrieron un aborto anterior y ninguno deseaba otro embarazo en este momento.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, debido a que tuvo un reconocimiento tardío del mismo (quinto mes) y no lo percibió (no lo sintió moverse nunca). Además, evocó sentimientos negativos asociados con esta noticia, pues asegura que fue *traumático* y muy difícil asumirlo y aceptarlo. Como consecuencia, anímicamente se sintió triste, preocupada, estresada y frustrada. También siguió siendo operaria de cultivos de flores, lo que significó un riesgo para la salud de su bebé y su estado.

En cuanto a la red de apoyo, no tiene apoyo real ni sentido, pues, aunque instrumentalmente su suegra le ayuda con el cuidado de su hija, debe asumir todas las funciones del hogar, razón por la que asegura que todo lo puede hacer, lo que la motiva para asear, cocinar, entre otros. Su pareja solo responde económicamente. Por su parte, tiene relaciones de lejanía y distanciamiento con sus familiares; algunos no saben que tuvo un bebé y su madre falleció hace tres años. No obstante, recibe apoyo informacional provisto por el PMCI, pues asegura que le ha gustado el seguimiento porque se siente muy acompañada y que el concepto de consulta abierta le permite tener diferentes miradas clínicas.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (40 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Asegura también que tener un bebé canguro deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y ha supuesto una carga financiera.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Sujeto n.º 30**

Mujer de 25 años, proveniente de Bogotá, que completó la primaria y que, actualmente, ejerce como funcionaria en una empresa de aseo. Lleva 20 meses en unión libre con su pareja, un hombre de 26 años, técnico que trabaja como operario de una empresa de construcción. Tuvieron mellizos que nacieron con un peso de 2300 y 2050 gramos, respectivamente, en la semana 35.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene dos hijos hombres y una hija mujer, mientras que el padre tiene un hijo, todos producto de una relación anterior; también es de tipo de los innovadores y de lógica de continuidad. Actualmente, la pareja, una de las hijas de la mujer y sus bebés canguros viven juntos. No han sufrido abortos. Su familia extensa no es recompuesta y es el padre quien deseaba este embarazo.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazo, puesto que tuvo un reconocimiento tardío del mismo (dos meses) y, además, evocó sentimientos de negación, preocupación, angustia y estrés por el sustento económico; por ende, también experimentó estados anímicos negativos (pensó en abortar). Asimismo, tampoco tuvo comportamientos de cuidados para garantizar la buena salud de sus bebés (siguió tomando pastillas anticonceptivas durante la gestación) y no experimentó duelo anticipatorio asociado.

En cuanto a la red de apoyo, esta es real y sentida, pues su abuela materna le colabora en el ámbito instrumental y con el cuidado de los bebés. La pareja, que también los cuida, aporta económica y emocionalmente. También cuenta con sus cuatro hermanos, quienes ayudan emocionalmente. La mujer reconoce que el PMCI ha sido una gran fuente de apoyo informacional: el trato le pareció muy bueno y le gustó que le dieran tranquilidad, además de las buenas recomendaciones médicas.

La mujer mostró un nivel de estrés alto (52 puntos), debido a que la atención de sus bebés canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por los mismos. De igual forma, asegura que la mayor fuente de estrés en su vida son sus bebés canguro, que, además, le han supuesto una carga financiera. El comportamiento de sus bebés, a menudo, le resulta incómodo o estresante, se siente abrumada por la responsabilidad de ser madre de estos y si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tenerlos.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Sujeto n.º 31**

Mujer de 34 años, proveniente de Girardot, Cundinamarca, técnica completa y que, actualmente, trabaja como contadora pública. Lleva 3 años junto a su pareja, pero no viven juntos. Este es un hombre de 34 años, también técnico completo y empleado. Tuvieron un bebé canguro de género femenino, que nació a las 34 semanas de su gestación y con un peso de 1790 gramos.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tuvo una hija con una pareja anterior, de lógica de sustitución y de tipo de los que esperan a ver. Actualmente, la mujer, sus padres, sus dos hijos y el hombre con sus padres y hermano viven juntos. No han sufrido abortos. La familia extensa de la pareja no es de tipo recompuesta. El padre manifestó mayor deseo de tener a su bebé que la madre.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, pues, aunque tuvo sentimientos negativos asociados con la noticia de su nuevo estado, no experimentó síntomas físicos negativos que superaran los tres primeros meses y emocionalmente estaba tranquila y feliz. También llevó a cabo todos los cuidados y precauciones requeridas para garantizar una buena salud de su bebé y una adecuada percepción del mismo (tres meses). También experimentó duelo anticipatorio asociado con su hijo, debido a sus condiciones médicas.

En cuanto a la red de apoyo, recibe y siente el apoyo de diferentes personas y aspectos. Por ejemplo, sus padres, con quienes sigue viviendo, le ayudan con el aseo y cuidado del hogar, así como económicamente a ella y a sus hijos. Su pareja le colabora con los cuidados del bebé, la acompañan a las citas médicas, le provee transporte y la apoya emocionalmente. También recibe apoyo social por parte de una amiga cercana, que le da consejos de maternidad y respaldo emocional, y por parte del PMCI, donde le brindan trato humano, el concepto de consulta abierta y se ha sentido muy apoyada y empoderada.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (31 puntos), manifestado, especialmente, porque la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo.

### **Sujeto n.º 32**

Mujer de 32 años, que es técnica en administración y que ejerce como empleada bancaria. Reside en Bogotá y lleva 1 año y 8 meses de casada con su pareja, un hombre de 32 años, que trabaja como conductor. Tuvieron a su bebé canguro, que nació con un peso de 2010 gramos y 33 semanas.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

La familia es recompuesta, puesto que el hombre tiene un hijo (de 9 años) producto de una relación anterior. La pareja estaba esperando este bebé después de sufrir aborto hace 4 años y querían volver a intentarlo para el momento en que no fuera riesgoso.

La madre mostró aceptación hacia su embarazo, pues no presentó ninguno de los indicadores planteados. Creó un imaginario de su bebé; reconoció su nuevo estado al primer mes de gestación; experimentó sentimientos y estados de ánimo de alegría y felicidad; y tuvo cuidados y ecografías a causa del riesgo en el que se encontraba. No experimentó síntomas físicos negativos, percibió a su bebé al cuarto mes y, dada su pérdida anterior y su estado de riesgo, experimentó duelo anticipatorio por su hijo.

En cuanto a la red de apoyo, su mayor fuente de ayuda es su esposo, que colabora con las funciones domésticas (apoyo instrumental). Económicamente, recibe apoyo de sus padres y, emocionalmente, de su madre y cuñada, que también tuvo un bebé canguro, por lo que le enseña y le da tranquilidad. También recibe y siente el apoyo del PCMI, que es institucional y de información, pues le gusta mucho el trato humano y se siente muy respaldada por el ámbito médico. Socialmente, dice que no tiene muchos amigos, aunque las amigas de la madre de la mujer se preocupan y están pendientes. Por último, ni el padre ni la madre reciben o tienen algún tipo de ayuda de sus parejas anteriores, los padres de sus hijos; sin embargo, estos dicen que no la requieren y prefieren respaldarse entre ellos.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (28 puntos), debido, principalmente, a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Además, a veces su bebé le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y el comportamiento del mismo, a menudo, le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 33**

Mujer de 30 años, proveniente de Venezuela, que completó el bachillerato y ejerce como operaria de una empresa de aseo. Desde hace 8 años mantienen una relación de unión libre con su pareja, un hombre de 34 años, que tiene el bachillerato incompleto y trabaja como operario de una empresa de mantenimiento. Su bebé canguro nació con un peso de 2160 gramos y 37 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que la madre tiene una hija (de 11 años) producto de una relación anterior. Después, ya como pareja, tuvieron dos niños (de 5 y 3 años,

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

respectivamente) y su bebé canguro; todos viven juntos. Es una familia de tipo de los que van a ver y de lógica de continuidad. Su familia extensa no es de tipo recompuesta. No han sufrido abortos y los padres no deseaban al bebé en este momento.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, debido a que lo reconoció tardíamente (4 meses), experimentó sentimientos negativos asociados con la noticia (angustia, miedo y llanto) y tuvo una percepción tardía de su bebé (6 meses) e incapacidad para imaginarlo.

En cuanto a la red de apoyo, esta es real y sentida. Por ejemplo, su madre le colabora con la crianza de sus hijos, los aspectos instrumentales del hogar y emocionalmente. Los padres del hombre también han estado pendientes y ofrecen respaldo emocional. La mujer, además, recibe apoyo instrumental y emocional por parte de su pareja para el cuidado de su bebé canguro. Socialmente, asegura que ha recibido apoyo económico, emocional y de cuidados del bebé por parte de sus amigas del trabajo. En cuanto al PMCI, este le brinda apoyo informativo y a la mujer le gusta mucho el trato que recibe y el respaldo médico que le otorgan para el cuidado y la salud de su hijo.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (30 puntos), debido a que el comportamiento de su bebé canguro, a menudo, le resulta incómodo o estresante.

### **Sujeto n.º 34**

Mujer de 22 años, proveniente de Bogotá, que es técnica en asistencia de administración y que, actualmente, ejerce como ama de casa. Mantiene una relación de unión libre desde hace dos años con un hombre de 35 años, también proveniente de Bogotá, que completó el bachillerato y trabaja como mensajero de una empresa. Tuvieron un bebé canguro que nació con un peso de 2140 gramos y 36 semanas gestacionales.

La madre tuvo una hija (de 2 años) con una pareja anterior. Actualmente, los padres, la hija de la madre y su bebé viven juntos. Esta es una familia de lógica de sustitución y de tipo de los reconstructores. La familia extensa no es de tipo recompuesta y no han sufrido abortos. El padre, principalmente, es quien deseaba tener el hijo.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues experimentó síntomas físicos relacionados con su bebé, que perduraron después de los primeros tres meses. Además, tuvo un reconocimiento tardío de su embarazo (al cuarto mes de gestación), por el que experimentó sentimientos de angustia, confusión y asombro.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

En cuanto a la red de apoyo, la mujer recibe gran respaldo por parte de sus familiares y esta lo siente. Su pareja, que emocionalmente la contiene, le colabora con los aspectos del hogar y con el cuidado de su bebé (apoyo instrumental). Su ayuda también es económica y en vista de que deseaba tener a este bebé, ha estado muy pendiente y feliz. Por su parte, los familiares de la pareja han colaborado con ropa, comida o con el suministro de fuentes económicas. También le han dado consejos de maternidad a la mujer y colaboran con el cuidado doméstico. Asimismo, tienen amigos que les brindan apoyo emocional. De igual manera, reciben apoyo institucional por parte del PMCI. Cabe resaltar que, inicialmente, la madre tenía una mala idea sobre el programa. Ahora, que lo está viviendo con su segunda hija canguro, dice que está muy feliz, pues le han dado buenas recomendaciones y apoyo médico, lo que, a su vez, le ha proporcionado tranquilidad.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (30 puntos), debido a que la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de los que tiene y porque le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Además, dado lo anterior, comenta que le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

### **Sujeto n.º 35**

Mujer de 29 años, proveniente del departamento de Tolima, Colombia, que completó el bachillerato y que, actualmente, ejerce como ama de casa. Mantiene una relación de unión libre con su pareja, un hombre de 40 años, proveniente de la ciudad de Bogotá, que completó el bachillerato y trabaja como conductor. Ya tienen un niño de 3 años y su bebé canguro nació con un peso de 2530 gramos y 36 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que el hombre tiene un hijo (de 14 años) con una pareja anterior. Actualmente, los padres y sus hijos viven juntos. Su familia es de tipo de los que esperan a ver y mantiene una lógica de continuidad. La familia extensa, por parte del hombre, también es recompuesta. No han sufrido abortos y es la mujer quien deseaba quedar en embarazo, pero el padre no, por sus problemas económicos.

La mujer aceptó su embarazo y lo reconoció desde el primer mes de gestación. Además, experimentó sentimientos positivos a lo largo del mismo: felicidad, tranquilidad y emoción. Asistió a todos sus controles y ecografías; no presentó síntomas asociados que perduraran después del tercer trimestre; tuvo una percepción adecuada de su bebé (4 meses); y creó un

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

imaginario de la misma: morena y gorda. Lo único que no experimentó fue el duelo anticipatorio asociado con su bebé.

En cuanto a la red de apoyo, recibe apoyo real y sentido por parte de su familia, principalmente. Su pareja la escucha y la acompaña, le da soporte emocional y colabora con los quehaceres domésticos: implementa los cuidados del bebé, como la posición canguro, está pendiente de sus otros hijos y aporta económicamente. La familia del hombre también ayuda, así como sus amigos y vecinos, quienes llaman y están al tanto. En lo que respecta al PCMI, recibe y valora el gran apoyo médico e interdisciplinario y la tranquilidad que le brindan.

La entrevistada mostró un nivel de estrés bajo (29 puntos), debido a que a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro y porque este le ha supuesto una carga financiera.

### **Sujeto n.º 36**

Mujer de 26 años, proveniente de Bogotá, que completó el bachillerato y que, actualmente, ejerce como trabajadora en ventas de ropa. Se separó de su pareja, aunque retomaron su relación de unión libre al darse cuenta de que estaba embarazada. Este es un hombre de 24 años, que trabaja como policía en el departamento del Quindío, Colombia. Su bebé canguro nació con un peso de 2151 gramos y 33 semanas gestaciones.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tiene un hijo (de 6 años) producto de una relación anterior. Actualmente, la pareja, su bebé y el hijo de la mujer viven juntos. Su familia es de tipo de los innovadores y de lógica de continuidad. No han sufrido abortos y ninguno de los dos padres deseaba el embarazo.

La entrevistada mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, pues tuvo un reconocimiento tardío del mismo (3 meses), momento en el que experimentó sentimientos de asombro, estrés y preocupación. Además, no tuvo cuidados para garantizar una buena salud al bebé, pues no asistió a ninguno de los controles prenatales.

En cuanto a la red de apoyo, es buena, sentida y valorada por la mujer. Esto se debe a que su madre le ayuda con los aspectos del hogar, el cuida de su hijo y le da consejos de maternidad (apoyo instrumental y emocional). También su hijo es un gran apoyo emocional para ella, lo mismo que sus tías, familia y padre del bebé, quienes aportan económicamente. En lo que respecta a los cuidados del bebé, es una prima de la mujer la que le ayuda con la posición canguro. Asimismo, algunas amigas del trabajo han estado pendientes de ella. En cuanto al

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

PMCI, también se siente respaldada, pues este le ha permitido mejorar la salud de su bebé y recibe un trato muy humano.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (29 puntos), dada la preocupación por si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro. Además, atenderlo le quita más tiempo y energía de la que tiene, le deja poco tiempo y flexibilidad en su vida y ha supuesto una carga financiera.

### **Sujeto n.º 37**

Mujer de 29 años, que completó la primaria y que, actualmente, se dedica a ser ama de hogar. Mantiene una relación de unión libre desde hace cinco años con su pareja, un hombre de 39 años, que completo el bachillerato y que trabaja como conductor. Su bebé canguro de género masculino nació con un peso de 1400 gramos y de 31 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tuvo dos hijos (de 6 y 11 años, respectivamente) con una pareja anterior. Actualmente, los padres, su bebé canguro y el hijo de 6 años de la mujer viven juntos. No han sufrido abortos anteriores. Los padres de la entrevistada también tienen una familia de tipo recompuesta. El padre no tenía hijos, razón por la que deseaba este embarazo.

La mujer mostró un nivel de rechazo bajo hacia su embarazo, en vista de que tuvo un reconocimiento (3 meses) y una percepción de los movimientos de su bebé (6 meses) tardíos. Experimentó sentimientos negativos cuando se enteró de la noticia, pues no quería más hijos. También presentó síntomas físicos negativos, que perduraron después de los primer trimestre de gestación: vómitos, mareo, náuseas, sueño, bajó de peso, dolores de cabeza, dolor de espalda y falta de apetito.

En lo referente a la red de apoyo, esta es real y sentida, pues recibe colaboración por parte de su pareja, su madre y su abuela materna. Esta última le colabora con todos los aspectos domésticos y del cuidado de su bebé. Además, el padre le ayuda con la posición canguro en las noches y aporta económica y emocionalmente en el hogar. También recibió apoyo informativo durante el embarazo por parte de un curso donde le enseñaron algunos consejos acerca de la maternidad, aparte de los consejos que le daba su abuela. En cuanto al PMCI, ha sido un gran apoyo para ella, debido a su trato humano y calidad médica.

La mujer mostró un nivel de estrés bajo (21 puntos), debido a que a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Sujeto n.º 38**

Mujer de 26 años, proveniente de Tabio, Cundinamarca, que completó el bachillerato.

Actualmente, mantiene una relación de unión libre desde hace dos años con su pareja, un hombre de 35 años, cuyo nivel académico es técnico completo y que trabaja como subgerente. Tuvieron un bebé que nació con un peso de 1990 gramos y 37 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, en vista de que la mujer tuvo una hija (de 8 años) con una pareja anterior. Actualmente, la pareja, su bebé canguro, la hija y los padres de la mujer viven juntos. No han sufrido abortos. La familia de la mujer es de tipo recompuesta. La deseabilidad del embarazo es del hombre, dada su edad y el anhelo de ser padre.

La mujer mostró aceptación hacia su embarazo, con reconocimiento del mismo en el primer mes de gestación. Experimentó sentimientos de felicidad y emoción, que perduraron todo el tiempo, pues se trataba de un embarazo deseado. Además, tuvo comportamientos de cuidado para garantizar una buena salud del bebé y asistió a todas las citas con el obstetra, debido a la falta de crecimiento de su hijo. En consecuencia, experimentó un duelo anticipatorio asociado con la salud del bebé y también presentó síntomas físicos negativos, aunque solo perduraron por el primer trimestre. No obstante, tuvo una percepción tardía de su embarazo (6 meses) y no se imaginó a su bebé de ninguna forma.

En cuanto a la red de apoyo, la mujer la recibe y siente, pues su pareja le colabora con el cuidado del hogar, la posición canguro, la acompaña a las citas médicas, aporta económicamente y la escucha (apoyo emocional). Por su parte, los padres de los dos entrevistados han colaborado con el hogar y económicamente. Sus amigos les han dado buenos consejos, aportes emocionales y económicos también. En cuanto al PMCI, les ha gustado por la calidad de las personas y el cuidado médico recibido.

La mujer mostró un nivel de estrés medio (36 puntos), debido a que hay varias cosas que no haría por su bebé, así fuera necesario. Además, la atención de su bebé canguro a veces le quita más tiempo y energía de la que tiene y le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por el mismo. Su bebé constituye la mayor fuente de estrés en su vida y le ha dejado poco tiempo y flexibilidad.

### **Sujeto n.º 39**

Mujer de 30 años, proveniente de Bogotá, con posgrado completo y que ejerce como bacterióloga. Mantiene una relación de unión libre desde hace cinco años con su pareja, un

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

hombre de 45 años, proveniente de Villavicencio, con bachillerato completo y que trabaja como conductor de ambulancia. Tuvieron un bebé canguro que nació con un peso de 1920 gramos y 36 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta, debido a que el padre tuvo tres hijos (de 8, 16 y 22 años, respectivamente) con su anterior pareja. Actualmente, los padres y su bebé canguro viven juntos. No han sufrido abortos. Los dos deseaban tener un bebé, la mujer, especialmente, porque aún no era madre. La familia del hombre también es de tipo recompuesta. La presente mantiene una lógica de continuidad y de tipo de los innovadores.

La mujer aceptó su embarazo, pues tuvo un reconocimiento adecuado del mismo (5 semanas), así como una percepción adecuada (quinto mes). La noticia de su embarazo fue muy buena, durante el cual estuvo muy feliz y tranquila. Solo presentó síntomas físicos negativos hasta el tercer mes. Llevó a cabo todos los controles y experimentó duelo anticipatorio asociado. No obstante, no se imaginó a su bebé de ninguna forma y solo tuvo noción del mismo hasta que lo vio en la ecografía.

En cuanto a la red de apoyo, la tiene y es sentida por la misma. Su pareja y sus abuelos maternos le ayudan con todos los aspectos instrumentales: cocina, aseo, entre otros. Además, estos la acompañan a las citas médicas y le colaboran con la posición canguro. Por su parte, la familia del padre ha constituido un apoyo emocional para ella. De su abuela materna recibe consejos de maternidad y crianza. En cuanto al PMCI, el programa le ha brindado apoyo médico y emocional, así como esperanza.

La entrevistada mostró un nivel de estrés bajo (31 puntos), debido a que a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro y atenderlo, a menudo, le quita más tiempo y energía de los que tiene. También su bebé le ha supuesto una carga financiera y le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

### **Sujeto n.º 40**

Mujer de 28 años, proveniente de Bogotá, que completó el bachillerato y que, actualmente, ejerce como auxiliar administrativa. Mantiene una relación de unión libre desde hace cuatro años con un hombre de 32 años, técnico completo y que trabaja como contador. Su bebé canguro nació con un peso de 2000 gramos y de 31 semanas gestacionales.

La familia es recompuesta por parte de la mujer, quien tuvo una hija (de 6 años) con otro hombre. Actualmente, la pareja, su bebé canguro y la hija de la mujer viven juntos. Por ende, su

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

familia es de tipo de los que esperan a ver y mantiene una lógica de continuidad. La familia del padre también es de tipo recompuesta. No han sufrido abortos y ninguno de los dos esperaba tener un bebé en este momento.

La mujer mostró un nivel de rechazo medio hacia su embarazado, debido a que la noticia del mismo le produjo sentimientos de miedo, negación y angustia, expresados por medio del llanto. Este sentimiento de angustia y preocupación se mantuvo por un buen tiempo a lo largo de la gestación (llanto y negación). Además, presentó síntomas físicos negativos que perduraron hasta el último trimestres (vómitos y náuseas) e incapacidad de crear un imaginario de su bebé.

En cuanto al apoyo, lo recibe y siente de diferentes personas. Por una parte, están su madre y su pareja, que colaboran con el aseo y los aspectos de cocina. la pareja también ejerce la posición canguro de vez en cuando y aporta económica y emocionalmente. Su cuñada cuida de su hija mayor y su hermana la acompaña a las citas médicas. Sus amigos del trabajo le ayudan también económicamente y con elementos básicos para su bebé. En cuanto al PMCI, ha sido una gran institución para la madre, debido a que le brinda tranquilidad y seguridad con respecto a la salud de su bebé.

La madre mostró un nivel de estrés bajo (30 puntos), puesto que a veces le preocupa el hecho de si está haciendo lo suficiente por su bebé canguro. Este le ha supuesto una alta carga financiera y le resulta difícil equilibrar las diferentes responsabilidades.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Discusión

Ahora bien, teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados en la presente investigación, se prosigue a describir y analizar sus resultados. En cuanto al rechazo o aceptación del embarazo identificados en las madres entrevistadas con bebés prematuros o de bajo peso pertenecientes a familias recompuestas, como se ilustra en la Figura 1, y de acuerdo con las variables consideradas para determinarlo, el 47 % lo aceptó, el 30 % presentó un rechazo bajo y el 23 % restante mostró un rechazo medio; no hubo casos de rechazo alto (0%). Dado lo anterior, se deduce que la mayoría de las mujeres aceptaron su embarazo y que la mayoría de aquellas que lo rechazaron mostraron, principalmente, un nivel bajo de rechazo. Este es un buen indicador, puesto que, como lo plantea Bowlby (1989), el vínculo temprano entre madre y bebé es de gran importancia para el desarrollo psicoafectivo del mismo. Este se da desde la gestación y puede verse afectado por el estrés experimentado por la madre (Moneta, 2014) y por la aceptación o rechazo del embarazo, como postulan diversos autores relacionados con la corriente del desarrollo.

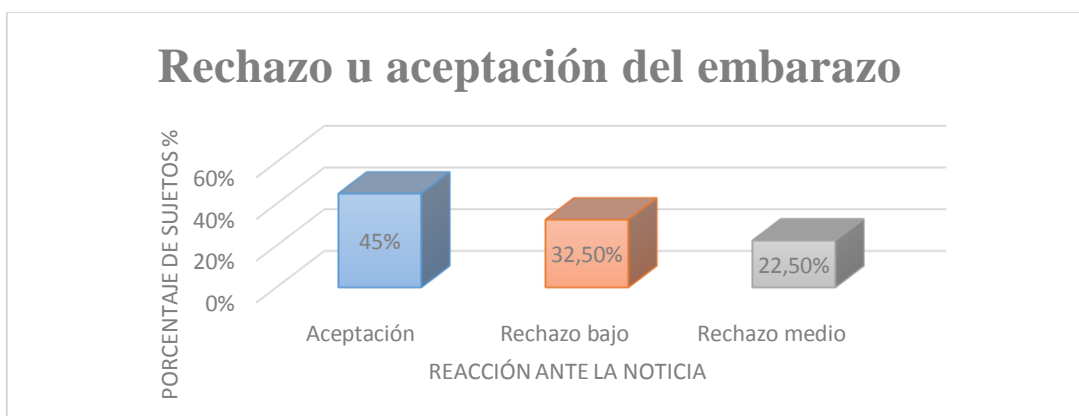


Figura 1. Rechazo o aceptación del embarazo.

Corroborando lo anterior, Cranley (1981) (como se citó en Saviani y Lopes, 2015) habla del *apego materno-fetal*, entendido como el grado en que la mujer logra vincularse con conductas propias de su bebé, que representan una afiliación al mismo desde antes de nacer. Sin embargo, dicho apego puede variar según la aceptación o el rechazo que la mujer muestre hacia su embarazo y será determinante para el desarrollo adecuado del niño. De hecho, Verny y Kelly (2009) (como se citó en Gómez, Alonso y Rivera, 2011) establecen que, desde el útero, el niño

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

ya es un ser consciente con la capacidad de sentir y recordar y que puede empezar a moldear su personalidad durante los meses de desarrollo uterino. Por tanto, el primer vínculo se genera con la madre y, por ende, es relevante que esta experimente sentimientos y conductas positivas frente al mismo.

En cuanto a las 8 variables propuestas para determinar el rechazo o la aceptación hacia su embarazo (véase Apéndice F): el 57,5 % experimentó sentimientos negativos frente a la noticia del mismo; el 45 % presentó síntomas físicos negativos, no asociados con problemas médicos, que persistieron después del primer trimestre; el 37,5 % tuvo un reconocimiento tardío; el 35 % mostró incapacidad para hacerse una imagen hipotética (imaginario) del bebé; y el 32,5 % experimentó estados anímicos negativos asociados con el bebé. En el 20 % hubo ausencia de duelo anticipatorio asociado con el bebé y percepción tardía del mismo; y, finalmente, en el 12,5 % hubo ausencia de comportamientos de cuidado para garantizar la salud del bebé.

Estos resultados cobran importancia, puesto que el vínculo materno-infantil se crea desde el momento en que sabe del embarazo. Esto promueve que se entrelacen ideas que vienen de su niñez relacionadas con la maternidad, la crianza y los posibles miedos relacionados con el embarazo (Gómez, Alonso y Rivera, 2011). Cabe aclarar que los sentimientos negativos asociados con su estado no implican un apego inadecuado con el bebé, pues esto también depende de las estrategias de afrontamiento que tenga. Lo anterior quiere decir que los sentimientos de miedo e inseguridad pueden mejorar y modificarse de manera que no limiten el desarrollo de la relación de apego con el bebé. Sin embargo, cuando estos sentimientos persisten luego del primer trimestre del embarazo, pueden tener un efecto negativo en la capacidad de la madre de aportarle lo necesario a su bebé (Gómez, Alonso y Rivera, 2011).

Vale la pena recalcar que el menor porcentaje encontrado fue la ausencia de comportamientos de cuidado para garantizar una buena salud del bebé, lo que indica que la mayoría de las mujeres asumieron hábitos de salud adecuados. Esto se corresponde con el porcentaje más alto encontrado en la aceptación del embarazo, pues, como anota Langer (2002), un embarazo involuntario, o no deseado, se relaciona con comportamientos maternos que truncan el desarrollo adecuado del bebé a lo largo del período gestacional, como lo son, por ejemplo, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, Grimalt y Heresi (2012) postularon, a partir de la teoría de Bowlby, que el vínculo que genera la madre con su hijo se inicia desde la gestación, mediante la construcción,



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

por parte de la mujer, de diversas representaciones de su bebé y su propia experiencia de apego en la infancia. Así, las madres con vínculo seguro sienten gran conexión y cercanía con su hijo desde el vientre. Lo anterior hace alusión a dos variables establecidas en la presente investigación para definir el rechazo o la aceptación: la capacidad de tener un imaginario del bebé y los estados anímicos relacionados con el mismo. Sería válido afirmar que aquellas mujeres que crearon un imaginario (71,4 %) y presentaron estados anímicos positivos (52,4 %) tienen un apego seguro, mientras que aquellas que mostraron estados anímicos negativos asociados con el bebé (32,5 %) e incapacidad de tener un imaginario del mismo (35 %), debido, posiblemente, a que la diferencia entre este y la realidad del bebé podría ocasionar una desilusión, tengan un vínculo inseguro evitativo que transmite estados nocivos a su hijo.

Lo anterior, son hallazgos que inspiran al investigador a proponer que, en futuros estudios, se indague acerca de la posible relación entre el rechazo del embarazo y los estilos de apego que la madre ha tenido, reformado y construido con el paso del tiempo. De igual forma, en cuanto a los indicadores de rechazo postulados, no se tuvo en cuenta si hubo intención de abortar; por ende, se propone que este aspecto sea considerado en futuras investigaciones que quieran replicar lo que se ha hecho en la presente. A lo largo de las entrevistas, también se vio que las mujeres suelen crear un imaginario de su bebé a partir de las ecografías realizadas. Por tal motivo, sería pertinente controlar este aspecto e indagar acerca de la influencia de las ecografías en la imagen hipotética que la mujer se hace de su propio bebé.

En lo referente a la red de apoyo que reciben las madres entrevistadas de bebés prematuros o de bajo peso y que son pertenecientes a familias recompuestas, se encontró, como se ilustra en la Figura 2, que el porcentaje más alto fue el relacionado con el apoyo real y sentido recibido (75 %), seguido por el apoyo que no es ni real ni sentido (13 %), lo que genera una diferencia significativa del 62,5 %. Adicionalmente, se observó que el apoyo no real y sentido es del 8 % y el real y no sentido es del 5,0 %. Esto evidencia que, en la mayoría de los casos, las mujeres valoran y sienten el apoyo recibido. Rojas et al. (2009) establece que los porcentajes de síntomas depresivos en gestantes y madres es mayor cuando se sienten insatisfechas con el apoyo recibido, que en las que se consideran apoyadas y respaldadas.

Más aún, Guarino, Scremín y Borrás (2013) hallaron una correlación significativa entre el apoyo social percibido por las gestantes y su salud física y mental; es decir, a mayor apoyo social, menores síntomas de angustia, ansiedad, somatización y depresión. Además, mejora la

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

calidad de vida, la salud, el estado de ánimo, las relaciones sociales y los sentimientos de satisfacción materna. Incluso, se establece que las redes de apoyo en gestantes influyen en su decisión de someterse a controles en el embarazo y tener conductas saludables. Lo anterior explica, posiblemente, el bajo resultado encontrado (12 %) en relación con la ausencia de cuidados que aseguran la salud. Esto refiere que se da una relación inversamente proporcional entre la presencia y sentimiento de la red de apoyo y la falta de cuidados que aseguren la salud del bebé durante el embarazo.



Figura 2. Tipo de apoyo social.

Como lo postula Rojas et al. (2009), existen diversos tipos de apoyo necesarios en la vida de las personas, como el *emocional*, caracterizado por proveer amor, compañía y cariño, o el *social*, que fomenta la calidad de las relaciones interpersonales. En la presente investigación, se tuvo en cuenta el apoyo económico, emocional, instrumental y de cuidado del bebé. En cuanto a los resultados, se encontró que el instrumental (95 %) y emocional (85 %) fueron los predominantes, los más sentidos. Así se confirma lo planteado por dichos autores sobre la importancia del apoyo emocional, que es uno de los más presentados.

En el caso de las gestantes o madres, sus prioridades con respecto al tipo de apoyo residen en el instrumental y en el cuidado del bebé. Además, es claro que las madres de bebés prematuros presentan mayor preocupación frente a su atención y crianza, razón por la que la demanda de apoyo se hace mayor (65 %). El apoyo menos relevante fue el económico (55 %). Es en este punto donde las entidades de información o médicas cobran importancia para darles apoyo y acompañamiento a las madres de bebés pretérmino. Por tal motivo, el PMCI se reporta como un factor de protección y apoyo en las mujeres que asisten al mismo.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

En la presente investigación se vio que el apoyo médico, informacional y psicológico que brinda el PMCI incide en las mujeres que pertenecen a este. En cuanto a sus reportes, aseguran que el programa les ha otorgado apoyo, respaldo y, sobre todo, sentimientos de eficacia parental, debido a que se vuelven las propias gestoras de la seguridad y salud de sus bebés. Esto, además, lleva a que las madres sean empoderadas y experimenten sentimientos de aptitud y capacidad maternal. Lo anterior tiene fuerte relación con el concepto de *apoyo evaluativo* que proponen Rojas et al. (2009), por el que se les permite a las personas afirmarse socialmente a través de la autoevaluación. El 92,5 % de las entrevistadas sienten y valoran el apoyo que reciben por parte del PMCI, mientras que solo el 7,50 % no lo hacen (véase Apéndice G). Dichas cifras evidencian que, efectivamente, esta institución es una herramienta de protección para las madres con hijos pretérmino, que funciona como una muy buena red de apoyo de índole informacional y médica. Como explican Guarino et al. (2013), un mayor nivel de información sobre el proceso del embarazo y el cuidado del bebé en su nacimiento tiene correlación con la menor presencia de síntomas depresivos.

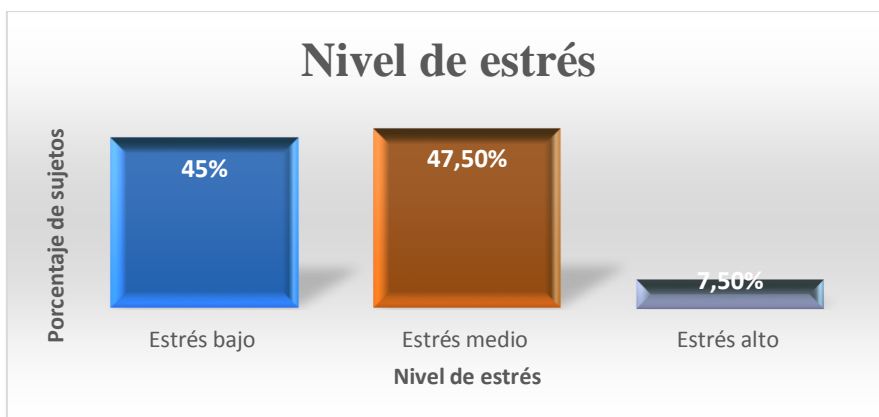
Siguiendo los lineamientos de Rojas et al. (2009), se hace evidente que una de las figuras más importantes en la conformación de la red de apoyo requerida por las gestantes son sus parejas sentimentales, sus madres, alguna abuela, tía o madrina. Llama la atención el hecho de que estos promotores y propiciadores de apoyo son de género femenino. Aunque en la presente investigación se encontró que el apoyo más importante es el de la pareja, con un 70 %, son las mujeres quienes mayoritariamente colaboran y aportan diferentes tipos de apoyo. Así, entonces, las madres de las entrevistadas son las segundas en brindar apoyo a sus hijas cuando tienen hijos prematuros (52,5 %), seguidas de las amigas (22,5 %), las hermanas (15,5 %) y las hijas de las madres (15 %). Por su parte, los hermanos (7,5 %) o hijos hombres (10 %) representaron un menor porcentaje en el apoyo brindado. También surgieron otras personas colaboradoras, como suegras, cuñadas y tías. Todo lo anterior puede estar mediado por ideales de patriarcados transmitidos de generación a generación y vigentes en la actualidad y contexto colombiano.

Sin embargo, no se debe demeritar el apoyo ofrecido por las parejas, que, como se mencionó anteriormente, fueron las que tuvieron un mayor puntaje de participación en el apoyo y cuidado de sus mujeres e hijos, lo que se relaciona fuertemente con el concepto de *coparentado* que postulan Favez et al. (2015), el cual supone que, al interior de las relaciones e interacciones entre los padres, se da un apoyo mutuo a medida que crían a sus hijos. Esto lleva a la reflexión sobre la

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

importancia de promover el apoyo y la unidad familiar. Asimismo, en la presente investigación, puede ser un indicador de la razón por la que se dieron estados de estrés bajo y medio, pues, como establecen Rojas et al. (2009), la depresión y el estrés en gestantes es mayor cuando no están acompañadas por su pareja o tienen que llevar el proceso solas. Sin embargo, en este caso, la mayoría de las madres tuvieron a su pareja presente.

En cuanto a la variable del estrés estudiada, se identificaron varios aspectos dignos de análisis e interpretación. Con respecto a los hallazgos, como se observa en la Figura 3, el 45,0 % de la muestra tuvo un nivel de estrés bajo; el 47,5 %, un estrés medio; y el 7,50 %, un estrés alto. Es llamativo el menor porcentaje obtenido para el estrés alto, pues es claro que los cambios físicos y emocionales experimentados por la madre durante la gestación pueden llevar a niveles de estrés altos (Díaz, et al., 2013) y suelen ser mayores en madres de bebés prematuros, como lo postula la OMS (2016): si a las angustias normales de los nuevos padres se le añade que el nacimiento del bebé se produzca antes de tiempo, las dudas y miedos se multiplican. Esta afirmación coincide con la de Jofré y Henríquez (2002), quienes encontraron en su estudio que las madres de recién nacidos prematuros presentaron niveles estresantes y muy estresantes.



*Figura 3.* Porcentaje de sujetos según el nivel de estrés.

Articulando lo anterior con la idea de que la red de apoyo es un factor protector para madres de bebés prematuros (Rojas, et al., 2009), el investigador formula una hipótesis pertinente relacionada con el efecto positivo y protector que tiene el PMCI en el estrés de las mujeres. En este estudio, se midió el estrés en las participantes en la fecha que correspondería a la semana 40 de gestación de su bebé, lo que significa que llevaban participando, activamente, en el programa

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

días o semanas, recibiendo apoyo tanto médico, como psicológico, humano y evaluativo, lo que puede ser un importante factor reductor de estrés y ansiedad. Se considera que sería interesante y oportuno llevar a cabo una investigación que mida el estrés antes y después del ingreso de las mujeres al PMCI, de forma tal que se pueda determinar si dicho programa sí incide en el mismo. Además, como lo postulan Guarino et al. (2013), el apoyo informativo acerca de la salud del bebé reduce los sentimientos de ansiedad y depresión de las madres gestantes.

En cuanto a los 17 ítems de la escala de estrés parental aplicada, los más recurrentes en la muestra (véase Apéndice H) examinada fueron: “a veces me preocupa el hecho de si estoy haciendo lo suficiente por mi bebé canguro” (82,5 %); “Atender a mi bebé canguro a veces me quita más tiempo y energía de los que tengo” (75,0 %); “Tener un bebé canguro ha supuesto una carga financiera” (52,5 %); y “Tener un bebé canguro deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida” (35,0 %). Estos ítems son de carácter positivo y no inducen directamente un componente de deseabilidad social. Hacen alusión a los factores estresores que las madres experimentan en su nuevo rol, lo que se diferencia de la satisfacción experimentada por las recompensas que le da su bebé.

Por otro lado, los ítems que hacen alusión a las recompensas de los bebés y que ilustran la satisfacción que encuentran los padres en su rol paterno obtuvieron valores más bajos, lo que evidencia que existe un sentido de eficacia parental, por el que la mujer mantiene una habilidad interna para manejar condiciones externas difíciles, como lo puede ser la prematuridad de su bebé, y que, sobre todo, permite generar sentimientos de confianza y crianza activa, sensible y competente para asegurar el debido desarrollo del mismo (Feinberg, 2003). Donovan (1981) (como se citó en Feinberg, 2003) establece que existe un ciclo en donde los episodios de éxito parental llevan a que se incremente el sentimiento de eficacia. En este caso, el hecho de que las madres sean las gestoras de la salud de su bebé, gracias al ejercicio de la posición canguro, lactancia y cuidado, hace que se sientan exitosas y con eficacia parental. Cuando se da este último, se asume que el estrés materno puede reducirse y es por esto por lo que, en la muestra de la presente investigación, se halló que los niveles de estrés predominantes son bajos y medios.

De otra parte, se encontró que los ítems mayormente puntuados con “indecidido” corresponden a “Tener un bebé canguro deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida” (30 %); “Me siento abrumada por la responsabilidad de ser madre de un bebé canguro” (20 %); “Tener un bebé canguro ha supuesto una carga financiera” y “Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

decidir no tener un bebé canguro”, todos puntuados por igual con un 17,5 %. Lo anterior se relaciona con factores estresores que los padres encuentran en su nuevo rol. Algunos de estos fueron señalados con niveles altos de estrés y otros como *indecisos*, lo que puede asociarse con lo postulado por Oronoz et al. (2007), quienes establecen que el estrés surge cuando se tienen hijos, debido, específicamente, a los cambios surgidos en las diferentes áreas de su vida (relacional, familiar, personal y laboral). Además, los progenitores pueden sentirse desbordados por las demandas que deben afrontar en su rol (Pérez y Menéndez, 2014).

En muchas oportunidades, las mujeres, por miedo a ser juzgadas o criticadas, suelen esconder o evadir sus verdaderos pensamientos e ideas, en este caso, en relación con su bebé prematuro. A lo largo de la aplicación de la encuesta del estrés parental, se observó que las mujeres solían sentirse juzgadas cuando se les preguntaba, por ejemplo: “¿La mayor fuente de estrés en su vida es su hijo?” o “¿Si tuviera que hacerlo de nuevo, ¿podría decidir no tener un hijo?”. La mayoría de estas preguntas llevaron a la obtención de valores muy bajos de estrés. Lo mismo sucede con algunas preguntas positivas frente a las cuales, las madres no son capaces de aceptar lo que sienten. Por ejemplo, “¿Se siente feliz con su papel como madre?” es un ítem interesante para medir el estrés, pero supone un componente de deseabilidad social por el que las madres optan por contestar según el criterio del “qué dirán” y no desde sus propios pensamientos y sentimientos. Por ende, se propone que, al aplicar el *test*, se le haga saber a la mujer, con anterioridad, que no existen respuestas ni buenas ni malas y que lo importante es responder con sinceridad. Asimismo, de acuerdo con lo observado durante la evaluación, a las madres les fue más fácil y clara la comprensión de los ítems cuando se les pregunta específicamente por su “bebé canguro” y no por su “hijo”, aspecto que cobra importancia que requiere ajuste y ulterior validación del instrumento.

Con el fin de caracterizar a las familias recompuestas pertenecientes al PMCI en relación con la reacción de rechazo o aceptación del embarazo, apoyo social y estrés en madres de bebés prematuros o bajo peso, es pertinente analizar los datos obtenidos. Se obtuvo un 45 % de aceptación del embarazo, seguido por un 32,5 % correspondiente a rechazo bajo y un 22,5 % de rechazo medio. En cuanto al rango de mujeres que aceptaron su embarazo, se encontró que el 57,9 % presentó estrés medio; el 38,8 %, estrés bajo; y 0 %, estrés alto. Por su parte, las que presentaron un rechazo bajo manifestaron, principalmente, estrés bajo (50%) (véase Apéndice I). Esto concuerda con lo planteado por Rojas (2005), quien encontró que el nivel de depresión en

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

las mujeres que aceptan su embarazo es mayor que quienes lo rechazan, debido a que las primeras están más preocupadas por su cuidado y desarrollo o porque ya tienen otros hijos y que, por tal motivo, la relación entre las falencias económicas y el aumento del número de hijos por mantener puede ser el posible promotor de dichos sentimientos.

Además, Díaz et al. (2013) proponen que los mayores niveles de estrés y ansiedad en las gestantes están directamente relacionados con el mayor índice de inconformidad y rechazo de su embarazo, lo que concuerda con los datos obtenidos del grupo de mujeres que mostraron un rechazo medio y niveles altos de estrés en el 66,7 %. Estos autores plantean, además, que cuando los embarazos no son deseados, las mujeres tienden a percibir de manera negativa todos los cambios propios del proceso de gestación, lo que las pone en mayor riesgo de depresión o estrés alto, con implicaciones negativas para el vínculo temprano madre-bebé y su desarrollo psicoafectivo (Moneta, 2014).

De otra parte, en la presente investigación, se observó un predominio del apoyo real y sentido sobre los demás tipos de apoyo establecidos, con un 75 %. Esto fue evidente tanto en las categorías de aceptación, como de rechazo bajo y medio, con un 77,8 %, 84,6 % y 55,6 %, respectivamente (véase Apéndice J). Llama la atención que las mujeres que “reciben apoyo, pero no lo sienten como tal” y aquellas que “ni lo reciben ni lo sienten” presentan mayores índices de rechazo medio hacia su embarazo, comparado con el de índice bajo y la aceptación, y aunque el porcentaje de mujeres que “no tienen un apoyo real, pero lo sienten” es bajo, presentan mayores índices de aceptación del embarazo. Estos resultados parecen indicar la tendencia de que en los momentos en que el apoyo es sentido (real o no), se da mayor aceptación del embarazo, mientras que, cuando no es sentido, predomina el rechazo medio. No obstante, y en vista de que en cualquier nivel de rechazo-aceptación predomina el apoyo real y sentido, no parece haber una relación clara entre estas variables.

De igual forma, los datos obtenidos evidencian que el 100 % de las mujeres con estrés bajo reciben y sienten el apoyo, pero a medida que este aumenta, el apoyo real y sentido disminuye: estrés medio, 57,9 %; y alto, 33,3 %. En los casos en que las mujeres no sienten el apoyo (real o no), estas presentan mayores índices de estrés medio que alto, al igual que cuando no es real, pero sí sentido. Lo anterior puede explicarse por el hecho de que, en cuanto a los resultados generales de la muestra, hay pocas mujeres con estrés alto (7,50 %) y alto porcentaje que reciben y sienten el apoyo (75 %) (Véase Apéndice K).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Lo anterior tiene relación con lo planteado por Rojas et al. (2009), quién establece que las mujeres que reportaban una alta satisfacción con el apoyo social recibido presentaron una disminución significativa en la depresión experimentada durante su embarazo. Además, Yali y Lobel (2002) (como se citó en Guarino et al. 2013), establecen que un mayor apoyo social percibido es uno de los factores de resistencia al estrés en embarazadas.

Para efectos del análisis de datos, se comparan las variables de estrés materno y apoyo recibido y sentido en los tres grupos de mujeres que fueron definidos: las que aceptaron el embarazo, quienes mostraron rechazo bajo y las que presentaron rechazo medio. El grupo que lo aceptó mostró mayor nivel de estrés medio que los otros dos (61,11 %) y, además, es el único que tuvo apoyo real y no sentido (11,11 %). El grupo con rechazo bajo obtuvo el mayor valor en estrés bajo (69,2 %) y, a su vez, el mayor puntaje de apoyo real y sentido (84,6 %); y el grupo con rechazo medio obtuvo el mayor porcentaje de apoyo ni real ni sentido (22,2 %) y, por ende, el mayor porcentaje de estrés alto (22,2 %). Lo anterior, junto con otros datos recogidos, podría llevar a deducir que, posiblemente, existe una mayor relación entre el estrés de madres de familias recompuestas con bebé canguro y el tipo de apoyo que reciben; que el estrés es inversamente proporcional al apoyo social sentido por la mujer; y que se da una menor relación entre el estrés y si el embarazo es o no aceptado.

Con base en lo anterior, es válido afirmar que tanto el rechazo del embarazo como la red de apoyo real y sentido inciden en el nivel de estrés que experimenta una mujer de familia recompuesta con bebé prematuro. Esto cobra importancia, en la medida en que se ha determinado que la mujer que experimenta ansiedad asociada con el embarazo tiene mayor riesgo de parto pretérmino, diferente al que se da por condiciones médicas. Dole et al. (2003) corroboró lo anterior en otra investigación, donde encontró que el estrés psicosocial antes o durante el embarazo influencia la duración de la gestación. Esto tiene implicaciones sociales, puesto que dicho rechazo influye en el adecuado vínculo bebé-madre, lo que, con el tiempo, puede traer problemas de desarrollo para el niño.

Así, entonces, mediante la promoción de buenas relaciones sociales, familiares e institucionales, se pueden crear redes de apoyo que funcionen como un factor protector de la incidencia del estrés en las gestantes. Lo mismo sucede con la familia recompuesta, la cual, cuando logra tener un ajuste relacional y marital, genera factores protectores para las mismas.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

En este orden de ideas, llama la atención las razones por las que ha aumentado el número de familias recompuestas en las sociedades actuales. En la presente investigación, se encontró que el 55 % de las mujeres entrevistadas forman un nuevo hogar con el fin de no sentirse solas y tener el apoyo de una pareja que la asista tanto emocional como económicamente. Esto concuerda con el hallazgo de que las madres presentan menor estrés cuando el apoyo es mayor y, especialmente, el dado por su pareja. Otras razones encontradas se relacionan con el deseo de las parejas por formalizar su relación motivadas por el amor y el enamoramiento (25 %); por el deseo del hombre o la mujer de conformar una familia cuando aún no lo han hecho (12,5 %); y, además, por la necesidad de una figura paterna en la familia y su aporte económico (Figura 4).

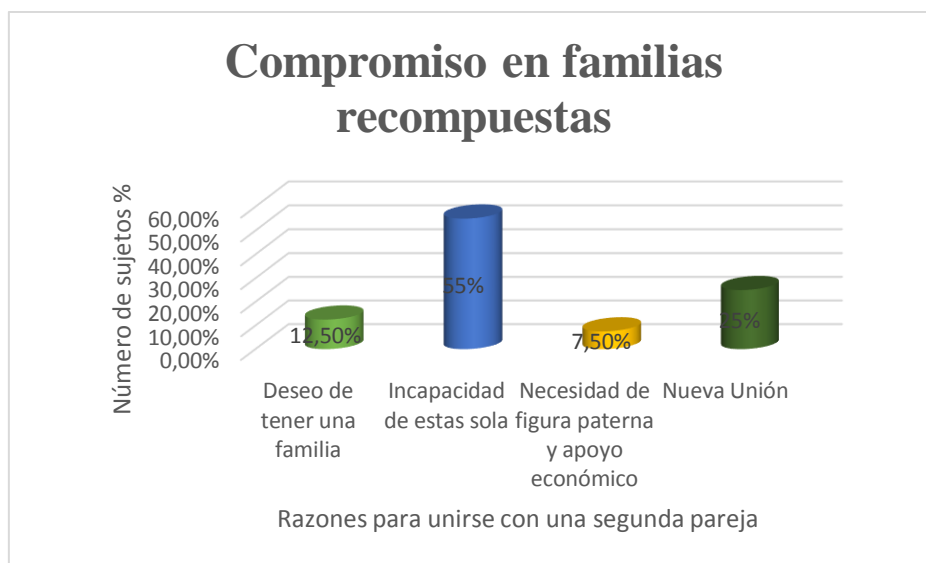


Figura 4. Razones para unirse con una segunda pareja.

Lo anterior cobra sentido si se interpreta a partir del concepto de *compromiso* que establece Bauman (2003) en su teoría del amor líquido. Según el autor, el *compromiso* es el resultado del grado de satisfacción que provoca la relación, donde se analiza si es una alternativa viable y si la posibilidad de abandonarla causa la pérdida de una gran inversión en términos de tiempo, seguridad, ayuda, compañía, apoyo, hijos, dinero y propiedades, todo lo cual hace referencia al 55 % obtenido.

Con base en los tres tipos de respuesta que se dan en los progenitores de familias recompuestas postuladas por Levin (1993), en esta investigación se encontró que, en primer lugar, el tipo de familia de “Los que esperan a ver” fue el que más se presentó, con un 42,5 %; es

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

decir, de las 40 mujeres entrevistadas, 17 tienen la familia nuclear como modelo, pero no es su ideal; el padrastro o la madrastra pasa a ser como un(a) amigo(a) para los hijos de su pareja, más que una figura paterna o materna. En segundo lugar, están los del tipo de “Los reconstructores”, con un 35 %, que intentan minimizar las diferencias entre la familia recompuesta y la nuclear; por ende, los padrastros o madrastras buscan ser padres sustitutos. Y, en tercer y último lugar, están los del tipo de “Los Innovadores”, con un 22,5 %; es decir, 9 de las familias entrevistadas quieren crear un nuevo estilo familiar alejado del nuclear (véase Apéndice L).

Como lo postulan Weaver y Coleman (2010), existe una ideología construida y mantenida socialmente acerca de la composición familiar y el rol materno, por la que se debe asegurar la cohesión familiar para asemejarse al tipo nuclear. Estos autores establecen, además, que la exigencia social para que las familias adopten un estilo nuclear incrementa el estrés en las madres, lo que es congruente con lo encontrado en la presente investigación, donde predominaron los valores de estrés medio, seguido por los de estrés bajo, y, en último lugar, por los de estrés alto, lo que indica que la muestra no presentó altas tasas de estrés, aunque tampoco hubo una alta tasa de familias que buscaran adoptar y asemejarse al tipo de familia nuclear.

Por su parte, Le Gall et al. (1993) (como se citó en Rivas 2008), postularon dos lógicas propias de las familias recompuestas: la de *sustitución* y la de *continuidad*. En este estudio, predominó la lógica de continuidad (67,5 %) sobre la de sustitución (32,5 %), con una diferencia del 35 %. Esto indica que las familias recompuestas de mujeres con bebé prematuro que asisten al PMCI tienden a promover la negociación permanente entre los exesposos y los nuevos cónyuges, de forma tal que el padre biológico siga ejerciendo dicho rol. Esto tiene congruencia con la tendencia observada en este estudio, en donde el padre o la madre biológico(a) continúan unidos a sus hijos (véase Apéndice M).

Lo anterior se relaciona con el patrón de custodia de estilo cooperativo, donde existen conversaciones frecuentes acerca de la crianza de los hijos en común y se especifica el contacto entre el padre no custodio y su hijo, para llegar a acuerdos, desempeñar funciones equilibradas, sin interferencias ni conflictos, y facilitar así una relación coparental sana, que supone roles y responsabilidades parentales. Si esto se logra, se disminuye o elimina la alienación parental, que tiene que ver con los conflictos y desacuerdos en la custodia del niño cuando los padres se separan, lo que generaría, posiblemente, alianzas del niño con uno de los padres y barreras con el otro (Baxter, Weston y Qu, 2011).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Esto lleva al concepto de *cocrianza*, definido por Feinberg (2003) como la forma en que los padres o figuras parentales se relacionan para ejercer su rol frente a hijos o hijastros, lo que implica distribución, apoyo, coordinación y responsabilidad en las funciones de crianza, aunque esto no enlaza que sean iguales en autoridad y responsabilidad. En la presente investigación, según el relato de las mujeres, el 70 % de ellas ejerce una cocrianza adecuada con su pareja actual. La distribución apropiada de tareas y roles produce sentimientos de satisfacción, bienestar y eficacia parental, y disminuye las discordias y los sentimientos de estrés, lo que explica por qué en la muestra hubo casos con un estrés medio y no alto. Por otra parte, el 30 % de las mujeres aseguró no recibir apoyo de su pareja para el cuidado y la crianza de su bebé canguro y de los hijos que aporta el padre o la madre de relaciones pasadas, lo cual puede deberse a las modalidades residenciales, pues hay 4 parejas que no viven juntas y familias donde solo vive la pareja y los hijos que aporta la mujer.

Por tanto, se encontraron como categoría emergente las modalidades residenciales que se dan en las familias recompuestas. En este caso, el 60 % compone su nuevo hogar con la pareja, su bebé canguro y los hijos de relaciones pasadas. De estos, el 57,5 % son hijos de una relación anterior de la madre y solo el 2,5 % son del padre. Esto se relaciona con lo postulado por Espinar et al. (2003) en un estudio que llevaron a cabo con familias recompuestas, donde hallaron que existe mayor conflicto entre madrastas y sus hijastros que entre padrastros e hijastros; por ende, la regulación familiar es mayor con los padrastros. No obstante, todo lo anterior tiene que ver también con la tendencia en las sociedades actuales de que las madres prefieran la custodia física no compartida (Baxter, et al., 2011).

De las modalidades de residencia en familias recompuestas que propone Rivas (2008), se destacan las que utilizan la residencia como una estrategia de “normalización” de las familias reconstituidas; es decir, tienden a normalizar su nueva situación adoptando pautas del modelo de familia nuclear. Esto hace sentido con los resultados relacionados con los tipos de reacción en padrastros-madrastas, donde se obtuvo un mayor número de familias que “esperan a ver”; es decir, que tienen el modelo de familia nuclear como ideal. Además, esta modalidad, según el autor, tiene como objetivo volver a formar algo que ha fallado por cuestiones de pareja, infidelidad, inestabilidad emocional, conflictos, entre otros.

En la muestra, también parece destacarse la residencia como estrategia para equilibrar, facilitar y mejorar las relaciones filiales y conyugales, puesto que, en algunos casos, estos

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

vínculos pueden percibirse como opuestos o rivales. Se trata de evitar conflictos y tensiones en la pareja por diferencias que puedan tener en relación con las pautas de crianza y educación (Rivas, 2008). Esto puede llegar a explicar por qué en las familias recompuestas, son los hijos de la mujer, mayoritariamente, los que se van a vivir al nuevo hogar y por qué se dan 4 casos en que las parejas viven separados, cada uno con sus padres.

Por otro lado, en cuanto al deseo de tener un hijo, como se ilustra en la Figura 5, se encontró que en el 37,5 % de las familias recompuestas de la muestra, es el padre quien lo deseaba; en el 22,5 %, son ambos padres; en el 15 %, la deseabilidad corresponde a la mujer; en el 12,5 %, ninguno de los dos lo deseaba; el 10 % correspondió a la idea de tener un hijo para darle un hermano a sus otros hijos o hijastros; y, por último, el 2,5 % estuvo relacionado con las dudas que tuvo una sola familia, porque los padres deseaban otro hijo, pero tenían miedo, posiblemente, por los riesgos clínicos diagnosticados.

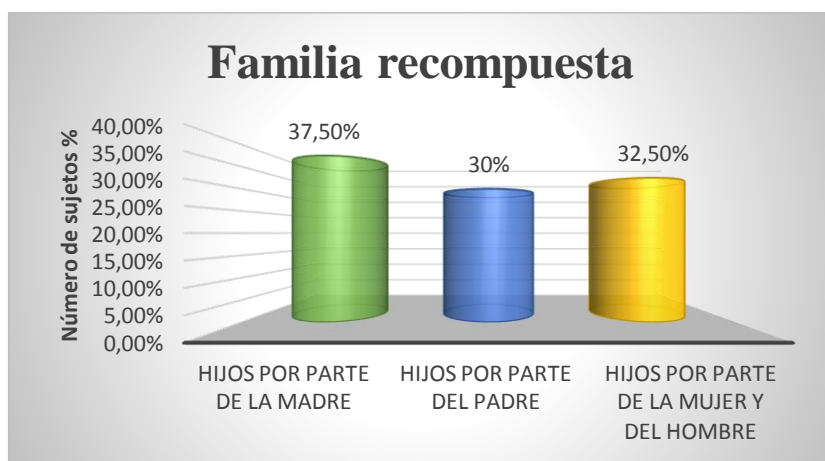


Figura 5. Tipos de familias recompuestas.

Lo anterior tiene sentido si se mira desde lo planteado por Meyers (2001) (como se citó en Sevón, 2005), quien postula que el deseo de tener hijos es un proceso multilateral, condicionado por varios aspectos, como el componente social y la influencia de la pareja. Por ende, la decisión de la mujer nunca es totalmente autónoma. En este caso, es evidente que las entrevistadas han tenido su bebé para complacer a sus parejas. No obstante, esto también puede ocurrir debido a que, como explica Woollett (1991) (como se citó en Sevón 2005), la maternidad es vista como

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

una obligación, puesto que esta completa su identidad femenina, promueve mantener relaciones duraderas y evita el abandono de los cónyuges.

De otro lado y como lo postula Sevón (2005), aunque la mujer u hombre hayan adoptado o asumido la maternidad de los hijos de su pareja, les produce estrés el no tener los propios. En este caso, entre los padres cuyo primer hijo es su bebé canguro, la deseabilidad alcanzó el 66,7 %; en las madres, fue del 81,81 %; y el porcentaje de quienes no lo querían correspondió al 18,19 %.

En la otra parte de la muestra, donde tanto la mujer como el hombre aportaron hijos de una relación anterior, se hizo evidente que la mayoría de los padres deseaban el embarazo (46,2 %), seguido de quienes relataron que fue decisión de pareja (23 %); por último, el mismo porcentaje lo obtuvieron la deseabilidad por parte de la mujer y la idea de darle un hermano a sus hijos o hijastros (15,4 %) (Figura 6). Esto es congruente con lo propuesto por Sevón (2005), quien establece que cuando las mujeres consideran que se encuentran en una relación de compromiso compartido, tienen mayor confianza en que recibirán compañía y apoyo de su pareja, y la motivación será mayor para tener un hijo (Sevón, 2005).

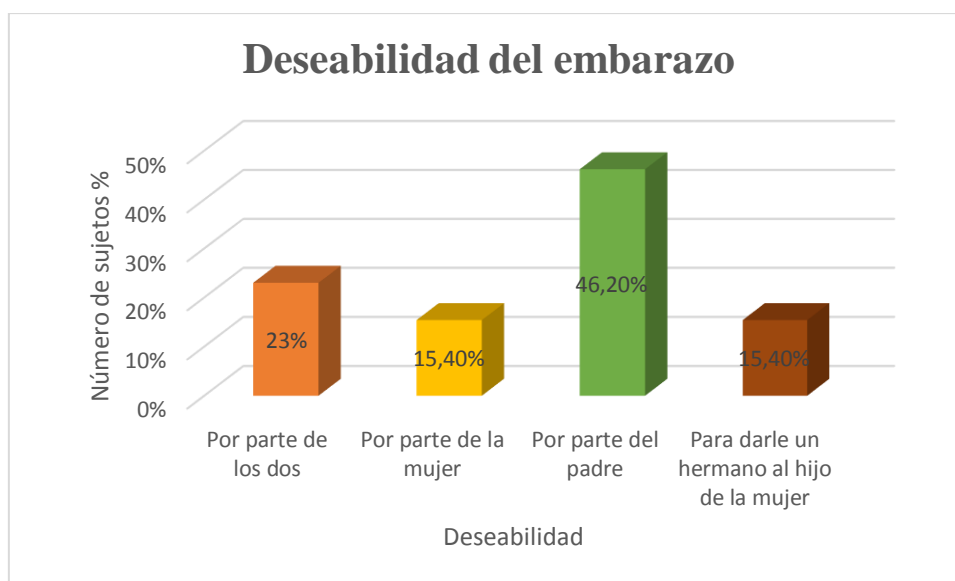


Figura 6. Deseabilidad del embarazo.

Cabe aclarar que, en la muestra, el 70 % de las parejas no han sufrido abortos. Sin embargo, del 30% restante que sí lo han tenido, el 12,5 % decidió tener su bebé canguro como una forma

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

de llenar el vacío que dejó su pérdida anterior, según relataron las madres. También se encontró que los valores religiosos tuvieron incidencia en la decisión de tener un hijo en 4 de las 40 familias de la muestra. Informan, además, que, desde la perspectiva cristiana, cuando se da una nueva unión, se deben tener hijos para formalizar la constitución de la familia y no se debe planificar, sino permitir que se haga la voluntad de Dios. Esto se relaciona con lo postulado por Arjona y Niño (2008), quienes aseguran que los valores religiosos permean a la sociedad y uno de sus grandes ideales reside en la constitución de la familia.

Finalmente, se encontró que el nuevo estilo de familia recompuesta se ha incrementado en las sociedades actuales. Sin embargo, cabe resaltar que esto también puede estar influenciado por la *transmisión intergeneracional*. Esta es entendida como aquellos patrones interactivos que se aprenden desde la infancia y que mantienen un funcionamiento a través de las generaciones. En este caso, las dinámicas familiares propias de las familias recompuestas pueden ser transmitidas de generación a generación, pues, en la muestra analizada, se observó que el 42,5 % de la misma son familias en donde los abuelos también tienen una familia de tipo recompuesta (véase Apéndice N) (Baptist, Thompson, Norton, Hardy y Link, 2012).

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Conclusiones

En conclusión, a lo largo del presente trabajo, se vieron diferentes fortalezas. Una está relacionada con el hecho de ser una investigación longitudinal, en la que las madres fueron entrevistadas en tiempos diferentes, lo que permitió observar el posible efecto que tiene el Programa Madre Canguro Integral (PMCI) en la reducción del estrés en madres de bebés prematuros. Sin embargo, una de las limitaciones de este mismo procedimiento longitudinal tiene que ver con la atrición, pues muchos de los sujetos seleccionados al inicio de la investigación desisten o desaparecen con el tiempo. Otra fortaleza importante reside en que los métodos mixtos de investigación permiten tener una mirada integrada y global del fenómeno que se quiere analizar, y la metodología de la teoría fundamentada y la codificación abierta permiten tener una fundamentación teórica adecuada y pertinente para analizar los datos obtenidos.

Más aún, es válido afirmar que la presente investigación permite comprender, analizar y entender los grandes cambios que han sufrido las familias, y que las de tipo recompuesta cada vez son más notables y numerosas en los contextos actuales. Asimismo, las familias recompuestas que han tenido un bebé prematuro o de bajo peso representan un factor de vulnerabilidad, que es de gran importancia estudiar, analizar y caracterizar desde el ámbito psicológico. De esta manera, se pueden promover cambios e intervenciones que permitan mejorar las dinámicas familiares y reducir el índice de embarazos prematuros, que es un problema de salud pública muy impactante hoy día.

Para futuras investigaciones, se propone medir el estrés en dos momentos: al implementar la primera entrevista y en la fecha en que el bebé de las entrevistadas debió haber nacido. Esto, con el fin de analizar si la tendencia del estrés aumenta o disminuye y de comprender qué factores o variables incidieron en el mismo. Además, sería interesante llevar a cabo dicho estudio longitudinal hasta que el bebé cumpla varios meses o años, para ver cómo se desarrolla el vínculo madre-hijo, teniendo en consideración las variables estudiadas.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Referencias**

Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Clinical Child Psychology, 21*(4), 407-412.

Alfonso Calderón, L. Z. (2016). *Caracterización de las familias recompuestas que asisten al Programa Madre Canguro Integral, sede Hospital Universitario San Ignacio de la ciudad de Bogotá*. Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio.

Arjona, G., & Niño, A. (2008). Religión y política en las democracias deliberativas. Una reflexión desde Jürgen Habermas. *Reflexión Política, 10*(20), 82-91.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud . 2010*. Bogotá: Profamilia.

Baptist, J., Thompson, D., Norton, A., Hardy, N., & Link, C. (2012). The effects of the Intergenerational Transmission of Family Emotional Processes on Conflict Styles: The Moderating Role of Attachment. *The American Journal of Family Therapy, 40*, 56-73.

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Baxter, J., Weston, R., & Qu, L. (2011). Family structure, co-parental relationship quality, post-separation paternal involvement and children's emotional wellbeing. *Journal of Family Studies, 17*(2), 86-109.

Berry, J., & Jones, W. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships, 12*(3), 463-472.

Bonilla, E., & Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. Bogotá: Universidad de Los Andes - Grupo Editorial Norma.

Boullosa, N. (2004). *Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Hospital Base Valdivia (tesis de pregrado)*. Universidad Austral de Chile, Chile.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Cano, E., Pérez, J., Brito de la Nuez, A., Díaz, H., Martínez, M., & Perea, M. (2010). Estrés parental y desarrollo infantil en niños prematuros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 45-53.



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Caruso, A., & Mikulic, I. (2012). El estrés de padres de bebés prematuros internados en la unidad de cuidados neonatales: traducción y adaptación de la escala parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit PSS: NICU - M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 19. *Anuario de Investigaciones*, 19-26.

Charpak, N. (2006). *Bebés Canguro. El método que humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés*. España: Gidesa.

Charpak, N., & Ruiz-Peláez, J. (2006). Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Paediatrica*, 95(5), 529-534.

Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*, 17(2), 25-30.

Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14-24.

Donovan, W. (1981). Maternal learned helplessness and physiologic response to infant crying. *Journal of Personality & Social Psychology*, 40(5), 919-926.

Espinar, I., Carrasco, M. J., Martínez, M. P., & García, A. (2003). Familias reconstituidas: un estudio sobre las nuevas estructuras familiares. *Clínica y Salud*, 14(3), 301-332.

Favez, N., Widmer, E., Doan, M.-T., & Tissot, H. (2015). Coparenting in Stepfamilies: Maternal Promotion of Family Cohesiveness with Partner and with Father. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3268-3278.

Feinberg, M. (2003). The internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework For Research and Intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95-131.

Feldman, R., Eidelman, A., & Rotenberg, N. (2004). Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity and the cognitive development of triplets: a model for parent and child influence in a unique ecology. *Child Development*, 75(6), 1774-1791.

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

- Gómez, R., Alonso, P., & Rivera, I. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 425-434.
- González, F. (2009). *El desarrollo y las relaciones tempranas de los niños prematuros: Estudio comparativo con una población control a los dos años de edad*. Publicia.
- Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2017, de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Guarino, L., Scremín, F., & Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 7(1), 13-21.
- Guerra, K. (2015). *Estrés parental*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2017, de Centro Psicoterapéutico Integral: <http://centropsicoterapeuticointegral.com/blog/estres-parental/>
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1051.
- Halpern, L., Brand, K., & Malone, A. (2001). Parenting Stress in Mothers of Very-Low-Birth-Weight (VLBW) and Full-Term Infants: A Function of Infant Behavioral Characteristics and Child-Rearing Attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(2), 93-104.
- Hernández-Sampieri, R. (2014). Los métodos mixtos. En R. Hernández-Sampieri, C. Fernández, & P. Baptista, *Metodología de las investigación* (págs. 532-586). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics*, 107(6), 1317-1322.
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., & Rautava, P. (2014). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Human Development*, 90(3), 119-124.
- Jofré, V., & Henríquez, E. (2002). Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, 1999. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 31-36.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 192-204.

Laterra, C., Casini, S., Andina, E., & Levi, C. (2000). Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 19(1), 21-28.

Le Gall, D., & Martin, C. (1993). Transitions familiales, logiques et recompositions et modes de regulation conjugale. En M. Meurders-Klein, & I. Théry, *Les recompositions, familiales aujourd'hui* (págs. 137-158). París: Nathan.

Levin, I. (1993). Family as mapped realities. *Journal of Family Issues*(14), 82-91.

Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (1 de Mayo de 2007). *The Consequences of Unintended Childbearing: A White Paper*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2017, de Child Trends: <https://www.childtrends.org/publications/the-consequences-of-unintended-childbearing-a-white-paper/>

Messer, L., Dole, N., Kaufman, J., & Savit, D. (2016). Pregnancy Intendedness, Maternal Psychosocial Factors and Preterm Birth. *Maternal and Child Health Journal*, 9(4), 403-412.

Meyers, D. (2001). The Rush to Motherhood – Pronatalist Discourse and Women's Autonomy. *Signs: Journal of Women in Culture & Society*, 26(3), 735-773.

Michelotti, C. (2016). *Experiencia Vincular Paterna con su Bebé Prematuro (tesis de pregrado)*. Universidad Empresarial Siglo 21, Córdoba, Argentina.

Mohllajee, A., Curtis, K., Morrow, B., & Marchbanks, P. (2007). Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 109(3), 678-686.

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a Jhon Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268.

Morse, J. (2003). Principles of mixed methods and multi-methods research design. En C. Teddlie, & A. Tashakkori, *Handbook of mixed methods in social behavioral research*. Londres: Sage.

Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-158.

Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2016). Recuperado el 8 de Noviembre de 2017, de <http://www.who.int/es/>: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19(4), 687-692.
- Pérez, J., & Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental. *Salud Mental*, 37(1), 27-34.
- Rivas, A. M. (2008). Las nuevas formas de vivir en familia: el caso de las familias reconstituidas. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(1), 179-202.
- Rojas, J. (2005). Características Psicosociales y de Salud de Gestantes que desean o no su embarazo. *Revista Comportamiento*, 7(2), 35-44.
- Rojas, J., Albano, C., Llanos, M., Decanio, M., & Trías, L. (2009). Inventario de Apoyo Social para Embarazadas. *Acta Científica Estudiantil*, 7(3), 173-179.
- Romero, L. (2015). *Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital de Chancay*. Perú: Universidad Privada de Ica.
- Ruiz, A. L., Ceriani, J., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr*, 103(1), 36-45.
- Saez, F. (4 de Junio de 2000). ¿Por qué ellos siempre se vuelven a casar? *El Mundo*.
- Saviani, F., & Lopes, E. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 675-683.
- Sevón, E. (2005). Timing Motherhood: Experiencing and Narrating the Choice to Become a Mother. *Feminism & Psychology*, 15(4), 461-482.
- Singer, L., Danviller, M., Bruening, P., Hawkins, S., & Yamashita, T. (1996). Social support, distress, and parenting strains in mothers of very low birthweight infants. *Family Relations*, 45, 343-350.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Toledo, M. Á., Chacón, J. M., Rocha, M., & García, Z. (2014). *Metodologías de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill.
- Verny, T., & Kelly, J. (2009). *La vida secreta del niño antes de nacer*. México D.F.: Ediciones Urano.
- Weaver, S., & Coleman, M. (2010). Caught in the middle: Mothers in stepfamilies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 305-326.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Woollett, A. (1991). Having Children: Accounts of Childless Women and Women with Reproductive Problems. En A. Phoenix, A. Woollett, & E. Lloyd, *Motherhood. Meanings, Practices and Ideologies* (págs. 47-65). Londres: Sage.

Wormald, F., Tapia, J., Torres, G., Cánepa, P., González, M., Rodríguez, D., . . . Domínguez, A. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(4), 303-309.

Yali, A., & Lobel, M. (2002). Stress Resistance Resource and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(3), 289-309.

Zoe, S. (1997). Baby blues (depression in mothers and infants). *Insight on the News*, 13(21), 41-42.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice A

Tabla 1

*Datos estadísticos descriptivos que representan las características demográficas de los participantes (hombres y mujeres) por medio de porcentajes*

Características sociodemográficas	Categorías	Número	Porcentaje
Edad de la madre	Adolescente	1	2,5 %
	Jóvenes	3	7,5 %
	De 24 a 34	25	62,5 %
	Añosas	11	27,5 %
Escolaridad de la madre	Primaria completa	3	7,5 %
	Primaria incompleta	1	2,5 %
	Bachillerato completo	11	27,5 %
	Bachillerato incompleto	8	20 %
	Pregrado	4	10 %
	Posgrado	3	7,5 %
	Técnico	10	25 %
Estado civil	Soltera	1	2,5 %
	Casada	9	22,5 %
	Unión libre	28	70 %
	Soltera con apoyo	2	5 %
Ocupación	Hogar	12	30 %
	Estudiante	0	0 %
	Mecánico	11	27,5 %
	Técnico	12	30 %
	Gerencial	5	12,5 %
	Estudia y trabaja	0	0 %
Composición familiar	Monoparental	0	0 %
	Nuclear	0	0 %
Vive con familia extendida	Recompuesta	40	100 %
	Sí	8	20 %
Madre primeriza	No	32	80 %
	Sí	12	30 %
	No	28	70 %

---

 CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO
 

---

	Adolescente	0	0 %
Edad del padre	Adulto joven (20-30)	23	57,7 %
	Adulto (mayor de 30)	17	42,5 %
Escolaridad	Primaria completa	1	2,5 %
	Primaria incompleta	2	5 %
	Bachillerato completo	19	47,5 %
	Bachillerato incompleto	6	15 %
	Pregrado	5	12,5 %
	Posgrado	0	0 %
	Técnico	7	17,5 %
Ocupación del padre	Hogar	0	0 %
	Estudiante	0	0 %
	Mecánico	24	60 %
	Técnico	9	22,5 %
	Gerencial	6	15 %
	Desempleado	1	2,5 %
	Estudia y trabaja	0	0 %
	Monoparental	0	0 %
Tipo de familia	Nuclear	0	0 %
	Recompuesta	40	100 %
Padre primerizo	Sí	15	37,5 %
	No	25	62,5 %

---

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Apéndice B**

Tabla 2

*Datos estadísticos descriptivos que ilustra el número de familias que vive con familia recompuesta por parte del padre o la madre, representado mediante porcentajes*

Vive con familia recompuesta	Número	Porcentaje
Por parte de la mujer	23	57,5 %
Por parte del hombre	1	2,5 %
De ambos	0	0 %
No viven con familia recompuesta	16	40 %



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice C

Tabla 3

*Datos estadísticos descriptivos que ilustran las edades de los hijos que las parejas entrevistadas tuvieron con diferentes parejas (familias recompuestas)*

Edad de los hijos de los padres que los tuvieron con una pareja anterior	Número	Porcentaje
Menores de 5 años	9	13,04 %
6-10 años	25	36,23 %
11-20 años	26	37,68 %
21 años en adelante	9	13,04 %

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice D

Tabla 4

*Datos estadísticos descriptivos que ilustran las características de los bebés de las mujeres entrevistadas mediante porcentajes*

		Número	Porcentaje
Embarazo planeado	Sí	14	35 %
	No	26	65 %
Género	Femenino	21	48,8 %
	Masculino	22	51,17 %
Edad gestacional	Prematurez (32 a 37 semanas)	35	87,5 %
	Gran prematurez (29 a 32 semanas)	8	18,6 %
	Prematurez extrema (antes de 29 semanas)	0	0 %
	Adecuado peso al nacer (más de 2500 gramos)	2	4,65 %
Peso	Bajo peso al nacer (1500 a 2500 gramos)	35	81,4 %
	Muy bajo peso al nacer (1550 a 1001 gramos)	6	13,95 %
	Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 gramos)	0	0 %
	Cesárea	33	76,74 %
Tipo de parto	Natural	10	23,25 %
	PTAEG	37	86 %
Lubchenco	PTPEG	3	7 %
	PTPEG	1	2,32 %
	ATPEG	2	4,65 %

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

Oxígeno	Sí	18	45 %
	No	25	58,13 %
Hospitalización del bebé	No estuvo hospitalizado	7	16,27 %
	1 a 5 días	11	25,58 %
	6 a 10 días	11	25,58 %
	11 a 20 días	7	16,27 %
	21 días a 30 días	4	9,30 %
	<30 días	3	7%

Nota: en la tabla 4 se incluyen más sujetos, debido a que se tienen en consideración las tres parejas de mellizos; por ende, el total no es 40, sino 43.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Apéndice E**

Tabla 5

*Datos estadísticos descriptivos que ilustran la cantidad de mujeres entrevistadas que tuvieron mellizos*

Número de parejas de mellizos	Porcentaje
3	7,5%

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice F

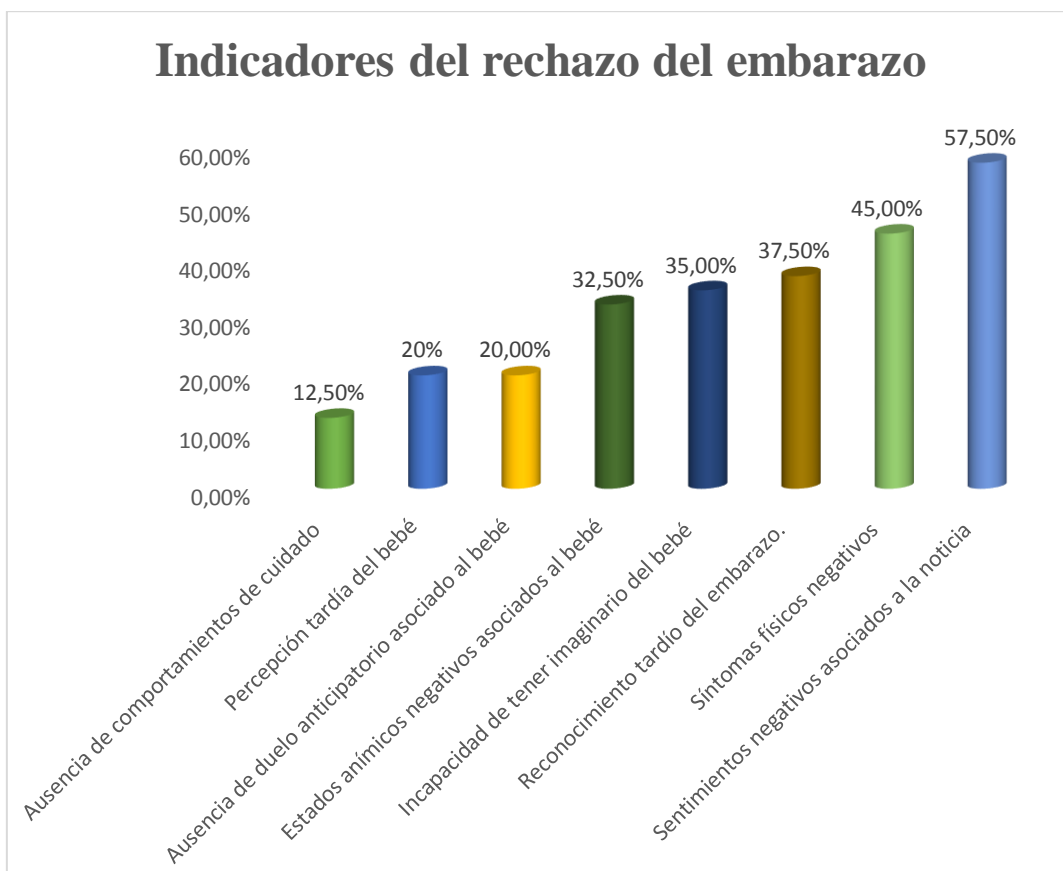
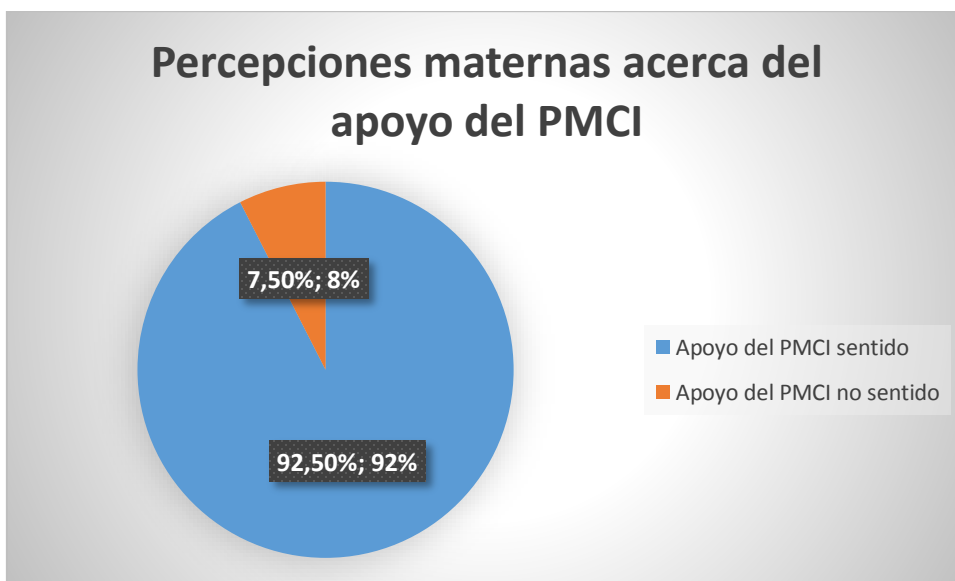


Figura 7. Indicadores del rechazo del embarazo.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice G



*Figura 8.* Percepciones maternas acerca del apoyo del PMCI. PMCI: Programa Madres Canguro Integral.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice H

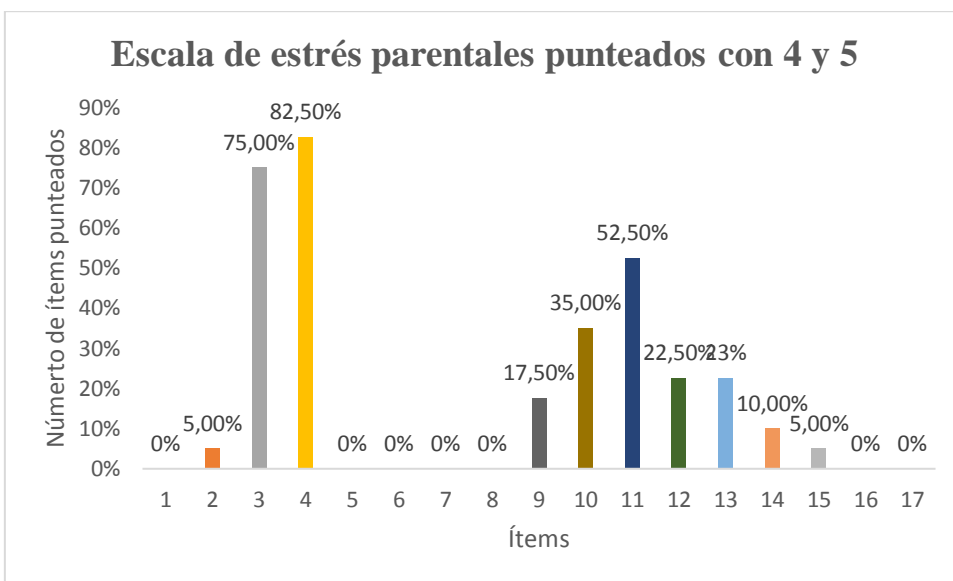


Figura 9. Escala de estrés parentales puntuados con 4 y 5.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice I

Tabla 6

*Datos estadísticos descriptivos que representan los porcentajes obtenidos en cada variable de aceptación/rechazo para cada nivel de estrés.*

VARIABLES	ESTRÉS BAJO	ESTRÉS MEDIO	ESTRÉS ALTO
Aceptación	38,80 %	57,90 %	0 %
Rechazo bajo	50 %	15,80 %	33,40 %
Rechazo medio	11,1 %	26,31 %	66,7 %



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice J

Tabla 7

*Datos estadísticos descriptivos que representan los porcentajes de los diferentes tipos de apoyo que se dan en cada una de las variables de aceptación/ rechazo.*

Variables	Aceptación	Rechazo bajo	Rechazo medio
Apoyo real y sentido	77,80 %	84,6 %	55,6 %
Apoyo real y no sentido	11,11 %	0 %	22,20 %
Apoyo no real y sentido	5,55 %	0 %	0 %
Apoyo ni real ni sentido	5,55 %	15,4 %	22,2 %

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Apéndice K**

Tabla 8

*Datos estadísticos descriptivos que representan los porcentajes de tipo de apoyo que se dan en cada uno de los niveles de estrés.*

Variables	Estrés bajo	Estrés medio	Estrés alto
Apoyo real y sentido	100 %	57,90 %	33,3 %
Apoyo real y no sentido	0 %	10,52 %	33,3 %
Apoyo no real y sentido	0 %	10,52 %	33,3 %
Apoyo ni real ni sentido	0 %	21 %	0 %

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

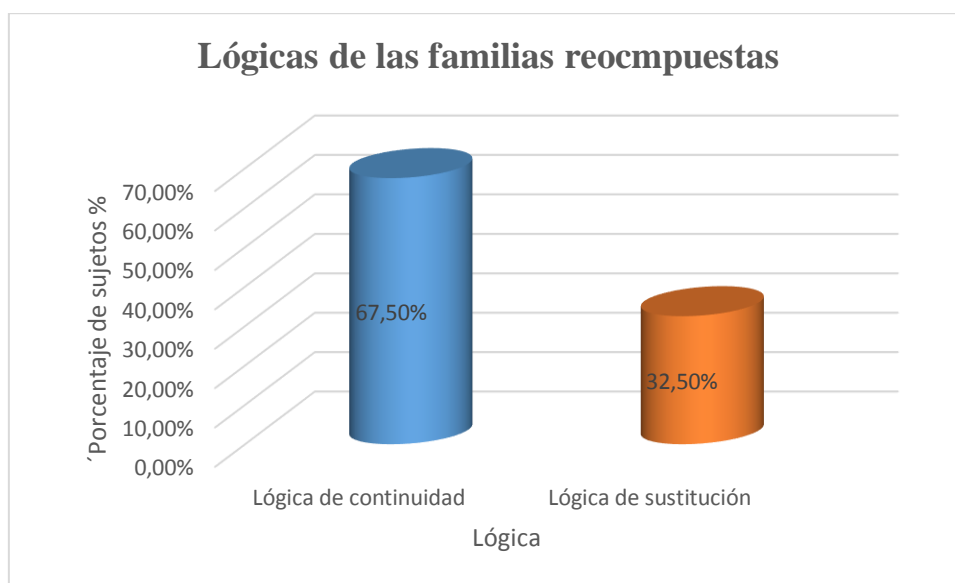
## Apéndice L



Figura 10. Tipo de familia.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

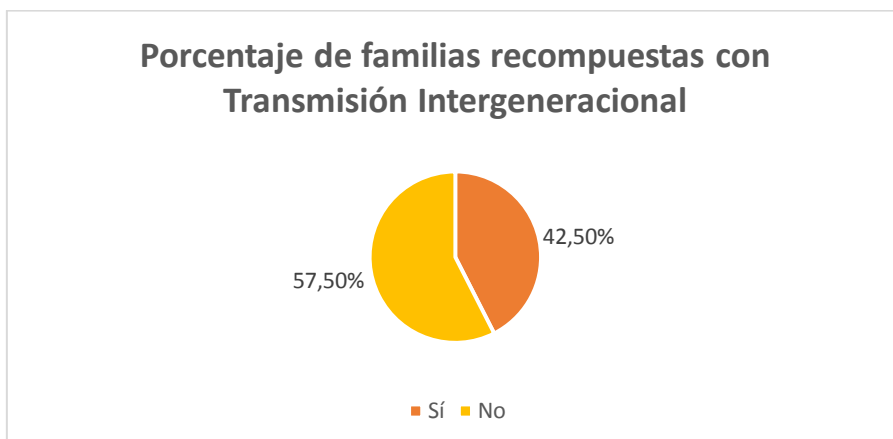
## Apéndice M



*Figura 11.* Lógica de las familias reompuestas.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

## Apéndice N



*Figura 12.* Porcentaje de familias recompuestas con transmisión intergeneracional.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### Instrumento 1: Escala de estrés parental

Las siguientes afirmaciones describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre. Piense en cada uno de los elementos en términos de cómo es su relación con su hijo o hijos. Por favor, indique el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes elementos, colocando el número apropiado en el espacio proporcionado.

1	Me siento feliz en mi papel como padre/madre de un bebé canguro	
2	No hay nada o casi nada que no haría por mi bebé canguro si fuera necesario	
3	Atender a mi bebé canguro a veces me quita más tiempo y energía de los que tengo	
4	A veces me preocupa el hecho de si estoy haciendo lo suficiente por mi bebé canguro	
5	Me siento muy cercano(a) mi bebé canguro	
6	Disfruto pasando el tiempo con mi bebé canguro	
7	Mi bebé canguro es una fuente importante de afecto para mí	
8	Tener un bebé canguro me da una visión más certera y optimista para el futuro	
9	La mayor fuente de estrés en mi vida es mi bebé canguro	
10	Tener un bebé canguro deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida	
11	Tener un bebé canguro ha supuesto una carga financiera	
12	Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi bebé canguro	
13	El comportamiento de mi bebé canguro, a menudo, me resulta incómodo o estresante	
14	Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un bebé canguro	
15	Me siento abrumado(a) por la responsabilidad de ser padre/madre de un bebé canguro	
16	Me siento satisfecho(a) como padre/madre de un bebé canguro	
17	Disfruto de mi bebé canguro	

1 = Completamente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indecidido

4 = De acuerdo

5 = Completamente de acuerdo

**Instrumento 2: Rechazo o aceptación del embarazo**

1. Reconocimiento tardío del embarazo. Este supone que la mujer se dé cuenta de que estaba embarazada después de los dos meses de gestación de su bebé.
2. Sentimientos negativos asociados con las noticias del embarazo. Este supone la presencia de llanto, preocupación, tristeza, ansiedad, entre otros.
3. Estados anímicos negativos asociados con el bebé, diferentes a los experimentados por las madres a causa de factores externos, como, por ejemplo, conflictos maritales.
4. Síntomas físicos negativos que persisten después del primer trimestre de gestación del bebé (vómitos, gastritis, mareos, náuseas y agrieras) y que no están asociados con cuestiones médicas.
5. Ausencia de comportamientos de cuidado para garantizar una buena salud del bebé. En cuanto a estos, se encuentran los cuidados prenatales, el seguimiento de instrucciones médicas en relación con el uso de medicamentos y los hábitos alimenticios y de vida, así como el tipo de trabajo que lleva a cabo la mujer durante el embarazo.
6. Percepción tardía del bebé: sentir el movimiento o presencia del bebé después de los cinco meses de gestación.
7. Incapacidad de tener imaginario del bebé a lo largo del embarazo y diferente a la idea que se crea del mismo por medio de las ecografías.
8. Ausencia de duelo anticipatorio asociado con el bebé. Lo anterior implica sentimientos de preocupación y angustia relacionados con la salud, el bienestar y el desarrollo del bebé.

Si se presentan 2 de los 8 ítems anteriores, se catalogará como *aceptación del embarazo*; si se presentan 3 o 4 ítems, será un *rechazo bajo*; entre 5 y 6 será un *rechazo medio*; y entre 7 y 8, un *rechazo alto*.

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

### **Instrumento 3: Estructura de la entrevista de adaptación que se llevó a cabo con las madres que ingresaron al PMCI**

#### **Datos sociodemográficos:**

##### **Madre:**

Edad de la madre:

Nivel educativo de la madre:

Ocupación de la madre:

Estado civil:

¿Es el primer hijo?:

¿Tiene otros hijos?:

¿Cuántos hijos tienen?:

¿Cuál es la edad de los hijos que viven con ellos?:

¿Es una familia recompuesta?:

##### **Padre:**

Edad del padre:

Nivel educativo del padre:

Ocupación del padre:

##### **Aspectos del embarazo:**

¿Tú planeaste el embarazo?:

¿Cuál fue el motivo que te llevó a realizarte la prueba del embarazo?:

¿Tuviste algunos síntomas que te llevaran a hacerte la prueba de embarazo? ¿Mareo, por ejemplo?:



## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

¿Qué te hizo sospechar del embarazo?:

Cuando quedaste embarazada ¿estabas planificando?:

¿Cuál era el método de planificación que estabas usando?:

¿Cuándo te enteraste del embarazo? (1 mes = cuatro semanas):

¿Cómo te enteraste del embarazo?:

¿Cuál fue la reacción que tuviste cuando te enteraste del embarazo?:

¿Quién le contó al papá del embarazo?:

¿Cuándo le contaron o cuando le contaste al papa del embarazo?:

¿Cómo le contaron o cómo le contaste al papá del embarazo?:

¿Cuál fue la reacción del papá cuando le contaron?:

¿Cómo te sentiste al ver la reacción del padre frente a la noticia de que iban a tener un bebé?:

¿Fue fácil hablarlo entre los dos?:

¿Cómo le contaron a la familia del embarazo?:

¿Cuándo le contaron a la familia del embarazo?:

¿Quién le contó a la familia del embarazo?:

¿Cómo reaccionó la familia frente a la noticia?:

¿Qué hacías durante el embarazo? ¿Trabajabas o estudiabas?:

¿Hasta cuándo trabajaste o estudiaste mientras estabas embarazada?:

¿Cuál fue el motivo por el cual dejaste de trabajar o estudiar? (razones):

¿Cuál era tu estado de salud durante el primer trimestre?:

¿Cuál era tu estado de salud durante el segundo trimestre?:

¿Cuál era tu estado de salud durante el tercer trimestre?:

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

¿Qué fue lo que más te gustó del embarazo?:

¿Qué fue lo que menos te gustó del embarazo?:

¿Cuándo empezaste a sentir al bebé? (1 mes = 4 semanas):

¿Estuviste hospitalizada durante el embarazo?:

¿Cuántos días duraste hospitalizada durante el embarazo?:

¿Tuviste precauciones o cuidados durante el embarazo? ¿Cuáles fueron esos cuidados?:

¿A cuántos controles prenatales asististe?:

¿Cuántas ecografías te realizaste?:

Si la madre tuvo un embarazo múltiple ¿Cuáles fueron tus preocupaciones por el embarazo múltiple?:

¿Cómo te imaginabas al bebé cuando estabas embarazada? ¿Qué características físicas tendría?:

### **Aspectos del parto y del nacimiento:**

¿Has tenido complicaciones en las cuales tuviste que abortar o perdiste al bebe?:

¿Cuántos abortos y muertes neonatales has tenido?:

¿Cuál fue el motivo por el cual tuviste que ir a la clínica?:

¿Qué fue lo que te dijeron los médicos?:

¿Cuál fue la verdadera razón del nacimiento prematuro?:

¿Qué fue lo primero que hiciste y pensaste al recibir la noticia del parto prematuro?:

Cuando escuchaste que el bebé nació ¿cómo te sentiste?:

Cuándo el papá escuchó que ya había nacido el bebé ¿qué fue lo que sintió?:

¿El parto fue por cesárea o natural?:

¿Con cuántas semanas nació?:

**CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO**

¿Es niña o niño?:

¿Cuál fue el peso al nacer?:

¿Cuál fue el Lubchenco?:

¿Tu bebé tuvo complicaciones al nacer?:

¿Cómo te sentiste al haber tenido un bebé prematuro?:

¿A dónde fue el bebé después del nacimiento?:

¿A dónde te fuiste después del nacimiento?:

¿Al cuánto tiempo lo viste por primera vez?:

¿En qué lugar viste por primera vez al bebé?:

¿En qué lugar el papá vio al bebé por primera vez?:

¿Cómo viste al bebé por primera vez?:

¿Cómo te sentiste al dejar hospitalizado al niño el primer día?:

¿Cómo te sentiste durante la estadía del niño en UCI o URN?:

¿Tu bebé salió del hospital con necesidad de oxígeno?:

¿Qué sentiste al saber que tu bebé necesitaba ayuda para respirar?:

¿Cómo ves al bebé ahora?:

**Programa Madre Canguro:**

¿Conocías antes el PMC?:

¿Quién te habló del programa?:

¿Qué te dijeron del programa?:

¿Qué expectativas tenía del PMC? (Pensamientos, ideas, entre otros):

¿Cuál fue tu primera impresión al llegar al PMC?:

¿Cómo te sientes con respecto a la lactancia? ¿Cómo crees que eso ayuda al bebé?:

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

¿Cómo te sientes con respecto a la posición canguro? ¿Cómo crees que eso ayuda al bebé?:

¿Cómo te has sentido con el seguimiento que llevas acá en el PMC?:

¿Cómo te sientes respecto a las consultas grupales que manejan el PCM?:

### **Red de apoyo:**

¿Cuáles son las personas que más te han apoyado en todo este proceso? ¿Cómo te sientes al saber que ellos están ahí para ayudarte en lo que necesite?

¿En qué aspectos sientes que has recibido ayuda?:

¿Quién te ayudó a cargar el bebé en posición canguro?:

¿Quién te ayuda económicamente?:

¿Vives con el papá de tu hijo?:

¿Consideras que el nacimiento del bebé alteró las relaciones de la pareja?:

### **Proyecto de vida:**

¿Cómo era tu proyecto de vida antes del embarazo?:

¿Cuál es tu proyecto de vida ahora, después del embarazo?:

### **Identidad materna:**

¿Es la primera vez que quedas embarazada?:

¿Desde qué momento te empezaste a sentir mamá?:

¿Para ti qué es ser mamá canguro? (Imaginario)

¿Sientes que eres mamá canguro? (Real):

¿Qué caracteriza a una mamá canguro?:

¿Qué sentiste o qué pensaste la primera vez que viste a tu bebé?

¿Cuál fue la reacción cuando el papá vio por primera vez al bebé? ¿Cómo se sintió el

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

papá?

¿Desde cuándo empezaste a interactuar con el bebé en el hospital?:

¿Dónde comenzaste a interactuar con el bebé en el hospital?:

¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado tu bebé?:

## CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS RECOMPUESTAS CANGURO

**Instrumento 4: Preguntas adicionales****Red de apoyo:**

- ¿Se siente escuchado y acompañado por su pareja?
- ¿El hecho de que su pareja acepte el embarazo ha tenido alguna influencia en usted?
- ¿Ha recibido ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano?
- ¿Quién le ha dado consejos sobre el embarazo y crianza del bebé?
- ¿Tiene ayuda en los quehaceres domésticos?
- ¿Tiene apoyo afectivo y emocional por parte de sus amigos?
- ¿Han estado pendiente de usted en los momentos difíciles?

**Familia recompuesta:**

- ¿Cómo era su anterior relación de pareja?
- ¿Qué se siente ser madre nuevamente y cómo se diferencia de su experiencia con su primer hijo(a)?
- ¿Qué la motivó a tener este(a) hijo(a)?
- ¿Quiénes la han apoyado con el embarazo?
- ¿Siente estrés de cuidar a su nuevo hijo?
- ¿Siente que la presencia de su otro hijo afecta en el cuidado que le da al nuevo?
- ¿Cómo se relaciona su pareja con su hijo(a)?
- ¿Cómo es su relación con su expareja?
- ¿Cómo son las dinámicas familiares en el nuevo hogar?