



PROPUESTA EDUCATIVA

**EL CUIDADO DE NIÑOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL, UNA OPORTUNIDAD
PARA EL FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO ENTRE LA MADRE Y SU HIJO Y
LAS RELACIONES DE CUIDADO CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

POR

LUZ ESTELLA AGUILAR RIOS

ELIZABETH PRADA ARAQUE

ANDRES RESTREPO BERNAL

ASESORA

DIANA MARÍA GÓNZALEZ BEDOYA

MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CONVENIO CINDE

MEDELLÍN

2015

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	4
2. REFERENTE CONTEXTUAL.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS.....	13
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
5. CONCEPCIONES BÁSICAS.....	14
5.1. EDUCACIÓN.....	14
5.2. CULTURA.....	15
5.3. SOCIEDAD.....	16
5.4. DESARROLLO HUMANO.....	18
5.5. SER HUMANO.....	19
5.6. VÍNCULO AFECTIVO.....	20
5.7. CUIDADO.....	21
5.8. PRÁCTICAS DE CRIANZA.....	22
6. CORRIENTE PEDAGÓGICA.....	22
7. PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS.....	25

8. AMBIENTE EDUCATIVO.....	27
9. DIAGNÓSTICO.....	31
10. PERFIL DEL EGRESADO.....	34
11. SELECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE CONTENIDOS.....	35
12. PROPUESTA DE EVALUACIÓN.....	41
12.1 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.....	41
13. PROPUESTA PARA LA SISTEMATIZACIÓN.....	42
14. DISEMINACIÓN DE LA PROPUESTA EDUCATIVA.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	49

EL CUIDADO DE NIÑOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL, UNA OPORTUNIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO ENTRE LA MADRE Y SU HIJO Y LAS RELACIONES DE CUIDADO CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

1. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Esta propuesta surge de la investigación: “Vínculo afectivo y prácticas de cuidado que implementan seis madres adolescentes con sus hijos prematuros y su relación con las tradiciones culturales. Estudio en la unidad neonatal del Hospital General de Medellín 2013”. Por lo tanto, aunque la propuesta este dirigida a todas las madres de la unidad neonatal con hijo prematuro, se enfatizará en las madres adolescentes dadas sus condiciones de vulnerabilidad.

La población elegida para la propuesta educativa son las madres adolescentes con hijo prematuro junto con el personal de enfermería que los atiende en la unidad neonatal del Hospital General de Medellín

Dentro de la propuesta educativa incluiremos al grupo de enfermeras jefes y auxiliares que atienden a los neonatos y apoyan a sus madres. El grupo de enfermeras acompañan las 24 horas del día a los niños, realizando las actividades de baño, cambio de pañal, alimentación, aplicación de los medicamentos ordenados, recomendaciones del Programa Canguro y dan orientaciones acerca de la forma de cuidar al bebé dentro de la Unidad, y posteriormente en sus hogares.

Según la OMS considera el embarazo adolescente es aquel que se presenta entre los 10 y 19 años de edad, puede ser estimado como no deseado y su consecuencia es una madre joven

cuidando un niño, lo que se ha llamado nueva morbilidad, que designa los “problemas creados por las nuevas situaciones sociales y el nuevo estilo de vida que constituyen un problema de salud pública, que es difícil afrontar con los métodos tradicionales” (Tinajero, Camacho, & González, 2008, pág. 42)

En esta propuesta educativa tendremos en cuenta el periodo de la adolescencia comprendido entre los 10 y 19 años, en el que se caracterizan dos etapas: la temprana de 10 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años (UNICEF, 2011). En la temprana los cuerpos sufren aceleradas transformaciones, se presenta el desarrollo y la caracterización de los órganos sexuales secundarios, cambios fisiológicos a nivel del cerebro que producen nuevas interconexiones; es en esta edad donde se evidencia el inicio de una transformación cognitiva, emocional y psicológica que requiere del apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

Las adolescentes embarazadas se ven expuestas a diversos cambios y consecuencias médicas, psicológicas y sociales (Borre, 2006) que hacen que su proceso gestacional esté rodeado de riesgos para su salud y la de su bebé.

En cuanto a los aspectos médicos, se presenta mayor riesgo debido a la inmadurez física del cuerpo de la madre adolescente, comparado con el de las madres de mayor edad, que puede llevar a complicaciones incluso sistémicas con la probabilidad de presentarse la muerte materna y/o la del bebé. Además, en la mayoría de los casos, las madres adolescentes no terminan su período de gestación, como consecuencia el bebé puede ser prematuro o de bajo peso al nacer; condiciones que vienen acompañadas de diferentes afecciones sistémicas (gastro-intestinales, cardíacas, respiratorias, inmunológicas y nerviosas), que pueden a futuro ocasionar retrasos en el desarrollo psicomotor (Pulgarín, 2012).

Entre las consecuencias psicológicas están los sentimientos de angustia y miedo frente a la condición de prematuridad, el cuidado del bebé, el futuro de los dos; la pérdida de opciones sociales, profesionales y laborales, al igual que restricciones económicas, todas las anteriores, pueden elevar los niveles de estrés desencadenando trastornos emocionales en las madres adolescentes.

Algunas de las consecuencias sociales clasificadas por Borre (2006) son: la desaprobación familiar, pocas oportunidades educativas de regresar al colegio o de ingresar a la educación superior y por supuesto disminución de las opciones laborales. Agregando a lo anterior, la adolescente pierde autonomía debido a la dependencia económica, intervención en la vida privada, afectiva y sexual por parte de la familia.

Por otro lado, las madres que no son adolescentes igualmente se ven enfrentadas a la situación de prematuridad de su hijo, con desconocimiento sobre los cuidados especiales enfrentando el estrés propio de la condición de riesgo de sus hijos y del ambiente de las Unidades Neonatales.

2. REFERENTE CONTEXTUAL

En Colombia, la tasa de embarazo adolescente reportada por el Ministerio de Salud es de 19,5%, según la Encuesta Nacional de Salud (ENDS 2010). Ciudades como Bogotá, Cali y Medellín bajaron un 5% la tasa de embarazo adolescente entre 2005 y 2010. En Antioquia, el porcentaje de adolescentes embarazadas en el 2005, fue de 22,9% y en el 2010, de 26,2%. En Medellín y el área metropolitana los datos estadísticos en estas mismas fechas fueron de 21,2% y 15,5% respectivamente (Ministerio de Salud, 2013).

Según las estadísticas aportadas por el Hospital General de Medellín, entre enero del año 2012 y mayo del 2013, el número total de madres adolescentes en edades comprendidas entre los 13 y 19 años, y con hijos prematuros atendidas por la unidad neonatal fue de 166, con un aumento significativo desde los 16 a 19 años, equivalente al 88,55% del total de las madres adolescentes con hijos prematuros.

En el aspecto social se encuentra en las madres una escolaridad, para básica primaria de 26 adolescentes y para básica secundaria de 140. En cuanto a la información del estado civil; soltera se registró en 71 adolescentes; con menos de dos años de convivencia 64 adolescentes y con más de dos años de convivencia 31, no figura el estado civil casada en ninguno de los casos registrados. En cuanto al régimen de atención en salud se registraron 8 adolescentes en el régimen contributivo, 98 en el régimen subsidiado y 60 no aseguradas.

El Hospital General de Medellín es una empresa social del estado de tercer nivel de atención con una categoría especial de entidad pública descentralizada, de propiedad del municipio de Medellín, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa (<http://artehospital.blogspot.com/>, 2012). Su misión es prestar servicios de salud de alta complejidad, centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo el desarrollo científico, docente e investigativo así como las buenas prácticas de gestión (Tomado de <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos>, 2014)

Las madres que participarían en el desarrollo de la propuesta educativa son atendidas con su hijo prematuro en la Unidad Neonatal del Hospital General de Medellín, pertenecientes en su mayoría al área metropolitana y poblaciones de referencia, tienen limitados recursos económicos evidenciados en el sistema de salud al que pertenecen, el subsidiado, lo que las hace más

vulnerables desde el punto de vista económico y social afectando el desarrollo de un embarazo sano y posterior crianza del niño.

En un primer acercamiento a este fenómeno de estudio a través del análisis de los datos estadísticos suministrados por el HGM pudimos identificar en las madres adolescentes que fueron atendidas en el período de enero de 2012 a mayo de 2013 algunos aspectos como: nivel de escolaridad bajo, no superior a la básica secundaria; estado civil con un alto porcentaje de solteras, otras con convivencia menor de dos años con su pareja, y ninguna casada. Y en el régimen de salud en su mayoría pertenecían al subsidiado. Además la edad gestacional promedio de estas adolescentes era de 34 semanas.

Según Turiani, Pamplona, Komura & Chave “El embarazo en la adolescencia es considerado una condición de alto riesgo y los especialistas de los países en desarrollo abordan esta cuestión como un problema de salud pública por el hecho de provocar consecuencias en varias dimensiones, sobre todo en la condición emocional, social y económica de las adolescentes” (2009, pág. 91).

Dentro de las consecuencias sociales se encuentran la desaprobación familiar, la disminución de las oportunidades educativas y laborales, lo que generalmente ocasiona una dependencia económica y afectiva de la madre hacia la familia. Además de las anteriores circunstancias muchos de estos embarazos, aparecen en comunidades con bajos recursos económicos y sin acceso al sistema de salud, condiciones que incrementan la reproducción de la pobreza en países en vía de desarrollo (Borre, 2006).

Por lo tanto, este fenómeno social implica que se deben tener en cuenta el contexto histórico, social y personal de la madre con el fin de establecer medidas de intervención que sumen y aporten al cambio de esta realidad. Una de estas medidas está ligada con el acompañamiento y

educación a las madres como lo confirma una de las conclusiones del estudio: Intervención educativa sobre la atención a niños de madres adolescentes, realizada en el Hospital Ginecobstétrico Guanabacoa en Cuba establece que las madres adolescentes poseían pocos conocimientos y habilidades en el cuidado de su hijo y que el programa educativo instaurado contribuyó a mejorar la salud de la madre y la de su hijo (Alonso, Campo, & Díaz, 2010).

3. JUSTIFICACIÓN

La propuesta pedagógica llamada “El cuidado de niños prematuros una oportunidad para el fortalecimiento del vínculo entre la madre adolescente y su hijo y las relaciones de cuidado con el personal de enfermería” se convierte en una oportunidad para que el personal del hospital fortalezca el vínculo afectivo entre la madre adolescente y su hijo/a prematuro aprovechando los procesos de capacitación que el Hospital General de Medellín viene desarrollado con las madres. Igualmente se propone como una alternativa que tiene en cuenta las condiciones socioeconómicas y culturales de las madres y sus familias, para fortalecer esta relación especialmente en dos dimensiones:

1. Prácticas de cuidado: del personal hospitalario hacia la madre y el hijo; de la madre hacia sí misma y hacia su hijo, y de la familia hacia esta diada vincular que comienza.
2. Para estimular prácticas de crianza: que fortalezcan un vínculo adecuado, teniendo presente sus tradiciones culturales y la vulnerabilidad de sus hijos prematuros.

Con esta propuesta se espera beneficiar directamente a las madres, quienes requieren reflexionar sobre la necesidad del cuidado de sí, promoviendo su bienestar físico y emocional que se vea reflejado en el cuidado de su hijo. Para el niño en su futuro desarrollo motriz, social,

psicológico (emocional y afectivo), porque la madre podrá tener mayor seguridad en el proceso de crianza y en el ejercicio de la maternidad fortaleciendo los lazos vinculares, que favorecerán el crecimiento y desarrollo. Para la familia porque podrá integrarse al cuidado y a la crianza del recién nacido enriqueciendo los vínculos afectivos y asumiendo la responsabilidad propia de este proceso. Y finalmente, al grupo de enfermeras para que reflexionen y reconozcan la importancia del acompañamiento y orientación que realizan con la madre con respecto al cuidado de ella, del bebé y como esto promueve la relación vincular entre madre e hijo. De esta manera los diferentes programas del Hospital que acompañan a las madres y las familias se verán beneficiados por una atención más humanizada.

En las unidades neonatales existen programas de capacitación para las madres con hijos prematuros, dirigidos al acompañamiento de las condiciones biológicas y mantenimiento de la salud del bebé, pero son procesos que requieren un diálogo interdisciplinar de saberes entre el personal médicos y las madres, y tengan en cuenta las condiciones sociales y económicas que le agregan vulnerabilidad a estas familias, además de la carga cultural y de tradiciones que deben ser respetadas, valoradas y transformadas en beneficio de la salud y el desarrollo del bebé y de la madre. Es importante tener presente que la falta de capacitación y preparación de las madres para el cuidado especial de sus bebés prematuros, las lleva a pasar por momentos de dudas e incertidumbre que requieren del acompañamiento y formación de los profesionales que las acompañan.

Esta propuesta permitirá la integración de los conocimientos previos de las madres con los adquiridos durante el tiempo de la hospitalización del bebé y que son orientados por el personal de salud, procurando establecer acuerdos en cuanto a las prácticas de cuidado y crianza dentro

del marco de las tradiciones culturales que beneficien el desarrollo sano del bebé, como lo demuestran las conclusiones del estudio *Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura* (Noguera & Rodríguez, 2008).

Por otro lado, los procesos de capacitación permiten incrementar la sensibilidad materna y disminuyen el efecto negativo de variables como pobreza, prematurez, hospitalización y separación temprana (Borre, 2006). En el caso del Hospital General de Medellín, la mayoría de las madres pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y con niveles educativos básicos y pueden encontrar a través de esta propuesta pedagógica una posibilidad de reflexionar sobre las prácticas de cuidado de sí y del otro, crianza y el establecimiento del vínculo con sus hijos prematuros con el fin de propender por el bienestar integral del bebé.

Investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional identifican como una necesidad el fortalecimiento de los conocimientos de las madres en temas que aborden el cuidado, la crianza y el desarrollo psicoafectivo de las madres que tienen un hijo prematuro (González & Estupiñan, 2010) (Alonso, Fariña, Rodríguez, & Campo, 2010). Los autores consideran que las madres, principalmente las adolescentes presentan vacíos conceptuales y estratégicos para la crianza de sus hijos por lo que dentro de sus discusiones proponen generar campos de formación a la madres con respecto a dichos temas.

La implementación de la propuesta traerá diferentes cambios en la dinámica institucional, porque las auxiliares de enfermería y enfermeras se sensibilizarían en gran medida del papel que cada una de ellas ejerce en el proceso de acompañamiento y enseñanza de los cuidados de un bebé prematuro y como desde sus indicaciones podrían ayudar a fortalecer el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo. Es fundamental que el Hospital considere la posibilidad de permitir que los padres

también tengan la misma oportunidad de las madres de acompañar a sus hijo no sólo por un tiempo limitado (1 hora diaria) sino durante todo el día, como una forma de involucrar más al padre en el proceso de cuidado y de establecimiento del vínculo no solo pensado desde la diada madre - hijo, sino desde la triada madre – hijo – padre.

En el artículo participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud, algunos de los profesionales de salud entrevistados consideraron la importancia de la participación de la madre así como la del padre en el cuidado de su hijo prematuro. “La presencia de madre/padres favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo.... Se destaca aun, que la proximidad con la madre/padre ofrece estímulos positivos para la estabilidad y evolución clínica del prematuro, reducción del tiempo de internación y disminución de las reinternaciones del niño, minimizando los costos de atención (Gallegos, Monti, & Silvan, 2007, pág. 241).

El mejorar los procesos de formación para las madres y sus familias, así como para el personal de salud aportaría a la construcción de una dinámica organizacional en la cual se tenga en cuenta a todos los miembros involucrados en la atención y cuidado de un prematuro. Además se busca sensibilizar al grupo de auxiliares y enfermeras para que su relación con las madres, padres y familias de los bebés sea más humanizada basada en el respeto y confianza, lo que puede garantizar el aprendizaje efectivo y consciente de las prácticas de cuidado.

En la dinámica comunitaria los cambios se darían en la imagen que el hospital proyecta en la ciudad y en el país por ser reconocido como una entidad que presta un servicio con calidad y humanizado.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Promover procesos reflexivos y prácticos en las madres y el personal de salud en relación con las prácticas de cuidado y crianza, y el establecimiento del vínculo afectivo, dirigidas al mantenimiento de la salud física y emocional del bebé prematuro teniendo en cuenta las tradiciones culturales.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimular a las madres y sus familias a implementar prácticas de cuidado que fortalecen el vínculo afectivo con su hijo prematuro.
2. Promover en las madres prácticas de autocuidado que propendan por su bienestar personal.
3. Capacitar al personal de salud sobre el potencial que tienen las orientaciones que les brindan a las madres en el cuidado del niño prematuro, para establecimiento del vínculo afectivo.
4. Ofrecer un espacio de reflexión en torno a la importancia de tener en cuenta las tradiciones culturales en las orientaciones que les brindan a las madres para el cuidado de sus bebés prematuros.

5. CONCEPCIONES BÁSICAS

5.1 EDUCACIÓN

“La educación, lejos de tener simplemente por fin desarrollar al hombre tal como sale de las manos de la naturaleza, tiene por objeto extraer de allí un hombre enteramente nuevo; crea un ser que no existe, salvo en el estado de germen indiscernible: el ser social” (Durkheim, 1976, pág. 64). Un buen proceso educativo permite la transferencia cultural de una serie de valores sociales y conocimientos culturales que pueden potenciar el desarrollo personal y ayudar a interactuar con el mundo exterior.

Las estrategias pedagógicas dirigidas a proporcionar a las madres las habilidades y los recursos necesarios para fortalecer el vínculo afectivo y enriquecer su desempeño como madres en la sociedad, les dotará de destrezas para poder hacer frente a las adversidades con las que se encuentran en esta condición de ser madres con bebés prematuros. Además, brindar apoyo educativo, contribuye a preservar la salud de la mujer y su hijo, evitando complicaciones y muerte (Noguera & Alvarado, 2012) y, les permitirá salir más fortalecidas, no solo física, sino emocionalmente de este proceso.

En condiciones adecuadas de desarrollo, la educación hace parte del proyecto de vida, y dadas las situaciones y acontecimientos con los que se encuentran las madres y especialmente las madres adolescentes con hijo prematuro, les será de gran utilidad la educación que tiene por objeto convertir a las personas en seres capaces de pensar y actuar por sí mismas teniendo en cuenta sus subjetividades, ayudando a su madurez psico-emocional y preparándola para afrontar su realidad social. Por lo tanto, desde esta propuesta la educación es concebida como la forma de brindar a las madres y al grupo de enfermeras algunas herramientas necesarias para el

fortalecimiento del vínculo, en un ambiente especial como lo es la unidad neonatal, por medio de las prácticas de cuidado y crianza que requieren los bebés prematuros, posibilitando una orientación a las madres que las lleve a ser autónomas en la crianza y cuidado de su hijo dentro del marco del respeto de sus creencias y valores, en beneficio de la salud física, mental y emocional de esta diada.

5.2 CULTURA

Los discursos e ideales culturales y familiares tienen un rol importante y, los embarazos adolescentes, si bien muchas veces no son planeados ni buscados, suelen responder a las tradiciones culturales, imaginarios y representaciones en América Latina con respecto al rol de la mujer como madre, esposa y ama de casa. Estos embarazos aunque no buscados, de todas maneras terminan siendo aceptados y muchas veces bien recibidos por la familia porque se presentan como una oportunidad para la conformación de una pareja, una familia y para cumplir con el rol que se espera de la mujer en la sociedad y la cultura.

Las condiciones de vida de estas adolescentes y los roles estereotipados que se le asignan teniendo en cuenta el contexto cultural, económico y social que enmarcan un embarazo no deseado o no planificado, contribuyen a que su constitución subjetiva se limite y no permita un real y efectivo acceso a la educación y mejor calidad de vida, lo que renueva los círculos de pobreza y exclusión que sufren las madres adolescentes en la cultura latinoamericana (ARSchile, 2011).

De otro lado, las representaciones e imaginarios de la cultura nos permiten encarar la posibilidad de encontrar en las experiencias intersubjetivas de las madres con los diferentes modos de reconocimiento del otro y sus formas de comunicación, sus prácticas cotidianas y el

sentido común; que se extienden de generación en generación por medio de los mitos y las creencias que se repiten como herencias culturales.

Las tradiciones culturales sobre feminidad y maternidad tienen un peso muy importante en las madres con respecto a las prácticas que realizan en relación con su salud y la de su bebé. El saber acumulado por la cultura en relación con las prácticas de cuidado de los niños y que implementan las madres, posibilitan el reconocimiento de patrones y la repetición de diferentes rituales adoptados de generación en generación para la supervivencia y bienestar del recién nacido. En ese sentido consideramos fundamental que el personal de salud que atiende a las madres reconozca, valore y respete aquellas tradiciones culturales que favorecen el autocuidado de la madre, el cuidado de esta con su bebé y las prácticas de cuidado que implementa la familia con esta diada, con el fin de mediar y hacer las recomendaciones pertinentes para el bienestar del bebé, no solo en lo que se refiere a la salud física, sino también en la salud emocional y social.

Según lo anterior la cultura en nuestra propuesta será entendida como el conjunto de saberes que la madre trae según sus creencias y tradiciones en relación a las prácticas de cuidado y el establecimiento de los vínculos afectivos implementados por los discursos e ideales con los que se ha formado en un contexto cultural y socioeconómico particular. El personal de salud debe brindar respeto y comprensión a la madre adolescente y a sus familias, para mantener, orientar o modificar algunas las prácticas de cuidado que son necesarias para el sostenimiento de la salud del bebé prematuro.

5.3 SOCIEDAD

El rol asignado a la mujer en la sociedad y especialmente en la sociedad latinoamericana, está profundamente relacionado con las expectativas reproductivas, de cuidado y crianza de los hijos.

En las últimas décadas este rol ha sufrido algunas transformaciones por la inserción social de la mujer en todos los campos de la vida académica y laboral. Sin embargo, la maternidad se presenta en la sociedad actual como una situación que comprende diferentes aspectos que afectan la salud, la economía y la situación social de la mujer, su pareja y su familia.

En cuanto al embarazo en la adolescencia este se representa generalmente en la sociedad como una situación identificada con madres solteras, sin apoyo social, ni económico. En el imaginario social las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza, condición que afecta a las adolescentes y sus proyectos de vida. En la sociedad se ve reflejada muy especialmente la condición de madre adolescente desde la deserción escolar ya que la madre suele interrumpir o abandonar sus estudios y rara vez lo reanuda con posterioridad, la baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la superación de la pobreza. (Noguera & Alvarado, 2012).

La sociedad será entendida como el conjunto de instituciones, en nuestro caso las de la familia como sostén económico y emocional, y las de la salud por medio de políticas públicas enfocadas a la educación de las madres con hijos prematuros; como instituciones que deben estar atentas a brindar la protección y el apoyo a las madres.

Por ello los esfuerzos de la sociedad deben concentrarse en propiciar los espacios necesarios para la superación de las dificultades sociales y culturales que afectan a las madres. Es fundamental proporcionar desde el personal de salud del hospital las herramientas necesarias contenidas en nuestra propuesta educativa para que la madre asuma el nuevo rol al que se ve enfrentada, promoviendo prácticas que permitan la superación de las dificultades que se presentan con su bebé prematuro en relación a la salud, el cuidado y las relaciones vinculares.

5.4 DESARROLLO HUMANO

Nuestra propuesta tendrá como referente para analizar el concepto de desarrollo humano las dimensiones expuestas desde las libertades sociales, políticas, económicas y culturales, que posibilitan al ser humano desarrollar sus capacidades y potencialidades e influir sobre su contexto y tomar parte como agente en las decisiones en uso de su libertad. Las dimensiones son: la orgánico-madurativa, la erótico-afectiva, ético-moral, política, lingüística- comunicativa, productiva: el trabajo humano y lúdico-estética. Para hablar de desarrollo humano se deben tener en cuenta estas siete dimensiones, dado que su integralidad permitiría que el ser humano despliegue sus potencialidades y libertades. Elegimos cuatro de las dimensiones retomadas por González (2010), la orgánico - madurativa, la erótico - afectiva y la ético – moral y lingüística-comunicativa para desarrollar la propuesta educativa con el personal de salud que acompaña a las madres con hijo prematuro, porque consideramos que estas son las pertinentes en la orientación de las madres y del personal de salud teniendo en cuenta la etapa de desarrollo del bebé.

Dimensión orgánica madurativa:

El neonato en su proceso orgánico madurativo requiere de un cuidado especial debido a la vulnerabilidad de su estado de salud, en el proceso de estabilización de su condición es fundamental favorecer los procesos de maduración neurológica y plasticidad cerebral promoviendo hábitos de cuidado que estimulan su desarrollo sensorial y motriz.

Dimensión erótico-afectiva

La interacción constante de la diada madre/hijo favorece el establecimiento del vínculo afectivo, potencializando en el niño la apropiación de los procesos de socialización e

introducción en la cultura. En nuestra propuesta educativa se enfatizará desde la dimensión erótico afectiva el establecimiento del vínculo por medio de las prácticas de cuidado y crianza.

Dimensión lingüística comunicativa

Promover el establecimiento progresivo de lazos de comunicación verbal y no verbal de madre e hijo desde el tacto, lo auditivo, lo visual-gestual, posibilitando la comunicación efectiva entre ambos desde el ejercicio de las prácticas de cuidado y crianza, con el objetivo de enriquecer las relaciones vinculares.

Dimensión ético moral

La ética se fundamenta en la necesidad de cuidar y ser cuidado y tiene su origen en la propia condición humana, así mismos aboga por educar moralmente a través de la creación de condiciones facilitadoras para el aprendizaje del cuidado.

El desarrollo humano para esta propuesta, según lo anterior, es entendido como “la gran posibilidad de crecimiento, desarrollo, madurez y transformación en todas las dimensiones posibles” (González D. , 2010, pág. 09) de las madres con sus hijos prematuros dadas sus condiciones y potencialidades. Por consiguiente, son todas las habilidades que el ser humano adquiere a través de su vida y que requiere acompañamiento desde antes del nacimiento y durante la infancia, para hacer uso de ellas durante toda su existencia.

5.5 EL SER HUMANO

El ser humano puede ser definido de múltiples maneras, como ser racional que piensa y actúa según algunos criterios y normas, como un ser simbólico que se adapta y que pertenece a una cultura que tiene diferentes significados y con un lenguaje propio con el que se comunica, razón

por la que se considera un ser social que vive en comunidad e interactúa con otros, como afirma Martínez 2009:

El ser humano, como todo ser vivo, no es un agregado de elementos yuxtapuestos; es todo un integrado que constituye un suprasistema dinámico formado por muchos subsistemas perfectamente coordinados: el subsistema físico, el químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual (pág. 119).

Es por estas razones, que consideramos a las madres y al personal de enfermería como seres humanos racionales, sociales, que tienen emociones y que comparten una cultura propia con creencias y prácticas que orientan su actuar, todo dentro de un marco ético y moral el cual respetamos y valoramos dentro del proceso educativo propuesto.

5.6 VÍNCULO AFECTIVO

El vínculo es un sentimiento afectivo dinámico y duradero que establece el niño con la persona significativa, generalmente la madre u otras personas que tienen a cargo suplir sus necesidades básicas. La relación vincular se ha estudiado y comprobado en diversas investigaciones empíricas las cuales se basan teóricamente en aspectos del desarrollo biológico, social o emocional del bebé.

Bowlby (1976) planteó que el apego es una conducta de acercamiento al progenitor, en general la madre, para buscar protección en situaciones de peligro. Estas conductas se consideran innatas y al servicio de la supervivencia de la especie y, a partir de ellas, podemos inferir el tipo de vínculo que desarrollará el niño.

Diferentes investigadores después de Bowlby han demostrado y aceptado que el tipo de vínculo afectivo que el niño desarrolla con su cuidador contribuye a formar su comportamiento y

sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales. Por consiguiente, se han desarrollado distintos esfuerzos, a lo largo del tiempo, con el fin de comprender el proceso por el cual se forma la relación vinculante que estructura la personalidad desde el comienzo del desarrollo del ser humano (Olivia, 1995).

5.7 CUIDADO

La palabra cuidado implica muchos vocablos tales como asistir, cautela amenaza, intranquilidad, atención, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien. El origen griego de cuidado viene de la palabra *Epimeleia* que se traduce como preocupación, estar atento, tener a cargo, encargado. Implica a lo cuidado y al cuidador y una atención vigilante. En su origen del Latín viene de la palabra *Cogitare*, acepción medieval que significa pensar, de donde se pasó a "prestar atención".

El cuidado es vital para todos los seres humanos, Vásquez afirma que "El desarrollo humano necesita sobre todo del cuidado que recibimos de las personas con las que estamos vinculadas afectivamente; por eso, los valores y prácticas relacionadas con el cuidado deberían ser prioritarios en la gestión individual y colectiva de la ciudadanía" (2009, pág. 21).

El ser humano necesita de otros para su propia existencia y en esa relación madre e hijo el cuidado implica una interacción moral y ética que requiere de actitudes solícitas y acciones responsables incluidas las enfermeras y el personal de salud que los atiende. Es una de las razones por las que las madres necesitan reconocer el valor de las prácticas de cuidado con sus hijos prematuros, dada la estrecha relación con la vinculación afectiva que traerá beneficios para la salud de su bebé y de su posterior desarrollo físico y mental teniendo en cuenta que esas

prácticas cambian de acuerdo al contexto histórico, cultural e individual. Respecto al personal de salud principalmente las enfermeras deben reconocer que su labor de cuidado y enseñanza del mismo, no es solamente un asunto técnico, sino que por el contrario aporta al establecimiento del vínculo entre las madres y sus hijos prematuros.

5.8 PRÁCTICAS DE CRIANZA

Las prácticas de crianza según Aguirre “es lo que efectivamente hacen los adultos encargados de cuidar a los niños. Son acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento, desarrollo psicosocial y aprendizaje de conocimientos; son acciones que, una vez inducidas, le permiten reconocer e interpretar su entorno” (2000, pág. 28). Estas acciones son las básicas de cuidado, de protección para que el niño crezca y se desarrolle de manera integral. Es así como las prácticas de crianza son comunes a unas culturas y están mediadas por transformaciones en nociones de niñez, de desarrollo, de salud, que determinan nuevas formas de relación entre los niños y los adultos.

Por consiguiente, las prácticas de crianza son entendidas como todos los procesos que los adultos realizan para garantizar el cuidado integral del niño desde la supervivencia hasta su integración al medio cultural y social.

6. CORRIENTE PEDAGÓGICA

Todos los procesos de aprendizaje y enseñanza deben estar mediados por una corriente pedagógica, que orienta el desarrollo de las propuestas educativas, y que pretenden convertirse en una posibilidad transformadora de la realidad social y cultural de las personas a quienes va dirigida. Esta propuesta utilizará el enfoque constructivista y sociocultural retomando elementos

de autores como Piaget, Ausubel y Vigostky (Carretero, 2006) que le han dado mucha fuerza al desarrollo de este enfoque.

Es importante resaltar que Piaget “defiende una concepción de la adquisición del conocimiento que se caracteriza por una relación dinámica y no estática entre sujeto y objeto de conocimiento” (Barreto, Gutiérrez, Pinilla, & Parra, 2006, pág. 14). Esto significa que el sujeto retoma información del medio que lo rodea y con ella construye un nuevo conocimiento, que parte de las experiencias de la realidad que vive. El constructivismo valora los aprendizajes previos que el sujeto tenga sobre el tema, mostrando que su participación en la construcción del conocimiento es activa. Según Piaget el desarrollo de las estructuras cognitivas requiere de dos procesos anteriores la asimilación y acomodación. “La asimilación es el proceso para que el sujeto interprete la información que proviene del medio... la acomodación es la adaptación de nuestras ideas y conceptos a las características reales del mundo...” (Compilación, 2000, pág. 24). Por consiguiente, es importante comprender que en esta propuesta educativa se valorarán los aprendizajes que las madres y el personal de salud tengan sobre los diferentes temas y para que se logre una reinterpretación de los conocimientos.

El aporte Ausubel a las teorías cognitivas del aprendizaje está basado en la teoría de la asimilación o del aprendizaje significativo, en la cual el sujeto realiza una construcción de conocimiento desde la vía discursiva o desde actividades sugeridas por el docente o facilitador para poner en juego los conocimientos previos con la información nueva que permite construir nuevos significados que enriquecen los conocimientos anteriores (Hernández, 2008). Ausubel le da una relevancia fundamental a la capacidad de comprensión que el sujeto tenga sobre el nuevo

conocimiento, el cual aprenderá y recordará porque estará integrado a la estructura de conocimiento y se convertirá en un aprendizaje significativo (Carretero, 2006).

Para Vigostky, retomado por (Castro, Morillo, & Peley, 2006, pág. 584) “el constructivismo es una teoría de trasmisión cultural como también una teoría del desarrollo, ya que educación no solo implica el desarrollo del potencial del individuo, sino también la expresión y el crecimiento histórico de la cultura humana, es decir, que la educación no es solo dominante en el desarrollo cognitivo, sino que también es la esencia de la actividad sociocultural”.

Es por eso que es claro que el conocimiento siempre se da en un contexto mediado por la cultura, las relaciones sociales y las experiencias vividas por los sujetos y que es realmente en ese momento que el aprendizaje puede ser significativo, porque retoma elementos teóricos y prácticos

En el caso de esta propuesta educativa dirigida a las madres adolescentes y al personal de salud que participa en el cuidado del bebé prematuro, es necesario que se valoren los conocimientos previos que se han construido en la relación con los otros y con el medio que los rodea, para que los aprendizajes sean significativos. Para Rogers citado por Peralta “el aprendizaje significativo se logra cuando una persona se compromete integralmente, es decir afectiva y cognitivamente, logrando aprender de manera integral. El autor indica que se caracteriza por poseer una cualidad de compromiso personal; en el acto de aprendizaje la persona pone en juego tanto sus aspectos afectivos como cognitivos” (2003, pág. 130).

En la propuesta educativa el constructivismo tendrá implicaciones importantes en la forma como estará diseñando los módulos de formación en los cuales se tendrán en cuenta los

conocimientos previos, así como las estrategias didácticas que se contemplan van desde la experimentación, la reflexión sobre situaciones concretas, la integración de los conocimientos previos con nuevos aprendizajes que logren aprendizajes significativos que posteriormente pongan en práctica en el cuidado y en la relación con los bebés prematuros. Además será una relación basada en el respeto por el otro, de parte de los facilitadores hacia las madres y el personal de salud, así como se espera que de parte del personal de salud haya una mirada comprensiva y respetuosa frente a la realidad de las madres que tienen hijos prematuros. Por último es fundamental considerar dentro de este proceso de formación basado en la corriente constructivista la autoevaluación para revisar cómo se van adquiriendo los nuevos conocimientos por parte de los asistentes y de los facilitadores para hacer los ajustes pertinentes.

7. PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS

Los principios pedagógicos retomados de la compilación llamada ABC del Constructivismo: Aportes y Desafíos (2000) son:

Valoración de los Conocimientos previos: En esta propuesta será fundamental los aprendizajes que las madres tengan sobre temas como el establecimiento del vínculo afectivo, las prácticas de cuidado y crianza, así como las creencias, para que la reflexión sobre ellos permita construir los nuevos conocimientos y que estos adquieran un sentido para ellas en el acompañamiento a sus bebés prematuros. Además se tendrá en cuenta no solo el conocimiento interdisciplinar, sino también el conocimiento no formalizado de las madres que se convierte en saber cultural.

“La experiencia produce aprendizajes que están vigentes mientras no entren en conflicto con experiencias nuevas. La construcción de significados comienza en el individuo a partir de lo que ya sabe sobre aquello que aprende. Toda persona que aprende algo, probablemente, tiene ya una porción de conocimiento construido sobre ello a partir de las experiencias anteriores que ha vivido” (Ordóñez, 2004, pág. 10). Pero al igual que con las madres la propuesta contempla la necesidad de valorar los conocimientos del personal de enfermería, porque esto permitirá al facilitador orientar las reflexiones para que sean construcciones significativas de los aprendizajes.

Acción-reflexión: Cada uno de las madres y el personal de enfermería que participantes tendrá la oportunidad de aprender a través de diferentes actividades prácticas que involucren el juego, experiencias y situaciones concretas que faciliten la reflexión poniendo en escena las competencias previas que cada uno tiene, así como las habilidades y destrezas en la construcción del conocimiento.

Evaluación subjetiva: Durante la implementación de los talleres con las madres y el personal de enfermería se mantendrá un ejercicio permanente de auto-evaluación de los participantes, así como de los facilitadores lo que favorecerá los resultados del proceso de formación.

Conocimiento es una construcción activa y fortalecida desde la interacción: Porque se construye en la relación o interacción que las madres y el personal de salud tienen con el medio que las rodea. “El individuo debe acercarse al conocimiento de su realidad histórico – cultural en un primer momento, y después a la conceptualización individual, acercamiento que no necesariamente es volutivo, sino que existe en la actividad misma del sujeto” (Orellana, 2000, pág. 106). Esto significa que el aprendizaje de las madres y del personal de salud es un proceso

que cada uno de ellos construye en la relación con los otros; por eso es fundamental que éste parta desde la posibilidad de compartir las vivencias personales.

Manejo de materiales: Es importante que los facilitadores de los encuentros elijan de manera creativa los materiales a utilizar en el proceso de construcción del conocimiento como herramientas que facilitan que los participantes puedan experimentar y reflexionar sobre sus propios conocimientos en este caso madres y personal de salud desde concepciones previas puedan formular conjeturas y formas de ver la realidad que luego se comparten y construyen nuevos aprendizajes.

8. AMBIENTE EDUCATIVO

Es un conjunto de condiciones que se generan para que las madres con hijos prematuros y el personal de salud puedan realizar un proceso de sensibilización, reflexión y capacitación, que les permita adquirir herramientas conceptuales y prácticas para aplicar en el cuidado, crianza y el establecimiento del vínculo afectivo, y así aportar al fortalecimiento temprano de la relación madre-hijo a partir de la comunicación, el juego, el contacto en beneficio de la salud mental de la madre y el neurodesarrollo apropiado del niño.

Esta propuesta educativa tendrá en cuenta los componentes físicos y psicosociales, para que haya una atención integral de las madres adolescentes y sus hijos prematuros como una forma de responder a las políticas de salud en el marco del respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Componentes físicos

Se tendrán en cuenta las condiciones actuales son, un salón pintado de color blanco de 15 metros cuadrados dotado con 30 sillas rimax, destinado para capacitaciones de madres de

neonatos, ubicado en el tercer piso del Hospital General de Medellín. Sin embargo, consideramos que este espacio puede ser acondicionado de tal manera que sea más acogedor que se utilizará para los talleres de formación tanto para las madres de un hijo prematuro como el personal de salud.

Se propone para el espacio físico a utilizar, una decoración móvil (estructuras removibles que se pueden quitar y poner con facilidad) con elementos que le den vida a través del color, las formas y las texturas ubicadas en el espacio, con la intención de impactar, motivar y transformar el ambiente hospitalario. La decoración móvil se basará en carteles con mensajes alusivos al vínculo afectivo, el cuidado, la estimulación temprana, la lactancia, el juego, entre otros. Teniendo en cuenta las temáticas se ubicarán dentro del salón unos espacios que representen algunos de los elementos que se trabajarán en las sesiones. Se ambientará el espacio con música y sonidos que inviten a la tranquilidad y a la comodidad, generando confianza en las participantes.

Los equipos con los que cuenta el hospital son un televisor, materiales para el trabajo como hojas, lápices, tablero, mesas y sillas. Algunos de los materiales serán gestionados por las y los facilitadores para las actividades: videos, computador portátil, grabadora, juguetes, sonajeros, sábanas, dibujos, flores, representaciones con objetos simbólicos. Otros serán aportados por las participantes (fotografías, cartas, narrativas, dibujos y objetos significativos).

El objetivo es transformar un salón que tiene todas las condiciones de ser un espacio institucional con características propias, convirtiéndolo en un lugar agradable en lo visual, lo auditivo, lo olfativo que pueda llevar a las participantes a sentirse cómodas, a disfrutar y a tener experiencias significativas, como dice Jorge Larrosa “la experiencia es eso que me pasa” *eso* entendido como acontecimiento, el *me*, es lo que vive el sujeto y el *pasa* es que toca y recorre la

corporeidad (2009) no desde el juzgamiento, sino desde el compartir prácticas y construir juntas nuevas formas que les permitan mejorar la interacción y el cuidados con su bebé prematuro.

Componente psicosocial

Nuestra propuesta de trabajo con las madres y con el personal de salud busca aprendizajes significativos desde el aprender-haciendo como forma de reconocimiento de los saberes previos de las participantes para que con ellos, y las nuevas experiencias vivenciadas en los encuentros se puedan adquirir otros conocimientos que parten de la reflexión individual y colectiva, con la mediación de las y los facilitadores.

Se buscará que las relaciones que se establezcan entre las participantes y las facilitadoras y el facilitador sean de confianza, de respeto, de alteridad, de compartir para construir juntos nuevo conocimiento. Además se insistirá permanentemente, que allí podrán expresar libremente sus emociones, intereses, necesidades y expectativas.

La ubicación de las sillas será en círculo con un elemento simbólico ubicado en el centro, partiendo de lo que represente para cada uno/a de los asistentes ese elemento.

Metodología: Se comienza la sesión estableciendo unos acuerdos mínimos de convivencia para el desarrollo de la actividad como son: los objetivos de la actividad, tiempo de permanencia, la participación, entre otros, que serán conversados con los/as participantes, de acuerdo a lo que piensen que sea importante definir para esos encuentros. Estos acuerdos se pondrán por escrito en un cartel que siempre estará visible en el lugar, para que los recordemos y si en algún momento es necesario modificar o agregar otro se pueda hacer con facilidad.

Estos elementos definidos permitirán que se ejerza una autoridad democrática dentro del grupo, donde las madres y el personal de salud no se sientan coartadas, sino con la confianza

para expresar su opinión, de esta forma sentirán de parte de todas las asistentes y las/los facilitadores respeto a su propia vida y a su experiencia personal, además los acuerdos permitirán a los/las facilitadores realizar encuadres para el adecuado funcionamiento de los encuentros. Esto quiere decir, que tanto los/las participantes y facilitadores(as) pueden remitirse en cualquier momento a los acuerdos establecidos cuando no sientan que las cosas marchan bien durante los encuentros pedagógicos.

Con relación a los roles y funciones, en un primer momento las madres serán participantes, pero también podrán ejercer el rol de facilitadoras de sus propia experiencia y de sus saberes previos los que compartirán por medio del diálogo con las otras madres asistentes. Las funciones de las madres son: participar en las actividades propuestas, tener disposición y apertura al diálogo y promover la reflexión sobre las vivencias experimentadas durante el encuentro.

En el caso del personal de salud su rol es de participante y de facilitador de las experiencias significativas reportadas durante su quehacer con las madres adultas y adolescentes.

En cuanto a los facilitadores cumplirán funciones de observación, de acompañamiento y de orientación, permitiendo el diálogo e intercambio de experiencias intersubjetivas, reconociendo al otro desde la diferencia, acogiéndolo como un recién llegado con una narrativa propia que puede compartir con otros y sentir que no es extraña a su realidad.

Lo que se propone es que sea un encuentro de permanente construcción entre las madres adolescentes y donde las temáticas las vayan llevando a reflexionar sobre su vida, el cuidado del bebé, la relación con su hijo/a o hijos/as, sus miedos y temores en la educación y formación de ellos, entre otros aspectos, que se irán dando en la medida que se aborden las temáticas según la dinámica del grupo. Por consiguiente, la comunicación dentro del grupo será abierta y fluida,

promoviendo la participación y la reflexión constante sobre los temas, a partir del desarrollo de una actividad. Al igual que con el personal de salud la reflexión estará enfocada a las prácticas de cuidado, acompañamiento a las madres en el manejo de su hijo y el respeto a las creencias y prácticas culturales.

Evaluación: Finalizando el proceso de formación y acompañamiento de las madres con un hijo prematuro, se podrían exponer los trabajos manuales (dibujos, manillas, figuras en fomi, entre otros) que ellas hayan realizado durante ese periodo a otras madres que asisten a las actividades educativas de la unidad neonatal del Hospital General de Medellín, con el fin de mostrar el trabajo realizado por ellas durante su estancia en el programa de formación. Y además permitir que alguna de ellas compartan reflexiones o aprendizajes que hayan adquirido durante el tiempo en el cual participaron de la experiencia formativa.

9. DIAGNÓSTICO

En las investigaciones realizadas con madres de hijos prematuros frecuentemente se recomienda la formación y capacitación que las oriente en la forma como se debe cuidar e iniciar la crianza de estos bebés, dadas las condiciones de riesgo en su salud y futuro desarrollo y con especial énfasis en las madres adolescentes.

Una de las principales necesidades de las madres adolescentes es la especial atención en la preparación para el cuidado de su hijo, según el estudio *El cuidado del niño: representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos* Turani et al. (2009). Las propias adolescentes consideraron que la maternidad había ocurrido en un momento precoz de sus vidas. Estas circunstancias hicieron que las prácticas de cuidado de los hijos hayan pasado por dudas e incertidumbres. Se trata de una situación resultante de la falta de preparación para el desempeño

adecuado de estas prácticas. Lo anterior nos permite comprender que los momentos iniciales en que las adolescentes se ven frente a la responsabilidad de cuidar de sus hijos pasan por grandes dificultades. Esta realidad indica que una atención especial debe destinarse a la preparación adecuada de las adolescentes respecto a los cuidados iniciales de sus hijos.

Por otro lado, el acompañamiento y orientación a las madres adultas y adolescentes durante el periodo de hospitalización de sus hijos “trasciende la importancia del cuidado de la madre conectado al cuidado directo del recién nacido prematuro. En la medida que la madre se sienta cuidada, el cuidado del niño prematuro será más fácil y exitoso” (Castiblanco & Muñoz, 2011, pág. 128). Esta relación de cuidado conlleva a una compenetración con el niño y fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo. De igual manera atender al niño desde las esferas física y emocional favorece positivamente su condición nutricional y desarrollo motriz, disminuyendo los índices de morbilidad como se evidenció en la investigación Intervención Educativa sobre la atención a niños de madres adolescentes. Hospital Ginecoobstétrico Guanabacoa (Alonso, Fariña, Rodríguez, & Campo, 2010).

De igual forma existe la necesidad de que el personal de enfermería reflexione sobre la labor de capacitación y acompañamiento que ellas desempeñan en la cotidianidad con las madres adolescentes, considerando sus conocimientos previos fruto de sus tradiciones y prácticas de crianza de manera pedagógica, utilizando como mediador el construccionismo, que propone una relación dinámica entre las partes involucradas retomando la información del medio que los rodea y con ella construir un nuevo conocimiento, que parte de las experiencias de la realidad que se vive y de esta forma se produzcan aprendizajes significativos que beneficien la salud del bebé y la relación con la madre.

Una de las ventajas de desarrollar esta propuesta es el tiempo que las madres están en la institución durante la hospitalización de su hijo donde comparten con las enfermeras quienes están instruyéndolas aprovechando los espacios físicos que dispone el hospital para establecer los encuentros de manera pedagógica como se propone.

Al realizar una propuesta educativa a las madres con hijos prematuros se tiene en cuenta el desarrollo humano desde sus diferentes dimensiones y contextos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales, reconociendo las carencias pero también las capacidades y potencialidades desde las dimensiones humanas posibles, dentro del ambiente hospitalario en que se encuentran las madres con sus hijos. Retomamos dichas dimensiones del documento *Perspectivas del Desarrollo Humano* (González D. , 2010).

Una de ellas es la orgánico - madurativa que requiere condiciones ambientales óptimas para su desarrollo, especialmente en la primera infancia como afecto, cuidado, nutrición, salud, estímulos y dadas las condiciones las madres con hijo prematuro requieren mayor atención y orientación para poder favorecer los procesos de maduración neurológica y plasticidad cerebral por medio de la adecuada interacción madre/hijo desde los cuidados, la crianza y el vínculo afectivo.

Desde la dimensión erótico - afectiva la acogida es un momento crucial para el desarrollo humano, es desde este momento que se empiezan a fortalecer las relaciones vinculares, en nuestro caso de la madre y el hijo y se facilitan los procesos de apego en los primeros años de vida del niño con su familia, promoviendo lazos de amor y de confianza para el futuro desarrollo sano del niño física mental y emocionalmente (Zoller, 1982).

En la dimensión ético - moral posibilita a los seres humanos tener conciencia del “sí mismo” y del “otro”. Con la propuesta se establecerán algunos lineamientos que guíen a las madres con respecto al cuidado, prácticas de crianza, fortalecimiento del vínculo afectivo con sus hijos teniendo en cuenta los deberes y derechos de la madre y los derechos del nuevo ser humano.

10. PERFIL DEL EGRESADO

MADRES ADOLESCENTES				
NUCLEO POSITIVO	COMPONENTES	SABER	SABER HACER	SER
La interacción positiva entre madre e hijo favorece los procesos de maduración neurológica, social y afectiva.	Vínculo afectivo	Los estímulos maternos, sensoriales, la adecuada alimentación y el afecto suman a la salud y procesos de crecimiento sano del niño	Alimentar de la forma adecuada al niño. Realiza rutinas de estimulación sensorial y motriz con su hijo.	Integra los conocimientos previos y sus tradiciones culturales con las recomendaciones del equipo de salud.
Los ambientes afectivos propicios generados desde las prácticas de cuidado y crianza fortalecen el vínculo entre madre e hijo.	Vínculo afectivo	La importancia de los cuidados especiales con un hijo prematuro. La necesidad del fortalecimiento del vínculo en la cotidianidad para desarrollo integral de su hijo.	Pone en práctica la rutina diaria de cuidados con su hijo prematuro. Manifiesta por medio de la interacción con su hijo su afecto y amor.	Establece compromisos personales con el cuidado y crianza de su hijo. Reconoce en las manifestaciones afectivas una forma de aportar a la salud y desarrollo de su hijo.
Los cuidados y la crianza son responsabilidad de la madre y promueven positivamente el vínculo afectivo.	Prácticas de cuidado y de crianza.	Las prácticas de cuidado y crianza y las demostraciones de afecto hacen parte de la responsabilidad con su hijo	Respetar con sus acciones cotidianas los derechos de su hijo.	Asumir su nuevo rol como madre con solicitud y responsabilidad.
PERSONAL DE SALUD				

El personal de salud es consciente que enseñando prácticas de cuidado a las madres se favorecerá la interacción y el vínculo con sus hijos.	Procesos formativos	Los estímulos motrices, sensoriales y afectivos se ven fortalecidos con unas prácticas de cuidado claras que muestren la preocupación por el bebé y la madre.	Poner en práctica las estrategias pedagógicas y metodológicas para los procesos de acompañamiento y educación con las madres.	Mantener una actitud de colaboración con la madre, buscando el bienestar integral del hijo.
Respeto por las creencias culturales que las madres tienen sobre las prácticas de cuidado y de crianza.	Creencias culturales	Reconocer que las madres traen creencias, unas que no afectan el bienestar del bebé y otras con las que se debe entrar a negociar cuando pueden afectar la salud del bebé.	Llevar a la reflexión a las madres sobre prácticas de cuidado y crianza que favorecen el desarrollo del bebé.	Establecer una actitud cordial y respetuosa con los saberes previos y con las creencias de las madres.

11. SELECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE CONTENIDOS

Se realizarán tres talleres para madres y dos para el personal médico con una duración de hora y media, con el fin de fortalecer conocimientos, pero sobre todo acciones relacionadas con las prácticas de cuidado, de crianza, las creencias y el vínculo afectivo con el bebé prematuro.

Los talleres tendrán tres momentos:

- Primer momento, Exploración de conocimientos previos: a través de unas preguntas que orientan el desarrollo de la sesión y posteriormente se comparten las experiencias de los participantes.

- Segundo momento, Construcción de nuevas comprensiones: A partir de los conocimientos y de un trabajo grupal las asistentes van construyendo claridades frente al tema, el facilitador acompaña la reflexión y clarifica algunos conceptos.

- Tercer momento, Evaluémonos: En esta última parte del taller las asistentes identifican los aprendizajes que hayan tenido y establecen compromisos en relación con el tema trabajado en la sesión.

PARTICIPANTES	TEMA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DIDÁCTICA
Madres con hijo prematuro	Vínculo afectivo	Identificar las acciones cotidianas que realizan las madres como contribuyen al fortalecimiento del vínculo afectivo	Los lazos afectivos. Sentimientos y emociones de las madres. Comunicación verbal y no verbal.	El taller comienza con la presentación de los asistentes y facilitadores, para ello se utiliza una dinámica rompe hielo. Primer momento: Se inicia la actividad con unas preguntas: ¿Con qué frecuencia acaricias a tu bebé? ¿Le hablas a tu bebé? ¿Con qué expresiones cariñosas te diriges a él? ¿Qué entiendes por afectividad? Segundo momento: Por grupos se entregan diferentes láminas en las cuales pueden observar expresiones afectivas. Y se realiza la siguiente pregunta: ¿Son importantes estas manifestaciones de amor en el desarrollo del bebé? Tercer momento: Se distribuyen para evaluación imágenes de caritas que expresan un

				estado de ánimo y según como estuvo el taller eligen y en la parte de atrás escriben aprendizajes, observaciones o sugerencias.
	Prácticas de cuidado y crianza	Compartir las prácticas de cuidado y crianza que las madres utilizan en el acompañamiento a su hijo prematuro.	Baño, alimentación, cargar, el ombligo, los masajes.	<p>Primer momento: La sesión comienza en la sala de neonatos, se le entrega a cada madre una hoja con una práctica de cuidado, la cual debe recordar como la realiza cotidianamente con su bebé y va a tratar de describirla paso a paso.</p> <p>Se hace entrega de diferentes rompecabezas por equipos en los cuales encuentren una práctica de cuidado o de crianza y luego de armarlo, luego se realiza socialización de lo reflexionado individual y grupal.</p> <p>Segundo momento: Utilizar una presentación de Power Point dónde se observen diferentes formas de cuidar al bebé con el fin de clarificar conceptos. Se solicita a las asistentes que recuerden algunas canciones infantiles.</p> <p>Tercer momento: De las canciones infantiles recordadas van a elegir una que haga referencia a prácticas de cuidado y crianza. Para finalizar escribirán los aprendizajes obtenidos en la sesión.</p>
	Creencias frente al cuidado y	Identificar algunas creencias	Creencias culturales	<p>Primer momento Se les pide a las participantes que escriban en</p>

	crianza	que las madres tienen con relación al cuidado y la crianza de los bebés		<p>un pedazo de papel una creencia que tengan frente al cuidado de los bebés. Posteriormente, las creencias escritas se introducen en una bomba que inflan y empiezan a manipular por unos minutos.</p> <p>Luego explican la creencia y por qué es importante para ella.</p> <p>En el centro del salón se ubican algunas frases que contienen creencias.</p> <p>Segundo momento: Finalizando la actividad anterior el facilitador formula las siguientes preguntas para la conversación y reflexión. ¿Qué son las creencias? ¿Cuáles de las creencias anteriormente mencionadas pueden conservarse y cuáles creen se deben modificar para que no afecte el bienestar del bebé? Socialización y construcción de nuevo conocimiento a partir de las reflexiones sobre las actividades.</p> <p>Tercer momento: Lectura del cuento El extraño caso de un cangurito, con el fin de analizar como algunas creencias pueden afectar el pleno desarrollo emocional, afectivo y físico del bebé.</p>
Personal de salud	Fortalecimiento del vínculo afectivo, por medio de	Sensibilizar al personal de salud, sobre la importancia del fortalecimiento	Vínculo afectivo Prácticas de cuidado	<p>Presentación de los asistentes, del personal de salud y de los facilitadores.</p> <p>Primer momento: Con los asistentes se les entrega una hoja en la cual</p>

	<p>las prácticas de cuidado, crianza.</p>	<p>o del vínculo afectivo a través de la promoción de prácticas de cuidado y crianza.</p>	<p>van a describir su rutina diaria en la Unidad de Atención Neonatal.</p> <p>Entrevista en parejas. Si usted fuera una madre con hijo prematuro ¿Cómo le gustaría ser tratada y cuáles temas desearía que te explicarían?</p> <p>¿Cuáles creen son las mayores dificultades que tiene una madre para cuidar de su hijo prematuro?</p> <p>¿Qué es el vínculo afectivo y cómo se promueve esa relación entre madre e hijo?</p> <p>Segundo momento. Socialización de las preguntas. Luego por equipos se distribuye una práctica de cuidado o de crianza entre las asistentes, quienes de una manera creativa prepararán la explicación de la práctica.</p> <p>Tercer momento Se recogen las propuestas del personal de salud y se presentan las sugerencias pedagógica que se les ofrece para llevar a las madres a conocer y reflexionar sobre el cuidado, la crianza y el establecimiento del vínculo. Posteriormente realizan un análisis de los temas y de la metodología sugerida con el fin de integrar nuevas estrategias.</p> <p>Para finalizar se realiza una evaluación que contemple los siguientes aspectos:</p>
--	---	---	---

				importancia de la aplicación, aprendizajes y aspectos a mejorar.
	Creencias y tradiciones culturales	Ofrecer un espacio de reflexión en torno a la importancia de tener en cuenta las tradiciones culturales en las orientaciones que les brindan a las madres para el cuidado de sus bebés prematuros.	Respeto por las creencias	<p>Primer momento: Se les solicita a los/las asistentes que recuerden y escriban algunas creencias y prácticas culturales que las madres o las familias hacen o desearían hacer con los recién nacidos en la unidad neonatal. Luego se socializa sobre la influencia de esas creencias en la salud del bebé.</p> <p>Segundo momento: Se entrega por equipos de trabajo un cuadro con algunas creencias o prácticas el cual deben terminar de diligenciar respondiendo a los siguientes ítems: actividades profesionales de enfermería, razón científica y de qué manera le explicarían a la madre y su familia que se debe reestructurar, negociar o conservar dicha práctica. Posteriormente se entrega una ficha que contenga todos los elementos con el fin de establecer una comparación e identificar similitudes, diferencias y propuestas pedagógicas de formación para la madre.</p> <p>Tercer momento: Llevar a los/las asistentes a reflexionar sobre la importancia que tiene el acompañamiento a la madre y su familia desde el respeto por las tradiciones culturales logrando mayor participación</p>

				<p>de ellos en el cuidado y la disminución de las complicaciones que esas prácticas pueden generar en la salud de los bebés.</p> <p>Para finalizar se realiza una evaluación que contemple los siguientes aspectos: aprendizajes y aspectos a mejorar.</p>
--	--	--	--	--

12. PROPUESTA DE EVALUACIÓN

El proceso evaluativo en esta propuesta será de carácter formativo con énfasis en las diferencias individuales, sociales y culturales de las madres y el personal de salud de la unidad neonatal, orientado hacia un diálogo de saberes. Se entenderá la evaluación como una práctica al servicio del entendimiento de los participantes que requiere comunicación y diálogo, como elemento para compartir, formarse y transformarse (Cabra, 2013). Será de manera continua generando procesos reflexivos que lleven a las madres y al personal de salud a reconocer como las prácticas de cuidado y crianza que se implementan y enseñan en la unidad neonatal contribuyen al establecimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo y los posteriores beneficios para la salud y bienestar del bebé y de la madre.

12.1 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Los objetivos de la evaluación en esta propuesta no son de carácter controlador sino de mejora y busca en nuestro caso, optimizar los espacios de reflexión sobre las prácticas de cuidado y crianza en el establecimiento del vínculo afectivo así como proponer cambios positivos hacia la misma propuesta y la institución.

Durante todo el desarrollo de las actividades de la propuesta educativa la evaluación será un proceso continuo, flexible y participativo, por medio de la autoevaluación de las actividades y aprendizajes por parte de las madres, personal de salud y facilitadores; de la hetero - evaluación es decir la reflexión y el análisis del logro de los otros y de la co - evaluación es decir los logros alcanzados junto con los facilitadores.

Por otro lado, al decir continuo nos referimos a que la evaluación será, desde el principio de los talleres, durante y al finalizar los mismos, por medio de preguntas y actividades que inviten a la reflexión individual y colectiva que permitan la interacción con los otros integrantes; flexible porque tendrá en cuenta las diferencias entre los sujetos participantes y la diversidad de sus prácticas, creencias, tradiciones y condiciones sociales. Por último participativa, con el fin de generar esos espacios para el diálogo y la reflexión colectiva con el fin de enriquecer los aprendizajes en beneficio de las madres, sus hijos las actividades de atención integral por parte del personal de salud

13. PROPUESTA PARA LA SISTEMATIZACIÓN

Realizaremos la sistematización de la propuesta educativa para rescatar la experiencia de los actores sociales en su quehacer cotidiano, con el fin de producir conocimiento surgido de sus prácticas y sus saberes dentro de un contexto y marco histórico propio. La sistematización surge como una propuesta novedosa en América Latina para responder a las condiciones específicas de esta sociedad y promover su transformación. En la práctica identifica, organiza y clasifica categorías para darle sentido y coherencia a los procesos (Mejía, 2013).

La sistematización como modalidad investigativa permite transformar los procesos gracias a la reflexión permanente del quehacer cotidiano, involucrando varios saberes, competencias, prácticas, aprendizajes y experiencias de los sujetos participantes privilegiando su punto de vista.

Todos los enfoques de la sistematización responden a unas necesidades propias de cada contexto y son identificados por el grupo de actores involucrados. De acuerdo a las diferentes miradas nos inclinamos por la sistematización como comprensión e interpretación de la práctica.

Sistematizaremos las experiencias de una de las madres y una de las enfermeras participantes en cada taller, para dar cuenta de los aciertos y desaciertos, con el fin de aplicar correctivos y proponer estrategias que mejoren y enriquezcan la práctica.

Las técnicas de generación de la información serán la observación y la entrevista que contienen preguntas que dan cuenta de las experiencias y significados del proceso de formación dirigido al personal de salud y a las madres.

Las técnicas de registro de la información serán el diario de campo, en el cual se anotan las observaciones y las reflexiones que el grupo facilitador tenga sobre esta experiencia educativa; la filmación de algunas sesiones de trabajo con los diferentes grupos y relatorías de cada uno de los talleres realizados con madres o personal de salud.

Los actores del proceso de sistematización serán: facilitadores, madres con hijos prematuros y personal de salud del Hospital General de Medellín. Estará a cargo de todos los actores que intervienen en los procesos de capacitación, quienes aportarán sus reflexiones y cuestionamientos acerca de la dinámica y los resultados del proceso. El equipo de facilitadores además tendrá como funciones una lectura permanente del contexto, registro de la experiencia en

el diario de campo y concertar reuniones del equipo de trabajo, con la participación de algunos participantes de la propuesta, con el fin de evaluar el proceso.

14. DISEMINACIÓN DE LA PROPUESTA EDUCATIVA

Presentaremos a la comunidad hospitalaria los resultados obtenidos de la sistematización, dando a conocer las experiencias que darán cuenta de los aprendizajes adquiridos durante el desarrollo de la propuesta y de los aspectos que deben transformarse para enriquecer el proceso. Se propone la reproducción y difusión por medio de conferencias, informes y plegables.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, E., & Duran, E. (2000). *Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Alonso, B., Campo, A., & Díaz, R. (2010). Intervención Educativa sobre la atención a niños de madres adolescentes. Hospital Ginecobstétrico Guanabacoa. *Index de Enfermería*, 289-293.
- Alonso, R., Fariña, A., Rodríguez, B., & Campo, A. (2010). Intervención Educativa sobre la atención a niños de madres adolescentes. Hospital Ginecobstétrico Guanabacoa, 2002-2008. *Index de Enfermería*, 289-293.
- ARSchile. (2011). *Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años*. Santiago de Chile: Publicación Electrónica.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Alcaldía de Medellín y Secretaría de Solidaridad. (2004). *Protegernos en Familia. Proyecto de construcción del tejido familiar y social. Guía para facilitadores*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Barreto, C., Gutiérrez, L., Pinilla, B., & Parra, C. (2006). Límites del Constructivismo Pedagógico. *Educación y Educadores*, 11-31.
- Borre, A. O. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 71-86.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires.: Paidós.
- Cabra, F. (Marzo de 2013). Evaluación de procesos educativos. Medellín: Convenio Universidad de manizales-CINDE. .
- Carretero, M. (2006). *Constructivismo y Educación*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

- Castiblanco, N., & Muñoz, L. (Enero-Junio de 2011). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en Enfermería*, 29(1), 120-129.
- Castro, E., Morillo, R., & Peley, R. (2006). La práctica pedagógica y el desarrollo de estrategias instruccionales desde el enfoque constructivista. *Ciencias Sociales*, 581-587.
- Compilación. (2000). *ABC del Constructivismo: Aportes y Desafíos*. Bogotá: Ediciones SEM - Editorial Tiempo de Leer.
- Durkheim, E. (1976). *Educación y sociología*. Bogotá: Editora Babel. Recuperado el 12 de 08 de 2014, de http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/19_05text.pdf:
<http://www.pedagogica.edu.co>
- Gallegos, J., Monti, L., & Silvan, C. (2007). Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15(2), 239-246. Obtenido de Scielo.
- González, A., & Estupiñan, M. (2010). Practicas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *Investigación, Educacion y Enfermería*, 396-404.
- González, D. (Noviembre de 2010). Perspectivas del desarrollo humano. Medellín, Colombia: Convenio Universidad de Manizales - CINDE.
- Hernández, G. (2008). Los constructivismos y sus implicaciones para la educación. *Perfiles Educativos*, 38-77.
- Hospital General de Medellín. (01 de Julio de 2013). www.hgm.gov.co/es/hospital/historia. Obtenido de Hospital General de Medellín.

<http://artehospital.blogspot.com/>, T. d. (09 de Septiembre de 2012). *HospitalizARTE*. Obtenido de <http://artehospital.blogspot.com/>.

Larrosa, A. (2009). *Experiencia y Alteridad en la Educación*. Argentina: Homo Sapiens.

Martinez, M. (2009). Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, Vol 8, N°23, 119-138.

Mejía, M. (2013). Seminario de sistematización de experiencias educativas. Medellín: Maestría en Educación y Desarrollo Humano CINDE - Universidad de Manizales.

Ministerio de Salud. (05 de Marzo de 2013). *Hospital San Rafael de Tunja*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de Hospital San Rafael de Tunja: http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/images/stories/boletines_pdf/minsaludy otros/Enlace_MinSalud_20_PrevenccionEmbarazo.pdf

Noguera, N., & Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 51-160.

Noguera, N., & Rodríguez, M. (2008). Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. *Avances de Enfermería*, 103-108.

Olivia, A. (1995). Estado actual de la teoría del apego. *Apuntes de Psicología No. 45*, 21-40.

Ordóñez, C. (2004). Pensar pedagógicamente desde el constructivismo. *Revista Estudios Sociales*, 7-12.

Orellana, O. (2000). Vigotsky y el constructivismo. En Compilación, *ABC del Constructivismo: Aportes y Desafíos* (págs. 105-110). Bogotá: Ediciones Sem.

Peralta, M. (2003). Los desafíos de la educación infantil en el siglo XXI y sus implicaciones en la formación y prácticas de los agentes educativos. En *Primera infancia y desarrollo. El desafío de la década* (pág. 352). Bogotá: Cargraphics S.A.

Pulgarín, A. O. (2012). *Cuidado del paciente en estado crítico*. Medellín, Colombia: CIB.

Tinajero, M., Camacho, S., & González, M. (2008). *Embarazo Adolescente*. Obtenido de <http://biblioteca.umanizales.edu.co:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea3294cc-9d98-417f-bcef-57ac00536409%40sessionmgr11&hid=127>.

Tomado de <http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos>. (09 de Agosto de 2014).
<http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos>. Obtenido de
<http://www.hgm.gov.co/index.php/quienes-somos>.

Turíani, e. a. (2009). El cuidado del niño: representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos. *Index Enfermería (On line)*, 90-94.

UNICEF. (17 de Enero de 2011). *La adolescencia temprana y tardía*. Recuperado el Julio de 2013, de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>.

Vásquez, V. (2009). La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings.

ANEXOS

El extraño caso de un cangurito (Banco Interamericano de Desarrollo, Alcaldía de Medellín y Secretaría de Solidaridad, 2004, págs. 47-48)

Cangurito se asomó al exterior desde el bolsillo de la mamá canguro. “Huum, ¡qué grande es el mundo! ¿Cuándo me dejan salir corriendo?” “Yo te enseñaré sin necesidad de que salgas de mi bolsillo. No quiero que te juntes con malas compañías, ni te expongas a los peligros del bosque. Yo soy una canguro responsable y decente”, Cangurito lanzó un suspiro y permaneció en su escondrijo sin protestar. Ocurrió que cangurito empezó a crecer y lo hizo de tal manera que el bolsillo de mamá canguro comenzó a descoserse. “Te prohíbo seguir creciendo”. Y cangurito obediente dejó de crecer en aquel instante.

Dentro del bolsillo de mamá canguro comenzó cangurito a hacer preguntas acerca de todo lo que veía. Era un animal inteligente y demostraba una clara vocación de científico. Pero a mamá canguro le molestaba no encontrar a mano respuestas necesarias para satisfacer la necesidad de su cachorro. “Te prohíbo que vuelvas a hacer preguntas”. Y cangurito, que cumplía a la perfección el cuarto mandamiento, dejó de preguntar y se le puso la cara roja.

Un día las cosas estuvieron a punto de salirse de sus cauces normales. Ocurrió que cangurito vio pasar ante sus ojos una canguro de su misma edad. Era el ejemplar más hermosos de su misma especie. “Mamá quiero casarme con esa cangurito.”

“¡Oh! ¿Quieres abandonarme por una canguro cualquiera? ¿Este es el pago que das a mis desvelos? Té prohíbo que te cases.” Y cangurito no se casó. Cuando mamá canguro se murió, vinieron a sacar a cangurito del bolsillo de la difunta. Era un animal extrañísimo. Su cuerpo era

pequeño como el de un recién nacido, pero su cara comenzaba a arrugarse como la de un viejo. Apenas tocó la tierra con sus patas, su cuerpo se bañó en sudor frío “Tengo... tengo miedo a la tierra. Parece que baila a mi alrededor”. Y pidió que lo metieran en el tronco de un árbol.

Cangurito pasó el resto de sus días asomando el hocico por el hueco del tronco. De cuando en cuando se le oía repetir en voz baja: “Verdaderamente, que grande es el mundo”.