

Alto Riesgo Emocional en el Nacimiento antes de tiempo

Nora Inés Dolagaray¹

Eje temático: salud, ambiente y territorio

Pertenencia Institucional: Fac Ciencias Médicas y

Escuela de Ciencias de la Educación, FFYH. - UNC

Email: noradolagaray@gmail.com

Resumen

Relato del encuentro postergado entre una madre primeriza y sus hijos mellizos nacidos en situación de riesgo e internados en Neonatología.

La explicación de la médica neonatóloga acerca de las patologías de los bebés, la sostenida significación de causalidad en una enfermedad de la madre durante el embarazo y la descalificación del acto de amamantamiento propiciado por la enfermera, se constituyeron en situaciones iatrogénicas que anticipan el riesgo de patología en el incipiente vínculo madre hijos, postergado en su origen desde una gestación con dificultades, un embarazo de alto riesgo, parto por cesárea que postergó el encuentro a más de un día del nacimiento. Función materna inaugural vulnerada, descalificada y con edad avanzada para hijos en riesgo de vida.

El paradigma biologista, justificado en el dualismo cartesiano, lleva a los profesionales a centrar sus acciones en la falla de funcionamiento de la maquinaria orgánica, desestimando la importancia del vínculo madre hijo.

Alternativas interdisciplinarias los enfrentan al desafío de tolerar el límite del propio saber, deponer posiciones hegemónicas porque la violencia simbólica ejercida en esta situación pone en riesgo incluso a los profesionales, porque la despersonalización es el primero de los síntomas del burnout en los médicos que trabajan en neonatología.

Palabras claves

Relación médico-paciente. Modelo biomédico y biopsicosocial. Relación madre hijo.

Violencia simbólica. Iatrogenia

Introducción

¹ Maestranda en Salud Materno Infantil

En el trabajo profesional de sostén emocional a las madres y la familia en un Servicio de Neonatología nos encontramos con una situación que es significativamente determinante en la etiología del maltrato infantil. Mientras en la Maestría en Salud Materno Infantil-FCM-UNC Cohorte 2008, hemos profundizado el tema de trabajo de tesis: *Estado emocional de la madre del recién nacido en riesgo*.

En ese trayecto recopilamos información que puede presentarse como esta idea central: que la calidad del vínculo entre la madre y su hijo nacido en situación de riesgo, puede ser uno de los componentes etiológicos del maltrato infantil, porque por la separación entre la madre y el bebé no es posible el pasaje de lo hormonal a lo emocional en la comunicación madre-bebé.

Nos preguntamos: *¿Qué grado de victimización puede tolerarse en la diada madre-recién nacido cuando las intervenciones neonatológicas consideran solamente la salud del organismo y desestiman la importancia de los aspectos emocionales, o cuando la lógica de las prácticas de intervención olvida que el sujeto es razón de existencia del organismo humano y que ese sujeto devendrá tal gracias a la relación con su madre?*

Prematurez: Entre el dolor y la esperanza

Relatamos la primera visita de una madre a sus hijos mellizos como punto de partida del análisis de los paradigmas en punga en Neonatología.

La separación madre-hijo inmediatamente posterior al nacimiento es un tiempo vacío en la vivencia de la madre, un tiempo de espera, de miedo, de angustia, de duelo, de desmoronamiento de la ilusión del encuentro^{2, 3, 4}.

La escena

Ella espera ingresar a verlos por primera vez. Hace 27 hs que nacieron. Comenta: “me levanté hoy a las 7 de la mañana, -en ese momento las 11 hs.- no aguanto más las ganas

² KENNEL J. Y KLAUS, M. “La relación madre hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia”. 1976 Editorial Médica Panamericana. Cleveland Ohio USA-

³ ODENT, Michel: “La hora siguiente al nacimiento: no “despierten” a la madre” Ed. OB STARE 2007 <http://www.quenoosseparen.info>

⁴ ALBERDI ALORDA, María del Carmen: “Características del vínculo: Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término” Universidad Autónoma de Barcelona Facultad de Psicología. Tesis Doctoral -2006- <http://ddd.uab.cat/record/38368>

de ver sus rostros, estoy parada desde ese momento porque no se si me van a dar las fuerzas para caminar si me siento”. Su rostro transmitía ansiedad, sonriente, aunque su aspecto demostraba la fragilidad. Su marido intentaba trasmitirle calma, él ya había tenido la oportunidad de verlos.

Ingreso a la sala de neonatología y primer bebé visitado

Ingresa y dirige su mirada hacia las incubadoras, tratando de identificar cuáles son las que contienen a sus hijos. Lavado previo de manos, por fin, está frente al que tiene serias dificultades y muestra todas las medidas que se tomaron para sostener su vida –vías, sondas, respirador-. Es el mellizo que nació segundo, le prescriben no tocarlo.

Ella inicia un tímido arrullo y lo mira apoyando sus manos en la pared de la incubadora y el bebé responde, casi imperceptiblemente, moviendo su lengua, ejercita el reflejo de succión, de modo intermitente, con el tubo del respirador y la sonda gástrica entre su lengua y su paladar. La madre no lo nota.

Intervención de la médica neonatóloga

La información que enuncia no es alentadora. La madre sostiene la información con la mirada atenta a la médica, su rostro ha mudado de expresión y luego de unos minutos irrumpe el llanto, el marido la sostiene por la espalda y también llora, tratando que su esposa no lo vea.

La médica intenta argumentos de contención, anticipa el vai-ven entre la vida y la muerte sin dar respiro a la madre y en un tono de voz aguda y alto, intenta promover la actitud esperanzadora con explicaciones en torno a la resolución de este estado de debilidad, dedica mucho tiempo a indagar antecedentes de infección urinaria durante el embarazo para conocer las razones de la diferencias entre ambos bebés.

La madre, luego de un llanto desconsolado, se calma para pasar a conocer al otro bebé.

Segundo bebé visitado y los otros actores de la sala

Estado notablemente diferente, información alentadora, menos soportes, surge la pregunta de parte de la madre y se suceden las explicaciones de la médica; es ineludible la comparación en el estado de ambos bebés.

El padre llora por lo que contuvo antes, mientras la madre mantiene un franco diálogo informativo y la médica muestra su complacencia con este nuevo modo de relación recién inaugurado, se ven los cambios en la actitud de ambas en este segundo intercambio.

El padre desde lejos observa las maniobras de dos médicos residentes que se ocupan de administrar surfactante al bebé delicado.

El primer acto de amamantamiento y otros actores de la sala

Con el mayor de los mellizos, se le ofrece la oportunidad de amamantarlo, se sienta, se prepara, se lo alcanzan y lo coloca en su pecho, el bebé no responde, no toma el pecho, la madre roza suavemente su boca con el pezón, y hace comentarios en tono de arrullo: “no me guta eto mami, no me guta ... e feo...muy feo...”. Mientras el padre, parado al lado de la silla y sosteniendo el camión de la madre para poder ver mejor la escena, comenta, “no va a andar, no, no, esto no va a andar” lo que se alterna con “eto no me guta mami”...

La enfermera intenta evitar la situación que parece frustrante para la madre, y dice que “sería mejor darle la mamadera porque el bebé no sabe lo que tiene que hacer y se va a quedar con hambre”, los demás quedan callados ante esta desatinada intervención de la enfermera, pero la madre continúa con su arrullo, interviene un médico residente y le dice a la enfermera: “Dejá, están jugando, se están conociendo”. La madre lo mira y sonríe, la enfermera se retira.

Finalmente llega el alta médica

Uno a los 15 días con buen estado y buen peso y el segundo permanece en la internación hasta alrededor de un mes. La madre y el padre los han visitado diariamente.

Análisis de la Escena

Una pareja, ambos profesionales, de más de 38 años consiguió gestar y dar a luz sus dos hijos resultantes de la gestación asistida como solución a una incapacidad de ambos.

En la puerta del servicio la madre muestra ternura y el padre protección y contención hacia la mujer.

Solo el padre le anticipó a ella la condición en la que se encuentran los bebés, no conoce cómo es la sala, ni una incubadora, ni si podrá o no podrá tocarlos, su deseo es “darles la teta a los dos”.

A pesar del estado grave del primer bebé visitado, la madre expresa el arrullo y el canto en el lenguaje maternal típico, no sabe si el bebé la escucha, no notó la respuesta del bebé en el ejercicio del reflejo de succión por su presencia, pero sigue cantando y

hablando, con los ojos llenos de lágrimas; dicen las autoras: “más allá de las intervenciones terapéuticas las madres utilizan sus propios recursos y consiguen que sus bebés se calmen y ellas se tranquilizan”⁵.

A.- Primera situación iatrogénica

Este momento se interrumpe, la explicación exhaustiva de la médica neonatóloga, acerca del porqué la presencia del respirador y de la sonda. No entiende la mirada de la madre, solo espera que la madre entienda y acepte su explicación, y la madre la acepta con el primer costo de la relación con su bebé: lo empieza a ver como este organismo que carece de equilibrio metabólico⁶; cambió la significación de hijo para la madre.

La ambivalencia del trauma⁷, hace que su estado fluctúe entre la mirada intelectualmente atenta y el llanto desconsolado. Hasta ese momento la situación no había sido traumática, sabía que era un embarazo de alto riesgo, que había que ayudar a los bebés en el nacimiento que sería por cesárea, cumplió con las indicaciones de anticipar la maduración de los pulmones; existió un capital cultural circulante, una explicación, que contuvo la fantasía de destrucción de la madre y le ofreció alternativas para paliar su culpa.

La emergencia de lo traumático ocurre cuando irrumpe, una información imposible de procesar por la madre en el estado de shock en el que se encuentra ante la vista de su hijo más grave⁸.

Ahora ella, que esta cantando y hablando con lenguaje maternal, es la razón de la inestabilidad metabólica que les provocó por su infección urinaria durante el embarazo, pero “puede estar contenta” porque estas causas solo afectaron a uno de sus hijos, en las palabras de la médica.

Que el nacimiento es un episodio humano y social no es tema de la médica y sus prácticas, para ella es un organismo en riesgo y la madre debe ser conciente del riesgo de muerte⁹.

⁵ Almant de Litvan, Marina y colab. (2001) Arrulllos, ritmos y sincronías en la relación madre-bebé. Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales.

⁶ GONZÁLEZ, María Aurelia y otros (2007) “Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental” Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.. Volumen 26. Nº 4

⁷ ETCHEGOYEN, R. H. y otros: “El concepto de trauma ” Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - Nº 1/2 - 2005

⁸ BOWLBY, J. (1993) La Pérdida Paidós Psicología profunda Barcelona-España.

⁹ FAVA VIZZIELLO, G; y otros “Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales” Ediciones Nueva Visión Buenos Aires. 1993.

B.- Segunda situación iatrogénica

La madre acumula significaciones poco gratificantes para su autoestima, y se enfrenta con que sus hijos requieren la atención de “otras madres” más capaces que ella en su fantasía.

La enfermera controla la posibilidad de que la madre consiga que su hijo “se prenda al pecho”, y como no lo logra la enfermera mete sus dedos en el rostro del bebé con la intención de estimularlo, como no es una práctica adecuada porque la estimulación del reflejo de succión es inapropiada, el bebé se duerme, y entonces otra técnica inadecuada se inicia: pasar una gasa mojada por el rostro del bebé para despertarlo. La madre como espectadora, luce su incapacidad reforzada por las intervenciones sostenidas y constantes de la enfermera y se identifica con el hijo (“no me guta eto mami”) el padre también lo refuerza. Mientras la enfermera dice: “ninguno de los dos, ni la mamá ni el bebé saben lo que tienen que hacer y el bebé se quedará con hambre”.

Ya la gestación, ya el embarazo y ahora la lactancia son situaciones que parecen obligar a los profesionales a interpretar la falla y mostrar en esta mujer sus incapacidades, en la inauguración de su función materna; lo mejor que aportó: su comunicación de arrullos y cantos maternales con el primer bebé fue interrumpida por la médica y su función nutricia no se concretó, desvalorizada por la enfermera.

Alto riesgo para el vínculo madre hijo o riesgo real de rechazo de estos hijos que no han conseguido gratificar a su madre en ninguno de los aspectos que definen el apego de la madre hacia los hijos. Toda la intervención de los profesionales, salvo la excepción del practicante que permite el encuentro y el juego entre la madre y el bebé, es un concierto de técnicas inapropiadas desde el punto de vista emocional.

Donald Winnicott¹⁰ llamó *preocupación maternal primaria*, o estado de ensimismamiento de la madre desde los últimos meses del embarazo hasta los 3 primeros meses después del parto; sinergia que contiene el despliegue de las capacidades de la madre de *hijar* y el feedback que desencadena el bebé para que su madre lo *maternice*, es una retroalimentación del vínculo que sostiene y permite la dedicación exclusiva a la función materna en mujeres que postergan todo los intereses personales por su hijo. Explica que cuando este proceso se ve interrumpido por la intervención de los profesionales médicos –y lo dice como pediatra- la madre se convierte en una experta en el

¹⁰ Winnicott, D. 1956 Preocupación materna primaria. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Paidós Psicología Profunda. Barcelona. Laia. 1979

uso de técnicas, en una terapeuta, dependiente de las orientaciones de otros, sin autonomía, y se resiente su función, su deseo y su potencial¹¹.

El malestar materno, es el origen del maltrato; la función materna se ha convertido en un trabajo agotador, desgastante, del que no se puede escapar, pero el que no se desea¹².

Para los profesionales también hay riesgo porque la práctica despojada de humanismo y centrada en la técnica deshumaniza el vínculo con los pacientes y provoca despersonalización en el ejercicio profesional, considerado el primer síntoma del burnout de los profesionales.¹³

Paradigmas en Pugna

Es esperable que en la medicina, coexistan perspectivas, modelos o paradigmas que inspiran modalidades diferentes de interpretación, comprensión y atención de la salud y la enfermedad.

A quienes venimos de otras profesiones nos asombra que el parto sea reductible solo a lo técnico y biológico, pero tiene el estatus de modelo referencial aunque no se ha hecho explícito durante la formación.

Según sea este modelo teórico, el médico tendrá una determinada concepción de la enfermedad y del sujeto/objeto donde asienta esta, y se comportará de manera diferente en el encuentro clínico.

Consideraremos solo dos paradigmas: **Biomédico y el Biopsicosocial**¹⁴.

A.- El Modelo Biomédico

Base conceptual dominante en la moderna medicina, modelo positivista y reduccionista, que tiene su fundamento en la perdurable influencia que ha ejercido en el

¹¹ JOFRÉ ARAVENA, Viviane Eugenia y otros. (2002) "Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal". Concepción, Chile 1999. CIENCIA Y ENFERMERIA 8 (1) <http://www.scielo.cl>

¹² VITE, Ariel y otros (2004) "Patrones de interacción madre-hijo en niños maltratados: un estudio observacional" UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. REVISTA MEXICANA DE ANÁLISIS DE LA CONDUCTA NÚMERO 2 <http://www.smac.org.mx>

¹³ MARRERO SANTOS, María de Lourdes y otros: -2005- "Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales" Psicología y Salud Vol. 15 N° 001 Universidad Veracruzana Xalapa México. <http://redalyc.uaemex.mx>

¹⁴ Pera, Cristóbal El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de clínica a la telemedicina. Universidad de Barcelona. Cátedra de cirugía.

pensamiento médico, el dualismo cartesiano, con su separación tajante entre el cuerpo y la psique.

El cuerpo humano es considerado como una máquina extraordinariamente compleja -una máquina biológica- que puede ser analizada en sus distintas partes o piezas, mientras que la enfermedad es interpretada como la consecuencia de alteraciones concretas de los mecanismos biológicos.

Con esta visión "somática" de la medicina, el papel del médico es intervenir, sobre el cuerpo enfermo con el objetivo de corregir la alteración de un mecanismo específico, mientras que el componente psíquico recibe escasa o nula atención, o bien es transferido a otro ámbito del conocimiento para "descongestionar". Lo propio del médico es "conocer" y "actuar", mientras que el paciente ha de "seguir" pasivamente las indicaciones del médico.

Puede afirmarse, que al concentrar su mirada y su actividad curativa/paliativa en la maquinaria corporal, ha obtenido y sigue obteniendo espectaculares avances, aunque haya sido a costa de dejar en la sombra los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad y, en último término, manteniéndose ajena la naturaleza del sufrimiento del paciente, en cuanto experiencia personal e intransferible de su enfermedad, pierde de vista al propio paciente en su totalidad, a la persona humana, ya que su preocupación se centra abusivamente en la enfermedad.

B.- El Modelo Biopsicosocial

Diseñado en 1960 por G. L. Engel¹⁵, como una propuesta correctora de las insuficiencias del modelo biomédico propone que en el desarrollo de la enfermedad han de tenerse en cuenta también factores psicológicos, como la reacción individual del paciente ante su enfermedad, así como factores sociales y culturales.

Basado en la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy, propone una investigación a diferentes niveles contempla a la persona enferma en su totalidad, dentro de su contexto familiar y social, invadida por la ansiedad que la presunta enfermedad le provoca, con su personal actitud ante el dolor y la muerte, con sus temores y sus esperanzas.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] muestra su acuerdo con este modelo a través de la última definición de la salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad".

¹⁵ Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196:129-36, 1977

C.- Interdisciplinariedad

La presencia de profesionales de varias disciplinas pueden conformar una tarea multidisciplinaria pero no necesariamente Interdisciplinaria. Cada disciplina abarca una parte del problema pero por su complejidad, se requiere de los profesionales que adviertan los propios límites disciplinarios y que toleren la incertidumbre¹⁶.

Es en la experiencia de trabajo que un equipo construye un saber compartido luego de reconocer el valor del otro saber, apropiarse de explicaciones elaboradas en conjunto mientras se piensan y deciden los posibles modos de resolución de las situaciones críticas, rompe con posiciones hegemónicas y compartimentos de una verdad que por recortada resulta insuficiente, porque no siempre el foco de la neonatología -como sistema de atención en el inicio de la vida- son los pulmones del bebé, comprender que el foco también puede ser la díada madre-hijo, sería un avance, y desde este enfoque de humanización, los profesionales también pueden ser atendidos en su vulnerabilidad ante el alto riesgo con el que trabajan.

D.- Violencia y violencia simbólica

En la introducción de este trabajo expresamos nuestro interrogante respecto de la victimización de la madre y el bebé recién nacido internado en neonatología.

Para poder analizar este fenómeno de victimización y sumisión pasiva de la madre, y por supuesto, del hijo, a las intervenciones que provienen del modelo biomédico, tomamos el concepto de capital simbólico y violencia simbólica de Perre Bourdieu¹⁷ que elabora su teoría dentro del paradigma estructuralista en la que explica la evolución de las sociedad por el flujo de diferentes tipos de capital, y no solo del capital económico.

El interjuego de capitales aportan a cada sujeto su lugar en el mundo, delimitan lo que Bourdieu llamó el *capital simbólico* que representa el grado de autoridad, poder y jerarquía, en este caso de profesionales de la medicina, que les es reconocido por los demás que le asignan el poder de portar todo lo deseable: el conocimiento, el prestigio social, el poder económico.

¹⁶ Stolkner, Alicia (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>

¹⁷ Bourdieu, P.: El sentido práctico: (Conceptos de campo social, habitus y capital simbólico)Taurus Humanidades, Madrid, 1991

Es el *capital simbólico* el que justifica el poder que le asigna la madre a la neonatóloga, que sin piedad le informó de la posibilidad de morir que tenía su hijo al que recién veía por primera vez y que no disimuló la explicación de las dificultades del bebé más grave en la infección urinaria que ella tuvo antes del parto. La madre sin expresar defensas, aceptó, permitió eso que este autor llama violencia simbólica.

Porque es el tipo de violencia que cuenta con la aceptación de la víctima, porque ella misma reconoce el capital simbólico que le asigna un poder extremo a la persona que la ejerce.

Y cuando no es así toda madre que tenga la intención de cuestionar y promueva algún tipo de ajustes será considerada por estos profesionales como una madre poco adaptada a la situación de internación, o algo peor, enuncian la profecía que dice: “cuando los padres se preocupan tanto, cuando están tan atentos a lo que pasa, cuando preguntan todo el tiempo, el bebé no mejora”.

Conclusiones

Las prácticas profesionales en los servicios de neonatología están viciadas del enfoque biologista y positivista que asignan un alto grado de invisibilidad a los aspectos que hacen de la relación inicial entre la madre y el bebé un hecho constituyente de subjetividad; dualismo cartesiano, con su separación tajante entre el cuerpo y la psique.

El seguimiento, posterior a la internación, desde el mismo enfoque impide la intervención preventiva que permitiría atenuar los daños de la iatrogenia provocada por el tipo de atención en los primeros momentos de la vida.

En un extremo, es un organismo sano sin sujeto, psicosis, ocasionada por el vaciamiento del vínculo y la ausencia del deseo de hilar al recién nacido como puede sucederle a esta madre que vio como fue desbastada la potencialidad de su función materna de madre primeriza y de mellizos.

Los esfuerzos de trabajo que alientan el avance en este sentido, conciben el enriquecimiento mutuo en la comprensión y construcción de alternativas frente a un fenómeno tan complejo como es el nacimiento en riesgo.

Es sostener condiciones vinculares saludables entre la madre y el niño, lo que significa favorecer el apego madre-hijo, porque cuando el apego no es seguro, se perpetúa la insatisfacción de la madre y el maltrato hacia el hijo.

Bibliografía

1. KENNEL J. Y KLAUS, M. (1976) “La relación madre hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia”. Editorial Médica Panamericana. Cleveland Ohio USA-
2. ODENT, Michel (2007) “La hora siguiente al nacimiento: no “despierten” a la madre” Ed. OB STARE <http://www.quenoesseparen.info>
3. ALBERDI ALORDA, María del Carmen -2006- “Características del vínculo: Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a término” Universidad Autónoma de Barcelona Facultad de Psicología. Tesis Doctoral <http://ddd.uab.cat/record/38368>
4. Almant de Litvan, Marina y colab. (2001) Arrullos, ritmos y sincronías en la relación madre-bebé. Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales.
5. Winnicott, D. (1956) Preocupación materna primaria. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Paidós Psicología Profunda. Barcelona. Laia. 1979
6. GONZÁLEZ, María Aurelia y otros (2007) “Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental” Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Volumen 26. Nº 4
7. ETCHEGOYEN, R. H. y otros: “El concepto de trauma” Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - Nº 1/2 - 2005
8. BOWLBY, J. (1993) La Pérdida Paidós Psicología profunda 1980-. Barcelona-España
9. FAVA VIZZIELLO, G; y otros (1993) “Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales Ediciones Nueva Visión Buenos Aires.
10. JOFRÉ ARAVENA, Viviane Eugenia y otros (2002) “Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal”. Concepcion, Chile 1999. CIENCIA Y ENFERMERIA 8 (1),. <http://www.scielo.cl>
11. VITE, Ariel y otros (2004) “Patrones de interacción madre-hijo en niños maltratados: un estudio observacional” UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. REVISTA MEXICANA DE ANÁLISIS DE LA CONDUCTA NÚMERO 2 (DIC) <http://www.smac.org.mx>
12. MARRERO SANTOS, María de Lourdes y otros -2005- “Síndrome de burnuot en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales” Psicología y

Salud Vol. 15 N° 001 Universidad Veracruzana Xalapa México.
<http://redalyc.uaemex.mx>

13. Pera, Cristóbal El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de clínica a la telemedicina. Universidad de Barcelona.
14. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-36, 1977
15. Stolkiner, Alicia (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.
<http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>
16. Bourdieu, P.: El sentido práctico: Conceptos de campo social, habitus y capital simbólico. Taurus Humanidades, Madrid, 1991