

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras: **LUCÍA GISSELA ARIAS SANANGO**, con C.I. 171784877-2, y **ÉRIKA BELÉN VILLAMARÍN RAMÍREZ**, con C.I. 172438841-6, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“ANÁLISIS DEL HOLDING-SOSTENIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO A MADRES DE BEBÉS PREMATUROS”**. Estudio realizado a partir de entrevistas a actores claves en el Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora **“Luz Elena Arismendi”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lucía Arias", written over a faint circular stamp.

LUCÍA GISSELA ARIAS SANANGO

C.C. 171784877-2

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Érika Villamarín", written over a faint circular stamp.

ÉRIKA BELÉN VILLAMARÍN RAMÍREZ

C.C. 172438841-6



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

TEMA:

**ANÁLISIS DEL HOLDING-SOSTENIMIENTO EN EL
ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO A MADRES DE BEBÉS
PREMATUROS**

Estudio realizado a partir de entrevistas a actores claves en el Hospital Gineco
Obstétrico Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

AUTORAS:

LUCÍA GISSELA ARIAS SANANGO

ÉRIKA BELÉN VILLAMARÍN RAMÍREZ

DIRECTORA: Mtr. María Isabel Miranda Orrego

QUITO, 2019

DEDICATORIA

Dedicada a madres, padres y bebés prematuros que inspiraron este trabajo, por su lucha constante en este sinuoso camino entre silencios, lágrimas, sonrisas y amor.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres por el esfuerzo, confianza e impulso
en el transitar en cada uno de nuestros pasos.

A nuestros hermanos por la compañía y la complicidad, por ser incondicionales.

A nuestros amigos, que llegaron en diferentes momentos de la vida, por celebrar, compartir los
logros y también acompañarnos en los fracasos.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la formación académica y ética.

Al HGONA por la importancia que le otorgan a la salud mental de sus pacientes, gracias por
abrirnos las puertas para enriquecer nuestra práctica clínica y permitirnos dar los primeros
pasos como profesionales.

A los entrevistados por su voluntaria
colaboración en la investigación, por compartir sus vivencias con nosotras.

A nuestras supervisoras de campo por su guía y sabiduría compartida,
por la ternura, el cariño y la paciencia hacia nosotras.

A María Isabel por ser maestra, supervisora, tutora y luz en diferentes etapas de nuestra
carrera, por inspirarnos a ser profesionales comprometidas con la clínica, por la apertura y
confianza.

Gracias

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO DE GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
REFLEXIONES METODOLÓGICAS	5
SUBJETIVIDAD DEL INVESTIGADOR	5
DISEÑO.....	6
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	6
MUESTRA	7
INSTRUMENTO.....	7
PROCESAMIENTO DE DATOS	8
LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN	8
CAPÍTULO I.....	9
1. ELEMENTOS A SER SOSTENIDOS POR EL <i>HOLDING</i>	9
1.1. PARENTALIDAD	9
1.2. SER MADRE PREMATURA.....	10
1.2.1. Psiquismo materno.....	10
1.2.2. Maternidad.....	11
1.2.3. Deseo de un hijo.....	12
1.2.4. ¿Cómo se construye la maternidad prematura?	13
1.3. SER PADRE PREMATURO	17
1.4. PSIQUISMO DEL BEBÉ PREMATURO	19

1.4.1. Fragilidad del bebé prematuro	20
1.4.2. Lo innombrable	23
1.4.3. Relación madre-bebé prematuros	25
1.4.4. El encuentro	26
1.5. HERIDAS SIMBÓLICAS	28
CAPÍTULO II	30
2. EL <i>HOLDING</i>-SOSTENIMIENTO BRINDADO A MADRES Y BEBÉS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	30
2.1. <i>HOLDING</i>	31
2.2. NEONATOLOGÍA Y PRÁCTICAS QUE FAVORECEN EL <i>HOLDING</i>	32
2.2.1. <i> Holding</i> y el manejo de información	33
2.2.2. <i> Holding</i> y educación	36
2.2.3. <i> Holding</i> y mentalización	37
2.3. NEONATOLOGÍA ¿UN ESPACIO TRANSICIONAL?	40
CAPÍTULO III.....	44
3. INTERVENCIONES DEL <i>HOLDING</i> EN NEONATOLOGÍA	44
3.1. PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN NEONATOLOGÍA Y OTRAS NOCIONES REFERENTE AL <i>HOLDING</i>	44
3.2. ROL DEL PSICÓLOGO Y DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN NEONATOLOGÍA	54
3.3. DESAFÍOS EN EL ACOMPAÑAMIENTO	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS.....	74

ANEXO 1: Instrumento.....	74
ANEXO 2: Consentimiento informado	78
ANEXO 3: Entrevistados.....	82
ANEXO 4: Aprobación del proyecto a realizarse en el HGONA	84

RESUMEN

La investigación aborda el análisis del *holding*–sostenimiento, una de las funciones propuestas por Winnicott (1987) en la que describe un sostenimiento psíquico y físico por parte de la madre a su bebé desde los primeros cuidados que otorga a este y desde los primeros acercamientos en su relación madre-hijo. Sin embargo, para ejercer un *holding* materno la madre debe estar rodeada también de un ambiente facilitador. Es de interés conocer qué sucede en los casos donde hay un nacimiento prematuro, ya que la relación puede verse interrumpida, por el mismo hecho del encuentro antes de lo esperado, pues existe una ruptura en el imaginario que construye la madre acerca de su bebé, un encuentro con un real de muerte que angustia e interfiere en estos primeros acercamientos físicos y emocionales.

Para ello, se han realizado 30 entrevistas a actores clave entre ellos: padres de bebés prematuros, médicos, enfermeras, psicólogos y practicantes de Psicología del Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora (HGONA); con la finalidad de indagar la perspectiva acerca de la prematuridad en una institución y el rol que cada uno cumple en torno a la relación madre-bebé prematuros.

Finalmente, el *holding* o sostenimiento en el área de Neonatología es aquel que se presenta desde las prácticas de cada profesional en el otorgar información, en el incluir a la madre en los cuidados del neonato, en proporcionarles las herramientas para que pueda mentalizar y construir la relación simbólica con su bebé en hospitalización. Esto da paso a que la madre pueda ejercer su función de *holding* en un ambiente facilitador del encuentro y de la simbolización.

Palabras clave: *holding*, sostenimiento, prematuro, madre-bebé, relación, acompañamiento.

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación tiene como objetivo analizar la noción de *holding* o sostenimiento, propuesta por Winnicott (1987), en el trabajo que realiza el psicólogo y personal de salud, con madres de bebés prematuros, a partir de la teoría psicoanalítica. Mediante un estudio exploratorio cualitativo se busca conocer cómo se despliega este sostenimiento en el servicio de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”.

De tal forma, se busca contribuir a nivel social. La Constitución del Ecuador ordena una atención prioritaria para: personas adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, y mujeres embarazadas (C. E., 2008, art.35). Asimismo, a partir del nacimiento, el bebé requiere de protección de parte de sus progenitores y del estado. Lo refiere el Plan Toda una Vida (SENPLADES, 2017) en la política 1.4 donde “garantiza el desarrollo infantil integral para estimular las capacidades de los niños y niñas, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad, el género y las discapacidades” (pág.58). Desde el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro (MSP, 2015), informa que el nacimiento de niños prematuros a nivel nacional se estima entre el 6% y el 10%. En el mismo texto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere al Ecuador entre los 11 países con la tasa más baja de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%, sin embargo, la corta duración de la gestación es la primera causa de morbilidad en el país. Asimismo, según la OMS (2015), cada año nacen 15 millones de niños prematuros, es decir más de 1 de cada 10, manifiesta además que el costo monetario de un bebé prematuro en sus cuidados equivale al nacimiento de 6 bebés a término. De tal manera, la investigación contribuirá en dichas políticas públicas, ya que busca acercarse a la situación actual del Ecuador y al trabajo que se realiza en el contexto del cuidado del recién nacido prematuro y su madre. Posiblemente el acompañamiento adecuado contribuya a nivel psíquico en la construcción de la relación madre-bebé prematuros e incluso a la evolución médica del niño.

Es así que, de no ser trabajado este proceso existen varias consecuencias: en la madre, podría provocar reacciones diversas, en general intensas y perturbadoras, entre ellas el estrés y la depresión son algunos de los aspectos más frecuentemente observados; por otro lado, la hospitalización genera temor, especialmente a la muerte. (Ruiz, Ceriani Cernadas, Cravedi, & Rodríguez, 2005) En el bebé, se puede presentar aislamiento afectivo, problemas

psicosomáticos o incluso rasgos autistas, además, a nivel relacional este vínculo podría verse afectado y debilitado (Baseggio, Dias, Brusque, Donelli, & Mendes, 2017)

Por ello, se ha tomado en cuenta algunos autores que permitan un acercamiento en la construcción de la relación madre-bebé prematuros en neonatología. Winnicott (1987), refiere que el cuidador primario cumple su función de madre en la medida que tiene el apoyo de otro, en este caso, puede ser el padre del bebé o la institución quienes permitan a la madre ejercer un *holding*, se trata de cuidar a la cuidadora. Por otro lado, Eliacheff (1993) quien trabaja con infantes en los primeros años de vida, menciona que este tiempo es primordial para el desarrollo del niño y resalta la importancia de la función del equipo interdisciplinario en la diada.

Asimismo, Bettelheim (1974) acerca de las heridas simbólicas, refiere son aquellas heridas infringidas en el cuerpo orgánico que dan paso la tramitación psíquica. En el caso de una madre y su bebé nacido pre término se propone, en la primera, la elaboración de la concepción del hijo soñado que la madre estimaba versus el bebé prematuro; y, en el segundo, la construcción de su psiquismo y cuerpo a partir de los cuidados reparadores que otorga la madre.

Es así que a lo largo de la disertación se trabajarán distintos temas de la siguiente manera: en el primer capítulo se aborda principalmente la parentalidad, incluyendo el proceso de convertirse en madre y padre antes de tiempo y la construcción del psiquismo del bebé prematuro, todos ellos atravesados por el dolor, la incertidumbre y el temor, llaman al sostenimiento al encuentro dentro de un área que les resulta ajena y desconocida.

En el segundo capítulo se pretende conceptualizar el *holding* y cómo este se efectúa en el qué hacer del personal del área de Neonatología del HGONA desde sus diferentes disciplinas. Asimismo, pensar si estas acciones abren espacio de elaboración y re significación para las madres en este complejo proceso de maternidad, lo que cuestiona y llama a la reflexión si el área podría ser considerada o no un espacio transicional.

Finalmente, en el tercer capítulo se pretende realizar un breve recorrido sobre prácticas y nociones de acompañamiento internacionales en Neonatología. Asimismo, conocer el rol del psicólogo y del equipo interdisciplinario en este tipo de intervenciones, encontrándose también con varios desafíos en su actuar al acompañar a una madre de un bebé prematuro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ecuador es un país con una de las tasas más bajas de nacimientos prematuros (OMS, 2015). Sin embargo, esta es una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. La prematuridad es una condición de alto riesgo para un recién nacido, a largo plazo puede tener consecuencias en el desarrollo psicosomático, intelectual, afectivo, etc. del mismo. Según la bibliografía revisada, a nivel nacional, no se conoce hasta el momento una guía que priorice un acompañamiento psicológico en estos casos. Por lo que, se propone, en este estudio, que un adecuado acompañamiento desde el equipo interdisciplinario a la madre le permitiría a esta ejercer su *holding* materno que beneficie a la construcción psíquica de un recién nacido prematuro, es decir, el brindar herramientas a la madre o soporte desde un inicio, incluso a manera de prevención, ayudará a la evolución favorable del bebé y también será un aporte en la relación madre-bebé; caso contrario, tendría repercusiones psicológicas en la familia, problemas en la calidad de vida del niño y un impacto económico al país.

De tal manera que se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es el lugar y la función del *holding* en el acompañamiento psicológico en los casos de madres con bebés prematuros?

OBJETIVOS

OBJETIVO DE GENERAL

Analizar el *holding*-sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir los elementos del psiquismo materno y del bebé prematuro que pueden ser abordados por el *holding*.

Conceptualizar el *holding* o sostenimiento desde la teoría psicoanalítica y explorar distintos modelos de intervención en el área de Neonatología en el HGONA.

Conocer las prácticas que se realizan en otros lugares que puedan estar relacionadas con *holding* y comprender el rol del psicólogo y el equipo médico en el trabajo interdisciplinario en cuanto al cuidado del recién nacido prematuro y su madre en el área de Neonatología.

REFLEXIONES METODOLÓGICAS

SUBJETIVIDAD DEL INVESTIGADOR

¿Por qué es importante comprender el *holding* en el cuidado del recién nacido? y ¿por qué el bebé prematuro como sujeto de la investigación?

Cornejo & Salas (2011) destacan la importancia de la intersubjetividad del investigador por la rigurosidad de la investigación cualitativa:

El de reconocer su propia injerencia, influencia y responsabilidad en estos procedimientos, ya sea a través de posiciones que adopta para sus interpretaciones, de los fundamentos que lo llevan a tomar ciertas decisiones metodológicas, o de la relevancia y utilidad que proyecta para los resultados de sus investigaciones. En cierta medida, el investigador construye su investigación, y los criterios de rigor permiten hacer transparente ese lugar de creación (pág.24).

De tal manera, las investigadoras han trazado este trabajo a través del enfoque psicoanalítico se pretende decir algo acerca de los primeros cuidados del recién nacido prematuro, allí donde la palabra tarda en aparecer y el miedo gobierna el encuentro. Este enfoque intenta cuestionar y aportar a las prácticas y a los sentidos del cuidado del recién nacido prematuro.

Fue necesario plantear un estudio que dé cuenta del psiquismo materno e infantil prematuros durante los primeros momentos de vida en relación al *holding*. Se ha percibido que aún en la actualidad ciertos profesionales siguen creyendo que el bebé no siente, no se expresa, no escucha y no entiende. Por lo que, a través del correspondiente trabajo se destaca el papel del personal de salud, psicólogo y padres como portadores de cuidados con sentido -incluso antes del nacimiento- construyendo e insertando al nuevo ser en un lugar simbólico.

Al inicio, se buscaba investigar sobre el bebé y sus primeros encuentros con los cuidadores, sin embargo, en la mayoría de casos predominaba la idea de la psicopatología infantil. No obstante, estas patologías tendrían origen desde los cuidados durante el embarazo, es decir, algo se juega a nivel psíquico incluso antes del nacimiento. Tras la revisión bibliográfica y conversaciones con expertos en el tema, se despierta una curiosidad por la elaboración y el transitar de los bebés en el dolor o fragilidad. Se piensa en el trabajo alrededor del psiquismo materno. Sin embargo, la clínica en la maternidad dio cuenta de la presencia activa del bebé en la intervención para reconstruir la relación.

Fue de interés para las investigadoras el tema, ya que, desde los primeros contactos con la madre, el bebé puede construir sus primeras representaciones, y en cuanto a la prematuridad hay una ruptura con el cuerpo del recién nacido y la identificación con el otro. Lo que se intenta en estos casos es reducir el impacto psíquico y disminuir las repercusiones en un futuro o en la relación.

Además, fue cautivador, hace tiempo, encontrarse con un artículo de Eduardo Jaar (2017) en clase, acerca de las guaguas abandonadas, era un trabajo diferente al escuchado durante la carrera. La palabra no se juega en la patología específicamente, sino más bien se habla de lo preventivo en cuanto la relación del niño y los primeros cuidados. Al principio, parecía algo mágico y fascinante al plantear una clínica al inicio de la vida, ya que, si bien es cierto, se tratan trastornos y patologías a nivel clínico a partir de los primeros años de edad, sería mucho más conveniente intervenir durante los primeros días de existencia psíquica y física. Después de lo investigado cobra más sentido a nivel teórico, aunque aún se piensa en un actuar mágico al considerar una clínica con un sentido trascendente.

DISEÑO

La investigación es de diseño transversal exploratorio cualitativo según Sampieri & Collao (2016) en este tipo de investigación se recolecta datos en un solo momento, su propósito es describir categorías y analizar su interrelación en un momento específico. Tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población proporcionando su descripción. Se eligió esta modalidad debido a que aporta “profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (Sampieri & Collao, 2016, pág. 16).

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de información se plantearon tres etapas: en la primera las investigadoras participaron seis meses en actividades de acompañamiento en el área de Neonatología como practicantes de Psicología Clínica, desarrollando el rol del Psicólogo Clínico en la maternidad. Durante este periodo se realizó un cuaderno de campo que contenía y sistematizaba las experiencias pasadas en el HGONA, enriquecido por la supervisión individual y grupal. Para Sampieri & Collao (2016), las anotaciones de campo se dividen en diferentes clases, entre ellas: anotaciones de la observación directa, anotaciones interpretativas, anotaciones temáticas, anotaciones personales y Anotaciones de la

reactividad de los participantes. En esta investigación se ha utilizado las anotaciones de observación directa, estas son descripciones de lo que se ve, escucha y palpa del contexto y de los casos o participantes observados. “Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde)” (Sampieri & Collao, 2016, pág. 371), con la finalidad de compartir algo de la vivencia de las autoras.

MUESTRA

Posteriormente, se realizaron 30 entrevistas. La muestra fue no probabilística por conveniencia de la investigación, los actores claves fueron: el equipo de salud conformado por seis médicos y seis enfermeras del servicio de Neonatología; el equipo de salud mental conformado por cuatro psicólogos clínicos y cuatro ex practicantes. Entre los actores indirectos participaron 10 padres de bebés prematuros, todos pertenecientes al Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arizmendi, los cuales aportaron a entender las diferentes perspectivas alrededor del *holding* y el acompañamiento.

En esta etapa se realizaron reuniones con las autoridades del hospital con el fin de plantear el objetivo y relevancia del estudio. Previo a la realización de las entrevistas se mantuvo un primer contacto con los actores claves durante el tiempo de prácticas.

INSTRUMENTO

Se elaboraron dos modelos de entrevista semiestructurada cada uno con 16 preguntas: para los profesionales y a los padres de bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HGONA, basados en las cinco categorías siguientes: contexto, tanto familiar, económico y social que dan cuenta de las posibles complicaciones externas que puede tener la población para acudir al área de neonatología; la segunda categoría acerca de las condiciones físicas y emocionales que pueden también complicar la asistencia de los padres al área; la tercera categoría acerca del *holding* materno, con la finalidad de conocer las nociones de los entrevistados alrededor del término propuesto; la cuarta categoría: *Holding* visto desde el equipo médico, permite conocer las prácticas que se promueven en Neonatología; y la quinta categoría como el acompañamiento a una madre de un bebé prematuro da cuenta de las acciones que se realizan en cuanto a la asistencia a la díada desde cada rol y cómo el personal piensa a la madre y a su bebé dentro del servicio (revisar Anexo 1). Las entrevistas fueron aplicadas con confidencialidad, para los cual se añadió el

consentimiento informado, mismo que fue explicado y firmado por los participantes de manera voluntaria (revisar Anexo 2).

PROCESAMIENTO DE DATOS

En un tercer momento, a partir de los datos obtenidos, se realizó un modelo de codificación abierta; para Sampieri, R., & Collao, C. (2016) consiste en analizar las reflexiones de los entrevistados para posteriormente ubicarlos en categorías conceptuales basadas en los subtemas de los capítulos con el fin de saturar las categorías, quiere decir abordar el mayor número posible de temas a ser tratados, evitando dejar vacíos en el análisis. Una vez planteadas las categorías, se reconstruyó y reordenó las nociones a ser trabajadas en cada capítulo. La información recolectada a partir de las entrevistas se incluyó en la construcción de los tres capítulos.

“Los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento” (Sampieri & Collao, 2016, pág. 398).

LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN

En un principio se pretendió realizar las entrevistas a las madres de los bebés prematuros, sin embargo, debido al estado de vulnerabilidad, resultó apropiado entrevistar a los padres a pesar de que el contacto fue complejo debido al horario de visitas o intermitente asistencia al servicio de Neonatología. Por otro lado, el personal médico mostró dificultad para contestar las entrevistas, los licenciados en enfermería contaban con poco tiempo para responder debido a la demanda laboral. Finalmente, fue un reto para los profesionales entender la noción de *holding*, puesto que lo relacionaban con el manejo materno.

CAPÍTULO I

1. ELEMENTOS A SER SOSTENIDOS POR EL *HOLDING*

Visitar Neonatología es una situación desgarrante para los padres, especialmente para la mamá que se va con su vientre vacío y sin un bebé en sus brazos.

Pose, 2004

En este capítulo se trabajará sobre el tema de la parentalidad que tiene que ver con el proceso de convertirse en padres. Para esto se ha tomado en cuenta la maternidad como un complejo transitar que atraviesa una mujer al convertirse en madre, la construcción de su psiquismo y el proceso que enfrenta al ser madre y padre prematuros, con el fin de acercarse a su experiencia en el área de neonatología. Además, es de interés saber qué sucede a nivel del psiquismo del bebé y cómo este se construye en la UCIN. Es por ello que se ha elegido el nombre del capítulo, ya que son conceptos desbordantes que llaman al sostenimiento.

1.1. PARENTALIDAD

La parentalidad refiere a la idea de convertirse en padres, paulatinamente productores de afectos y efectos en la conformación del psiquismo infantil (Rojas, 2005), es un trayecto zigzagueante, pues no se trata sólo de ocupar lugares fijados por la familia, sino que, también “interviene la dimensión inconsciente de las vinculaciones parentofiliales [...] como aquella transmisión intergeneracional de significaciones, aquella historia de la cual cada familia es portadora, generadora de producciones eficaces en el psiquismo infantil” (Rojas, 2005, pág. 47). En el sentido en que es una respuesta a la existencia de un nuevo ser, un proceso psicológico que se construye en la mente de los padres. Tener un hijo no es lo mismo que convertirse en padre o madre de ese niño. Para Solís (2014), la parentalidad en el aparato psíquico se inicia con el deseo del hijo, pues en el embarazo estarán las primeras representaciones de este bebé aunadas al deseo por lo que van a preparar el espacio psíquico que acogerá al hijo real al nacer (Gallegos, Reyes, & Silvan, 2010).

En esta etapa la madre debe estar acompañada, de acuerdo a Winnicott (1987), ya que no hay una guía que venga integrada al bebé y mucho más cuando se trata de un niño enfrentado a la ambivalencia entre la vida y la muerte por un nacimiento anticipado. Es una parentalidad tensionada, rota a nivel simbólico. Es un camino idealizado, pero en realidad con altos y bajos entre la angustia, la culpa, el rechazo, que serán parte de construir esta parentalidad,

además de instantes de amor, esperanza y anhelos que también serán cimientos de la relación (Mathelin, 2001).

Entonces, surge la interrogante: ¿Cómo se da el proceso de convertirse en padres si es que este está marcado por una huella de dolor?

1.2. SER MADRE PREMATURA

La primera vez que había visto a su hija fue una mezcla de temor y amor, se sentía muy feliz de encontrarse con ella después de todo lo atravesado por el parto: los dolores anticipados, los apuros, el susto y más. ¡Era una niña!, toda una ilusión para ella. Sin embargo, algo en esta madre se despertaba, el miedo a acercarse, sentía culpa por no “cuidarse lo suficiente” y porque su primer encuentro fuese en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Temía mucho por la vida de su hija. Nunca le había pasado eso antes, mencionaba, y mucho menos se imaginaba que podía ser así de duro (Cuaderno de campo 1, HGONA, 2019).

Esto es lo que marca a una madre en Neonatología cuando tiene a su hijo en hospitalización, por esto es fundamental detenerse a pensar en una mujer que vive una tormenta de sentimientos que irrumpen en su maternidad idealizada y soñada, ya que se produce una ruptura en este encuentro con su hijo (Arzamendia, 2017). De esta manera, se propone hablar del psiquismo materno, maternidad y deseo del hijo como elementos claves en la construcción de esta díada en la prematurez.

1.2.1. Psiquismo materno

El psiquismo en su dimensión consciente incluye una construcción formada por las funciones y procesos psicológicos entre los cuales se encuentran la percepción, el pensamiento, la memoria y la motivación (Segatore, Poli, & Lara, 1975). Desde una dimensión inconsciente, Bleichmar señala la construcción del “psiquismo está dada por variables cuya permanencia trascienden ciertos modelos sociales e históricos” (Bleichmar, 1999, pág. 4). Al decir materno, es una respuesta al hijo simbólico, imaginario y real. Para la mujer, este proceso inicia antes de ser madre en el cuerpo, deviene desde la niñez, desde la primera jugarreta de la niña al fingir ser madre, va creando un bebé desde antes de la concepción (Blaessinger, 2012). En este sentido, el psiquismo de la madre prematura se encuentra desbordado: su percepción distorsionada por el dolor, su pensamiento dirigido a su bebé, su memoria trata de capturar cada momento compartido y aprender todo el

vocabulario médico para entrar en el mundo de la institución, mientras su motivación lucha entre la vida y la muerte.

La madre se cuestiona sobre su maternidad y al regresar a ver a la representación de su propia progenitora no encuentra respuesta alguna que le dé sentido a lo que está viviendo (Oberman, 2005).

1.2.2. Maternidad

Los procesos de la maternidad son muy complejos para la mujer. Tienen que ver, desde la teoría psicoanalítica freudiana, “la mujer sucumbe ante la envidia del pene y buscará obturar esta falta incansablemente” (Blaessinger, 2012, pág.134). Posiblemente, se constituye como el principal valor femenino, al parecer, cuando una mujer es madre puede sentirse completa, consigue el falo deseado, aunque sea de forma ilusoria y momentánea. El deseo de la maternidad emerge en edades muy tempranas, desde el juego con muñecas del infante como una identificación con la madre. El deseo femenino se inscribe en la envidia del pene y el hijo (juguete) deviene hijo del padre según Freud (1933).

Oberman (2005) lo retoma de esta manera. Cuando la madre recibe la noticia tiende a realizar dos movimientos psíquicos: el primero, regresar a las experiencias y traumas con su propia madre porque se ejercerá la función en cuanto se repite por generaciones. Su mirada le pedirá respuestas a su madre, para preguntarle cómo hacer y qué hacer con un bebé en condiciones delicadas. La segunda, pensar en su propia infancia referente al hijo que viene en camino. ¿Cómo hacerlo si quizá su nacimiento no fue a término? o ¿cómo hacerlo si se está repitiendo su historia y cumpliendo uno de sus temores? Esto podría generar una crisis, ya que es una etapa de transición que revive los conflictos y ansiedades anteriores aún no resueltas. ¿Y si no se resolvieron? Puede ser como una herida simbólica abierta, con dificultad en cicatrizar y sin lograr contenerla.

Dando cuenta de esta ruptura, la mujer se enfrenta también a un discurso impuesto por la sociedad de la maternidad que puede intensificar el impacto de la experiencia. Prevalece la idea de la domesticidad y la mitificación de la maternidad, “por el cumplimiento interiorizado de un mandato cultural que permite, de este modo, asegurar la descendencia legítima y la continuidad de la familia” (Bogino, 2016, pág.62). Se tiende a creer que la madre tiene un saber incorporado desde el primer momento que sabe que va a ser madre, se la obliga a realizar la tormentosa tarea sin haber recibido -en muchos casos- ninguna preparación. Es su deber crear bebés sanos, adaptados interna y externamente. La

imposibilidad de esto puede pensarse como otros desenlaces, por ejemplo, la no maternidad, neo maternidad, entre otros.

Welldon (1993) menciona que aparentemente desde el proceso de la gestación la madre dirige todos sus pensamientos, sentimientos, energías para gestar y crear a su bebé tanto física como psíquicamente. Lo que significa que durante los primeros meses será primordial la relación madre-bebé, es ahí cuando el sujeto adquiere los implementos que edificarán su ser. La sociedad impone un ideal de la madre perfecta que ha resuelto todos sus conflictos como por arte de magia y con la capacidad innata de enfrentar a un nuevo ser con precisión y destreza. “Madre terrena y madre celestial conjuntarán los atributos de una imagen que cobija, sana, ama, perdona, nutre y crea, madre sola que extenderá su manto para que en él aniden todos sus hijos” (Montecino, 1990, pág. 288) ¿Por qué se llega a creer que una madre es todopoderosa y completamente devota a su hijo desde el primer instante? ¿Se toma actualmente con seriedad los conflictos que estas mujeres afrontan en el embarazo, parto y nacimiento? o ¿sólo se le asigna saberes implícitos? Cuando nace un bebé, la madre debe reaccionar con felicidad, alegría y amor, pero realmente puede tornarse en un proceso angustioso después de una gestación que trajo consigo malestares físicos y psíquicos, después de un parto que presupone una exposición al dolor intenso, en este caso, el nacimiento de un hijo anticipadamente.

En el mejor de los casos las madres responden con emociones positivas hacia su bebé, pero no se habla de aquellas emociones que surgen desde los lados no hablados como: culpa, miedo, abatimiento, o incapacidad de identificarse con su bebé; no se habla de la ambivalencia afectiva (Mathelin, 2001). Es así que se debe considerar a la maternidad en todas sus tonalidades y no solo aquella casi divina, sino también darle un lugar de respeto a esa mujer sobre su verdadero sentir, es parte de lo que puede suceder en cuanto a ser una madre prematura (Welldon, 1993).

1.2.3. Deseo de un hijo

Deseo por el diccionario de Laplanche & Pontalis (2004) se refieren a:

La experiencia de satisfacción, a continuación de la cual la imagen mnémica de una determinada percepción permanece asociada a la huella mnémica de la excitación resultante de la necesidad. Al presentarse de nuevo esta necesidad, se produciría en virtud de la ligazón establecida, una moción psíquica dirigida a recargar la imagen mnémica de

dicha percepción o incluso evocar esta, es decir a restablecer la situación de la primera satisfacción (2004, pág. 98).

En palabras de Stryckman (1993) el deseo es una búsqueda del paraíso perdido.

Al hablar de deseo del hijo muchas veces puede ser entendido como la voluntad de procrear, la planificación de un hijo y el retorno a la completud. Sin embargo, desde el psicoanálisis este término tiene una construcción más compleja. Desde la teoría freudiana, el deseo del hijo se entiende desde una dimensión simbólica, este hijo para la madre será un ser diferente y diferenciado desde el nacimiento -no siempre-. Supone para muchas mujeres una ruptura de la posición narcisista y renuncia al estado de fusión y completud, enfrenta sus carencias y se forma una triangulación; aunque siempre quedará la posibilidad de creer que el hijo ocupa una nueva ilusión orientada a completarla imaginariamente. Esta, “es la base sobre la cual se construirá la prehistoria del niño por nacer” (Alkolombre, 2008, pág. 17)

La madre reconocerá las necesidades del hijo como independientes, empezará a formarse la relación madre-bebé y este deseo interferirá e incluso apoyará a los primeros cuidados maternos (Alkolombre, 2008). Sin embargo, en los casos de bebés prematuros se podría suponer que el deseo de hijo estaría frustrado/obturado, ya que este hijo podría no cumplir el papel de la promesa adquirida en la etapa edípica (Pose, 2004). Además, tras lo anteriormente dicho, este deseo y este hijo no escapan de ocupar el lugar de una ilusión imaginaria en la completud de la mujer, el bebé deja de ser el hijo imaginario y pasa a ser el hijo de lo real, en un real de impacto y de muerte, la triangulación podría verse afectada, pues ahora entre su relación estará también la institución que limitará mucho sus encuentros dependiendo de la situación.

1.2.4. ¿Cómo se construye la maternidad prematura?

Es una madre que se encuentra en un estado de vulnerabilidad física y emocional (Botero, 2004). En ella se despiertan ansiedades como: sensación de indefensión, desamparo, temor con la relación al propio cuerpo, miedo al dolor y a lo desconocido (Pose, 2004). En ocasiones, las mujeres se ven obligadas a realizar “esfuerzos heroicos para hacer lo que deben hacer, teniendo en cuenta las situaciones que ellas mismas hayan podido atravesar” (Welldon, 1993, pág. 74). Para cada mujer que es madre es diferente, “cada mamá va a ver a ese bebé en función de muchos factores: de cómo es su entorno familiar, de cómo se ha vivido el embarazo, de cómo fue la noticia de la llegada de su bebé o cuándo supo que estaba embarazada.” (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019)

Anteriormente, se mostró un acercamiento a lo que puede significar convertirse en madre y cómo este concepto se integra a la subjetividad de cada persona y del concepto mujer. Desde ese punto, el encontrarse con un bebé que llega al mundo antes de tiempo despierta angustias, sobre todo alrededor de la muerte y la patología del infante (López, 2015). Al comienzo es el temor, “por lo general hay mamás que están muy asustadas, que tienen miedo de tocarle a su bebé, que no saben cómo va a estar su bebé” (Entrevista a Practicante de Psicología 1, HGONA, 2019) o qué sucederá a posteridad con su condición. “Es como un cúmulo de emociones que surgen en ellas, el miedo de no saber si va a salir pronto, el miedo de no saber cómo está en realidad porque muchas veces no entienden lo que está pasando en sí con su hijo” (Entrevista a Practicante de Psicología 3, HGONA, 2019). Les cuesta elaborar la situación sobre todo cuando han entrado por primera vez, lo único que quieren es reintegrarlos a ellas, “volverlos a sus úteros donde sabían que estaban seguros” (Entrevista a Practicante de Psicología 3, HGONA, 2019). - ¿Ya no está seguro? - Afloran sentimientos “de incertidumbre... de ver tantos niñitos en esa situación, ver a su niño que esté con tanto cable, con tanto pinchazo, medicación entonces (...) hay cierto temor” (Entrevista a Licenciada 1, HGONA, 2019)

Para la madre es enfrentarse a un niño con el que no saben a qué atenerse, en un primer momento puede haber actitudes de rechazo a la filiación, referido a “la relación entre dos personas, el engendrante y el engendrado” (Abello, 2007, pág. 24), es decir, una relación de parentesco. “Yo he visto niños que han sido prematuros [...] hay un rechazo netamente entonces como que les toca venir << ¡Por qué! No quería que vengas al mundo tan pronto>>... es un impacto”. (Entrevista a Psicóloga 1, HGONA, 2019). Con la mamá del bebé prematuro:

Vienen muchas dudas, muchas inseguridades, muchos miedos, creo que el riesgo, siempre que un bebito está en Neonatología lo primero que hacen los doctores es hablarles de los riesgos para que no piensen que todo está bien y luego que si pasa algo con su bebé diga: “me dijeron que todo estaba bien”. Entonces mucho de esto es hablarle de los riesgos de cómo está, de la posibilidad de muerte que tiene el bebé (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019).

Mathelin (2001) propone que la maternidad puede contener sentimientos ambivalentes en los que confluyen afectos positivos y negativos en respuesta a su bebé. Winnicott (1947) considera que existe un odio por parte de la madre porque: este niño interfiere en su vida privada; este hijo se muestra como medio de reconciliación con su propia madre; la trata

como esclava -más aún cuando requiere de tantos cuidados especializados-: rechaza el alimento que ella le ofrece; la hace dudar de sí misma; le sonrío a extraños; y si se equivoca, la hará pagar por siempre. En Neonatología, de acuerdo con Mathelin (2001), se puede pensar que los autoreproches y la culpa aluden al hecho de no hacer nada por el hijo (no haberlo mantenido más tiempo seguro o haberlo enfrentado a la muerte) se relacionan con las dudas de la madre sobre su capacidad de ofrecerle al niño lo que necesita. Estos sentimientos de culpa, frustración y hasta autocastigo en ocasiones son respuesta a los actos realizados en un pasado. Una madre mencionaba sentirse culpable por la condición de su bebé debido a que anteriormente había abortado algunas veces y para ella su bebé prematura y enferma fue su “*karma*” (Cuaderno de campo 2, HGONA, 2019). La madre puede construir su propia condena en el nacimiento de su hijo y esto verse acrecentado si al primer contacto su bebé no responde a ella, ni la mira, ni sonrío, ni se inmuta con su presencia (Mathelin, 2001). Por ello cuando su bebé por primera vez abre los ojos y la mira, toca su mano y la aprieta o es tomado y se acomoda, para la madre puede ser visto como el primer paso para la aceptación y el perdón, en otros términos, un nuevo comienzo para reconstruir la relación. Aunque con un tinte demasiado esperanzador, la mayoría de madres logran encontrarse con su bebé, aunque les cueste tiempos diferentes referidos a tiempos lógicos, tiempos de sentido y elaboración de cada madre.

Al revivir la madre los traumas y conflictos se produce una herida narcisista, pensar que no fue tan buena como para retener al bebé hasta su término, o en otros casos que los cuidados no fueron los suficientes de parte de ella para su hijo (Villamizar Carvajal, Vargas Porras, & Rueda Nieves, 2014). Una madre al ver a uno de sus gemelos en cuna de calor radiante refería: “quizá no hice lo que tenía que hacer, no descansé lo suficiente, quizá algo dije o hice para que estuviera así. Me hubiera cuidado mejor y esto no hubiera pasado” (Cuaderno de campo 2, HGONA, 2019).

Los primeros momentos son de desconfianza, de miedo, de confusión ante el discurso médico puesto que no está en capacidad de elaborar la información. Conforme va pasando el tiempo ella también va adaptándose a la situación y aprendiendo cómo ser madre de un bebé prematuro. Esta maternidad va a estar traspasada por la palabra médica porque es la que dará seguridad a la madre de saber que los cuidados de la institución velan por la vida de su hijo. Es por ello que, cuando una madre entra a Neonatología le es un reto acercarse a su bebé, tocarlo, abrazarlo, como si bajo la mirada de la enfermera o el médico ellas pudieran acceder a su hijo.

Creo también que hay que darle la apertura de que puede acercarse a él, de que pueda tocarlo. A veces, hay mamás que cuando llegan piensan que no le pueden tocar, tienen miedo y por eso no, no se acercan, no le topan. Como profesionales es permitirles, explicarles o darles esa posibilidad, enseñarles, porque al inicio ellas no saben qué hacer en el área, incluso por todas medidas de seguridad que se tiene, ellas no saben qué hacer. Parte de todo esto es poder explicarles a las mamás, darles ese paso para que se vayan adaptando a la situación (Entrevista a Psicóloga 2, HGONA, 2019).

Las madres pueden acercarse cuando tiene un lugar, cuando tiene un rol, cuando tienen -lastimosamente- un permiso para hacerlo. El hospital al ser una representación de ley, un efecto hasta panóptico, “me están observando y yo no soy aquí ninguna autoridad, entonces necesito un permiso de terceros que sea autoridad”. Sin embargo, esta es una cuestión que sí debería romperse en el proceso hablando de salud, pero también es necesaria, o sea necesario a veces también tener el permiso, porque cuando uno tiene miedo, necesita sentir aceptación. Y si nuestras mujeres no tienen el permiso propio, porque no conocen las reglas de la salud como cualquier otra persona, quizá necesita eso, entonces cuando tiene un lugar protagónico dentro de la salud de su bebé o un médico le presta ese rol o le da el rol. (Entrevista a Psicóloga 3, HGONA, 2019)

Siendo una afirmación verificada desde los médicos, una doctora comenta “nosotros le podemos permitir a la mamá en cualquier momento tocarle, si hay excepciones, pero creo que son pocas. Permitirle a la madre dar un paso en su apropiación del rol materno” (Entrevista a Médico de Neonatología 1, HGONA, 2019).

De esta manera, son madres que se adaptan al ambiente médico y tienen que aprender sobre los métodos, medicamentos y formas de tratar al paciente que es su propio hijo. “Es como un camino que la mamá va a ir aprendiendo qué necesidades tiene su bebé y aprender a cubrir estas necesidades” (Entrevista a Psicólogo 2, HGONA, 2019).

Asimismo, puede que en otros casos cause desconfianza o inseguridad el tener a un hijo hospitalizado y no creer que los cuidados brindados no serán los suficientes, por lo que la madre tiene la esperanza que su bebé salga pronto de ese lugar para que ella pueda ser bajo sus términos una verdadera madre porque es el sostenimiento que ella le da lo que le provee de vida a su hijo. “Ninguna mamá nace sabiendo cómo manejar a su bebé, van aprendiendo en el día a día y van adaptándose a la condición de su bebé, porque no es lo mismo un bebé sano que un bebito prematuro” (Entrevista a Psicólogo 2, HGONA, 2019).

1.3. SER PADRE PREMATURO

Desde el psicoanálisis, según Mahler (1972) el padre tiene fuerza en su función simbólica como Ley y en la relación madre-bebé también permite esta separación simbiótica y dar paso a la etapa edípica. Welldon (1993), citando a Greenacre, Mahler y Loewald lo resume así:

Greenacre (1960) y Mahler (1968) han destacado la importancia del papel del padre a la hora de ayudar al niño a resolver la simbiosis con la madre. El padre de la separación y de la individuación se convierte por ello en facilitador del proceso de separación/individuación. Loewald considera la función del padre como una fuerza positiva sustentadora para el niño pre-edípico contra la amenaza de un reengullimiento por parte de la madre: “La postura paterna contra esta amenaza de engullimiento materno no supone otra amenaza u otro peligro sino un apoyo de poderosa fuerza (pág. 15).

Es así que, durante la investigación se observó la necesidad de trabajar, o al menos mencionar, la paternidad como un agente activo, como un padre participativo, afectivo, identificado con su bebé y sensible ante la situación que atraviesa con su pareja, ya que una nueva paternidad, lo menciona Astrid Dupret (s, f), significa siempre un momento de gran angustia y tensión psíquica. Se observa que no existe un referente cultural sobre el padre, en muchos casos esta figura se encuentra ausente y justificada. Incluso, tras los datos recolectados y la observación de campo muestra que la llegada de un padre al servicio de Neonatología, puede verse como un hecho extraordinario y premiable. Lo que cuestiona a las investigadoras, pues no se trata de una dádiva al niño sino la responsabilidad a la que ese hombre responde como padre.

Es decir, que “la relación entre madre e hijo es interpretada como particularmente natural. La paternidad sería una condición social, y no así, lo materno. Tomando mayor fuerza la necesidad de situar a la mujer como madre y al establecerse como natural los cuestionamientos se hacen más inocuos” (Blaessinger, 2012, pág.124).

A lo largo de las entrevistas, también se encontró que los padres emitían un llamado a ser escuchados desde su historia y experiencia, una solicitud -no de modo explícito- de que su parentalidad debe ser, justamente, acompañada, donde se permita ser padre de su hijo, en estos casos donde se encuentran y chocan con un temor e incertidumbre de lo sucedido,

seguramente de otro orden que en la madre, cuestionándose de diferente manera y en distintos momentos de su psiquismo, pero aun así también representa una carga mental para muchos. Así lo expresa uno de los entrevistados:

El desgaste mayor que hay en Neonatología es psicológicamente, o sea si es un ambiente que a la larga va acabando... o sea a la larga uno también se acostumbra, porque empieza a entender, pero al principio psicológicamente lo acaba porque uno no está preparado para estar en ambientes así [...] Muchas de las veces es mejor... o sea uno puede estar ahí el tiempo que quiera ¿no?, pero a veces es más el tiempo que uno psicológicamente puede estar ahí. (Entrevista a Padre de Neonatología 3, HGONA, 2019)

Un padre en Neonatología es un padre en espera, lleno de temor e impotencia, aunque también mucha emoción e ilusión que aporta en este rol de compañero que muchas veces cumplen con sus parejas, así lo manifiestan:

“Yo le incentivo, le abrazo, le aprieto, le doy la fortaleza para que siga adelante y no decaiga, yo le digo: <<es tu niña y por ella debes dar todo>>” (Entrevista a Padre de Neonatología 8, HGONA, 2019)

“Yo estuve aquí desde un inicio porque mi esposa le hicieron cesárea y le pasaron a hospitalización, yo estuve desde el momento en que nació y lo trasladamos acá a neonatología” (Entrevista a Padre de Neonatología 9, HGONA, 2019)

“La paternidad es ahorita ha sido bien sufrida, me ha cogido de sorpresa, pero ahí estamos, para adelante”. (Entrevista a Padre de Neonatología 4, HGONA, 2019)

Como menciona (Stern, 1983) la literatura e investigación se interesan cada vez más respecto a este tema, acerca del padre como uno de los primeros impartidores de cuidados. En este caso de padres prematuros, como los hemos llamado, por distintos factores internos o externos, deben responder y resolver los problemas en cuanto lo administrativo y económico. Comentaban, que para ellos la espera resultaba inquietante, debían ser ellos los primeros en ver a sus bebés y estar al pendiente de la ropa, comida, dinero, medicinas, entre otros; mientras su pareja continuaba en hospitalización, en muchos casos, en una condición de salud delicada. En conclusión, se trata de un padre que tiene que velar por el bienestar de su bebé y su pareja, como asegurando que los cuidados prodigados funcionen.

1.4. PSIQUISMO DEL BEBÉ PREMATURO

Hasta aquí se ha propuesto una idea sobre el psiquismo materno y paterno. Ahora es importante profundizar sobre el psiquismo del bebé en sus conflictos y en sus preocupaciones. Debido a que ambos -madre y bebé- se encuentran en esta relación y se vinculan.

Se considera al psiquismo del bebé como una construcción originaria de los primeros esbozos de la constitución del sujeto, atravesado por las condiciones médicas y significantes que la madre vierte en este bebé (Pacheco-Romero, 2018). Se podría pensar que se trata de un psiquismo fragmentado y desarticulado que no estaba aún listo para salir a la vida, por su condición de prematuridad (Jotzo & Poets, 2005) ¿Se está algún momento listo para llegar a la vida? Es un recién nacido en dependencia física y psicológica a su madre, a las máquinas y la institución, este probablemente sea un factor que afecte a su constitución psíquica, ya que un bebé no puede hablar, pero sí puede expresar con su cuerpo ciertas cosas. Entonces, quizá tenga un desafío el bebé al integrar estos elementos, pues su realidad está fragmentada. En el caso de bebés prematuros puede ser vital, ya que la madre se aleja de este bebé porque entiende que no era su tiempo de nacer, ¿cómo le presenta el mundo a este bebé para que lo integre? El apoyo de la madre facilita la organización del yo del bebé, para que a posteridad pueda conseguir un sentido de individualización e identidad (Dolto, 2005).

Si bien se encuentra información acerca de bebés nacidos a término y hay material sobre las patologías del bebé, es de interés hablar también de los bebés prematuros, ya que las experiencias tempranas son las que dan significación durante toda la vida del sujeto, entonces aparece la pregunta acerca de cuáles serían las repercusiones en la prematuridad, es decir qué sucede cuando al inicio de su vida se han encontrado con una ruptura que posiblemente se pueda estar repitiendo durante toda su vida. Por ejemplo, Alicia Oiberman (2001) menciona que los bebés que han estado en incubadoras serán más propensos a ser introvertidos durante su madurez como si tuvieran un vidrio -imaginario- que no les permite acercarse del todo con los demás.

A nivel nacional, en la búsqueda bibliográfica no se muestra información sobre psicología de los bebés prematuros. Por otro lado, lo que muestra son elementos de la prematuridad a nivel médico, en cuanto a su salud física. De la misma forma, en la Guía del Bebé Prematuro del MSP (2015) no existe un apartado o alguna referencia que tome a consideración el psiquismo o la salud mental de la madre o del bebé.

De tal forma, se plantearon las siguientes preguntas: ¿qué sucede con este bebé que se encuentra con una madre que lo ve con extrañeza o que no lo reconoce como suyo? ¿Qué sucede al estar expuesto a tantas máquinas que no pertenecen a su entorno natural? ¿Qué pasa cuando al inicio de la vida la mayor dependencia es lo artificial? Es un bebé sobreviviente que desde el inicio de sus días lucha por la vida, conjuntamente con sus padres.

1.4.1. Fragilidad del bebé prematuro

De acuerdo a los datos, al hablar de un bebé prematuro, se trata de un ser humano, que, por alguna razón, no ha culminado su desarrollo gestacional. Este bebé ingresa al área de Neonatología más pequeño, delgado, con dificultades respiratorias, complicaciones orgánicas en general, etc., que un bebé nacido a término. Esto a nivel médico, es una condición de riesgo que puede atentar contra su vida.

Partiendo de esto, al momento que las madres ingresan al servicio de Neonatología, perciben a su bebé frágil, indefenso, con la necesidad de compañía y soporte que pueda servir en su evolución. “La madre lo percibe enfermo... lo percibe enfermo, lo percibe débil, lo percibe como que... indefenso” (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019). Esa es parte de la mirada que recibe el bebé de quienes los rodean, es parte del lugar que ocupa este niño y parte también de la conformación de su psiquismo: desde la fragilidad. “...Poniéndolo como analogía podría verse como -hay un dicho- <<como una cáscara de huevo>> ¿no?, o sea que se puede romper en cualquier instante, el hecho que yo le toque puede complicar la situación del bebé” (Entrevista a Psicólogo 1, HGONA, 2019)

Esta mirada puede ser un limitante también en la relación, pues la madre puede llegar a detenerse al momento de acercarse a su bebé, por el mismo temor o incertidumbre que este encuentro le puede producir. Aun así, hay una idea en los padres de que este niño necesita también un acompañamiento y sobre todo su apoyo para que este salga, pues el bebé es capaz de reconocer estos afectos en él. “El bebé siente el calor, siente la presencia de la madre y eso puede ser más bien una medida de confort antes que una medida de estrés” (Entrevista a médico de Neonatología 2, HGONA, 2019).

Winnicott (1987), trabaja acerca de las primeras experiencias del bebé en relación al contacto con su madre, los bebés “constantemente tienen experiencias que suman en sus sistemas de memoria de modo tal que les hacen sentir confianza en el mundo o, por el contrario, desconfianza” (pág. 112). Percibirlo o mirarlo como algo más desde la fragilidad o como un ser autónomo, puede contribuir en esta confianza que el bebé puede desarrollar del mundo, un mundo que en ese momento parece ser ajeno, frío y artificial. “Los

innumerables fracasos, seguidos de un cuidado reparador vienen a ser una comunicación de amor, de que hay un ser humano que se preocupa” (1987, pág. 130)

Freud (1950) en Proyecto de psicología para neurólogos, advierte también sobre las primeras experiencias en el recién nacido. Existe una alteración interior, debido al llenado en las neuronas psi -en los bebés podría ser el berreo- similar a un llamado para que este estímulo endógeno se cancele de manera temporal, es decir cumpla al llamado. Exigirá entonces de una alteración en el mundo exterior, como acción específica que sobreviene por auxilio ajeno; el sujeto auxiliar como actor de la acción específica consuma la operación requerida para la cancelación del estímulo endógeno, es decir un otro del mundo externo al niño atiende al llamado de este. Todo esto “constituye la vivencia de satisfacción, que tiene las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones en el individuo” (pág. 363). De esta manera, el sujeto empieza a construir las primeras vivencias de satisfacción, que, en los casos de los bebés prematuros, se podría apuntar a que estas están condicionadas también por estos auxiliares ajenos que serían quienes lo atienden en el área de Neonatología, donde existirían distintas necesidades a ser asistidas.

El contacto físico, piel a piel es importante en la constitución de su psiquismo y también la relación con otros; muchas veces por el dolor, la hipersensibilidad o la prohibición de este contacto, el bebé se ve aislado del calor corporal y contacto de otros.

“El hecho de que el bebé apenas nace de parto normal y le pongas directamente en la pancita de la mamá, nos salva de todo, desde ahí empieza todo...” (Entrevista a Médico 1, HGONA, 2019), pues el bebé siente a la madre, el palpitar de su corazón, su aliento y por supuesto el calor de su piel. La interacción cambia cuando puede tener el contacto con el otro, y si por alguna razón no pudiese ser tocado en el cuerpo orgánico, pues los padres también se las ingenian - y sino tendrán que hacerlo- para revestir este cuerpo desde la palabra, desde los cantos, las historias, oraciones etc. Por ejemplo, menciona un padre de familia de Neonatología, “nosotros ahorita nos damos cuenta que es súper sensible por tanto contacto. Bueno, siempre estamos tratando, tocándole, besándole, entonces él siente cuando somos nosotros y cuando son los enfermeros y eso, porque creo que el tacto es más delicado...” (Entrevista realizada a padre de Neonatología, HGONA, 2019)

Parece que la forma en la que un niño se desarrolla depende, en buena parte, del conjunto de cuidados que recibe durante su infancia y no únicamente de la relación de nutrición; que la libido no recorre la serie de fases descritas por Freud cuando el psiquismo del bebé ha sufrido de violencia; y que una dislocación mayor de las primeras

relaciones madre-niño provoca, en este último, graves alteraciones de su equilibrio económico y de su organización tópica (Anzieu, 2010, pág. 35).

Asimismo, Spitz describe, con el término de hospitalismo, las regresiones graves e irreversibles que sobrevienen a aquellos niños que han sido hospitalizados de manera precoz y separados de sus madres, sometidos a cuidados rutinarios y escrupulosos del hospital, dejando de lado el calor afectivo y el juego de las comunicaciones de los sentidos, algo que Winnicott llama solicitud primaria materna (Anzieu, 2010).

Para Anzieu (2010), menciona a Winnicott, desde una perspectiva etiológica, y plantea que existe una gravedad en el trastorno mental con la precocidad de la carencia materna. Si el bebé, antes de convertirse en persona, presenta la carencia materna habrá mayor probabilidad de que genere trastornos mentales no orgánicos, puede generar un trauma en el sujeto y dependencia patológica; ya que el niño presenta necesidades psíquicas que satisface una madre “suficientemente buena”.

Winnicott en 1962, sostiene que la integración del Yo, en tiempo y espacio, dependerá de la forma que tiene la madre de “sostener” (*holding*), la personalización del Yo dependerá de la forma de “cuidarle” (*handling*) y la instauración de la relación de objeto dependerá de la presentación de objetos por la madre (*object presenting*), así el lactante puede encontrar la satisfacción de sus necesidades.

Anzieu (2010) menciona que “la búsqueda del contacto corporal entre la madre y el niño pequeño es un factor esencial del desarrollo afectivo, cognitivo y social de este último” (pág. 38), en su propuesta del Yo-piel, explica lo que sucede con niños que han sido hospitalizados, toma el ejemplo de pacientes con quemaduras en su cuerpo, que han tenido que ser aislados del contacto, ya que su piel física ha recibido varias agresiones y una excesiva estimulación que causa dolor. Es ahí donde el Yo-piel toma partida, pues no se trata solo de una piel como órgano, sino que:

la piel de palabras tiene su origen en un baño de palabras del pequeño a quien su entorno habla o para la cual canturreo. Luego, con el desarrollo del pensamiento verbal, le proporciona los equivalentes simbólicos del dulzor, flexibilidad y pertinencia del contacto allí donde hizo falta renunciar al tocar imposible o prohibido, o doloroso (Anzieu, 2010, pág. 222).

Es por ello que la comunicación con otro le permite al enfermo, y en nuestro caso al prematuro que también encuentra expuesta totalmente su corporalidad, reconstruir su Yo-piel, a pesar de las heridas y de las agresiones, pueda contener sus afectos dolorosos. “La

piel de palabras, que se teje entre el herido y un interlocutor comprensivo, puede restablecer simbólicamente una piel psíquica continente, apta para hacer más tolerable el dolor una herida de la piel real” (pág. 223).

1.4.2. *Lo innombrable*

Habían pasado dos meses desde el nacimiento de su hija, devotamente estaba con ella todos los días, había sido muy complicado el tiempo transcurrido, entre buenas y malas noticias se vivía su relación, entre dolor y amor se mantenían juntas, entre victorias y derrotas se vivió el día a día. Cada vez que volvía su casa pedía al cielo al día siguiente volver a ver a su pequeña niña. Semanalmente destinamos un tiempo de escucha. Se había hecho habitual. Después de un fin de semana, me encontré con ella y la noticia de que su bebé había fallecido. Al verla podía notar que el dolor la había sobrepasado, tuve la oportunidad de acompañarla a la morgue, en el último encuentro con su hija. No había palabras para aquel momento, se habían agotado todas. El silencio era abrumador, pero también servía de compañía. En esta ocasión, el cuerpo pudo expresar más de lo innombrable y en un abrazo trató de contener y sostener el vacío que en ese momento sentía. (Cuaderno de campo 1, HGONA, 2019)

Estas historias son parte de la cotidianidad en Neonatología, las madres acompañan, muchas veces, en el silencio a sus pequeños hijos con el anhelo ferviente de poder volver a casa juntos, pues les genera dolor regresar con sus brazos vacíos.

Enfrentarse a la muerte (especialmente la muerte infantil) es lo que más turba la conciencia y la sensibilidad. Son la muerte y el dolor del niño prematuro que se topan con un real de su cuerpo en sufrimiento y de la muerte como una amenaza perenne (Scheper-Hughes, 1997). En este sentido, se pensaba que la incapacidad de los bebés para expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo. Así menciona uno de los entrevistados:

No es que el bebé no sienta. Hacerle caer en cuenta que el bebito ya está ahí, desde ahí, él sabe que le pasa algo, no sabe qué le pasa, pero sabe que pasa algo. Y es algo que nosotros tenemos que hacerle entender y darle una conciencia, darle un entendimiento de lo que está pasando. Irle configurando que no lo vea tan separado. Sino de: “te van a tocar tu manito” (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019)

Es ir construyendo el cuerpo desde la palabra de amor de la madre, no desde el dolor que afecta a la capacidad de desear y de la actividad de pensar, como una amenaza a la integración del psiquismo del cuerpo, más aún cuando se habla de un ser que está al inicio de la vida. Sin embargo, también permitirse sentir ese dolor y darle un sentido.

Los neonatos a menudo deben someterse a intervenciones invasivas y en la actualidad existen datos suficientes para afirmar que el neonato es capaz de percibir el dolor. (Gómez, 2018) Es una experiencia paradójica provocada por el encuentro con el prójimo -la madre y el equipo médico-, pero también es aliviado por ese encuentro. Se podría plantear que es una experiencia satisfactoria y tierna al contacto de la madre, pero escabrosa y desgarradora de parte del personal que constantemente tienen que colocar inyecciones e incomodar al bebé para introducir los medicamentos, es decir está investido por significantes de amor y dolor al mismo tiempo.

Por otra parte, en cuanto a la denominación, el bebé está inscrito filialmente por los apellidos de la madre, no se lo dice por su nombre, en muchos casos ni siquiera los padres lo nombran. Por el equipo médico es llamado “corazón, bebito, gordito, mi amor, RN”, entre otros; palabras aparentemente afectivas, pero que aun así no le otorgan un lugar específico. Es desde allí, al no nombrarlo cuando se corta su subjetividad e individualización. “Algo muy importante es que se le llame al bebé por su nombre, y que no lo llamen como los médicos: <<el recién nacido o el bebé>>. Se lo llame y se lo trate por su nombre y que eso empiece desde los papás” (Entrevista a Practicante de Psicología 3, HGONA, 2019). Para que no se trate al bebé como una cosa que necesita ciertos procedimientos para ser restaurado, no es un algo, sino un alguien. A nivel psíquico este niño está bordeando la vida y la muerte por lo que necesita ser llamado a la vida por su nombre, por su singularidad, en especial desde la voz de la madre.

Finalmente, es al menos el sufrimiento físico del niño pequeño lo que, más general y exactamente, percibe la madre. Es la madre quien toma los cuidados prácticos, ella lo toma con su mano, lo escucha gritar, llorar, sufrir; es ella quien lo acuna, quien lo trata de tranquilizar con su habla, su tacto y su sonrisa. Entre ambos viven aquello de lo innombrable, de lo doloroso y se sostienen. En cierta ocasión, se encontraba una madre acunando tranquilamente a su bebé, pero empezó a regurgitar la leche lo que a la madre le empezó a asustar. Este niño tenía una cicatriz en la cabeza por una cirugía anterior, al mismo tiempo que su bebé no podía alimentarse, la herida empezó a supurar. Su llanto fue haciéndose cada vez más fuerte y penetrante. La madre dijo: “es que le duele mucho” a lo que ella también comenzó a sollozar porque decía ser insoportable sentir el dolor de su hijo. Es el dolor lo

que lanza el niño para obtener la atención, cuidados y manifestaciones de amor. (Cuaderno de campo 2, HGONA, 2019)

1.4.3. Relación madre-bebé prematuros

La relación se establece a partir de un encuentro temprano, encuentro inesperado, no es como se cree que debería ser, lo que quiere decir que su construcción como tal va a ser más complicada y delicada independientemente de los factores de riesgo externos. No se puede hablar de una relación como prototipos sino más bien depende del caso por caso, ya que cada madre responde teniendo en cuenta lo biopsicosocial de su historia. Por ejemplo: “Algunas mamás primerizas, están felices de su relación y el bebito ha sido muy deseado están ahí, ahí, que quieren aprender y que lo quieren ver, que lo quieren tocar, pero hay otras adolescentes que les da mucho temor que no vienen a verles o, que vienen después de tres días” (Entrevista a Licenciada 4, HGONA, 2019). Se podría plantear que la relación se establece a partir del deseo. “Ambos, unidos, desarrollan algunas pautas diádicas exquisitamente intrincadas. Hacen falta dos para crear estas pautas, que en ocasiones se muestran como ominosas para el futuro curso del desarrollo mientras que otras veces se muestran bellas y realizadas sin esfuerzo” (Stern, 1983, pág. 171).

La relación que se establece entre la madre y el bebé se parece a una verdadera danza, en la que uno u otro pueden iniciar el movimiento, alternando entre mirada, voz y tacto. Aquellas primeras palabras de la madre parecerían emitir para sí misma, sin embargo, se trata de un diálogo que recibe respuestas casi imperceptibles de parte del bebé. En algunas ocasiones se observó a bebés en la incubadora que al escuchar la voz de la madre abrían sus ojos o movían lentamente sus extremidades o si lo encontraba llorando al acercarse su madre, el bebé se calmaba como satisfecho a la respuesta de su llamado. Stern (1983) plantea que los bebés reaccionan a estímulos sencillos como el rostro de su madre en respuesta a sus gestos o su manera de hablar. De esta forma, se va construyendo la relación, cuando la madre le habla, mira, toca y al sentir que su bebé reacciona a su presencia.

Se considera que el desarrollo “normal” del hijo depende sobre todo de una maternidad sana, en donde el cuidado de los hijos es una fuente de placer para las mujeres en el proceso de convertirlos en seres humanos independientes y seguros de sí mismos, con sus propias características (Winnicott, 1987). El desarrollo de la relación entre madre y bebé prematuros es un proceso paulatino influido por diversos factores externos e internos de la madre, donde juegan los tiempos lógicos del recién nacido; se da gradualmente y puede estar condicionado, muchas veces, a la evolución del bebé, “si tú mejoras yo me acerco, si tú empeoras yo me

distancio”. Y en otros casos: “Si tú empeoras yo estoy aquí, pero si estas mejorcito, ya todo fresco, todo bien” (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019).

1.4.4. El encuentro

La primera vez que se encuentran madre y bebé es una mezcla de sentimientos. Es un momento de conmoción, puede mirarlo como un ser ajeno a ella.

Como un monstruo, como un producto que no está completo. Mira a su bebé y regresa la mirada a sí misma como una mala madre, lo percibe como algo que no pudo sostener, como a alguien quien no puede querer. Se posiciona lo ominoso, se ven reflejadas ahí como algo aterrizante (Entrevista a practicante de Psicología 4, HGONA, 2019).

Por ejemplo, el primer encuentro puede ser al instante después del parto si la madre está consciente o posteriormente en la sala de Neonatología. Desde el primer momento hay un distanciamiento “porque la mamá cuando recién lo ve, en verdad ella se impresiona” (Entrevista a médico de Neonatología 5, HGONA, 2019). Una madre refiere haber visto a su hijo al nacer, al encontrarlo nuevamente y en Neonatología no resultaba ser lo mismo para ella. Es así cómo se produce una ruptura de la relación, una herida simbólica que se irá suturando gradualmente, en el mejor de los casos. En ocasiones es el padre quien es el primero en ver al bebé. Ulteriormente comunica a la madre sobre la condición del hijo, lo que a la madre puede causar desconfianza por la certeza del estado de su bebé hasta el punto de llegar a pensar que su bebé no está vivo. (Pose, 2004)

Cuando al fin puede ir a Neonatología se enfrenta a un “shock frente al ámbito físico, frente a los aparatos y frente a la visualización del bebé” (Pose, 2004, pág. 45). La estructura institucional es desconocida, un lugar nuevo que despierta miedo, incomodidad y sentimientos de desorientación. Al ingresar por primera vez a buscar a su bebé no saben cómo preguntar o surge la incógnita de ¿podré reconocer a mi bebé? Debido a este desconcierto el equipo del área debe estar atento a cubrir las inquietudes de estas mujeres y estar dispuestos a guiar a la madre. Ya que es una mujer que está descompensada física y psíquicamente, al ver a su hijo con aparatos que no entiende para qué funcionan, pero que lo mantienen con vida, le es complejo establecer el contacto con su hijo. Finalmente, la visualización del bebé, encontrar a su hijo ya es un reto, pasa mirando al resto de infantes que están en condiciones críticas, deseando que su hijo sea un niño gordito y grande, pero muchas de las veces se encuentran con un bebé recostado, conectado a las máquinas, lleno de vías, totalmente abierto corporalmente y dormido, le cuesta reaccionar a los estímulos que la madre le provee. Para Pose (2004) “la privación o espera de respuestas del bebé pre

término y las cualidades del cuidado que el bebé requiere instalan por un tiempo una separación física que agiganta la sensación de vacío vincular” (pág. 33). Comenta un padre acerca de la experiencia de su pareja: “En el caso de mi mujer, pues ella sí ha tenido más conocimiento o ha sabido más las características de un bebé que nace a término y sí le impactó por el tamaño, también la primera impresión que da al verlo conectado a tantas máquinas y el sentimiento de una madre pues... a ella si fue tenaz” (Entrevista a Padre 3, HGONA, 2019)

Evidentemente, la madre cuando ve a su bebé tiende a impactarse frente riesgo de vida de su bebé.

El primer impacto hace que yo no pueda responder naturalmente porque hay una máquina que es mi límite físico entre mi hijo y yo. Sea cual sea la máquina desde una inyección hasta la sonda, la incubadora, la institución, cualquier cosa puede ser un límite entre mi maternidad y mi hijo, y lo que esté sucediendo, eso ya de por sí corta la naturaleza del vínculo con el otro. Basta con que haya un biberón de por medio para que se corte, peor aún si es una situación más grande, como lo es una situación vital el haber aprendido que un estado de salud es algo grave, gravísimo, es algo terrible, es lo peor. Hace que uno no pueda reconocer lo que está pasando, entonces, se establecen los procesos lógicos del impacto de una noticia o una posible mala noticia. (Entrevista a Psicóloga 3, HGONA, 2019)

En cierta ocasión, se observó a una madre entrar por primera vez a Neonatología, parecía como si entrara a una selva que la come viva, le dolía aún la herida de la cesárea, se sentía incómoda y confundida. Al ver al resto de los bebés su rostro era de desconcierto y de miedo. Le costaba mucho preguntar por sus hijos, su voz era casi imperceptible. Al localizarlo, dio un paso al costado, las lágrimas aparecieron y cayeron por su rostro. Se quedó paralizada sin poder acercarse a la incubadora. Pasaron varios minutos hasta calmar su llanto y que ella lentamente pudiera poner su mano sobre el cristal. Decía: “no pensé que fueran tan chiquitos -lloraba-, no lo pude tener más tiempo en mi barriga hasta que estuvieran listos” (Cuaderno de campo 2, HGONA, 2019).

Este primer contacto le permite a la madre reconocer a su bebé en las condiciones que esté para posteriormente, elaborar la situación en la que se ven inmersos. Uno de los entrevistados comentó: “bueno, es nuestro primer hijo, sí fue grande -el impacto- porque le

vimos con tubos y cables y un millón de cosas entonces sí, es chocante... pero después ya te acostumbras” (Entrevista a Padre 1, HGONA, 2019)

1.5. HERIDAS SIMBÓLICAS

Bettelheim (1974), propone este término a partir de la observación de los rituales de adolescentes con problemas de esquizofrenia o esquizoides. Son heridas infringidas en el cuerpo orgánico que dan paso la tramitación psíquica, heridas en lo real y recubiertas de lo simbólico. Es decir, estas lesiones o señales se dan en el real del cuerpo, en los adolescentes, son como pasajes o rituales que marcan esta etapa para hacerlo significativo y simbólico. “Heridas simbólicas, pero heridas de todas formas, bien reales e irreversibles, y simbólicas en virtud de su realidad (...) funcionan como signos, no para cambiar lo que es, sino para hacerlo comprender al prójimo” (pág. 73).

En la relación que se propone con respecto a las madres de los bebés prematuros, existen también heridas en el cuerpo que estas madres sufren tras un parto prematuro, por las distintas condiciones de salud, donde se evidencia una encarnación del dolor y un vacío en esta separación física y psíquica entre la diada. “Va pasando el tiempo, ya vas compartiendo con este bebé en tu pancita, ya te lo vas imaginando, sin embargo, cuando nace prematuro se rompe este imaginario y existe un duelo por este bebé soñado” (Entrevista a Practicante de Psicología 1, HGONA, 2019). Es decir, hay una herida a nivel físico, un duelo, que debe ser entendido también por la madre, traspasado por la palabra.

La herida roza con lo real, con aquello que perturba a la madre y al bebé. Es comprensible que no lo reconozca tras el shock que experimenta. Sin embargo, se trata justamente de entender, a su tiempo, “no es otro bebé, no es un bebé, no es el bebé que les tocó, es el bebé que tuvieron, el mismo que le hablaban en la pancita, el mismo que le daban amor, es ese él que está ahí, porque, mientras tanto, es como que se ajena” (Entrevista a Practicante de Psicología 2, HGONA, 2019). “Tienen mucho miedo de tocarlo, verlo o hablarle porque posiblemente lo van a infectar” (Entrevista a Practicante de Psicología 3, HGONA, 2019)

Hay una ruptura simbólica en la constitución de la relación de los padres con su bebé, la visión a futuro será inquietante en torno a las afecciones somáticas que pudiera tener este niño, debido a que, probablemente después, podría instalarse una marca simbólica, por la facilitación somática, en el cuerpo, que posteriormente se torne orgánica. (Jerusalinsky. J., 2002).

En cuanto a la herida del bebé prematuro, Egido (2011) lo propone en una comparación con una herida del alma que no cicatriza fácilmente, esta manifiesta un malestar íntimo que lo hace invisible y, además, produce un sufrimiento continuo y por ello debe ser cuidado por la madre quien comparte el mismo dolor con su bebé en el cuerpo. La atención a la herida del alma es tan importante como la atención a la herida del cuerpo. Necesitan cuidarse y sanarse con paciencia, afectos, caricias y abrazos, entre otros, capaces de regresar al niño a sentirse seguro y amado, necesita reparar esa alma que estuvo bordeando la muerte e inundada por el dolor.

CAPÍTULO II

2. EL *HOLDING*-SOSTENIMIENTO BRINDADO A MADRES Y BEBÉS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Entonces, cómo enfrentas la muerte si no hay ni una cultura de acompañar en la vida, peor en la muerte. Entonces, la salud mental implicaría tener el hábito de saber buscar a alguien que me ayude a procesar o entender lo que estoy vivenciando, desde un cura, un guía espiritual, un psicólogo, incluso ubicarte en un departamento de Salud Mental en un hospital es difícil.

Entrevista a Psicóloga Clínica 3, HGONA, 2019

Para este capítulo se ha tomado la noción del *holding* como concepto central y necesario para la constitución del sujeto. Término acuñado por Winnicott en 1987, como una de las tres funciones maternas, estas funciones dan paso a la adaptación y confianza del sujeto en el mundo que lo rodea y facilitan los procesos madurativos. Forma parte de tres dimensiones que se complementan entre sí y permiten comprender la relación entre la madre y el hijo. El *handling*, referido a la manipulación y el tacto que implica, especialmente con las manos, el manejo del bebé; el *holding* o sostenimiento psíquico y físico de la madre hacia el bebé, ambos considerados partes de las primeras interacciones en la diada; finalmente, *object-presenting* o presentación de objetos donde el bebé tiene los primeros contactos con el mundo exterior, es decir, estas funciones serían pilares para su formación a futuro.

De esta manera, interesa conocer cómo se desarrolla el *holding* en el área de neonatología y qué prácticas se realizan como parte del ambiente facilitador de la madre; ya que, en el caso de bebés prematuros, el *holding* entre la madre y su bebé puede verse irrumpido, debido a la situación a la que se enfrentan en un parto prematuro, adelantado, donde las madres no están preparadas psíquicamente.

Los padres, y sobre todo la madre, ven suprimidos las últimas semanas o meses de embarazo, de tanta importancia para las elaboraciones fantasmáticas que acompañan el proceso de maternidad. [...] El parto prematuro, en el 5°, 6° o 7° mes de gestación, provoca que el bebé real irrumpa en la vida mental materna cuando ésta tiene todavía muchas representaciones del bebé imaginario, con el agravante de ser inmaduro o enfermo y con graves riesgos. Ésta es una de las situaciones que más perturba esa

preocupación maternal primaria y, más ampliamente, las funciones parentales y la relación con el bebé (González Serrano, 2010, pág.69).

2.1. *HOLDING*

El *holding* es un término en inglés, viene del verbo *hold*, que según el diccionario Collins (Butterfield, Gonzalez, & Breslin, 1995) lo traduce como sostener, al ser un verbo en gerundio se podría traducir como sosteniendo o sostenimiento. Al revisar las demás traducciones se encuentra una variedad de significados que aportan a la conceptualización, entre ellos: sujetar, contener, ocupar, soportar, y sostener.

Haciendo un juego con estas palabras y al relacionarlo al bebé prematuro, podría decirse que estas traducciones no están muy alejadas a lo que abarcaría el concepto principal en relación a la neonatología, ya que se trata de la función de sujetar o hacerlo sujeto; contener las ideas, pensamientos, sentimientos en el cual se está desarrollando; ocupar un lugar tanto físico como psíquico y ser capaz de soportar el dolor. Es decir, es un sostenimiento a dos niveles: físico y psíquico, ambos entrelazados, no deviene sólo de parte de la madre sino también del personal, entendido como el hablar, tocar, arropar, entre otros. Es una acción de ser sostenido y también sostener.

Desde el francés, se encuentra el concepto de *fonction phorique* o función fórica. Referido a las formas en que se transportan elementos psíquicos de un lugar a otro. “Quien realiza esas funciones fóricas es, por cierto, el sujeto singular, en función de su propia historia particular y de su estructura inconsciente” (Tapia, 2014, pág. 51), se podría decir que, quien cumple esta función sería la madre dirigiéndose a su hijo. Delion, (2001) señala que son los padres quienes llevan en brazos y en sus palabras al niño hasta que este pueda hacerlo él mismo. De esta manera, lo que apunta es que se sostenga a este niño para que en un futuro él pueda tener la facultad de sostenerse por sí mismo. Por lo que, “Delion (2012), se refiere a la función fórica directamente en analogía al *holding* (Winnicott). Toma esta referencia teórica que da cuenta de los primeros cuidados del bebé, <<es por la continuidad de los cuidados maternos justo antes y justo después del nacimiento que la aventura del *holding* comienza>>” (citado en Tapia, 2014). Es decir, el *holding* tanto como la función fórica tiene como objetivo participar en la construcción y desarrollo del sujeto a futuro

Para Sáinz Bermejo (2017), la función materna primordial no trata solamente de sostener físicamente al niño, tomarlo en brazos o acunarlo, sino también mirarlo, hablarle, acariciarlo y de alguna forma, mimarlo, por lo que implica un sostén corporal, emocional y afectivo.

Por ello, la función de sostén permite al cuerpo expresar con libertad y espontaneidad. Para Winnicott (1987), un sostén y manejo adecuado del bebé permite que los procesos madurativos se desarrollen con facilidad, los bebés serán capaces de lograr un crecimiento emocional rápido, ya que “lo que hace la madre cuando actúa suficientemente bien es facilitar los procesos del desarrollo del bebé” (pág. 135).

2.2. NEONATOLOGÍA Y PRÁCTICAS QUE FAVORECEN EL *HOLDING*

El área de neonatología es un espacio que se ocupa del cuidado de los recién nacidos. Según Vento & Moro (2016):

La neonatología es una especialidad que se centra en el principio de la vida y pone en énfasis la conversión de la vida intrauterina a la extrauterina [...] Hoy en día, los mayores desafíos se plantean en los niños extremadamente prematuros y recién nacidos con malformaciones complejas. Los cuidados intensivos altamente especializados permiten la supervivencia de ambos grupos, pero un número significativo de niños que sobreviven lo hacen con secuelas graves permanentes (pág. 3, 2016)

Es decir, en el área de neonatología se encuentran bebés que por diversas circunstancias tienen algún tipo de riesgo, por lo que requieren valoración y vigilancia médica. En este lugar las madres y padres pueden visitar con regularidad a sus bebés y conocer de su condición y evolución. Este servicio en el HGONA es considerado una unidad abierta a los padres y madres.

Al tratarse de un lugar que alberga neonatos con dificultades en su condición de salud, se juegan sentimientos de temor, angustia, muerte, impotencia, tristeza y dolor, ya que existe un riesgo de muerte y esto puede provocar el desborde en las madres y padres de estos (Chairo & Romé, s/f). Al factor emocional se suma lo ajeno que puede resultar encontrarse en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Durante la observación algunas madres compartían la percepción que se tiene sobre el área de neonatología, como un lugar con sonidos extraños, con máquinas y elementos difíciles de procesar. “Comenta que es un verdadero impacto el estar en el servicio, al tan solo escuchar <<cuidados intensivos>> había pensado en que su bebé estaba en una situación muy crítica y de muerte. Su imaginación y miedo sobrepasaba lo que en realidad era el servicio, aun así, manifestaba que la temperatura, la incomodidad, los malestares físicos de la cesárea y la preeclampsia, el ruido de los

monitores y el encontrar a más bebés en situaciones similares, era una situación que la conmovió” (Cuaderno de campo 1, HGONA, 2019).

Conduce a pensar que el *holding* materno tendrá una variante en el bebé prematuro, puesto que en ocasiones es un niño que no puede tomar en sus brazos y ni acunarlo en su mente, como tampoco se acomoda o tiene lugar en su pensamiento (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017). Necesita una madre que pueda enfrentar la muerte e incertidumbre.

Es por esto que se apuesta y sostiene una práctica clínica en este lugar, no es una clínica de consulta donde la demanda viene específicamente del paciente, sino la demanda viene del lado de la institución (de Durán, 2011). Es una clínica de lo inesperado, donde se movilizan afectos tanto en la madre hacia el bebé y viceversa. Al momento de intervenir se levanta un proceso en el dolor que no se está preparado para recibir. Al ser un sufrimiento desbordante es necesario que algo o alguien lo sostenga, por esto surge una clínica que introduce la noción de *holding*.

Entonces, ¿cómo pensar en condiciones o prácticas en estos lugares donde favorezcan los encuentros desde el *holding*? Desde la psicología clínica se apunta a abrir un espacio de escucha que también sostenga a la madre y permita una resignificación del acontecimiento vivenciado. Habrá en escena otros elementos que interactúan con el bebé y que podrán ser parte de este reparo y del sostenimiento (Valansi & Morsch, 2004), se trata de sostener a la madre en esta situación desconocida, compleja y ajena a toda expectativa antes construida, ya que este impacto al que se enfrentan puede interferir en ejercer la función de manera confiada, segura y que sostenga las angustias del bebé prematuro. El *holding* que se plantea dentro área viene desde el manejo de la información, la educación y la capacidad de mentalización dirigidas a la madre.

2.2.1. *Holding y el manejo de información*

Un padre refiere haber sido muy importante para él, que al entrar a Neonatología le dieran toda la información, empezando desde el guardia de seguridad quien le indicaba que debía entrar sin zapatos de calle y ponerse la bata por medidas higiénicas (Entrevista a Padre de Neonatología, HGONA, 2019).

Una madre menciona que al ingresar las primeras veces se sentía completamente perdida, no había recibido la información para ingresar, se sentía angustiada, no conocía la condición de su bebé, bajó sola luego haber estado en hospitalización casi dos días, ¿a

quién debía acudir o acercarse para resolver sus dudas? <<Sientes que todos te ven como un bicho raro, como si tuvieras algo en la cara, te ven raro>>

Asimismo, mencionan que, con el paso del tiempo, al recibir la información, por más difícil de asimilar que fuera, de alguna manera sentían tranquilidad y confianza, ya que sabían lo que sucedía y era el médico quien se había acercado y tomado el tiempo necesario para resolver sus dudas e informarla. (Cuaderno de campo 1, HGONA, 2019).

Lo que demuestra el impacto de las primeras experiencias de las madres al no recibir una mirada o una palabra que las encamine. Por ello, se ha evidenciado indispensable la presencia de un tercero (Morer *et al.*, 2017), en este caso la institución como mediadora del proceso, siendo capaz de sentir a esa madre y a ese bebé como dos personas distintas que están viviendo un acontecimiento vital doloroso y que este acompañamiento no sea un limitante sino facilitador del re-encuentro, ya que recordando las palabras de Winnicott (1987): la madre que es cuidada podrá cuidar.

Teniendo en cuenta el término de institución, esta es definida como una estructura cultural,

Considerada como un haz de normas sociales interrelacionadas que se asocian con un núcleo de valores de alta prioridad y con una o más necesidades humanas básicas. Esto puede ilustrarse con la referencia a las normas o reglas sociales que rodean el nacimiento de un ser humano. Si bien es cierto que tales normas canalizan o regulan el comportamiento de las personas, no lo es menos que se hallan apoyadas y sostenidas por miembros de la sociedad (Smith, 1962, pág.95)

En el mismo texto se cita a Bierstedt (1957) quien plantea que “es una forma reconocida de llevar a cabo alguna actividad en sociedad (...) Las instituciones exigen siempre asociaciones específicas que sostengan” (1962, pág. 96). Es así, que estas organizaciones tienen el deber de velar y procurar el bienestar de quienes acuden a ella. Una institución posee una estructura organizada que regula las actividades que provee. Al enfocarse en Neonatología, lo que pretende este organismo es la facilitación de la construcción de la relación madre-bebé prematuro y contribuir a la disminución de la morbimortalidad neonatal derivada de esta condición (MSP, 2015).

Este sostenimiento de parte de la institución propone que “al menos debería establecerse, con bastante antelación, un contacto bien definido con la persona que asistirá a la madre

durante el parto y postparto” (Winnicott, 1987, pág. 100). “Si no se le ofrece a ella misma formas de contención y organización de esta experiencia, difícilmente pueda ver al bebé [...] que la vuelva a reencontrar con su lugar de madre, y que de alguna manera la despegue de buscar al bebé que perdió” (Pose, pág. 82) Es por esto que no se le puede dejar sola a la madre con la responsabilidad de la prematuridad, porque es provocar un riesgo considerable en cuanto a la relación futura con su hijo o el reforzamiento de los conflictos personales que se ven acrecentados por una herida vívida con su bebé decepcionante (González Serrano, 2010).

Del mismo modo, el diálogo entre el equipo médico y la madre suele estar centrado en la información de los datos médicos, “tratando de excluir cualquier contagio de la angustia a estos” (González Serrano, 2010, pág. 71). Todas las tardes a las tres, horario de información, en el servicio de Neonatología del HGONA, llegan las madres ansiosas y preocupadas, por conocer la evolución de su bebé, en ocasiones no entienden los términos médicos y solo reciben el mismo pronóstico sin mejoría alguna. Son palabras que la madre espera recibir, porque ha puesto su confianza en el personal médico pero que muchas veces no llena sus expectativas. En cambio, cuando un doctor le explica la situación de su hijo y resalta la evolución por más pequeña que haya sido, la madre regresa a la esperanza de vida y puede volver con su hijo con la ilusión de mejoría. Por ello, es valiosa la intervención del equipo médico con palabras y gestos que den un lugar a la madre.

Se plantea que para la construcción de la identidad personal es necesario la provisión ambiental, la capacidad del entorno para promover las experiencias transicionales que influyen respecto a la espontaneidad del pequeño (Sáinz Bermejo, 2017) El entorno debe permitir que surja la función de sostener y salir al encuentro. La madre merece su lugar como cuidadora principal, que fue asumido por la institución debido a las circunstancias médicas, por ello es esta misma la que debe regresar a la madre a ocupar ese lugar en la situación actual.

Entonces, se trata de la importancia de la palabra, de la atención que reciben las madres por parte del equipo médico. Si bien es cierto, las prácticas y acciones del equipo médico se centran en salvar al niño, es un nivel apegado al cuerpo y a la realidad física y se manejan en un tiempo lineal al que deben responder por demanda del hospital y por demanda de los mismos pacientes. Sin embargo, este momento de informar, de dirigirse a la madre, de detenerse para explicar y compartir la evolución del bebé con ella, se puede considerar un espacio potencial de *holding*, siempre de manera respetuosa y prudente. Es decir, es la forma del personal médico de sostener a la madre y brindarle más allá de información una palabra

dirigida a ella como sujeto que siente, que piensa, como madre y así responder a algo de las angustias que genera el ambiente hospitalario. De esta forma, la madre también se apropia del espacio físico y de su lugar como madre.

2.2.2. *Holding y educación*

Cuando el equipo de salud incluye a las madres en la asistencia de los cuidados asumen que el “medio es educar a la madre, darle muchos ánimos que, si ella está junto a su bebé, el bebido va a salir porque siente el afecto y el cariño que la madre le puede dar” (Entrevista a Licenciada 4, HGONA, 2019) “Se debe enseñar a la madre cómo manejar a su bebé” (Cuaderno de campo 2, HGONA, 2019) refieren varios especialistas, probablemente asumiendo a la madre como nesciente al saber de la maternidad. Evidentemente, habrá madres no muy preparadas para sostener a su bebé de manera correcta a la primera vez, pero este es un proceso sistemático de intento, error y acierto, permitiendo acoplarse el uno con el otro.

En otras palabras, se puede cuestionar en tanto parecería que el *holding*, la relación, el vínculo entre la madre y el bebé está pensado como un tema de enseñanza, pero, ¿es esto competencia del área de la educación? ¿Existe una manera adecuada de ser padres? No se puede forzar algo que no es posible adoctrinar, el deseo de un hijo y los afectos a un niño no se pueden adoctrinar porque es la dimensión del saber inconsciente. En realidad, no es algo que se enseñe, aun así, se ha observado que ciertas intervenciones del personal de enfermería, van desde este sentido, como: manipularle, darle de lactar, cambiarle el pañal, tomarlo en brazos, entre otros. Sin embargo, en algunos casos al ser demasiado directivos podría colocar a la madre en una posición de ignorancia, entonces ella también empieza a cuestionarse sobre el saber inconsciente como madre, dejando su lugar a la institución. El fin de estas pautas no debería ser cuestionar el saber materno, sino al contrario, darle confianza y seguridad a la madre para asumir el rol que le ha sido concedido -de manera repentina- pero en el cual irá apropiándose a su tiempo.

Se podría inferir que el personal apela a esto debido a que, si las madres regresan a las representaciones de su propia madre para el cuidado de su bebé, asimismo el equipo médico regresa a las representaciones de cuidado dependiendo de sus profesiones. Es decir, su manera de actuar frente a las madres responde a una lógica institucional aprendida desde la academia que también sirve como guía a la madre al momento de ingresar y que de alguna u otra forma le permite bajar los niveles de ansiedad y estrés (Marín & Menéndez, 2011). No obstante, el HGONA es un hospital particular y nuevo que intenta responder a los valores

de “respeto, inclusión, vocación al servicio, compromiso, integridad, justicia y lealtad” (HGONA, 2016), que apuesta a ofrecer una atención diferente que se inserte en el tiempo del paciente, da oportunidad de ser sostenida la madre por aquellas orientaciones ofrecidas por el personal médico. El equipo de salud presenta dificultad en valorar la dimensión del *holding*, quizás puede ser porque lo ven como un cuerpo físico omitiendo la dimensión psíquica. Por ejemplo, si la madre al estar con su bebé sabe que no le gusta estar boca abajo, las enfermeras y médicos respetar esto, con este gesto -pareciera sencillo- dotan de un lugar a la madre, siempre y cuando sea prudente según la condición de salud del neonato.

2.2.3. *Holding y mentalización*

Allen & Fonagy (2006) explican a la mentalización como la representación simbólica de los estados mentales y la relaciona de manera directa con la cualidad de vínculos afectivos. Es la capacidad de la madre de sentir y comprender el mundo emocional del neonato y proviene de las experiencias con personas capaces de sentir y comprender el suyo propio, es decir de las experiencias con su propia madre. “Son los cuidados y palabras teniendo en cuenta el tono, timbre, prosodia de la voz, textura de las manos, los olores, la mirada del reconocimiento del pequeño, intento de comunicarse [...] Palabras que dan sentido a la experiencia” (pág. 7). “Si tiene hambre llora, se siente inquieto, entonces ahora está en paz, se pasa durmiendo [...], el cariño que nos sentimos juntos, entonces el bebé siente” (Entrevista a Padre de Neonatología 5, HGONA, 2019)

En el caso de la madre, el acercamiento y la construcción de la relación con su bebé permite a la primera sentirse segura al contacto, fortalece su sentido de maternidad y su capacidad para reconocer las necesidades de este bebé tanto físicas como afectivas, ya que

Existen necesidades muy sutiles que sólo pueden satisfacerse por medio del contacto humano. Quizás el bebé necesite sentir el ritmo respiratorio de la madre o del padre, o los sonidos que indican actividad y vida en el ambiente, o percibir los colores y el movimiento, de modo de no quedar librado a sus propios recursos cuando aún es demasiado joven o inmaduro como para poder asumir la plena responsabilidad de su vida (Winnicott, 1987, pág. 114).

Cambia por completo la vivencia de las madres y de los padres al poder acercarse físicamente a su bebé, esa primera experiencia le da un sentido diferente a la relación, despierta afectos que reconstruyen también la parentalidad. Algunos padres logran mentalizar y describen su sensación en los primeros acercamientos con sus bebés:

Me parece muy bien, por ejemplo, según yo noto es que esto ayuda mucho porque yo he visto padres que están muy chochos (Entrevista a Padre de Neonatología 5, HGONA, 2019)

Yo lo cojo, lo amarco y de a poco uno va aprendiendo. Lo primerito es a cogerlo [...], yo le cojo las manitos, lo besó a él; ya es algo mutuo, es algo espontáneo, es el amor de los dos reflejado en el bebé (Entrevista a Padre de Neonatología 5, HGONA, 2019).

Depende del amor que le ponga a su niño, yo de mi parte le pongo todo el amor que por ella vivo, que por ellas doy todo, el apoyo tanto para mi esposa como para mi hija (Entrevista a Padre de Neonatología 8, HGONA, 2019).

Fue un sentimiento extraño, un sentimiento de alegría, de protección... complicado de describir... ante su primera experiencia en realizar el Plan Canguro (Entrevista a Padre de Neonatología 8, HGONA, 2019)

Es decir, el contacto humano, afectivo, caluroso permite al bebé sentir a la madre y responder ante ella, como un reparo en la madre sobre sus sentimientos de culpa o de tristeza. El objetivo es que ella pueda imaginar la experiencia emocional de su hijo y de esta forma ante estímulos o afectos dolorosos ella pueda responder con afectos positivos y reaseguradores. (Mesa & Gómez, 2010). Por ejemplo, se observaba cuando las madres ante procedimientos médicos se quedaban junto a sus hijos para calmarlos o para hacer algún juego o emitir alguna palabra que calme su angustia.

Se podría pensar que la mentalización se ve interrumpida cuando en los primeros contactos con los bebés prematuros se realizan con guantes estériles en las manos, con jeringuillas y vías que los mantienen con vida, son aproximaciones frías y dolorosas, ya que es necesario el contacto corporal para que esos padres puedan mentalizar a su bebé. Es importante reparar aquellas fallas que hacen que el niño experimente grandes ansiedades y agonías. El objetivo es hacer la relación más cercana, como lo mencionan los discursos paternos: “Digamos cuando nosotros no podíamos ni tocarle físicamente, piel con piel sino tocarle con guantes. No teníamos contacto directo digamos con él. Ahora se siente más cercano.” (Entrevista a Padre de Neonatología 4, HGONA, 2019) Cada madre y padre tendrá que enfrentar a su tiempo y volver a descubrirse mutuamente como padres y volver a asumir la filiación. Se trata de pensar al otro, de considerar sus emociones y pensamientos y de que esta madre pueda reconocerlos en su bebé.

Distinguir las necesidades del bebé como propias de él, implica también un reconocimiento por parte de la madre -y de los demás- de un ser otro, admitiendo su singularidad, “debe aceptar la individualidad del pequeño, permitirle su soledad y salir al encuentro pero no dejarlo solo con su sufrimiento, hay que darle un espacio, pero estar suficientemente cerca para atenderlo cuando lo necesite” (Sáinz Bermejo, 2017), es decir, cambia la mirada con la que se dirigía a su bebé, aquella de fragilidad y dependencia del niño. El bebé es un ser autónomo y diferente a la madre, como se ha explicado antes, por lo que necesita también encontrar su lugar en la familia y en el mundo que lo rodea, y en muchas ocasiones, el que la madre pueda tramitar estos sentimientos le da paso a ejercer su función de *holding* materno, se permite sentir a ese bebé y abrirse a la identificación del mismo, favoreciendo la relación con su bebé y ¿por qué no? su evolución médica también.

Para darle un sentido más amplio puede ser oportuno citar a Eugenio de Andrade (2011) citado en Lacan, Milner, Abraham, & Golse, (2014), cuando dice:

Porque al principio es el ritmo; un ritmo sordo, espeso, del corazón o del cosmos — ¿quién sabe dónde uno comienza o el otro acaba? —. Desprendidas no sé de qué limbo, las primeras sílabas surgen, trémulas, inseguras, tanteando en lo oscuro, como procurando un tenue, difícil amanecer. Una palabra de súbito brilla, y otra, y otra más. Como si unas a otras se llamasen, comienzan a aproximarse, dóciles (pág.59).

“En Siri Hustvedt las palabras nacen de un ritmo entre presencia y ausencia, y en De Andrade aparece el ritmo como espacio de sostenimiento” (Lacan, Milner, Abraham, & Golse, 2014). La cita anterior da cuenta de lo que podría atravesar un bebé desde el momento que está en gestación hasta nacer. Desde escuchar el ritmo del latir de su madre, la tonalidad de su voz, las palabras que ella le dirige y la forma en que ocasionalmente toca su vientre en forma de caricias, es lo que construye al niño como un sujeto que ingresará al mundo. Cuando el niño prematuro nace se lo lleva a una cuna donde está solo, los primeros sonidos que escucha son las voces ajenas de los médicos -hasta un tanto frías-, el títular de las máquinas empiezan a ser parte de su entorno, se encuentra en un ambiente que le es desconocido y artificial, frío a nivel afectivo y que lo cubre cuidados extraños y dolorosos.

Una vez que su madre entra a verlo por primera vez, él puede escuchar su voz, aquella voz por fin familiar, a la que reacciona inmediatamente. Así comentaba uno de los entrevistados: “el niño ya nos reconoce, me reconoce por la voz, me reconoce por la caricia y claro, al inicio él estaba dormidito al cien por ciento, ahora ya no, hay un mejor afecto, un mejor apego...” (Entrevista a Padre de Neonatología 9, HGONA, 2019). Es la voz

acunadora, llena de afectos la cual lo hará sentirse seguro y construirá su singularidad y también responderá.

Por ello, se recomienda a las madres cuando entran a Neonatología hablar con sus bebés, para que el simbólico de la mamá le revista de significantes al bebé, para que en un futuro pueda simbolizar. Pueden empezar contando su propia historia y la razón de estar allí. Posteriormente, narrarles acerca de su embarazo, o desde el primer momento que se sintieron dos. Conjuntamente con ello, se les puede pedir escoger un nombre para inscribirlo en un lugar tanto en el psiquismo de la madre como de la familia. Normalmente, las madres de los bebés prematuros si escogieron un nombre lo empiezan a llamar así, sino tratan de buscar alguno relacionado a la fuerza, a la valentía, persistencia, heroísmo, como si fueran unos sobrevivientes a quienes la vida les quiere hacer una jugarreta inesperada desde el inicio. Evidentemente todas las madres desean salir con sus hijos en brazos, para poder presentarles a la familia: sus hermanos, primos, tíos, abuelos, entre otros, quienes desean recibir al nuevo integrante con los brazos abiertos, como si solo después de salir del hospital recién naciera.

“Reconocer lo que el bebé puede y lo que le faltó permite medir los límites y oportunidades en los que se enmarca el encuentro con él” (pág. 70, Pose). Es decir, reconocer que el bebé no ha sido el imaginado desde antes de la concepción, aceptar las limitaciones médicas y emocionales que en algún momento se presentaron, permiten que la relación madre-bebé fluya con naturalidad.

2.3. NEONATOLOGÍA ¿UN ESPACIO TRANSICIONAL?

Neonatología es un espacio medio entre lo interno y lo externo, por lo que podría abrirse la interrogante sobre si la ¿neonatología puede ser considerada como un espacio transicional? Winnicott (1992) trabaja el objeto transicional como un objeto no-yo, fuera del sujeto, un tercero, que permite la diferenciación con el yo. Se presenta en la primera infancia como puente desde lo externo para interiorizarse y lo interno, como conceptos o procesos del sujeto, que van hacia el medio ambiente.

Se juegan ahí varios procesos, la mayoría de carácter interno y afectivo como la pérdida, incertidumbre, emoción, dolor y hasta esperanza; a pesar de que su especialidad sea sobre lo orgánico del cuerpo. Por una parte, se ha visto a los padres realizar una especie de ritual de ingreso, preparándose para el encuentro con su bebé, desde el lavado de manos, la búsqueda de la sala, nuevamente un lavado de manos, tal vez un cruce de palabras con alguien más, y

finalmente el encuentro con su bebé, se podría asemejar al alistarse para el descubrimiento, para aquello tan inquietante, poco a poco se apropian también del lugar.

Debe ser entonces este, un lugar de confianza y seguridad donde puedan los padres dar el salto a un espacio medio entre lo interno y lo externo. La experiencia que se vive ahí, lo que se recibe del exterior y de otros, lo que se moviliza de adentro y afuera, demuestra que estos son "espacios esencialmente de confluencia y de tejido de lazos; espacios en donde hacemos la apuesta de que pueden surgir movimientos de sostén y respeto al otro" (Autores varios, 2013, pág. 94)

De esta manera, el trabajo y el acompañamiento que se da a los padres son condiciones que permiten la creación de este espacio y permite pensar en la neonatología como un lugar y ambiente facilitador donde los padres puedan sentirse seguros y confiados de estar con sus bebés, donde la madre pueda cumplir su función de *holding*. Hará falta tiempo también para que la madre pueda lograrlo, no un tiempo cronológico, no un tiempo de calendario, es un tiempo propio de sentido, un tiempo lógico en palabras de Stryckman (2013). Entonces ahí y con su favorable ambiente facilitador, podrá mirarlo, desde una mirada que construye al bebé, que lo construye en su psiquismo como su hijo; podrá tocarlo sin temor y diferenciar las caricias y el calor humano de aquellos invasivos y dolorosos; y podrá hablarle, edificar su cuerpo, su historia y lo que sucede al momento; encontrándose como en una especie de proceso de adaptación.

La adaptación permitiría que los padres se desenvuelvan en el área de Neonatología con mayor destreza, se abran a vivir la experiencia desde la elaboración y también se den espacio a la sensibilización hacia su bebé, es decir que vivan esta relación desde el apego que han creado en conjunto. "Es un gran esfuerzo apropiarse y sostener el vínculo con este bebé cuando la sensación de riesgo de pérdida es muy grande" (Pose, pág. 50). Sin embargo, muchos padres lo logran y pueden reaccionar ante lo que se enfrentan en el día a día. "El tiempo, la mirada al bebé, la comprensión y el acompañamiento frente a lo que ocurre poco a poco va animando al contacto, al acercamiento, donde existe una motivación básica, que es la percepción que su hijo está ahí, tan asustado como los papás mismos" (Pose, pág. 50).

Este espacio abre la posibilidad de una resignificación, de un apalabramiento, de una simbolización de lo sucedido. Y así también, le da paso a la madre a que este niño ingrese al registro simbólico desde la palabra materna, pues esto también sostiene al niño y lo trae a la vida, a una vida psíquica y constitutiva. Pero, ¿qué es esto? y ¿por qué es importante en estos casos? ¿La simbolización es algo que debe tomarse en cuenta en estos procesos como constructivo en el sujeto?

De manera general, “el proceso de simbolización es uno de los procesos fundamentales por intermedio de los cuales el ser humano deviene sujeto. No existiría posibilidad de subjetivación si este no se viera acompañado y sustentado por un proceso de simbolización” (Duhalde, Tkach, Esteve, Huerín, & De Schejtman, 2011). Este es un proceso fundante del ser humano para poder procesar y tramitar aquello inconsciente que lo rebasa. De forma más sencilla, la simbolización permite pasar de lo abstracto a lo concreto, pero también encierra las “formas de representación indirecta, sin discriminar de un modo más preciso entre los diversos mecanismos: desplazamiento, condensación, sobre determinación y representatividad.” (Lagache & Pontalis, 1971). Sobre todo, cuando el sujeto transita por acontecimientos configuradores de la psique, en este caso el ser padres de un niño prematuro. Son acontecimientos que traspasan la palabra mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la conciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente. Si lo psíquico está en una relación de traducción con lo social, el símbolo aparece como aquello que trasciende al individuo y cuyo sistema le es irreductible, a la vez que el individuo aparece concebido desde su sujeción a un orden simbólico (Rivera, del Solar, & Mansilla, 2018)

Es decir, desde niño se está sujeto al orden simbólico, desde el momento que es concebido, se atraviesa por lo real del cuerpo, el imaginario de la madre y la envoltura de significantes que le anteceden antes del nacimiento. En el caso de los bebés prematuros, una vez que inicia su vida extrauterina e ingresa a Neonatología también está investido por una serie de significantes que a posteridad lo simbolizan, no solo hablando en relación a la palabra sino a los gestos y acciones, las miradas, los sonidos, las caricias, los procedimientos. Esto significa en el niño el primer intento de simbolización de su mundo interior y exterior. Por medio de la madre debe tratar de tramitar todo el acontecimiento terrorífico entre quedar atrapado en lo real de su cuerpo desarticulado a proceder un simbólico que lo constituya, desde la resignificación de la experiencia de la amenaza de muerte y respetando los tiempos lógicos y no cronológicos del bebé.

“Hay que pensar a la simbolización entendida como un elemento fundante del aparato psíquico para conquistar una forma de funcionamiento que permita al sujeto la expresión e integración de sus deseos” (Rivera et al., 2018), en este caso tanto de la madre como del recién nacido. Intentar simbolizar a partir de lo real, resignificar la experiencia y crear un espacio para que aquellas cosas “innombrables” puedan ser puestas en palabras o en gestos. Por lo tanto, lleva a pensar que sí es un espacio transicional, donde varios afectos se movilizan y varios procesos se ponen en juego.

Por lo tanto, el *holding* tiene, en los espacios de neonatología, características de brindar apoyo y confianza por parte del personal hacia la madre para que ella pueda sostener a su bebé y reconstruir su relación. Además, permite la construcción y desarrollo de procesos psicológicos que merecen ser atendidos en estos casos.

CAPÍTULO III

3. INTERVENCIONES DEL *HOLDING* EN NEONATOLOGÍA

“Es nuestra responsabilidad como cuidadores, científicos, políticos, profesionales de salud mental, y ciudadanos responsables que cada bebé tenga la oportunidad de aprender a amar y que cada padre y madre reciba el apoyo necesario para que esto suceda”.

Ruth Feldman

El siguiente capítulo propone un recorrido de las prácticas que se realiza o se realizaron en otros lugares con el fin de analizar si se contempla al *holding* como un concepto importante o de qué manera estas acciones podrían relacionarse con este término desde las diferentes perspectivas y enfoques. De esta forma, pensar en prácticas que se acerquen a la realidad y optimicen la atención se realiza, por lo que también es de interés conocer cuál es el rol del psicólogo y del equipo médico en este tipo de intervenciones, lo que dará paso también a una revisión de aquellos desafíos a los que se enfrenta este personal en su día a día al acompañar a una madre de un bebé prematuro.

3.1. PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN NEONATOLOGÍA Y OTRAS NOCIONES REFERENTE AL *HOLDING*

Es importante destacar el trabajo de los predecesores en la intervención con bebés. Por ejemplo, Freud puntualiza al niño en el momento en que ve a su nieto jugar y recrear, por medio del juego, la presencia y ausencia. Posteriormente, su hija, Anna Freud, retomó el trabajo con infantes, aumenta algunas acotaciones e impulsa la práctica clínica en los primeros años del sujeto. Asimismo,

Ferenczi (1932) que fue para nosotros, en la historia del psicoanálisis, el primero en ponerse de lado del niño como persona, postura que después continuaría Doltó (1985), a Bowlby (1983) por sus ideas e implicancias de la pérdida afectiva, a Defey (1994,1987) omnipresente -entre otros aspectos- por sus importantes aportes al trabajo con la maternidad, al abordaje focal y el trabajo en este tipo de duelo, a Cyrulnik (2002) por ayudarnos a mantener vigente el encantamiento y a Mathelin (1995, 1998) que fue la puerta a través de la cual entramos a interesarnos en estos temas. (Maldonado Pedreros, s/f)

Estos y otros autores serán algunos que se tomarán de referencia para ejemplificar la labor que se realiza desde hace mucho tiempo, forjando las bases del trabajo con niños, hasta la actualidad, llevándolos a las diferentes realidades sociales.

Dolto (1971-1998) se centra en la vida fetal y en las experiencias intrauterinas, sobretodo en cuanto al tiempo de gestación como fuente de vida. Cuando la madre mantiene esa relación de simbiosis con su bebé existe una comunicación hablada internamente, es una voz calmante y simbólica en potencia. Es decir, el bebé es un ser de palabra desde el comienzo, tiene entendimiento y busca comunicación, es un bebé sujeto. La madre está obligada a hablarle al hijo, da lugar a la palabra, con el fin de que su bebé advenga al status de humano para que lo re-conozca. (Dolto, Djeribi-Valentin, & Kouki, 2000)

El bebé es el infante que aún no habla, es un ser desconcertante y sensible dispuesto al encuentro en una relación con la madre que lo lleva al devenir potencialmente, construye la imagen del cuerpo inconsciente a partir de la madre (Dolto, 2005), siendo ella la portadora y estructurante del psiquismo del niño, debido a que toda vivencia del niño está organizada, coordinada en el marco de la relación primordial, ya que el modo de ser y de estar presente es decisivo (Dolto, 2006). La autora planteó lo siguiente: el bebé encuentra vías corporales de su vivir sólo a través de esa especie de sostén incesante que le brinda. Si se lo hace existir demasiado pronto, si se lo arranca del sostén automático del ambiente, se lo extrae de esa incubadora ambiental el *infans*¹ se siente o está en riesgo de desaparecer, de ser nihilizado, en cuanto podría entrar en una vivencia letárgica (Dolto, 2006).

Dolto, no utiliza la noción de *holding*, aun así, se puede conjeturar una relación al mencionar que la madre dota de subjetividad hablante en el cuerpo del bebé; a la vez urdido por la puesta en funcionamiento del lenguaje hablado en la proximidad corporal. De no permitirse se perturba la función simbólica, lo que podría producir desórdenes fisiológicos por defectos decreativos mortíferos en una desorganización de pérdida de imágenes que operan en el cuerpo dado por el cruce del esquema corporal que proviene de la madre y la institución. Asimismo, para la psicoanalista de niños, la madre porta y aporta a su bebé, la portación del verbo y no solo en el marco del ambiente y sus cuidados. No trata de un sostén benevolente con el fin de reorientar y reordenar, sino sofocante y clausurante, enfatiza al final que el único soporte verdaderamente transicional que marca la separación es la palabra (Guillerault, 2009).

¹ El niño que aún no habla (Dolto, 1970)

Por otro lado, Caroline Eliacheff en 1993 en el texto *El cuerpo y la palabra: ser psicoanalista con los más pequeños*, detalla su trabajo realizado con bebés en orfandad o institucionalizados, al que se tomará de referencia en esta parte. Su labor se impartió desde la teoría psicoanalítica y siguiendo la ardua tarea de Françoise Dolto en la misma línea. Eliacheff le da gran importancia a la palabra y a la mirada que se le ofrece al niño desde los primeros días de vida, incluso a su historia que se desarrolla desde la vida intrauterina. Estas nociones deben estar atravesadas por la palabra con la primera intención de considerar a ese bebé como sujeto. En los casos en los que los niños no tienen a su madre o padre cerca, este baño de significantes, esta historia apalabrada, va de lado del personal médico que lo atienden y, en este caso también, desde sesiones que realiza Eliacheff,

Es efecto del inconsciente de quien lo produce y concierne a la experiencia del sujeto [...] Las palabras lo tienen como destinatario directo, lo destinan como sujeto y le ofrecen la posibilidad de habitar su cuerpo: no se trata de consolar, menos aún de reparar, sino de simbolizar el sufrimiento al reordenar la historia para asegurar al niño su identidad a través de sus orígenes, y permitirle asumir sus prerrogativas como sujeto (1993, pág. 21 - 22).

En uno de los casos relata la historia de Zoé, una pequeña de tres meses de vida, su nombre fue otorgado por el personal de la unidad. Su madre no la vio, ni la nombró al nacer por decisión propia. La madre fue heroinómana durante el embarazo, lo que provocó un estado de abstinencia en la bebé, además con una condición de seropositividad. Zoé se separó bruscamente de su madre por la condición de salud de ambas y por la falta de un lazo simbólico. Se realizan algunos encuentros con la bebé, se observa su falta de contacto y de mirada con otros, como desinteresada del mundo.

Durante las sesiones, Eliacheff habla a Zoé acerca de su historia, sus complicaciones médicas, incluso que ahora está bajo los cuidados de la institución y en un proceso de adopción. Le habla de su futura familia adoptiva y le invita a imaginar a sus futuros padres, poco a poco recobra el contacto con otros y con el mundo, reacciona y responde ante él, a su vez que la condición de salud mejora. “Zoé sobrevivió a la falta de droga, pero no puede simbolizar la falta de una madre que no le dio vida ni por la palabra ni por el deseo” (pág. 31), necesita que alguien más pueda traerla a la vida.

Caroline Eliacheff (1993) apela a la palabra y a la mirada para la construcción de este sujeto, le da también la facultad de decidir sobre su vida y sobre su historia por más pequeño

que este sea, es decir, necesita alguien que lo sostenga física y psíquicamente en un mundo en el que está expuesto y, en estos casos, a la deriva. Por otro lado, cuando la madre puede ver ocasionalmente a su bebé en la institución, también necesita alguien que la sostenga para que ella pueda portar a ese bebé, un ser que está lejos de ella y que le implica un gasto psíquico y físico, “una mujer cansada cargando a un niño se cansa aún más; cuando el niño quiere dormirse en sus brazos, percibe esta tensión del cansancio y quiere <<cargar>> a su madre” (pág. 69), es un acercamiento y construcción conjunta, el bebé como hijo de su madre y la mujer como madre de su hijo. Es decir, nos da un acercamiento sobre la importancia y relevancia que un bebé tenga un referente que pueda sostenerlo, es parte de su constitución como sujeto. Finalmente, la labor que se realiza con bebés y sus madres, desde el personal, también puede considerarse como preventiva en el sentido de proveer a ambos un ambiente facilitador en su relación que les permita encontrarse uno con el otro, en su relación de diada, en los casos como es la institucionalización o la hospitalización, caso contrario repercutirá en la vida de ambos. “Cuanto más dure esta inseguridad, más gravosas serán las consecuencias. No <<todo>> se juega antes de los seis años, pero nunca se borra nada” (pág. 142).

Desde otro ángulo, Eduardo Jaar asiste al área de Neonatología en el Hospital San José de Santiago de Chile, le llamó la atención el abandono de recién nacidos. Ante la urgencia de la situación, se vio la necesidad de crear un proyecto de acompañamiento a estos infantes que pudiese suplir sus necesidades afectivas. Su trabajo está fundamentado en Klein, Bick, Bion y Winnicott, autores que consideran la importancia de los estados emocionales y su elaboración. Plantea un acompañamiento en donde “la relación terapéutica, sostenida en el tiempo, brinda una continuidad existencial en estos bebés en abandono, que les permite integración y estabilidad en su desarrollo” (Jaar & Castro, 2017, pág. 4)

Durante este proceso cuidadores y cuidadoras, con una previa preparación, visitan al niño todos los días por lo menos una hora. De esta manera, se diseñó un modelo

De tratamiento centrado en las necesidades emocionales de estos niños, que requieren de un adulto comprometido afectivamente con ellos. Este rol lo cumple un profesional dispuesto a dejarse impresionar por el infante, abierto a dar y recibir afecto, que complementa los cuidados habituales que recibe en la institución, funcionando como una <<envoltura>> de su aparato psíquico (Jaar, 2017, pág. 5).

Durante este tiempo el cuidador puede tomar en brazos al bebé, hablarle, cantarle, acariciarlo y satisfacer sus necesidades primarias y también afectivas, así construyen un entorno en el cual poder sostenerse. Tras la creación de un plan piloto, Jaar fue el primero en ponerlo en práctica y su primera paciente fue Javiera, una niña abandonada, con serios problemas a nivel orgánico puesto que su mamá había consumido sustancias ilegales durante su embarazo. Las interacciones durante los primeros dos meses fueron complicadas, puesto que parecía que la niña se mantenía en su mundo, era demasiado tranquila, aún si el doctor la estimulaba ella no respondía. Al pasar el tiempo y luego de varios encuentros, la niña pudo dirigir la mirada a su cuidador que da cuenta del movimiento psíquico y el llamado a la vida al que ella había respondido (Jaar & Castro, 2017).

Jaar plantea que:

la soledad que experimenta una guagua abandonada, a la que nadie toca ni arrulla en sus primeros meses de vida, tiene un impacto muy severo en su desarrollo psíquico futuro: desde sufrir una depresión o un trastorno de personalidad hasta cuadros de autismo y comportamientos delictuales (García, 2014, pág.3).

Por ello, es tan necesario sostener al bebé que ha sido dejado en el vacío, y no solo sostener al pequeño paciente sino también al cuidador “mientras el cuidador contiene al niño debe haber un equipo que pueda contener al cuidador. Al final del proceso, la separación será dura para ambos, pero más vale pagar ese costo, al costo de que el niño no tenga nada” (García, 2014, pág.5).

Asimismo, Daniela Gestalti es una de las impulsoras de la Psicología Perinatal en Argentina, plantea un trabajo en la maternidad con el fin de contribuir o poner en palabra los sucesos desgarrantes, cotidianos e inusuales que acontecen en estos procesos. Al poner palabra no solo se trata de nombrar al bebé sino de abrir un lugar de escucha, un lugar de encuentro para la madre y el bebé. Las profesionales que trabajan junto a ella realizan guardias, acompañan a las madres en encuentros que pueden durar minutos o largas horas. Se pretende cuidar también al equipo asistencial y a la mamá para que ella pueda cuidar al bebé. Otro de los objetivos es tejer redes dentro de la institución para fortalecer el sostén y facilitar el afrontamiento de la novedad y a veces de la fatalidad. Al escuchar las historias se hace una evaluación de riesgos y recursos, debido a que el trabajo en Neonatología es un mundo aparte, es un aquí y ahora. En ocasiones se irrumpe en lo inesperado, de ser así, el equipo debe sostener en la soledad de la urgencia. Según Gestalti (2019) durante esta labor la psicóloga o el psicólogo puede percibir al trabajo es como un parto, conmueve y mueve al terapeuta dejándose sorprender por lo cotidiano y por lo inusual. Es decir, la forma de

intervención es la de sostener, asistir, contener y acompañar, poner el cuerpo y alma al trabajo, porque la situación lo amerita.

Gabriela Pose (2004), realiza un exhaustivo trabajo con los bebés prematuros, su familia y el personal en el área de Neonatología en Buenos Aires. Encontrarse en esta unidad resulta para los padres un mundo ajeno, de lenguaje desconocido, sentimientos de preocupación y angustia, aparecen cuestionamientos personales y entre ellos, lo que puede repercutir en la relación y en la interacción con el bebé dentro del servicio, como, por ejemplo, el temor a tocar al bebé. Pose (2004) menciona que el shock que se vive en los padres es muy fuerte y es necesario que este se transforme en elaboración, en aprendizaje, para lo que necesitarán un tiempo de adaptación interna. “La privación o espera de respuestas del bebé pre término y las cualidades del cuidado que el bebé requiere instalan por un tiempo una separación física que agiganta la sensación de vacío vincular” (pág. 33), por lo que es importante pensar que una madre puede necesitar tiempo, algo muy común que sucede en estos espacios, ya que se requiere de “un gran esfuerzo apropiarse y sostener el vínculo con este bebé cuando la sensación de riesgo de pérdida es muy grande” (pág. 50).

El acompañamiento y la comprensión son de gran ayuda en estos casos. Pose (2004) refiere que este acompañamiento inicia también desde el personal, desde el informar la situación de los bebés, pues de esta forma permiten que los padres se apropien de la situación y genera confianza en ellos. Si la atención y el acompañamiento se inician desde antes que se dé el suceso podría aminorar las angustias de la madre y la familia. “Cuando la mamá se siente suficientemente contenida por profesionales y por su entorno familiar este tiempo de interacción le puede ir ofreciendo elementos que le advierten y la preparan para el parto y el encuentro con el bebé en estas circunstancias tan especiales” (pág. 41). Continuado con el contacto piel a piel y desde la palabra, es decir desde el *holding*. “El sostén mantiene el funcionamiento psíquico de la misma manera en que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez” (pág. 76).

Maldonado Pedreros (s/f) trabaja en Neonatología en Perú y agrega algunas acotaciones para tener en cuenta en las intervenciones. Primero, son atenciones demostrativas en el que se trabaja con todo el círculo familiar. Se debe ser sincero en cuanto a la condición de sus hijos, no crear esperanzas ni agravar la situación. Se tiene en cuenta la actitud de la madre frente a su hijo o hija, se observa la manera de responder al dolor o incertidumbre; permitiendo que la madre pueda pensar, acoger y mentalizar, lo cual se entiende como un camino favorecedor. Agrega que el equipo médico puede llegar a compartir estos afectos arrolladores que vive la madre. Comenta:

El vivir nosotros estas situaciones nos permite percibir y sentir lo duro e intenso que es trabajar en los espacios de neonatología; lo difícil que es enfrentarse con la fragilidad de la vida y la inminencia de una muerte, más aún cuando ésta se presenta en una recién nacida y en la ilusión de una madre. La intensidad de los sentimientos nos dificultó, por ejemplo, decantar en esos momentos empatía de identificación, lo cual pensamos, constituye una herramienta vivencial importante para ponernos en el lugar de lo que viven tanto las familias como los profesionales que laboran en estos lugares. Consideramos que, sólo viviendo estas experiencias, vamos a poder plantear alternativas para acompañar a las madres y los recién nacidos, cuidando a la vez nuestra salud mental, así como la de los profesionales que laboran en estos espacios (Maldonado Pedreros, s/f).

Relata un caso, se trata de una bebé anencefálica a la cual el psicoanalista visita y habla, aunque fue difícil el acercamiento debido al impacto visual. Posteriormente, se dirige a su madre para comentarle la situación de la pequeña. La madre en expectativa, espera recibir las noticias, aunque no sean alentadoras, él le explica cómo vio a su bebé de forma amable, respetuosa y sincera, sin darle expectativas altas. El esposo fue quien primero visitó a su hija, por lo cual ya había recibido una primera percepción de su bebé, si el psicólogo hubiera mentido respecto a la situación de la niña de seguro la relación hubiera sido fundamentada en la desconfianza. Durante la hospitalización de la niña se trabaja sobre la relación de la madre con la bebé y el duelo anticipado, permitiendo que puedan llevársela a su casa con la familia.

Esta forma de sostenimiento no sólo se dirige a la madre sino también al equipo tratante, ya que puede haber casos graves que despierten angustias en todo el entorno. Proveer de las facilidades, ser sinceros y acompañar el proceso es una manera de *holding*, abrirse a un compromiso emocional no hace daño, perjudica no saber actuar ante esos casos a posteridad. Finaliza y comenta que aún es una clínica en construcción y es un reto para los profesionales que la incursionan.

En Madrid existen algunos hospitales donde se evidencia prácticas en el área de Neonatología desde el ámbito psicológico. En esta ocasión se tomará en cuenta el Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda en el año 2009, donde se trabaja desde el servicio de Psiquiatría Infantil (Fernández & Maresca, 2012). El proyecto y labor interdisciplinaria inicia desde la formación para concientizar a todo el personal sobre los aspectos no biológicos del desarrollo. La intención es dirigir la atención a la psique del bebé en hospitalización, sus padres y el personal que lo atiende.

Su intervención se basa en el modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo “este modelo tiene muy en cuenta el impacto que el ambiente extrauterino puede tener en los recién nacidos, sobre todo en los más prematuros” (Olza, Palanca, González-Villalobos, Malalana, & Contreras, 2014, pág. 47). El programa se enfoca en cuatro puntos: El primero, es la prevención de la salud mental perinatal, esto implica que las intervenciones están dirigidas a optimizar el macro ambiente del recién nacido para evitar la sobre estimulación, optimizar el micro ambiente como la manipulación en procesos médicos dolorosos, y facilitar el papel de cuidador principal a los familiares que se acercan a la unidad, lo que implica también un trabajo con el profesional. En este hospital se coordinó la creación de una sala de padres anexa a la unidad, donde también se implementó un grupo Psicoeducativo y de Apoyo a padres de bebés hospitalizados, lo que dio paso posteriormente a una Escuela para padres con colaboración de Enfermería y Trabajo Social donde se tratan diversos temas familiares y personales referente a la hospitalización de un bebé.

El trabajo terapéutico encaminado a los padres incluye ofrecerles un espacio individual que tenga en cuenta la particularidad de cada caso, así como la programación de talleres grupales sobre El Vínculo psicoactivo entre el recién nacido y los padres. Una vez iniciado este contacto con la familia, se trata de mantener un seguimiento para orientarles y sostenerles (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017, pág. 97).

La segunda parte del programa comprende la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, “significa tener la mente del bebé presente, dar cabida a su vida emocional” (Olza et al., 2014, pág. 48), es dar paso a la palabra, darle un sentido a lo sucedido tanto para los padres como para el bebé. “Para las madres que han tenido un parto traumático relatar su historia permite poder comenzar a elaborar las pérdidas sucesivas: el final del embarazo, el parto soñado, el bebé sano a término o incluso la lactancia” (pág. 48). Mantienen la premisa de hablar al bebé, se valora la interacción de los padres con el bebé para conocer si existe identificación con el mismo, sus cuidados, lo que da paso a la psicoeducación en casos necesarios para que los padres puedan conocer lo que sucede a nivel médico y emocional en este tipo de acontecimientos.

La tercera es la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar, con la intención de que ellos también puedan ser parte de la intervención con la familia, así también puedan sostenerse mutuamente entre el personal. “El enlace con neonatólogos y personal de enfermería se estructura en torno a la participación semanal en pase de

Neonatología” (Olza et al., 2014, pág. 50) Finalmente, la cuarta parte del programa es sobre la investigación y docencia, donde se abren espacios para la formación del personal acerca de estos temas y permitan optimizar su trabajo.

Este modelo de intervención, si bien no es parte del trabajo psicoanalítico que se expone, aun así, mantiene un acercamiento a la intención de pensar en ese bebé y sus padres como sujetos que necesitan un ambiente que les genere confianza y les facilite la interacción con su bebé. Además, siendo esta una situación crítica y complicada a nivel emocional, se propone la intervención que le permita a la madre hablar sobre los hechos acontecidos y referirse a su bebé como un sujeto que la escucha y la necesita, es decir, darle espacio a la madre para que pueda ejercer su *holding* materno.

En Colombia, Hilda Botero (2004) propone un artículo que describe la situación de un bebé prematuro en UCIN, da cuenta de la necesidad de la presencia del psicólogo y la importancia de llevar a cabo Plan Canguro con la familia. Lo más conveniente en cuanto a la atención en la maternidad sería realizar un acompañamiento durante la gestación, debido a que algunas madres presentan angustias desbordantes traducidas en síntomas somáticos que pueden llevar a complicaciones durante el parto y en la vida del bebé. Llegado el día del parto, la madre debe estar acompañada, además el equipo asistencial debe estar presto a escuchar las necesidades de la madre. De ser un parto prematuro, la madre está en un estado especial de “fragmentación, despersonalización, confusión emocional. Si acercamos la mirada a una madre ante el terror de la muerte y la desestructuración, en forma dramática, como se presenta en la prematurez, podemos entender cuál mujer, cuál madre, estamos sosteniendo y necesitamos contener” (Botero, 2004, pág. 71).

El trabajo radica en elaborar los miedos, temores, aprehensiones, fantasías inconscientes y conscientes durante la gestación, experiencia de partos, hijos, padres, con el fin de transformar las narraciones para ser comprendidas y elaboradas a la luz de un intercambio verbal de significados. El objetivo de todo esto es que la madre pueda desplegar su maternidad de forma más libre y menos ansiosa. Es un perdonar y perdonarse para ver a su hijo no como una condena sino como una vida que espera ansiosa a ser vivida (Botero, 2004). De tal manera que facilite la aproximación corporal en Plan canguro, esta madre capaz de sostener a su hijo en sus manos, pecho y también psique, aunque le haya tocado adaptarlos para él.

En Brasil, en Hospital Público de Londrina, se realizó un proyecto que permitía la utilización del Diario del Bebé como instrumento para la resignificación de lo sucedido en las madres en estos casos de bebés prematuros en hospitalización. El diario es utilizado desde

la primera vez que ingresan a la unidad, muchas veces en compañía de las enfermeras. Se registra desde los datos de nacimiento, acontecimientos importantes para la madre, como su primer encuentro, el primer baño, entre otros (de Paula Leite et al., 2016). Además, les permitió compartir con las madres sobre sus experiencias y sobre los sentimientos que tuvieron durante su estadía en hospitalización. Las intervenciones se realizan una vez por semana donde se permite a la madre abordar diversos temas que le hayan llamado la atención o que haya anotado en el diario sobre su bebé. De esta forma le da oportunidad a la madre de elaborar aquellos sentimientos que muchas veces eran arrolladores y difíciles de sobrellevar, le permite a la madre darle un sentido a la situación que vivía y reforzar la relación con su bebé.

Debido a que trata temas relevantes para la familia, el diario da la bienvenida y proporciona una manera de sentirse más cerca del niño, una mejor aceptación del bebé prematuro, registrando los eventos diarios con su bebé y los sentimientos de la familia en este momento de conflicto, generando seguridad para mamá y familia (de Paula Leite *et al.*, 2016, pág. 3).

De esta manera, la herramienta funciona como paso para la simbolización y resignificación en los casos donde tiene a su bebé en hospitalización, es una manera de sostenerse para que pueda encontrarse como madre y sobrellevar esta maternidad.

Finalmente, se ha tomado en cuenta, la estrategia que resulta más efectiva para los padres que enfrentan esta situación: la de reunirse, en grupos de apoyo, con otros padres que atraviesan circunstancias similares, como grupos de mutua ayuda en la cual los padres pueden compartir sus experiencias y de alguna manera saber que otros también cursan una similar situación a la de ellos.

En lo que respecta al trabajo llevado a cabo con los padres, fue necesario estar disponible para atender, mediante la escucha, diversas situaciones de crisis. Es importante puntuar que la mayoría de los padres que manifestaron un deseo de escucha, más allá de la demanda de la institución –sugerencia generalizada de las neonatólogas de utilizar un servicio disponible–, fueron los de los infantes que llevaban varias semanas en el NICU. Ante este hecho, surge la pregunta sobre si esto podría deberse, en parte, a que dichos padres ya no se encontraban tan confrontados con lo real, por lo que intentar apalabrar sus experiencias les resultaba menos amenazante que a aquéllos cuyos infantes recién habían ingresado a la Unidad. En términos de los padres que, inicialmente, parecían responder, más bien, a la demanda institucional, los que recibieron una "invitación"

personalizada de parte de una neonatóloga mostraron más inclinación a participar de un espacio de escucha, que quienes sólo recibieron la sugerencia generalizada de “aprovechar” un servicio (Nazario, Ávila, Rivera Orraca, & Mara, 2005, pág.7).

3.2. ROL DEL PSICÓLOGO Y DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN NEONATOLOGÍA

La presencia de las psicólogas parecía proveer a las neonatólogas cierto alivio, ante la carga que supone no contar con los "recursos" –por “no tener el tiempo”, por “no ser su área de especialidad”– para “ayudar” a los padres. No obstante, su expectativa no era la de que brindasen a éstos un espacio de escucha, sino la de ofrecerles una “charlita” o, en el mejor de los casos, “hablar” con ellos. Tras esta expectativa de las neonatólogas, se aprecia, claramente, una necesidad de taponar la angustia, tanto la de los padres como la propia, mediante una palabra que intenta aconsejar y orientar. Podría afirmarse que, de esta manera, el personal médico parecía pretender evitar esa angustia que provoca enfrentar el sufrimiento ajeno, la fragilidad del cuerpo del otro y la posibilidad constante de la muerte. (Nazario *et al.*, 2005, pág. 10)

Como se percibe en la cita anterior, y lo evidenciado durante la investigación, el obrar del psicólogo aún es enigmático. Los profesionales de otras ramas no conocen bien la función ni tampoco el lugar que ocupa, advierten que está ahí para “aconsejar, guiar, acompañar” (Entrevista a Doctor de Neonatología 6, HGONA, 2019). Teniendo en cuenta que aún no está bien definido qué significa acompañar a una mamá en Neonatología. Por ello es esencial clarificar cuál es la competencia del psicólogo en el área puesto que es una clínica particular con sus tintes de acuerdo a la maternidad.

El psicólogo en Neonatología tiene un lugar de mediador, término entendido según la (RAE, 2019) como: “profesional que interviene en la preparación de un contrato de seguro o reaseguro, en su celebración o en su gestión y ejecución”. Vale decir, un intermediado primero entre la díada y el hospital, y también entre la madre y su bebé. Primero con el hospital porque es un lugar ajeno, incierto y frío a la madre. Cuando después de dar a luz no ha podido ver a su hijo mientras está ella hospitalizada lo más recomendable es que sea acompañada por el psicólogo que tomará el caso, desde un gesto tan simple como llevarla hasta Neonatología, guiarle por el hospital, ayudarle con las guías de bioseguridad e higiene, ayudarla a colocarse la bata o buscar a su bebé entre tantos otros. Tras lo observado, al inicio

las madres ingresan, al área, aprensivas y temerosas, no saben exactamente cómo pedir información o permiso para acercarse a sus bebés. El psicólogo puede intervenir en esas oportunidades como guía a la madre para que ella se llene de confianza incluso para preguntar sobre su hijo, con el fin de ser capaz de apoderarse de su lugar. Por otro lado, el profesional de salud mental es mediador entre la madre y el bebé, en un primer contacto la madre pregunta al psicólogo (Oberman, 2017): ¿Ha visto a mi bebé? ¿Cómo está? La respuesta debe ser lo más sincera posible, posteriormente cuando estén en la sala con el recién nacido pueden iniciar con el gesto de volverlos a presentar o ayudarlo a la madre a poder hablarle a su hijo, reconociendo en él un sujeto que también le necesita a ella. Una manera de promover es que el psicólogo incluso pueda hablar con el recién nacido, en un papel de traductor entre lo que quiere decir la madre al bebé y el bebé a la madre.

El psicólogo se posiciona en una escucha de nivel diferente, primero entiende el lugar de la madre, es capaz de valorarla en su propia historia. La escucha que se propone se relaciona a lo que menciona (Samanes, 1996, pág.108):

Nuestra tarea consiste en escuchar durante la sesión las asociaciones del paciente, en “contener” ese sufrimiento, comprenderlo, e intentar aproximarnos al significado del conflicto psíquico a través de la interpretación.

Escuchar al Otro, creo que es lo más importante y también lo más complicado de nuestro trabajo. Nuestra escucha condiciona la interpretación y condiciona también el material que surge; y, por supuesto, la historia del proceso analítico.

Las interpretaciones variarán según los objetivos terapéuticos y los criterios de curación que tengamos. Toda interpretación estará en función del esquema teórico elegido y, por tanto, debemos tener presente que la relación entre la práctica y la teoría es vital.

Esta acción voluntaria e intencionada se centra en contener ese sufrimiento para darle un significado a la madre con el que pueda cargar. Teniendo en cuenta que las intervenciones psicológicas en la maternidad no son continuas, lo que se pretende es dirigir a un objetivo específico que la paciente necesite trabajar. En un lugar tan ajeno a la consulta o el diván, entre el ruido de las máquinas, la presencia de extraños y el encuentro con el bebé. Cada intervención será un espacio similar a una burbuja en la que entran la díada y se aísla con el fin de dedicar ese tiempo a sus construcciones psíquicas, es decir, acoger a la madre como protección para que ella pueda desplegarse.

Es un facultar que la voz de la madre se escuche y también ella pueda escucharse para que el contenido que parecía insostenible regrese a ella con un nuevo significado al que sí pueda admitir. Dado que, las madres que entran a ver a sus bebés también pueden tener problemas externos: otros hijos, problemas económicos, violencia intrafamiliar, problemas de pareja, duelos no resueltos, entre otros (Ionio et al., 2016); por lo que no pueden centrar toda su atención en el bebé hospitalizado. Una vez que se puede poner en palabras lo que vive podrá volverlo tangible, manejable y resoluble. Cuando tiene la posibilidad de poner sus contenidos en escena puede hacer un movimiento que le permita a la madre acercarse y edificar la relación con su hijo, recordando también que el nuevo ser necesita ser sostenido en una historia trabajada y que lo reciba en la vida, en el amor. Es decir, es una mudanza del miedo e incertidumbre a la acogida y esperanza.

El rol del psicólogo en el Servicio de Neonatología es acompañar y atender a la madre e hijo, a la familia del recién nacido hospitalizado y también, de ser necesario, brindar contención al equipo de salud. La función es ayudar a aquellas personas que atraviesan situaciones complejas a raíz de la internación del bebé. No se trata de calmarlos o pretender como si no pasara nada sino de intervenir y subsanar las consecuencias de la separación entre madre e hijo. Por lo tanto, la intervención psicológica está orientada tanto a la atención y al acompañamiento de los padres como al recién nacido (de Durán, 2011). Se trata de acompañar en el silencio, en el sufrimiento y en los pequeños logros. Detalladamente es: “ayudar a la madre a entender a su hijo; disminuir los niveles de culpabilidad, disminuir el rechazo que pueda llegar a presentar la madre frente al bebé y apaciguar las ansiedades” (de Durán, 2011, pág.189)

Desde el psicoanálisis la función también se la describe como la de acompañar:

Acompañar un duelo en relación con eso que se esperaba y que no está de esa forma, ya que lo que hay en su lugar es un encuentro con una escena de castración que es inasimilable. Nada alcanza a nombrar aquello que acontece. Hay un gran desfase entre aquello que se esperaba y lo que es en la realidad (Elizalde, s/f, pág. 278)

Asimismo, Ansermet (1995) habla sobre la intervención del psicoanalista en los centros de Neonatología. Para el autor, los padres se enfrentan a lo desconocido debido al escenario de la historia que no puede anclarse en la vida puesto que la muerte constantemente amenaza con arrebatarse al bebé. “Según indica, hay dos preguntas que irrumpen en la escena del recién nacido que se encuentra en reanimación: la de si vivirá o morirá, y la de si, en caso de vivir,

será normal o deficiente” (Nazario *et al.*, 2005, pág. 85). Advierte, además, que existen dos tiempos para la intervención del psicoanalista.

El primero consiste en acompañar lo que pasa, con su presencia y su escucha; en tolerar, junto a los padres, la incertidumbre acerca del pronóstico vital, lo cual implica no identificarse con el niño sólo a través del sufrimiento. El autor resalta que, en última instancia, el sujeto ha de permanecer únicamente frente a lo que está viviendo, y que, en este primer tiempo, que supone un exceso de realidad, la palabra no siempre resulta liberadora. Sólo en un segundo tiempo, concluye, será posible reanudar aquello que ha antecedido al traumatismo, es decir, reconstruir una historia, para que quizás entonces pueda llevarse a cabo un trabajo de sentido (Ansermet, 1995, pág.63).

En este punto el psicoanalista abogará para que el niño deje de ser un mero organismo y se constituya como cuerpo hablante, un cuerpo constituido por el saber inconsciente, un cuerpo que se inscriba a partir del registro simbólico. Es un trabajo en conjunto intentando llevar a cabo una intervención interdisciplinaria que despeje dudas y de algún modo alivie la culpa paulatinamente.

De igual modo, los miembros del equipo también se enfrentan a la muerte y a la patología, para los cuales también debería existir un espacio de escucha, promoviendo la posibilidad de darle el lugar simbólico y de resignificación a estos sucesos, incluso entre el mismo personal.

Al localizar la urgencia del lado de los profesionales, se puede advertir que son ellos quienes frente a una ruptura que desorganiza un orden previo, convocan a un profesional de Salud Mental. (...) Quedan confrontados al dolor de una madre que no pueden soportar, intentan eludir ese real de una madre llorando a su hijo. De ahí la importancia de abrir la pregunta de qué es lo que los angustia y que ellos mismos puedan escucharse. (Elizalde, s/f, pág.279).

El médico interviene para curar y para luchar por la vida; se ubica, inevitablemente, en una posición de control, en un orden de lo somático; en cambio el psicoanalista, por su parte, si bien tiene que enfrentar la realidad del cuerpo del recién nacido, su fragilidad y la intensidad de los cuidados que requiere, sólo puede seguir lo que acontece y escuchar lo que vive cada uno; no puede sino ser presencia ante lo que sienten los padres y los cuidadores.

Esta experiencia en Neonatología confirma cuán indispensable es que exista un profesional, psicólogo o psicoanalista, que acompañe allí a los padres con su presencia y su escucha (Ansermet, 1995). También es preciso que, tanto el personal médico, vayan más allá de la atención distante en la cual se dota de información a la madre y deja de lado cualquier acercamiento a lo psíquico. Por eso, es relevante que el equipo pueda actuar junto a la psicóloga o psicólogo no solo para disminuir el nivel de angustia sino también para reconstruir la relación con un bebé que viene antes a la vida.

Debido a que el intercambio con bebés tiene que ser oportuno y sencillo, los médicos mencionan:

A veces, los médicos no tenemos idea de lo que pasa en la cabeza de esa familia que tiene a su hijo internado. Si pudiéramos sentarnos a hablar con la familia, hallaríamos muchas respuestas (...) A veces, como papá, necesitas de los médicos no tanto un informe con pronósticos y números, sino una mano en el hombro, un hombro para llorar o una charla de café para poder desahogarte y contar tu angustia", aseguró Ramón, a quien la experiencia del nacimiento de su hijo lo llevó a encarar de modo distinto su profesión: la neonatología (Ríos, 2008, pág.14)

Esto permite entender la necesidad de considerar las prácticas desde *holding*, para que la madre y el bebé puedan transitar por este proceso y salir con una reconstrucción de la relación más cercana y aceptada. Por eso la importancia del trabajo en conjunto, del trabajo interdisciplinario.

Un trabajo es interdisciplinario cuando lleva a relativizar las certezas, a interrogarse y a permitir que el pensamiento de un profesional cuestione el marco de referencia o los criterios utilizados por los otros y de este modo posibilitan la autocrítica y el aprendizaje, y conjuga habilidades y conocimientos de diferentes especialidades. Implica una modificación mutua a partir de pensar juntos, es convencer fundamentando los propios criterios (Schejter et al., 2006, pág. 196).

Es decir, el trabajo interdisciplinario al que se apunta a llegar debe permitir una resolución de los conflictos dentro del área de manera conjunta, el hecho de tener distintas disciplinas permite conocer la evolución del paciente desde diferentes aristas, lo que potencia el tratamiento, estas distintas miradas permiten enriquecer el pensamiento, siempre y cuando

se reconozca el trabajo que cada uno hace desde su disciplina como importante, pues esto permite crear confianza en el equipo compartiendo responsabilidades.

Schejter et al. (2006) utiliza la “metáfora de sostén” (pág. 197) dentro de un equipo interdisciplinario, imaginada como una red de contención basada en la confianza, elaboración del impacto, búsqueda y reconocimiento de la ayuda de la mirada de otros profesionales. De esta manera, se podría pensar en el *holding*, dentro del equipo interdisciplinario, como una red que se construye desde todas las disciplinas que trabajan en el área. El trabajo interdisciplinario permite reconocer y dar paso al trabajo del otro para complementar el propio, la presencia de todos en conjunto permite al equipo sostenerse, una sola disciplina no podría hacerlo, se trata de un apoyo mutuo. Un sostenimiento mutuo que muchas veces es necesario entre el mismo equipo, debido a que también como personal se enfrentan a situaciones de dolor, pudiendo llegar a topar aspectos personales de cada uno.

No creas que ahora no me verás llorar, porque soy muy chillona, sufro mucho cuando se mueren mis chiquitos, es bien delicado (Entrevista realizada a médico de Neonatología 1, HGONA, 2019).

Cuando los bebés entran en paro... porque o sea estamos ahí entre la muerte y la vida, y nadie quiere que se le muera un bebé en sus manos, eso ha sido lo más... (Suspiro). (Entrevista realizada a licenciada 4 de Neonatología, HGONA, 2019).

Verle cómo esos bebés [con cardiopatía] se deterioran poco a poco por más esfuerzos que uno haga es realmente terrible, esos son los que más nos han impactado, porque el resto yo pienso que ya son bebés que tienen sus complicaciones, pero estos guaguas que sí se les puede ayudar y no poderles ayudar... realmente sí es decepcionante para nosotros como médicos... (Entrevista realizada a médico de Neonatología 3, HGONA, 2019).

De esta forma, se encuentra, en algunas de las entrevistas, el pedido de parte del personal de una formación en general para concientizar y sensibilizar sobre los aspectos no biológicos del desarrollo, de esta manera, tendrían una idea de cómo actuar ante momentos desbordantes en las madres. “Sí sería bueno que nos capaciten, para que sepamos qué hacer cuando una mamita está en estado de tensión” (Entrevista a licenciada de neonatología 6, HGONA, 2019), “sería bueno que algún médico vaya a los Grupos de Mutua Ayuda que ustedes hacen, para que ellos nos conozcan más y si tienen alguna duda médica puedan decirnos” (Entrevista realizada a médico de Neonatología, HGONA, 2019). Por lo que, se

reconoce también el actuar del lado de la psicología para trabajar este aspecto emocional en las madres en conjunto, si bien la intervención del psicólogo es distinta, es necesario e importante que los demás profesionales se familiaricen con técnicas o términos psicológicos y viceversa, y así optimizar el servicio de atención integral que se intenta ofrecer a los pacientes y sus familiares; de esta forma ella pueda apoyarse en el equipo. Ahí inicia el trabajo interdisciplinario, aunque queda mucho por realizar.

Nosotros nos anticipamos con el equipo mucho antes de que la mamá entre a estas crisis de tensión o a crisis de ansiedad. De hecho, yo siempre promuevo que se haga esto porque puede ser el mejor psicólogo, el mejor médico, pero si no le conoce, si no tuviste una relación mucho antes de que entre en la crisis no vas a ayudar en nada, inclusive con palabras textuales podríamos decirle que puede llegar a estorbar ¿no? Entonces, siempre es preferible un acercamiento antes de que se dé el evento, no cuando se da el evento ahí no vas a hacer nada, pero si ya se dio el evento siempre las mismas técnicas que utilizamos: el apoyo incondicional, la escucha activa, siempre ponernos a las órdenes, ofrecerle nuestro apoyo. (Entrevista realizada a médico de neonatología 2, HGONA, 2019)

El trabajo conjunto optimiza la atención en el servicio, maneja un mismo lenguaje y una comunicación compartida, permite a los padres sentir esa comodidad y confianza de que el equipo trabaja y se maneja en conjunto lo que beneficia su estancia y la de su bebé.

3.3. DESAFÍOS EN EL ACOMPAÑAMIENTO

Durante la investigación realizada se han encontrado varios desafíos al momento de un acompañamiento psicológico a una madre de un bebé prematuro, se los llama desafíos pues no se muestran como un obstáculo que imposibilite la labor de intervención en Neonatología, sino, implica un gran esfuerzo y trabajo, lo que señala que algo se realiza y moviliza continuamente en estos lugares, y a partir de esta investigación se ha corroborado la importancia y necesidad de insistir en la construcción de estos espacios de escucha.

Cuando un bebé se encuentra en hospitalización el impacto es enorme en los padres, se sumergen en la incertidumbre de que este bebé pueda o no sobrevivir, se generan varios pensamientos y sentimientos sobre este hecho que dificulta a los padres adaptarse a la

situación con facilidad. Posiblemente, el personal se encontrará con padres que no deseen hablar o que no deseen escuchar noticias frustrantes, incluso padres que no deseen ingresar al servicio por el mismo impacto que este les produce, como comenta una de las entrevistadas: “les afecta verles a sus bebés cómo están conectados a tantas mangueras como ellos dicen, eso también, muchas veces el impacto es fuerte para ellos...” (Entrevista realizada a licenciada 3, HGONA, 2019). Es parte del acompañamiento el guiar, dar la confianza y ofrecer el espacio de escucha para que estos padres y madres puedan apalabrar lo sucedido, de esta manera aminorar los efectos de los factores emocionales que puedan generar un desgaste psíquico en ellos. “El desgaste mayor que hay en neonatología es psicológicamente, o sea sí es un ambiente que a la larga va acabando [...] porque uno no está preparado para estar en ambientes así, que tienen que estar lo más higiénicos... lo más limpios posibles, hay ruidos desconocidos” (Entrevista realizada a padre de Neonatología, HGONA, 2019). “Lo más difícil, el cansancio, porque aquí estamos desde el 4 de agosto, le internaron, le hicieron la cesárea, estuvo como 18 días antes de que nació nuestra bebé, entonces es un poco cansado, estresados, preocupados, de ¿cómo está?, ¿está bien?, si está bien, si está mal, con la esperanza de que la voy a encontrar cada día mejor” (Entrevista realizada a padre de Neonatología 8, HGONA, 2019).

Sin embargo, como parte de los desafíos del psicólogo, como se había mencionado antes esta sigue siendo una labor poco conocida, habrá ocasiones en que muchos de los padres cuestionen la atención por parte del mismo, tal vez por estigmas que se mantienen alrededor de quien recibe una atención psicológica -solo los locos van al psicólogo-, pueda que rechacen la atención o simplemente se cierren al momento de la intervención al creer que el psicólogo pueda juzgarlos o pueda decir algo de lo que se converse entre ellos. Derrumbar aquellos imaginarios sociales del trabajo del terapeuta puede ser tarea difícil. Sin embargo, no está lejos de lograrse, siempre y cuando se actúe con prudencia y respeto en el caso por caso.

Aun así, del otro lado, un desafío puede encontrarse en el trabajo interdisciplinario, donde parecería que es labor del psicólogo comunicar al personal médico sobre la situación emocional de las madres, sin embargo, este acercamiento o interés en el tema debería ser voluntario así como al momento de intervenir el psicólogo se informa y se mantiene al tanto de la condición clínica del bebé para acercarse al mismo o a sus familiares, pues si bien es cierto que el psicólogo está mayormente capacitado para abordar este tipo de casos y cada uno tiene sus tareas específicas por cumplir desde cada una de sus disciplinas, es labor de

todos generar este espacio de seguridad a los padres como se ha evidenciado en los capítulos anteriores.

Con la ayuda de ustedes como psicólogos, a veces trabajadores sociales, inclusive nuestra unidad que tenemos ahora de paliativos. Ustedes nos ayudan tanto que creo que nosotros tenemos que cambiar algunas cosas que hacemos porque a veces son rutina, pero tenemos que cambiar, y creo que también ustedes podrían ayudarnos a nosotros en ese punto de sensibilizarnos un poco más (Entrevista realizada a médico de neonatología 1, HGONA, 2019).

Es un trabajo que se intenta abordar y cambiar diariamente, no se puede generalizar, aun así, es un trabajo en el que hay que persistir para poder lograr un verdadero equipo interdisciplinario.

¿Cómo los equipos resuelvan el trabajo interdisciplinario? Desde la observación en campo aparentemente, cada disciplina pretende su especialidad destaque, el profesional puede llegar a considerar que sin su trabajo la sanación no es posible, aun así, no se trata de una lucha de poderes en el que uno hace más que el otro, sino de un entretrejo de saberes que proveen a la madre y al bebé de un sostén seguro de cuidados a nivel orgánico y psíquico. El desafío en este sentido es no creer que solo una especialidad va a sostener una red de innumerables necesidades, posiblemente de ser así esta no pueda aguantar el peso de todo. La idea sería que cada profesional desde su área pueda intervenir, pero también dar el lugar al trabajo de cada miembro del equipo para el bienestar de la madre y el bebé. Reconocer hasta dónde llega la tarea propia y cuándo se necesita el apoyo o cuándo se da paso al otro profesional capacitado en otra materia es parte de la construcción de redes y del trabajo en equipo (Schejter *et al.* 2006).

Al tratarse de un hospital de tercer nivel, es decir un hospital de referencia y de especialidad, llegan pacientes que han sido transferidas desde otros lugares de la ciudad e incluso del país para dar a luz en este establecimiento; por lo que encontramos que se trata de una variada población con diversas características. Se encuentra que a algunas se les dificulta la adaptación cultural, cuando se trata de zonas rurales del país o extranjeros, de la misma manera la movilización y alimentación, pues muchas personas que acuden son de escasos recursos económicos; otras mujeres tienen otros hijos en casa y el cuidado de los mismos está a su cargo; finalmente, encontramos mujeres que por su delicada condición de salud no pueden acudir con regularidad al área de neonatología. “Se les pregunta ¿por qué no vienen? Y dicen <<no, lo que pasa es que me he sentido muy mal>>, <<me duele la

herida>> o <<vivo muy lejos>> o dice <<no tengo con quién dejarles a mis niños>>” (Entrevista realizada a licenciada de neonatología 2, HGONA, 2019). Estos y otros factores, dificultan que exista un seguimiento continuo de un proceso psicológico y mucho menos un seguimiento posteriormente al alta, sumado a todo lo que pasa en su mente en ese momento por encontrarse prematuramente con su bebé; incluso dificulta procedimientos médicos que deben realizarse con inmediatez. Como se ha mencionado al inicio de este apartado, se tratan de desafíos por el hecho de que son retos que como profesionales se debe asumir con responsabilidad para brindar una atención óptima en la medida de lo posible. De esta manera ser mediadores en la relación madre-bebé, generar confianza y un acompañamiento respetuoso, donde la madre pueda ser sostenida y puede hacer *holding* para este niño.

CONCLUSIONES

A partir de la pregunta de investigación: ¿Cuál es el lugar y la función del *holding* en el acompañamiento psicológico en los casos de madres con bebés prematuros?, avanzamos en las siguientes reflexiones:

Sobre los elementos a ser sostenidos por el *holding*, se encuentra la parentalidad como proceso tensionado a desarrollarse en el área de Neonatología. La mujer al convertirse en madre prematura se enfrenta a varias emociones ambivalentes que comprometen su psiquismo materno y que además cuestionan su maternidad, misma que se presenta desbordada y debatida en cuanto a su función; lo que interfiere en la relación con su bebé en el encuentro en este servicio, un encuentro anticipado y atravesado por el dolor. El padre en su función prematura, se figura como aquel primer portador de noticias a la madre, también como aquel cuidador encargado de temas administrativos y económicos de la familia. Finalmente, el psiquismo del bebé prematuro se constituye a partir de en una desarticulación de la palabra y del cuerpo, construido desde la fragilidad y en ocasiones, desde el aislamiento al tacto y a la palabra; en estos casos, la comunicación y contacto con el otro permite al bebé reconstruir simbólica y físicamente su cuerpo para que logre contener aquellos afectos dolorosos a los que se enfrenta. Al tomar en cuenta aquellos elementos se puede afirmar que llaman a un sostenimiento y a una resignificación, son heridas simbólicas como las llama Bettelheim (1974), aquellas que no cicatrizan fácilmente y merecen la debida atención y cuidado más cuando se encuentran amenazados e interferidos por la idea de muerte.

Sobre el *holding*-sostenimiento a ser brindado en el área de neonatología. El *holding* puede verse interrumpido debido a la situación a la que se enfrentan los padres en el encuentro anticipado, por lo que se apuesta a una clínica que maneje este concepto y que ofrezca un espacio de escucha a la madre. La intervención que se realiza desde el personal médico apuntan a brindar información y esta información sostiene a las madres, dándole un lugar en el área y permitiéndole apropiarse del mismo y confiar en el equipo. Desde el personal de enfermería, su forma de acompañar y sostener viene del instruir o explicar a la madre acerca de los cuidados del neonato, el fin de aquellas directrices debe darle seguridad a la madre para asumir su rol y apropiarse del mismo; lo que se evidencia al hacerlas partícipes de los cuidados y atenciones a las necesidades básicas de sus hijos. Desde el personal de psicología se apunta a abrir procesos psicológicos que le permitan a la madre

elaborar y resignificar lo sucedido, de tal manera que ella pueda mentalizar a su bebé, es decir, pueda imaginar aquella experiencia emocional del bebé e identificarse con él (Allen & Fonagy, 2006). Esto se evidencia en los acompañamientos individuales, asesoramiento en Plan Canguro y los Grupos de Ayuda Mutua que se realiza semanalmente.

Estas prácticas en el HGONA desde cada disciplina suponen sostener y acompañar a la madre en estos momentos donde le resulta difícil transitar sola, es su forma de *holding*, la mayoría de profesionales apelan a brindar un lugar al psiquismo de la madre en la institución dando como resultado que la mayoría de madres logre apropiarse de este espacio. De esta manera, por el hecho de que existan varios procesos psíquicos que se presentan en neonatología se puede considerar a esta área como un espacio transicional (Winnicott, 1992). Es decir, aquel lugar medio entre lo interno y lo externo que da cabida a una apropiación del mismo y elaboración de dichos procesos, abren paso a los surgimientos de movimiento de sostén y respeto al otro (Varios autores, 2013).

Sobre las intervenciones del *holding* en Neonatología. Las prácticas a nivel internacional descritas señalan la ausencia del concepto *holding* como tal, sin embargo, todas ellas apuntan a la creación de espacios de confluencia donde la relación madre/padre-bebé pueda emerger sin mayores complicaciones, existe una preocupación sobre el psiquismo del bebé prematuro y el psiquismo materno, se los piensa como importantes e inmersos en la necesidad de ser sostenidos cuando su entorno resulta ser ajeno y desconocido. El rol que juega el psicólogo y el personal médico es de gran relevancia en la atención, ya que son parte del ambiente facilitador y del acompañamiento a la madre para que pueda cumplir su función de *holding* y como equipo multidisciplinario apuntaría a un trabajo en conjunto que sostenga a la madre desde las diferentes disciplinas y a las angustias que pueden emerger en el mismo equipo, construyendo una red de sostén.

Finalmente, uno de los desafíos es continuar la construcción del lugar del psicólogo, ya que a veces se lo observa desde un rol rígido, inflexible, se piensa en su trabajo desde una psicología clínica de consultorio o desde la patología. Por lo que es necesario trabajar en elaborar un lugar del psicólogo en espacios hospitalarios, en neonatología, en maternidades; como una clínica que incorpora otras características que ubica al mismo en un entremedio entre lo que dice el médico y la impresión de los padres, que da paso a la información y resignificación en el acompañamiento. Por otro lado, el trabajo interdisciplinario, pues se

podría encontrar con profesionales que no dan paso al actuar de otras disciplinas tomando la suya como la más relevante. Aun así, es un trabajo competente al área completa el facilitar o aportar en algo a la relación que se construye en un ambiente hospitalario entre la madre y su bebé, considerando que estos primeros encuentros marcarán en la constitución psíquica del niño y el aporte en cuanto afectos positivos y reaseguradores pueden reparar aquellas experiencias de dolor y dependencia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda espacios de co-construcción acerca de la importancia y relevancia de la salud mental para que el personal pueda ser partícipes de los procesos que se despiertan en estos servicios entorno a ser madres y padres de un bebé prematuro. De esta forma abrir paso a entender el *holding* materno e insertarlo en los cuidados del bebé.

Asimismo, abrir espacios de palabra en el personal médico y de enfermería que está cerca del trabajo con la muerte.

Siguiendo lo anterior, avanzar en la reflexión del psicólogo clínico en los espacios intrahospitalarios.

Se recomienda al hospital continuar con la apertura a este tipo de investigaciones sobre la salud mental de los pacientes en el establecimiento, pues se observa que es de los pocos que da paso a este tipo de intervenciones, estudios y que se interesa en el bienestar mental del sujeto.

De igual manera, se recomienda continuar con la contribución y apoyo de herramientas que den paso la resignificación y elaboración de los contenidos psíquicos de los pacientes como los son los Grupos de Ayuda Mutua a madres de bebés prematuros, cuentos, reuniones mensuales con los padres y personal de salud, entre otros.

Considerando a la parentalidad como un proceso que toma su tiempo, un tiempo lógico mas no cronológico, y sobre todo en condiciones de prematurez, por lo que se recomienda brindar el tiempo y apoyo necesario a la madre de manera respetuosa y amable.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello, J. (2007). *Filiación en el derecho de familia*. Programa De Formación Judicial Especializada Para El Área De Familia. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla.
- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo. Pasión de hijo: Esterilidad y Técnicas Reproductivas a la Luz del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Allen, J., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Metallization-Based Treatment*. Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Ansermet, F. (1995). *¿De Qué Sufren Los Niños En Neonatología?* Revista Del Instituto Del Campo Freudiano.
- Anzieu, D. (2010). *El Yo-Piel*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Arzamendia, D. (2017). *Bebé Prematuro*. Retrieved from <https://search-proquest-com.puce.idm.oclc.org/docview/1968024183?accountid=13357>
- Autores varios. (2013). *Psicología Fuera De Los Muros De Consulta*. Universidad Internacional SEK.
- Baseggio, D; Dias, M.; Brusque, S.; Donelli, T. & Mendes, P. (2017). *Vivencias De Madres E Bebés Prematuros Durante La Internación Neonatal*. Temas En Psicología.
- Bettelheim, B. (1974). *Heridas Simbólicas: Los Ritos De La Pubertad Y El Macho Envidioso*. Barral.
- Blaessinger, R. R. (2012). *Maternidad: ¿Un Deseo Femenino En La Teoría Freudiana?* Nomadías.
- Bleichmar, S. (1999). *Entre La Producción De Subjetividad Y La Constitución Del Psiquismo*. Revista Ateneo Psicoanalítico.
- Bogino, M. (2016). *No-Maternidades: Entre La Distancia Y La Reciprocidad En Las Relaciones De Parentesco*. Quaderns-E De l'Institut Català d'Antropologia.
- Botero, H. (2004). *Un Encuentro Prematuro. Madre-Bebé Canguro. Construcción Y Reparación De Una Relación*. Pensamiento Psicológico, pág. 65-82.
- Butterfield, J., Gonzalez, M., & Breslin, G. (1995). *Collins Compact Diccionario Ingles*; Barcelona: Grijalbo.
- Chairo, L., & Romé, M. *Psicoanálisis Y Hospital: Una Experiencia En Neonatología*.
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). *Rigor Y Calidad Metodológicos: Un Reto A La Investigación Social Cualitativa*. Psicoperspectivas.
- De Durán, R. I. (2011). El papel del psicólogo en el servicio de neonatología. *Perinatología Y Reproducción Humana*.

- De Paula Leite, C., de Souza, S., Rossetto, E., de Oliveira Pegorard, L., Jacinto, V., &. (2016). *The Baby's Diary To The Premature Infant's Mother: Supporting Family-Centered Care/ O Diário Do Bebe Para A Mae De Prematuro: Apoiando O Cuidado Centrado Na Familia/ El Album Del Bebe Para La Madre De Prematuro: Apoyando La Atencion Centrada En La Familia*. Enfermagem Uerj.
- C. E. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Tribunal Constitucional Del Ecuador. Registro Oficial Nro., 449
- Delion, P. (2001). *Thérapeutiques Institutionnelles*. EMC-Psychiatrie, 37-930.
- Dolto, F. (2005). *La Imagen Inconsciente Del Cuerpo Paidós*.
- Dolto, F. (2006). *La Causa De Los Niños Paidós*.
- Dolto, F., Djeribi-Valentin, M., & Kouki, E. (2000). *Lo Femenino: Artículos Y Conferencias*.
- Duhalde, C., Tkach, C., Esteve, M. J., Huerín, V., & De Schejtman, C. R. (2011). *El Jugar En La Relación Madre-Hijo Y Los Procesos De Simbolización En La Infancia*. Anuario De Investigaciones.
- Dupret, A. (s/f) *Exceso De Maternidad Y Descalificación Paterna*. Ecuador Debate.
- Egido, A. (2011). *La Piel Tiene Una Característica Simbólica Porque Es Donde El Cuerpo Y El Espíritu Se Unen*. Gerokomos.
- Eliacheff, C. (1993). *El Cuerpo Y La Palabra: Ser Psicoanalista Con Los Más Pequeños*. Nueva Visión.
- Elizalde, E. (s/f) *Frente A La Irrupción De Lo Inesperado: Qué Lugar Para El Psicoanalista*.
- Fernández, I. O., & Maresca, I. P. (2012). *La Experiencia Del Programa Del Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda*. Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace.
- Freud, S. (1933). *Conferencia: La Femenidad*. Paper presented at the Sigmund Freud. Nuevas Conferencia De Introducción Al Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 22 1932.
- Freud, S. (1950). *Proyecto De Una Psicología Para Neurólogos* Amorrortu.
- Gallegos, J., Reyes Jaime, & Silvan, C. (2010). *La Unidad Neonatal Y La Participación De Los Padres En El Cuidado Del Prematuro*. Perinatal Reprod Hum, 98-108.
- García, G. (2014). *Estas Guaguas Están Muy Solas*. La Tercera, Retrieved from: <https://www.paula.cl/reportajes-y-entrevistas/estas-guaguas-estan-muy-solas/>
- Gómez, C. (2018). *Experiencia En Dos Hospitales Sobre La Observación De Respuestas*

- De Dolor En Niños Prematuros Internados*. Revista de la Sociedad Española del dolor, 25(5), 271-277.
- González Serrano, F. (2010). *Nacer De Nuevo: La Crianza De Los Niños Prematuros: Aspectos Evolutivos. Atención Y Acompañamiento Al Bebé Y La Familia*. Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente, 49, 133-152.
- Guillerault, G. (2009). *Dolto-Winnicott: El Bebé En El Psicoanálisis*. Paidós.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). *Mothers And Fathers In Nicu: The Impact Of Preterm Birth On Parental Distress*. Europe's Journal of Psychology.
- Jaar, E., & Castro, E. (2017). *Un Modelo De Trabajo Psicoterapéutico Con Infantes Institucionalizados*. Infant Observation, 238-248.
- Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). *Helping Parents Cope With The Trauma Of Premature Birth: An Evaluation Of A Trauma-Preventive Psychological Intervention*. Pediatrics, 115 (4), 915-919. doi:10.1542/peds.2004-0370
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o Futuro nao vem. A Psicoanálise na clínica interdisciplinar com bebés*. Ágalma. Brasil.
- Lacan, W., Milner, M., Abraham, T., & Golse, R. (2014). *Ritmo, Mirada, Palabra Y Juego: Hilos Que Danzan En El Proceso De Simbolización*. Revista Uruguay De Psicoanálisis (En Línea), pág. 74-97.
- López, K. (2015), *El Riesgo De Nacer Prematuro*. El Norte, pp. 6. Retrieved from <https://search-proquest-com.puce.idm.oclc.org/docview/1739318002?accountid=13357>
- Mahler, M. S. (1972). *Simbiosis Humana: Las Vicisitudes De La Individuación* Joaquín Mortiz.
- Maldonado Pedreros, M. (s/f) *Psicoanálisis De Frontera: Vida Y Muerte En Un Departamento De Neonatología*.
- Marín, D., & Menéndez, C. (2011). *Estrés, Ansiedad Y Depresión En Madres De Niños Con Malformación Congénita Mayor (Mcm) Internados En La UCIN Del Hospital Garrahan*. Medicina Infantil.
- Mathelin, C. (2001). *La Sonrisa De La Gioconda: Clínica Psicoanalítica Con Bebés Prematuros Nueva Visión*.
- Mesa, A. M., & Gómez, A. C. (2010). *La Mentalización Como Estrategia Para Promover La Salud Mental En Bebés Prematuros*. Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, 8 (2), 835-848. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692715X2010000200005

&lng=en&tlng=en

- Montecino, S. (1990). Símbolo mariano y constitución de la identidad femenina en Chile. *Estudios públicos*.
- Morer, B., Ayala, B., Burillo, M., Boullón, A., & Mancho, A. (2017). *Apoyo Psicoterapéutico En Un Servicio Hospitalario De Neonatología*. Revista Pensamiento Psicoanalítico.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía De Práctica Clínica (GPC). Recién Nacido Prematuro*. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en <http://salud.gob.ec>
- Nazario, E., Ávila, D., Rivera Orraca, Z. M., & Mara, Z. (2005). *Una Experiencia De Escucha En La Unidad De Cuidado Intensivo Neonatal*. Fort-Da: Revista De Psicoanálisis Con Niños.
- Oiberman, A. (2001). *Observando A Los Bebés...: Estudio De Una Técnica De Observación De La Relación Madre-Hijo*
- Oiberman, A. (2005). *Nacer Y Después: Aportes A La Psicología Perinatal* JCE.
- Olza, I., Palanca, I., González-Villalobos, I., Malalana, A. M., & Contreras, A. (2014). *La Salud Mental Del Recién Nacido Hospitalizado: Psiquiatría Infantil En Neonatología*. Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace.
- OMS. (2015). *Declaración De La OMS Sobre Tasas De Cesárea*. Resumen Ejecutivo. Suiza.
- Pacheco-Romero, J. (2018). *Parto Pre Término, Avances Y Retos. A Manera De Prólogo*. Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia. Doi:10.31403/rpgo.v64i2102
- Pose, G. A. (2004). *Ser Padres Prematuros: Sobre El Parto Prematuro, El Nacimiento Y La Relación Con El Bebé & Nbsp;* Buenos Aires: Del Candil.
- RAE. (2019). *Diccionario De La Real Academia Española*. Retrieved from <https://www.rae.es/>
- Ríos, S. (2008), "*Lo Que Cambió Es Saber Qué Necesita El Bebe Prematuro*". La Nación, pp. N/a. Retrieved from <https://search-proquest-com.puce.idm.oclc.org/docview/335344799?accountid=13357>
- Rivera, C., del Solar, R., & Mansilla, M. (2018). *Del Inconsciente Hacia La Función Simbólica: La Originalidad Del Aporte Freudiano Frente El Debate Individuo Sociedad*. Cinta De Moebio: Revista Electrónica De Epistemología De Ciencias Sociales.
- Rojas, M. C. (2005). *El Trabajo Psicoanalítico Con Padres*.
- Ruiz, A. L., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). *Estrés Y*

- Depresión En Madres De Prematuros: Un Programa De Intervención.* Archivos Argentinos De Pediatría.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott Y La Perspectiva Relacional En Psicoanálisis.* Herder Editorial.
- Samanes, M. (1996). *La Escucha Psicoanalítica.* Revista De Psicoanálisis De La APM.
- Sampieri, R., & Collao, C. (2016). *Libro Metodología De La Investigación* McGraw Hill education.
- Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., De Raco, P. P., Ugo, F., & Jesiotr, M. (2006). *Imaginarizar El Trabajo Interdisciplinario En Salud.* Anuario De Investigaciones.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La Muerte Sin Llanto. Violencia Y Vida Cotidiana En Brasil.* Barcelona: Ariel.
- Segatore, L., Poli, G., & Lara, R. R. (1975). *Diccionario Médico* Teide.
- Senplades, S. N. (2017). *Plan Nacional De Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida.*
- Smith, H. E. (1962). *El Concepto De "Institución": Usos Y Tendencias.* Revista De Estudios Políticos.
- Solís, L. (2014). *Acerca De Las Bases Psicoanalíticas Del Estudio De La Parentalidad.* GRAFO Working Papers.
- Stern, D. (1983). *La Primera Relación: Madre-Hijo.* Ediciones Morata.
- Stryckman, N. (1993). *La Femenidad, La Madre, La Pareja.* G. Naranjo (Comp.), Trayectoria.
- Tapia, S. (2014). *La Función Terapéutica De La Institución En El Tratamiento De La Psicosis.*
- Valansi, L., & Morsch, D. S. (2004). *Psicólogo Como Facilitador Da Interacción Familiar No Ambiente De Cuidados Intensivos Neonatales.* Psicología: Ciência E Profissão.
- Vento, M., & Moro, M. (2016). *De Guardia En Neonatología: Protocolos Y Procedimientos De Los Cuidados Neonatales* (3ª Edición ed.). Madrid: Ergón: Panamericana.
- Villamizar Carvajal, B., Vargas Porras, C., & Rueda Nieves, E. (2014). *Madres Descubriendo El Amor Incondicional En El Proceso Adaptativo De Hospitalización De Su Bebé Prematuro.* Revista CUIDARTE, 5(2), 782-91. doi:10.15649/cuidarte.v5i2.93
- Welldon, E. (1993). *Madre, Virgen, Puta.* Idealización Y Denigración De La Maternidad.
- Winnicott, D. (1947). *El Odio En La Contratransferencia.* De La Pediatría Al Psicoanálisis. Obras Escogidas.
- Winnicott, D. (1987). *Los Bebés Y Sus Madres Paidós.*

Winnicott, D. (1992). *Realidad Y Juego*. Ed. Gedisa, Barcelona.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento

GUÍA DE ENTREVISTA PARA ACTORES CLAVE PARA LOS PADRES

TEMA: Análisis del *holding*-sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros. Estudio realizado a partir de entrevistas a actores claves del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, del cantón Quito, Pichincha – Ecuador, durante el período agosto-diciembre 2019.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abordará el análisis del *holding* – sostenimiento, nos interesa conocer las prácticas o acciones del equipo interdisciplinario implicadas en el acompañamiento de madres con bebés prematuros. Es decir, conocer cómo se desarrolla esta relación madre-bebé y qué de estas acciones permiten a la madre acercarse a este bebé física y emocionalmente. De la misma manera, es de interés escuchar las opiniones de los padres de familia que puedan dar cuenta de la construcción de un *holding* materno.

INDICACIONES

Si accede a participar de una entrevista, será grabada en formato de voz. El tiempo que le tomará será de aproximadamente 20 a 30 minutos. No hay respuestas buenas ni malas, nos interesa saber lo que realmente piensa sobre las preguntas. Se realizarán preguntas acerca de la labor que realiza dentro de sus prácticas. Esta es una entrevista semiestructurada, es decir, que contará con preguntas de temas a modo de guía que permitirán conocer las intervenciones o formas de acompañamiento.

Garantizamos la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, la misma que será usada únicamente para los fines de la investigación y no implica la divulgación de su identidad en ningún caso.

El beneficio de participar en la investigación es contribuir al mejor acompañamiento y con ello obtener una estancia amable para la madre y el bebé prematuro.

DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo:
3. Estado civil:
5. Profesión/Ocupación:

INFORMACIÓN SOBRE EL *HOLDING*- SOSTENIMIENTO

Antes de empezar la siguiente entrevista se aclara el término *holding*.

El *holding* o sostenimiento, término descrito por Winnicott (1998) como una de las funciones del cuidador primario (en esta investigación: la madre), se refiere a un sostenimiento psíquico por parte de la madre a su bebé desde los primeros cuidados que otorga a este y desde los primeros acercamientos en su relación madre-hijo, pueden verse reflejados en: caricias, besos, abrazos, miradas, palabras, ensoñaciones, entre otros. Sin embargo, para que la madre pueda ejercer dicha función debe estar rodeada también de un ambiente facilitador que le permita realizar el *holding*. Este puede verse interrumpido también por el mismo hecho de encontrarse prematuramente como madre con su bebé, pues existe una ruptura en

la relación entre lo que imaginó sería su hijo y la situación que encuentra en el área de Neonatología, pudiendo interferir en estos primeros acercamientos físicos y emocionales.

Contexto (Social, económico, familiar)

¿Qué factores influyen para que los padres asistan –o no- a acompañar a sus bebés en Neonatología? ¿Cómo lo explicaría?

Condiciones (emocionales y físicas)

¿Qué condiciones de salud (emocionales y físicas) influyen para que los padres asistan -o no- acompañar a sus bebés en Neonatología? ¿Cómo lo explicaría?

Holding materno

¿Cómo cree usted que su pareja ve a su bebé en Neonatología?

¿Qué cree que le limita o le favorece a su pareja para hablar/acariciar al bebé?

¿Qué le comenta su pareja de su bebé?

¿Cómo cree que se siente su pareja con su bebé?

¿Cómo cree que se relaciona su pareja con su bebé?

Holding visto desde el equipo

- Sostén Psíquico-emocional (Soñar, palabras, mirar, hablar, sentir)

- Sostén Físico (Brazos, arropar, acariciar, calor físico, mirar, hablar, sentir)

¿Qué hace para que su pareja y usted tengan una relación más cercana con su bebé?

¿Cómo podría promover el *holding*? ¿Creo que es importante?

Acompañamiento a una madre de un bebé prematuro

¿Cómo acompaña a su pareja en Neonatología?

¿Qué acciones o prácticas realiza el equipo interdisciplinario que promueven para que la madre pueda brindar *holding* (sostén físico -sentirle, hablarle, mirarle, acariciarle- y sostén psíquico -mirarle, verle, pensarle, ensoñarle, hablarle-) al bebé?

¿Cuál es su rol en el acompañamiento con su pareja?

¿Qué hace cuando la madre se encuentra en un estado de tensión?

¿Qué ha sido lo más difícil en este proceso de hospitalización con su bebé? ¿Por qué?

¿Cuál cree usted que es el mayor desafío al acompañar a su pareja en esta situación?

¿Qué prácticas o acciones recomendaría usted al equipo médico en el acompañamiento a una madre de un bebé prematuro para promover el *holding*?

GUÍA DE ENTREVISTA PARA ACTORES CLAVE PARA PROFESIONALES

TEMA: Análisis del *holding* - sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros. Estudio realizado a partir de entrevistas a actores claves del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, del cantón Quito, Pichincha – Ecuador, durante el período agosto-diciembre 2019.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abordará el análisis del *holding* – sostenimiento, nos interesa conocer las prácticas o acciones del equipo interdisciplinario implicadas en el acompañamiento de madres con bebés prematuros. Es decir, conocer cómo se desarrolla esta relación madre-bebé y qué de estas acciones permiten a la madre acercarse a este bebé física y emocionalmente. De la misma manera, es de interés escuchar las opiniones de los padres de familia que puedan dar cuenta de la construcción de un *holding* materno.

INDICACIONES

Si accede a participar de una entrevista, será grabada en formato de voz. El tiempo que le tomará será de aproximadamente 20 a 30 minutos. No hay respuestas buenas ni malas, nos interesa saber lo que realmente piensa sobre las preguntas. Se realizarán preguntas acerca de la labor que realiza dentro de sus prácticas. Esta es una entrevista semiestructurada, es decir, que contará con preguntas de temas a modo de guía que permitirán conocer las intervenciones o formas de acompañamiento.

Garantizamos la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, la misma que será usada únicamente para los fines de la investigación y no implica la divulgación de su identidad en ningún caso.

El beneficio de participar en la investigación es contribuir al mejor acompañamiento y con ello obtener una estancia amable para la madre y el bebé prematuro.

DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo:
3. Profesión/Ocupación:

INFORMACIÓN SOBRE EL *HOLDING*- SOSTENIMIENTO

Antes de empezar la siguiente entrevista se aclara el término *holding*.

El *holding* o sostenimiento, término descrito por Winnicott (1998) como una de las funciones del cuidador primario (en esta investigación: la madre), se refiere a un sostenimiento psíquico por parte de la madre a su bebé desde los primeros cuidados que otorga a este y desde los primeros acercamientos en su relación madre-hijo, pueden verse reflejados en: caricias, besos, abrazos, miradas, palabras, ensoñación, entre otros. Sin embargo, para que la madre pueda ejercer dicha función debe estar rodeada también de un ambiente facilitador que le permita realizar el *holding*. Este puede verse interrumpido también por el mismo hecho de encontrarse prematuramente como madre con su bebé, pues existe una ruptura en la relación entre lo que imaginó sería su hijo y la situación que encuentra en el área de Neonatología, pudiendo interferir en estos primeros acercamientos físicos y emocionales.

Contexto (Social, económico, familiar)

¿Qué factores influyen para que los padres asistan –o no- a acompañar a sus bebés en Neonatología? ¿Cómo lo explicaría?

Condiciones (emocionales y físicas)

¿Qué condiciones de salud (emocionales y físicas) influyen para que los padres asistan -o no- acompañar a sus bebés en Neonatología? ¿Cómo lo explicaría?

Holding materno

¿Cómo cree que ve una madre a su bebé en Neonatología? (¿Cómo cree que lo percibe?)

¿Qué es el manejo materno?

¿Cómo evalúa usted que una madre tiene buen manejo materno? (¿Qué criterios definen el manejo materno?)

¿Cómo ha observado el desarrollo de la interacción de la madre y su bebé en Neonatología?

¿En qué momento percibe usted que la madre tiene mayor libertad para acariciarle o hablarle a su hijo?

Holding visto desde el equipo

- Sostén Psíquico-emocional (Soñar, palabras, mirar, hablar, sentir)
- Sostén Físico (Brazos, arropar, acariciar, calor físico, mirar, hablar, sentir)

¿Qué hace para que la mamá tenga una relación más cercana con su bebé?

¿Cómo podría promover el *holding*? ¿Creo que es importante? Podría mencionar algún ejemplo.

Acompañamiento a una madre de un bebé prematuro

¿Cómo acompaña a una madre de un bebé prematuro en Neonatología?

¿Qué acciones o prácticas realiza el equipo interdisciplinario que promueven que la madre pueda brindar *holding* (sostén físico -sentirle, hablarle, mirarle, acariciarle- y sostén psíquico -mirarle, verle, pensarle, ensoñarle, hablarle-) al bebé?

¿Cuál es su rol frente a una madre que se encuentra en un estado de tensión?

¿Cuál fue el caso más difícil para usted o que le haya despertado angustia? ¿Por qué?

¿Cuál cree usted que es el mayor desafío al acompañar a una madre de un bebé prematuro?

¿Qué prácticas o acciones recomendaría usted para que una madre pueda ejercer el *holding*-sostenimiento?

ANEXO 2: Consentimiento informado

Documento de Consentimiento Informado para médicos, psicólogos, licenciados, ex practicantes de Salud Mental y padres de bebés prematuros del área de Neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Análisis del *holding* - sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros

Este documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

- Información (Proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (El cual se debe firmar si está de acuerdo en participar)

Parte I: Información

- Introducción:

Nosotras somos Lucía Gissela Arias Sanango & Érika Belén Villamarín Ramírez, somos egresadas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Y, estamos investigando sobre Análisis del *holding* - sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

- Propósito:

La investigación que se realiza está enfocada a entender el *holding*-sostenimiento en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros. Se espera describir los elementos que pueden ser abordados por el “*holding*” en el psiquismo en el acompañamiento psicológico y determinar el lugar a nivel teórico clínico del sostenimiento que se brinda desde la función del psicólogo y el equipo médico en el trabajo interdisciplinario en cuanto al cuidado del recién nacido prematuro y su madre en el área de Neonatología del HGONA. Este estudio realiza una identificación de las características principales *holding*-sostenimiento del acompañamiento psicológico para darle una relevancia y poder mejorar los desafíos que esta pueda presentar. .

- Tipo de intervención de Investigación

Se realizará una entrevista semiestructurada anónima que consta de datos como edad, nivel de educación y estado civil con --- preguntas relacionadas al *holding*-sostenimiento en

el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros.

- **Selección de participantes**

La muestra será no probabilística por conveniencia de la investigación, los actores claves serán: equipo médico (6 médicos y 6 enfermeras) del servicio de Neonatología, equipo de salud mental (4 psicólogos), 4 ex practicantes. Y actores indirectos, en este caso, 10 padres de bebés prematuros todos pertenecientes al Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arizmendi.

- **Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

- **Procedimientos y protocolos**

En este estudio no se realiza prueba, examen o procedimiento diagnóstico que le dañe de ninguna manera, o exponga a riesgo alguno, siendo la realización una entrevista un procedimiento totalmente inocuo y seguro.

Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a su participación en este estudio deberá ser contestada por los responsables del estudio.

Se podrá retirar de este estudio en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto le perjudique.

Los resultados del estudio pueden ser publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y los datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que su identidad sea solicitada por la ley.

- **Descripción del proceso**

Se le realizará una entrevista semiestructurada en la que se le harán algunas preguntas que usted puede contestarlas o no, misma que será grabada para después ser transcrita y analizada.

- **Duración**

- La investigación durará 4 meses pero su participación será únicamente contestando la entrevista.

- **Efectos secundarios**

Al no realizarse ningún tipo de intervención sobre los actores claves, no existen efectos secundarios.

- **Riesgos**

Al no realizarse ningún tipo de intervención sobre los actores claves, no existen riesgos para su salud.

- **Molestias**

Al no realizarse ningún tipo de intervención sobre los actores claves, no existen molestias capaces de afectar.

- **Beneficios**

Resaltar la importancia del acompañamiento psicológico a las madres de bebés prematuros en el servicio de Neonatología del HGONA. Además, conocer la perspectiva de los profesionales del equipo médico y los padres de bebés prematuros con la finalidad de obtener opiniones o sugerencias que enriquezcan el trabajo realizado hasta el momento lo que será beneficioso para crear un marco de entendimiento sobre los factores positivos y negativos que podrían mejorar. A nivel social se pretende sensibilizar a los profesionales sobre la relevancia de un ambiente favorable, desde su trabajo en las distintas disciplinas en las que se desempeñan, que le permita a la madre construir su relación con su bebé, después de un inesperado y anticipado encuentro con su hijo.

- **Confidencialidad**

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto que sea solicitado por la ley.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en esta institución. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta casa de salud. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en esta casa de salud no será afectado en ninguna forma.

- **Parte II: Formulario de consentimiento**

He sido invitado a participar en la investigación de “Análisis del *holding* - sostenimiento

en el acompañamiento psicológico en madres de bebés prematuros”. Entiendo que debo contestar una entrevista semiestructurada de manera anónima en una única oportunidad. He sido informado de que los riesgos son nulos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha: (dd/mm/aaaa):

- Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmó que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo:

Firma del testigo:

Huella dactilar participante

Fecha: (dd/mm/aaaa):

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

ANEXO 3: Entrevistados

ENTREVISTADO	CODIFICACIÓN PARA LA TRANSCRIPCIÓN	SEXO	EDAD	FECHA
Médico de Neonatología 1	MNeo1	Femenino	53	25 de sep al 17 de oct 2019
Médico de Neonatología 2	MNeo2	Masculino	39	25 de sep al 17 de oct 2019
Médico de Neonatología 3	MNeo3	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Médico de Neonatología 4	MNeo4	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Médico de Neonatología 5	MNeo5	Femenino	35	25 de sep al 17 de oct 2019
Médico de Neonatología 6	MNeo6	Masculino	43	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 1	LicNeo1	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 2	LicNeo2	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 3	LicNeo3	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 4	LicNeo4	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 5	LicNeo5	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Licenciada en enfermería de Neonatología 6	LicNeo6	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Psicólogo de Neonatología 1	PscNeo1	Masculino	39	25 de sep al 17 de oct 2019
Psicólogo de Neonatología 2	PscNeo2	Femenino	30	25 de sep al 17 de oct 2019
Psicólogo de Neonatología 3	PscNeo3	Femenino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Psicólogo de Neonatología 4	PscNeo4	Femenino	30	25 de sep al 17 de oct 2019
Practicante de Psicología Clínica de Neonatología 1	PPsCNeo1	Femenino	25	25 de sep al 17 de oct 2019
Practicante de Psicología Clínica de Neonatología 2	PPsCNeo2	Femenino	25	25 de sep al 17 de oct 2019
Practicante de Psicología Clínica de Neonatología 3	PPsCNeo3	Femenino	24	25 de sep al 17 de oct 2019
Practicante de Psicología Clínica	PPsCNeo4	Femenino	25	25 de sep al 17 de oct 2019

de Neonatología 4				
Padre de Neonatología 1	PNeo1	Masculino	23	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 2	PNeo2	Masculino	24	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 3	PNeo3	Masculino	23	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 4	PNeo4	Masculino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 5	PNeo5	Masculino	32	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 6	PNeo6	Masculino	-	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 7	PNeo7	Masculino	25	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 8	PNeo8	Masculino	33	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 9	PNeo9	Masculino	35	25 de sep al 17 de oct 2019
Padre de Neonatología 10	PNeo10	Masculino	35	25 de sep al 17 de oct 2019

ANEXO 4: Aprobación del proyecto a realizarse en el HGONA

