PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA RELACIÓN TRANSFERENCIAL MADRE-NEONATO PREMATURO.

ESTUDIO REALIZADO DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO EN 3 CASOS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE QUITO-ECUADOR, DURANTE EL PERIODO 2021-2022

AUTORA: KARLA ESTEFANÍA AMPUDIA BALDEÓN

DIRECTORA: MTR. DANIELA CASTRO FALCONI

QUITO, 2022

A todas las madres cuyos bebés quisieron conocerlas antes de tiempo para que los acompañen en su desarrollo de una forma cercanamente diferente.

AGRADECIMIENTOS

A mí mamá por enseñarme la fortaleza y determinación para lograr lo que uno se propone.

A mi papá por cuidar todo mi camino y permitirme ser libre y dueña de mis decisiones.

A ambos por enseñarme el valor de crecer, aprender y seguir adelante.

A Patty, Pato y Teo por su amor y apoyo incondicional.

A Pali por su apoyo y sostén diario

A mi familia del edificio E5-99 por enseñarme el apoyo, comprensión y empatía de una familia.

A Daniela Castro F, por ser mi escudo, mi guía y enseñarme la valentía de investigar algo nuevo y no detenerse hasta el final, tomando valor en cada paso del camino.

A las hermosas y fuertes madres y sus bebés que formaron parte de esta investigación enseñándome la fortaleza, el valor y dedicación de la maternidad y la lucha diaria por la vida.

Al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y al Dr. Humberto Navas por abrirme sus puertas y permitirme realizar mi investigación.

A Ana Lía Ruiz por su increíble y hermoso libro “El bebé prematuro y sus padres”.

A Samia Corina por todo y más

A mis hermosas amigas.

A Esteban.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS III

RESUMEN VI

ABSTRACT VII

INTRODUCCIÓN 1

1. CAPÍTULO 1: EL DEL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA 4

1.1. El rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario 4

1.1.1. El trabajo del psicólogo clínico con el neonato 5

1.1.2. El trabajo con los padres, familia o cuidadores 7

1.1.1.1. Experiencia de los padres durante la hospitalización 9

1.1.1.2. Psicólogo como traductor del equipo médico y los padres 12

1.2. Ámbito hospitalario y área de neonatología 13

1.2.1. Salud mental en neonatología 15

1.3. El psicólogo clínico dentro del trabajo multidisciplinario en neonatología 17

1.3.1. El trabajo en equipo 19

2. CAPÍTULO 2: LA RELACIÓN TRANSFERENCIAL ENTRE LOS PADRES Y EL NEONATO 23

2.1. Transferencia 23

2.2. Transferencia del equipo 30

2.3. Transferencia padres-neonato 34

2.4. La transferencia como camino a la mejora del neonato 39

2.4.1. Método "Mamá Canguro" 41

3. CAPÍTULO 3: RELACIÓN TRANSFERENCIAL MADRE-NEONATO 46

3.1. Contexto del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora 46

3.2. Metodología 47

3.3. Instrumentos 49

3.3.1. Observación Participante 49

3.3.2. Diario de Campo 50

3.4. Participantes 51

3.5. Presentación y análisis de los resultados 52

3.5.1. Análisis de los resultados 1er indicador 59

3.5.2. Análisis de resultados 2ndo Indicador 65

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 71

4.1. Conclusiones 71

4.2. Recomendaciones 73
REFERENCIAS 75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Análisis e ilustración de los resultados del primer indicador con sus subcategorías* **.....** 52
Tabla 2: *Análisis e ilustración de los resultados del segundo indicador con sus subcategorías* **.....** *63*

RESUMEN

La presente investigación cualitativa de tipo teórico aplicada con un diseño fenomenológico que utiliza la observación participante y el análisis de contenido, estudia el rol del psicólogo clínico dentro de la dinámica de la madre con su bebé prematuro mientras realizan el método "Mamá Canguro" en el área de neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. En el desarrollo de la investigación se escogieron tres madres mayores de 20 años con sus bebés en prematurez moderada, de las cuales se obtuvo el consentimiento informado y se realizó la observación participante tomando en cuenta los indicadores, el psicólogo clínico en ámbito hospitalario y la relación transferencial en la diada madre-neonato prematuro definida desde Mathelin, Ruiz, Winnicott y Freud. Los resultados permiten dar cuenta de la importancia del rol del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario del área de neonatología, puesto que destaca la importancia de la salud mental perinatal, aún más atravesando el proceso de prematurez en el cual su falta de atención se evidencia en la forma de estar presentes las madres, en el proceso de recuperación de sus bebés.

Palabras Claves: bebé prematuro, transferencia, observación participante, salud mental perinatal.

ABSTRACT

The present qualitative research of a theoretical type applied with a phenomenological design using participant observation and content analysis, studies the role of the clinical psychologist within the dynamics of the mother with her premature baby while performing the "Kangaroo Mother" method in the neonatology area of the Isidro Ayora Gynecological-Obstetric Hospital. In the development of the research, three mothers over 20 years of age were chosen with their babies in moderate prematurity, from whom informed consent was obtained and participant observation was carried out taking into account the indicators, the clinical psychologist in the hospital environment and the transferential relationship in the premature mother-baby dyad defined by Mathelin, Ruiz, Winnicott and Freud. The results show the importance of the psychologist's role within the multidisciplinary team of the neonatology area, since it highlights the importance of perinatal mental health, even more so in the process of prematurity in which the lack of attention is evident in the way mothers are present in the recovery process of their babies.

Keywords: premature baby, transference, participant observation, perinatal mental health

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un bebé a término es un evento anhelado por los padres, genera la ilusión que después del nacimiento será llevado a su hogar para unir a este nuevo integrante dentro del sistema familiar. En el momento en que esta situación cambia o no ocurre en el tiempo esperado, ya que el bebé necesita hospitalización, se genera instantáneamente angustia, incertidumbre y miedo en los padres. En Ecuador el número de nacidos vivos en cada año es de 300 000, los neonatos de muy bajo peso representan el 1% total de los nacimientos y representan el 40% de la mortalidad infantil. La prematuridad constituye cerca del "45% de los RN con parálisis cerebral, el 35% de los RN con discapacidad visual y el 25% de los RN con discapacidad cognitiva o auditiva" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, p.11).

El convertirse en padres de un bebé de riesgo supone un hecho traumático el cual perjudica en las tareas de cuidado y protección que deben cumplir los padres, además de esto se vive una separación impuesta por una sala de cuidados intensivos y una incubadora. Este situación inesperada provoca en los padres una readaptación forzada hacia una nueva vida con un bebé, diferente y demandante tanto emocional como psíquicamente|. Los padres se ven envueltos en una variada cantidad de elementos estresores, las máquinas, los tubos, el equipo médico que entra y sale constantemente, por lo que los padres se encuentran sobrecargados de miedo, dolor, incertidumbre, duda, ansiedad y numerosas inquietudes. Es entonces que el acompañamiento psicológico a estos padres se torna vital para que los mismos logren afrontar de forma positiva esta crisis, reconstruyendo lazos y generando vínculos con su bebé.

La presente investigación nace motivada por la estrategia ESAMYN (Establecimientos de Salud Amigos de la madre y el niño) la cual se basa la atención en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, fomenta la lactancia materna y otros aspectos, como elementos que favorecen la atención de calidad y calidez al recién nacido, sus padres y la relación vincular en formación (Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, 2017). La importancia del trabajo que realizaría el psicólogo clínico como el que acompaña y sostiene emocional y psíquicamente a la madre y al bebé durante su estancia en el centro hospitalario se mantiene en duda ya que no es un rol establecido dentro de las unidades neonatales. Así mismo, la información sobre el rol que cumple el psicólogo en un ámbito hospitalario es muy reducida, con muy poca bibliografía al alcance dentro del contexto ecuatoriano. Todo este contexto permitió preguntarme ¿Cuál es el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario alrededor de la relación transferencial madre-neonato?, tomando como fortalecedor del vínculo al concepto de la transferencia desde el psicoanálisis.

La investigación buscó dar respuesta a la pregunta planteándose como hipótesis que el rol del psicólogo clínico en el área de neonatología promueve, fortalece y preserva la dinámica transferencial adecuada entre la madre y el bebé prematuro, mediante la facilitación del encuentro de ambos en el espacio donde se facilita el método "Mamá Canguro" como una práctica que permite la circulación de la palabra y fortalece el vínculo afectivo entre la diada madre-bebé prematuro. Teniendo en cuenta investigar alrededor de la misma, se propuso como objetivo general el analizar el rol de psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro en 3 casos del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. De igual manera se plantearon como objetivos específicos: 1) Conceptualizar el rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, 2) Detallar el rol del psicólogo clínico como fortalecedor de los factores transferenciales en la dinámica madre-bebé prematuro, dentro de un ámbito hospitalario, 3) Analizar el rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madres-bebé prematuro, a través de la metodología observación participante, en 3 casos del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito desde el enfoque psicoanalítico.

Siendo una investigación con enfoque teórico-aplicado desde una metodología cualitativa, con un diseño fenomenológico que utilizó como método la observación participante y para el estudio de los datos se utilizó la metodología de análisis de contenido. En primer lugar se realizó una revisión teórica que aborda el desarrollo y desenvolvimiento del bebé en el ambiente extrauterino dentro de una incubadora, también el trabajo del psicólogo con los padres, la familia y/o cuidadores enfatizando en cómo la hospitalización del neonato los afecta tanto física como psíquicamente y cómo este rol debe adaptarse a la situación y contexto donde sea requerido. Así mismo se revisará cómo el psicólogo es el fortalecedor de la dinámica transferencial entre la madre y el neonato prematuro tomando en cuenta el indicador del "Método Mamá Canguro". Por último, se observó y se acompañó a 3 diadas madre-bebé prematuro durante 15 días en el HGOIA, esto implicó contar con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos CEISH-PUCE, debido a que se necesitaba el consentimiento informado de las madres mayores de edad, para realizar la observación participante y formar parte del proceso de recuperación de sus bebés, conocer sus historias de vida, tomando nota en el diario de campo.

Me gustaría finalizar mencionando la importancia del cuidado de la salud mental materno infantil como una inversión a largo plazo a la niñez y la adolescencia, fortaleciendo los lazos con los padres de modo que se provea desde una edad muy temprana, un sistema de apoyo que aporte a la construcción de su resiliencia para que cuente con las herramientas que le permitan afrontar las eventualidades a lo largo de su vida. El neonato y más aún el neonato

prematuro necesita más de la presencia activa de sus padres puesto que al no terminar su desarrollo intrauterino se encuentra más vulnerable, tanto física como psíquicamente, por lo que la presencia de sus padres en los procesos de recuperación, formando con cada paso vivencias que fortalecen el vínculo puede evitar que el bebé permanezca más tiempo hospitalizado y separado de su sistema, al igual que prevenir complicaciones físicas y psíquicas. El rol del psicólogo clínico, como el que acompaña y fortalece la relación vincular madre-neonato prematuro, devuelve el rol prioritario en primer lugar a los padres como actores principales en la recuperación de su bebé y al bebé como sujeto de derechos, que necesita estimulación constante para desarrollarse de forma positiva. Personalmente considero importante abrir el campo de trabajo a los psicólogos dentro de área de neonatología como ya se ha hecho en muchos países como España o Argentina, de modo que se denote la trascendencia del cuidar y velar por la salud mental de la madre y su bebé durante el embarazo, el nacimiento y el puerperio.

.

1. CAPÍTULO 1: EL DEL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA

1.1. El rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario

Según Arranz & Cancio (2003) el psicólogo clínico cuando realiza su trabajo en el contexto hospitalario, se enfrenta a situaciones donde existen niveles elevados de estrés y experiencias dolorosas, enlazadas con lo impredecible, incontrolable y la incertidumbre de la enfermedad o condición crítica que se afronta. La intervención psicológica con el paciente hospitalario es diferente al que ocurre en el encuadre de una consulta ambulatoria en donde el paciente narra lo sucedido, es decir el hecho es traído y representado al espacio terapéutico, logrando trabajar con más facilidad con elementos simbólicos (Fuentetaja & Villaverde, 2019); por otro lado el trabajo con el paciente ingresado al centro hospitalario, es en tiempo real con el acontecimiento crítico, se viven las circunstancias con el paciente al mismo tiempo que están ocurriendo, esto hace mucho más compleja la tarea de sostenimiento y contención; así será "tarea del psicólogo ayudar a dar un sentido a ese estado emocional del paciente para que este, pueda ser entendido por el resto de profesionales, de forma que no se produzca una disociación entre su estado mental y físico" (Fuentetaja & Villaverde, 2019, p. 5). La asociación de variables psíquicas y sociales, sumadas a las biológicas, implica una visión y apoyo integral al paciente en su momento crítico (Fuentetaja & Villaverde, 2019). Tomando en cuenta esto la psicología clínica ha proporcionado alternativas "para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales y de comportamiento, desde una concepción integral de la salud y enfermedades humanas" (Core, 2013, p. 44).

Así mismo, el trabajo del psicólogo en el área de neonatología se enfoca en primera instancia, "en buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente médica centrada en los aspectos físicos" (Serrano, 2010, pp. 148-149). En segundo lugar, ayudar a los padres a separarse del sonido de las máquinas y los comentarios técnicos para lograr observar el cuerpo y las manifestaciones del bebé, es decir darle una existencia psíquica en un contexto que es complicado que la haya. Consecutivamente, ayudarles a descubrir en su propio tiempo "al bebé sano y vital que deseaban tener, en un término de nuevo nacimiento, que enriquezca su mundo representacional sobre su hijo" (Serrano, 2010, p. 149). Este trabajo irá permitiendo al neonato explorar sin miedo sus orígenes un tanto difíciles e ir descubriendo su fortaleza para vivir, en síntesis, ir construyendo su identidad incorporando su historia biológica, emocional y relacional (Serrano, 2010).

1.1.1. El trabajo del psicólogo clínico con el neonato

Según Trapero, García & otros (2014) el recién nacido es un ser vulnerable y dependiente, pero cuando nace sano y a término posee mecanismos para adaptarse a la vida extrauterina, herramientas útiles para la construcción de puentes afectivos y efectivos para el aprendizaje y el desarrollo de la capacidad de comprender e interactuar en el mundo. Por otro lado, el recién nacido prematuro, descrito como el bebé nacido antes de haber completado las 37 semanas de gestación (Tucker & McGuire, 2004), necesita mucha protección ambiental puesto que, por una parte está perfectamente capacitado para sobrevivir en su entorno natural, el útero de la madre, pero al nacer antes de tiempo necesita un cuidado extremo por los estados de conciencia muy poco diferenciados, propios de su sistema nervioso inmaduro, además su vulnerabilidad a generar inestabilidad con estímulos que podría parecer comunes, pero para el neonato resultan invasivos (Valle, Sierra, Palacios, García, & Moro, 2014).

Sumado a lo mencionado, Serrano (2004) afirma que se debería ofrecer al neonato un entorno que sea fluido y continuo que le permita generar lazos entre su mundo interno y su mundo externo basado en la relación que le ofrecen los padres y cuidadores, generando así los primeros procesos de pensamiento. "La atención y repetición de los signos de reconocimiento que percibe el bebé, pueden ayudarle a organizar representaciones de su entorno y de las interacciones que darán lugar a las bases de su sentimiento de seguridad psíquica" (Serrano, 2010, p. 140).

Uno de los programas más difundidos y estudiados, que trabaja directamente con el bebé y su familia, es el de Newborn Individualized Development Care and Assessment Program NIDCAP[1], cuyo objetivo es mejorar la evolución del neonato y de su familia por medio de la intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (NICU) y la estancia hospitalaria (Heidelise, et al., 2003).

Dentro de este contexto el rol del psicólogo se centra en la observación detallada de las conductas y reacciones del neonato durante las interacciones en los diversos cuidados, a partir de esto se plantean varias recomendaciones o medidas, cuyo fin es el de minimizar el estrés y optimizar el desarrollo del bebé. De igual manera, se busca ayudar a los profesionales médicos y a los padres a comprender los comportamientos del neonato y formar parte de sus cuidados. Para lograr esto, se parte de la idea de que es posible comunicarse con el bebé y que la comunicación y el contacto que se establece pueden ayudar a disminuir el malestar y el dolor.

[1] Programa de evaluación y cuidado individualizado del desarrollo del recién nacido, desarrollado en el Children's Hospital de Boston (USA) en 1990.

De acuerdo a Heidelise & otros (2003) estas adaptaciones pueden generar mejoría en la evolución del bebé a nivel somático, de maduración neurológica y de las funciones parentales. Así, concluyen Heidelise & otros (2003) mencionando que hay clara evidencia de la efectividad de este programa en la mejoría en la transición a alimentación autónoma, ganancia de peso, menor tiempo de hospitalización, reducción de otras hospitalizaciones y mejoría evolutiva a nivel neurobiológico, así mismo un aumento en las conductas sensibles de los cuidadores a las señales del neonato, lo que se considera un elemento que apoya a la mejoría del bebé. Por último, Kleberg, Hekkstrom-Westas & Wildstrom (2007) consideran que el programa NIDCAP genera mayor cercanía de los padres a su bebé, lo cual genera que sientan más responsabilidad de cuidarlo, también se fortalece la relación y mejora la forma en que los padres perciben al neonato, lo que favorece al vínculo emocional temprano.

Serrano (2010) considera que los procesos biológicos que se encuentran detrás de la prematuridad pueden estar influenciados por las experiencias de reducción de los niveles de estrés y apoyar así las fuerzas del neonato y su capacidad reguladora. Un buen control y manejo de la calma y la relajación del bebé generan que pueda respirar con más tranquilidad, gastar menos energía y alimentarse y crecer mejor, así mismo considera Serrano (2010) que el aumento de la capacidad de calma influye en un mayor contacto visual con la madre, siendo el intercambio de miradas un motor indispensable para generar el vínculo emocional en la relación padres-bebé (Kleberg, Hellstrom-Westas, & Widstrom, 2007).

La mayoría de procedimientos utilizados en la unidad de cuidados intensivos generan niveles altos de estrés, es por esto que es importante sostener y acompañar al bebé en el transcurso de los mismos, esto pueden realizarlo los padres si se encuentran dispuestos sino, puede realizarlo el psicólogo (Serrano, 2010). El sostén consiste en acunar y explicar la situación al neonato mientras se le prepara o se recupera de alguna intervención, este trabajo según Serrano (2010) puede reducir considerablemente su gasto energético, contribuir a que se tranquilice y reducir sus niveles de estrés a lo largo de la estancia hospitalaria, que en algunos casos se prolonga a 3 o 4 meses. Añadiendo a esto el sostén facilita el desarrollo del cerebro inmaduro y de su neuroplasticidad, generando un contacto íntimo y seguridad emocional, elementos necesarios para el desarrollo emocional y físico del neonato prematuro (Serrano, 2010).

El trabajo principal que realiza el psicólogo con el neonato es reconocer que el neonato prematuro siente, precozmente, dolor y angustia, esto da un sentido renovado a las señales que entrega de su desvalimiento y también que, si no existe una respuesta del entorno, se corre el riesgo de que el bebé cese en sus intentos y se aísle (Golse, Gosme-Seguret, & Mokhtari, 2001),

así mismo el psicólogo fomenta como prioridad el vínculo del bebé con sus padres, aunque sea complejo en un medio sumamente delicado de cuidados y tecnología. Esta forma de trabajo está siendo aceptada en varios sistemas hospitalarios ya que se ha hecho prioridad, en algunos lugares, velar por el apego seguro temprano del bebé mediante el acercamiento de los padres y el sostén del neonato en momentos críticos (Serrano, 2010).

1.1.2. El trabajo con los padres, familia o cuidadores

El proceso de convertirse en padres de niños en riesgo o con afecciones supone un acontecimiento traumático y generador de estrés, lo cual puede perjudicar en las tareas de cuidado y protección del neonato. De acuerdo a Trapero, Sierra & otros (2014) el proceso de parto inesperado y en algunos casos complicado, la vulnerabilidad del bebé, "su hospitalización en un contexto muy medicalizado y la separación del neonato con su madre generan una desorganización emocional que necesita ser atendida y contenida" (Valle, Sierra, Palacios, García, & Moro, 2014, p. 119). El padre de la neonatología, Pierre Budin, fue de los primeros en dar importancia a los vínculos entre el RNPT[2] y sus padres, por esto estimulaba sus visitas a los bebés. Les entregaba anteojos de protección que permitía a los padres ver a sus bebés dentro de las incubadoras, este neonatólogo afirmaba que tenía mucho más valor colocar la incubadora junto a la cama de la madre, ya que no se debía subestimar la supervisión que ella tenía sobre el neonato (Harrison & Kositsky, 1983).

Esta situación inesperada da como resultado, el experimentar una pérdida de control, ante una situación que se supone iba a ser controlada por los padres, esto representa una ruptura con la vida que se llevaba antes de nacer el bebé. Este cambio significa iniciar una nueva vida con un RNPT, que se caracteriza por ser, inesperada, obligatoria, difícil y nueva (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014)"causa sufrimiento y dolor, siendo la pérdida de control de cuidar al bebé directamente y en su hogar, una de las situaciones más difíciles de manejar (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014, p. 786). El ambiente físico es un elemento estresor para los padres puesto que las luces, los ruidos generados por los dispositivos de soporte y la monitorización y el aspecto de su bebé conectado a tubos, cables, esto sumado a la presencia constante del equipo médico provocan en los padres, miedo, dolor, incertidumbre e inquietud constante (Acosta & Cabrera, 2016). En varios estudios realizados con neonatos prematuros en donde las madres únicamente mantenían contacto visual con el bebé a través del vidrio de la incubadora, en algunas ocasiones hasta cinco días después del nacimiento, en donde no podían tocarlo, escucharlo o ayudarlo con sus cuidados sino solo poco antes de que fuera dado de alta (Acosta

[2] Recién nacido pre término

& Cabrera, 2016); se obtuvo como consecuencia diferencias en el desarrollo de los niños, puesto que, si estuvo afectado por el periodo de separación con los padres, se evidenciarán las dificultades a medida de que crezca, "ya que el apego maternal se altera durante las primeras semanas o meses de vida del niño" (Acosta & Cabrera, 2016, p. 195).

"El ser humano sólo es tal en una cultura, no se limita sólo a ser un momento biológico sino que exige una inscripción simbólica que transforme a sus procreadores en padres" (González & Naddeo, 2007). La mayoría de áreas de Neonatología se enfocan únicamente en el estado biológico del RNPT, es decir no se da lugar al vínculo afectivo de la familia como una forma de tratamiento positivo hacia la mejora del bebé, por lo mismo es relevante mencionar el rol que posee el psicólogo clínico dentro de este espacio. "Un estudio cualitativo-cuantitativo considera que, frente a la hospitalización de un hijo, la familia como estructura sufre un fuerte impacto" (Acosta & Cabrera, 2016, p. 196). Es poco común que los padres estén listos para aceptar, entender y aplicar los cambios en las rutinas familiares que implican en una hospitalización prolongada, es por esto que se considera que la familia, más específicamente los padres requieren de atención también. "Esta atención debe ser paralela a la atención del niño y de igual intensidad por parte de los profesionales" (Acosta & Cabrera, 2016, p. 196). Según Acosta & Cabrera (2016) las intervenciones tempranas que se centran en la familia durante el proceso de hospitalización hasta la transición al hogar han demostrado disminuir el estrés y la depresión materna, así mismo mejora las interacciones tempranas entre los padres y el RNPT.

El ser humano para ser concebido como tal necesita de la presencia del otro, este es el marco que direcciona el trabajo del psicólogo dentro de la UCIN[3]. En primer momento el psicólogo hace lugar a la palabra. La palabra, capaz de rescatar el cuerpo de ese bebé asistido y permitirle acceder a lo subjetivo, lo particular que lo reafirma como sujeto y establece las bases para la filiación con los otros y por consiguiente para formación la identidad (González & Naddeo, 2007). Este dar lugar a la palabra es generado al estimular a los padres para que, en primer lugar, observen lo que el neonato comunica con su cuerpo y sus movimientos, cómo expresa sus emociones, cuáles son sus estados de ánimo, como pone atención o porqué fija la mirada, es decir su interacción con el mundo externo y en segundo lugar, se dirijan al bebé, hablándole en cada momento que reciba una intervención o procedimiento, explicándole qué es lo que ocurre, por qué está pasando y recalcando que no está solo/a (Olza, Palanca, González, Malalana, & Contreras, 2014). Gallegos, Mara Monti & Silvan (2007) consideran que los

[3] Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

cuidados que los padres entregan a sus bebés, las visitas, son formas para lograr generar el vínculo padres-neonato, por medio de su proximidad, de esta forma transmiten al bebé su amor, es así que, a los ojos de los padres, con su presencia, sus hijo/as se sienten más protegidos, seguros, tranquilos y recibiendo cariño, lo cual disminuye los niveles de angustia y miedo que caracteriza a los padres de RNPT en la UCIN.

El lugar de los padres no debe ser pasivo puesto que su rol es fundamental para la mejora del bebé, por lo cual es relevante la psicoeducación por medio de su participación en la UCIN, para que posterior al dado de alta no se encuentren perdidos, sin respuestas y con niveles altos de estrés y angustia, por haber entregado toda la responsabilidad del cuidado al equipo de la unidad de neonatología (Serrano, 2010). Como mencionan Gallegos, Mara Monti & Silvan (2007) por medio de la participación de los padres en la UCIN, reciben información y orientaciones sobre los cuidados higiénicos y de alimentación, de modo que posean las herramientas para que no surja una desestabilización al llegar al hogar.

Las intervenciones prolongadas resultan perjudiciales si solo se toman por el plano de lo estrictamente biológico. Los padres "dan cuenta en su decir de la herida narcisista que representa el fracaso de no haber podido traer al mundo un hijo sano y bello." (González & Naddeo, 2007, p. 156). La presencia activa y continua de los padres en la UCIN genera la construcción simbólica de las funciones paternales, de acuerdo a González y Naddeo (2007) los padres mencionan "mi hijo se da cuenta cuando llego" "distingue mi voz de la de la enfermera", es decir ingresan dentro de su rol paternal amando y acompañando a este nuevo bebé. Intervenir en salud y particularmente en salud mental, quiere decir escuchar y responder las interrogantes que tengan los padres en torno al cuidado y desarrollo del bebé, en el ámbito biológico y psíquico, así se mantiene un trabajo de sostén y acompañamiento tanto al neonato como a la familia, con el fin de generar mayor estabilidad en el sistema familiar y por ende impulsar un correcto desarrollo psíquico y emocional del neonato prematuro a largo plazo (González & Naddeo, 2007).

1.1.1.1. Experiencia de los padres durante la hospitalización

El nacimiento prematuro puede considerarse un hecho traumático, tanto externo como interno, para la madre, el padre y el sistema familiar, al igual que para el bebé. Las circunstancias son únicas de cada sistema parental, pero dependerán, por una parte, de cuestiones biológicas, pero de igual manera de las posibilidades de (Ruiz, 2003) "reconstrucción fantasmática de la familia, a partir del hecho más o menos grave y real de la prematurez" (Ruiz, 2003, p. 70). Las experiencias de las madres y padres son múltiples y

singulares (Ruiz, 2003), los mismos se enfrentan a una separación precoz, producto de la hospitalización del neonato, en esta relación se observarán conflictos de adaptación mutua. Estos problemas nacen, en primer lugar, porque la madre no se apropia de manera fácil de los primeros cuidados que tiene que entregarle a su bebé y, en segundo lugar, porque es probable que el equipo médico se encargue de todos los cuidados primarios, tareas de alimentación y aseo, si es que el estado del neonato es muy crítico (Izzedin-Bouquet, 2011). Es una situación un tanto común que la madre separada de su bebé, desde el nacimiento y a raíz de la hospitalización intente encontrar una explicación a lo sucedido, puesto que "puede sentirse víctima de una situación fatal, que le ha tocado vivir, puede ocurrir que no pueda reconocerse como madre frente a este hijo hospitalizado y que no es sano como ella esperaba" (Izzedin-Bouquet, 2011, p. 188).

"Lo traumático de la interrupción de la gestación movilizará en cada madre y padre, aspectos ligados a su historia subjetiva, siendo esto vivenciado de manera particular" (Ruiz, 2003, p. 71). A pesar de que este suceso sea vivido de manera individual también se evidencia esta interrupción de un proceso, a la vista de los padres, como un hecho traumático; forzándolos a encontrarse en un momento para el cual no están preparados, la separación que requiere la internación del neonato en la UCIN, ni para el anidamiento psíquico de un bebé que podría calificarse como especial por los cuidados y atenciones que necesita (Ruiz, 2003). De acuerdo a Brazelton & Cramer (1990) el momento donde se produce el nacimiento prematuro, los padres se encuentran en la etapa de aprendizaje sobre el futuro del neonato, esto concierne a los últimos meses de embarazo, en esta etapa en ambos padres se genera un proceso en el cual comienzan a pensar en el bebé, como un ser distinto, personificado, por medio del pensar en el nombre para él/ella, comprar ropa, y los elementos necesarios para su crianza. Stern (1995) menciona que la madre, por el 7mo mes de embarazo hasta el nacimiento del bebé, ajusta su mundo representacional, con el fin de generar un espacio constructivo para sus futuras representaciones, es decir que se protege a sí misma y a su bebé de alguna posible discordancia entre el bebé real y el bebé representado, facilitando generar las posibles representaciones de lo que el neonato es, no de lo que ella representó.

Todos estos procesos son interrumpidos por la prematurez en donde la presencia real del bebé produce un desfase en las representaciones de la madre, así se puede decir que mientras menor sea el tiempo de gestación, menor será la identificación que tengan madre y padre. La madre específicamente lo vivirá como una parte de su cuerpo que se ha perdido, esto genera un mayor riesgo de desorganización psíquica ante lo traumático del alumbramiento

(Ruiz, 2003). De acuerdo a Ruíz (2003), se reconoce en la mayoría de relatos de las madres, "un signo de culpabilidad ante un hijo prematuro que viene a reflejar no solo su inmadurez, sino su imposibilidad de retener a alguien que es sentido como parte de su cuerpo" (p.72).

Esto es evidenciado en la sala de partos, en donde todo ocurre muy rápido, la incubadora está lista para recibir a este bebé, al cual la madre verá pasar, se puede observar algo del orden de la pérdida, del desgarro. Al ser suspendido el proceso de anidación bio-psíquica del futuro hijo, por este alumbramiento sorpresivo, se movilizarán diferentes conflictos internos en ambos, madre y padre, ligados en la madre a un proceso psicosomático y en el padre a un proceso de pensamiento, esto se puede evidenciar en las expresiones de los mismos; este proceso reactivará específicamente en la madre las ansiedades que sintió cuando era pequeña en relación al interior de su cuerpo y el parto movilizará su propio trauma de nacimiento asociado al temor de separarse de su madre (Ruiz, 2003).

La separación generada ante el nacimiento prematuro, es una separación de un objeto interno, un objeto psíquico, que cuando al generarse de manera súbita, trastorna, conmociona, provoca dolor psíquico y obliga a reconstruirse, a partir de la historia de cada madre y padre; este dolor psíquico puede ocurrir cuando se perfora nuestra armadura protectora, lo cual puede generar dos situaciones, la primera, que se desarrolle un movimiento de contrainvestidura interna, en donde se sustrae energía libidinal a otros lugares que rodean la zona que ha sido arrasada y desbordada. El segundo escenario, es que sea imposible optar por una contrainvestidura interna surgiendo un dolor que no acaba y una inercia psíquica expresada con un estado de desinterés y desanimo duradero, con abolición de la consciencia que da lugar a una inserción más duradera de lo traumático (Ruiz, 2003, pág. 75).

Es así que la persona, en este caso los padres que están atravesando este proceso traumático se ubican como aquellos carentes de subjetividad y no disponen de sus afectos como expresión de vitalidad dando lugar a mecanismos de defensa, la desmentida y la desestimación del afecto. Esto es evidenciado en los discursos de los padres en donde prima un relato escaso de dimensión simbólica expresiva de la subjetividad, es decir que no hay palabra, así se manifiestan sollozos, palabras entrecortadas con gestos que denotan el dolor por el que están pasando los padres (Ruiz, 2003). "La vivencia de lo traumático pertenece al orden de lo no verbal: es un momento de sentir y no de hablar" (Ruiz, 2003, p.75). Es relevante mencionar que las defensas y posibilidad de reorganización psíquica ante lo traumático, al ser un proceso individual, el trabajo del psicólogo se enfoca en ayudar a que (Ruiz, 2003) "la vivencia de lo

traumático se dé a nivel de “una situación como…”, ayudando a la elaboración y organización psicológica posterior, y no a un “enquistamiento” de la misma” (Ruiz, 2003, p. 79)

1.1.1.2. Psicólogo como traductor del equipo médico y los padres

La hospitalización de la madre y de su bebé prematuro trae consigo nuevas situaciones, equipos y personas de la UCIN. En estos momentos surgen diversos sentimientos entre ellos, culpa, frustración, hostilidad, ira, depresión, e incluso negación frente al estado del recién nacido, llevando a la madre a no aceptar, evadir o no comprender la información que es entregada por el equipo (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014). Los padres se muestran en desacuerdo frente a las normas de visita y el tener que ser separados de su bebé, asimismo, de acuerdo a Villamizar, Vargas & Rueda (2014) debido al estado de shock en el que se encuentran, expresan que hay desinformación por parte del personal médico sobre la situación y el estado del neonato.

Esta falta de información y pérdida de control que experimentan los padres, trae consigo imaginarios negativos, estos se asocian con la pérdida del vínculo, de los cuidados primarios y el desconocimiento de las probables complicaciones que pueda presentar el recién nacido. Se encuentran en un vacío de conocimiento sobre la crianza de su bebé, son inexpertos y temerosos de su cuidado. Estas eventualidades deben ser tomadas en cuenta por el equipo de la UCIN puesto que si no son trabajadas, existirán distorsiones por debilidades en la comunicación, lo cual puede provocar que los padres se sientan agredidos, amenazados, incomprendidos e incluso observados, lo cual como consecuencia desencadenará una ruptura en la relación equipo médico-padres, que a su vez no aportará en la mejora del neonato (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014)

El lugar del psicólogo dentro de la UCIN es variado, debe reconstruirse cada día y ser cambiante y flexible, pero, específicamente su trabajo como traductor, se evidencia en estos momentos donde no hay lugar para la comunicación bidireccional entre el equipo médico y los padres. Esencialmente el psicólogo intenta abrir un espacio en donde cierto tipo de palabra y de escucha sea posible (Mathelin, 2001). “El analista se posicionará de diferentes maneras en función de los sujetos a los que deba dirigirse y en función del momento en que una palabra pueda decirse (Mathelin, 2001, p.105). Es posible delimitar un tiempo y un espacio para la comunicación con los padres, el cual gira en torno a la información, es por esto que es necesaria una posición de escucha activa a las preguntas que ellos tengan, las que se repitan o se insistan (González & Naddeo, 2007). El entregar la información de manera precisa y sencilla genera

que los padres mantengan claro el panorama sobre su bebé, de igual manera disminuye los niveles de estrés y angustia mientras se generan los acercamientos al neonato, esto ayuda a que los mismos poco a poco logren posicionarse en el lugar de padres, manteniendo la esperanza de la convivencia a futuro con el bebé (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014).

Hay momentos en donde el analista deberá separarse del equipo para brindar al personal o a los padres una imagen, una escucha distanciada. En otros momentos, al lado de una incubadora, cuando ocurra alguna emergencia o se vaya a realizar algún procedimiento, ayudará en lo mejor posible al equipo. En otras ocasiones, permanecerá junto al equipo médico acompañando a un bebé agonizante (Mathelin, 2001). En la misma línea la importancia de intervenir con el equipo médico recae en promover el entendimiento empático, de la forma en la que viven la enfermedad y el conocer los diferentes procesos que atraviesan las familias que son asistidas. El trabajo que se realiza con el equipo médico se dirige a promover su trabajo también, a buscar las problemáticas en la comunicación con los padres y a fomentar la unificación de los conocimientos de las diferentes especialidades, de modo que se vuelva más sencillo el notificar la información a las familias (Marin & Menéndez, 2011).

Es necesario que el psicólogo siempre pueda desplazarse de un lugar a otro. Para el psicólogo el único a priori es el de conservar para el bebé, por más pequeño, enfermo o débil que parezca, su lugar de interlocutor. Ayudar a los padres para acoplarse a ese rol a pesar de lo crítica o preocupante de la situación y no permitir que la familia ni el equipo médico confundan al bebé con las máquinas (Mathelin, 2001). “Un tema importante de tocar es, hablar de la muerte, de modo que la muerte psíquica no invada por completo y no avance sobre la muerte del cuerpo” (Mathelin, 2001, p. 106). Para el psicólogo esta construcción actúa constantemente y permitirá a los padres y al equipo médico escuchar desde otro lugar lo que sucede en ellos cuando se encuentran con este bebé prematuro (Mathelin, 2001).

1.2. Ámbito hospitalario y área de neonatología

La rama de la medicina neonatal es única en sus características. A pesar que el nacer es un evento natural y universal, está ligado a morbilidad y muertes significativas (Montesinos, Román, Muñoz, & Elías, 2013). En Ecuador, por cada 1000 nacidos vivos se registra una tasa de mortalidad de 4.6, según estadísticas del INEC a partir del año 2007 al 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2021). Con el pasar del tiempo la interacción entre tecnología y ciencia han hecho posible que la Neonatología vaya más allá de los limites posibles, asistiendo a recién nacidos de muy bajo peso o tamaño y con condiciones graves. Este

avance en el área de Neonatología se debe al trabajo multidisciplinario con otras disciplinas como la psicología, sociología y bioética (Montesinos, Román, Muñoz, & Elías, 2013).

Al ser el área de Neonatología un espacio crítico para varias familias y un elemento estresor para los sistemas familiares como para el equipo médico, puesto que presenta la inminencia de la muerte, es importante que la unidad cuente con acompañamiento a los padres, abuelos y/o cuidadores, de manera que se pueda atenuar los efectos de los eventos críticos o no que se presenten en la unidad neonatal. De acuerdo a Montesinos, Román, Muñoz y Elías (2013) estos son momentos importantes para "un trabajo multidisciplinario que permita un abordaje integrador para una limitación que no responde únicamente al orden de lo orgánico" (p. 651). La unidad de Neonatología debe ser un lugar de confianza y seguridad en donde los padres logren posicionarse en un punto medio entre lo interno y externo, es decir la vivencia de esta experiencia y lo que se recepta del exterior y otros, todo lo que se moviliza, deja claro 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" (Sarmiento, y otros, 2013, p. 94).

El trabajo y el acompañamiento que se entrega las familias permite la creación de un espacio confiable, un ambiente facilitador en donde pueden estar seguros con sus bebés. Es entonces que gracias a este ambiente facilitador la madre o padre podrán mirar a su bebé desde una mirada que construye, lo construyen en su psiquismo como su hijo, lograrán tocarlo sin temor y podrán diferenciar la necesidad de caricias y calor humano de los momentos dolorosos e incómodos, conseguirán hablarle, construyendo su cuerpo, su historia, presenciando un claro proceso de adaptación a esta nueva realidad. El facilitar el proceso de adaptación de las familias permitirá que se desenvuelvan con mayor destreza, siendo más abiertos a vivir la experiencia desde la elaboración, asimismo, sensibilizándose con su bebé, es decir viviendo la relación a partir del vínculo que vayan creando juntos. Este espacio vuelve posible una resignificación, un apalabramiento, una simbolización de lo suscitado, da paso a la madre a que este bebé ingrese al registro simbólico a través de la palabra materna, siendo esta una herramienta fundamental para sostener al bebé y traerlo a la vida, una vida psíquica (Arias & Villamarín, 2019).

Un tema sumamente importante que debe estar presente dentro de la unidad de neonatología es la psicoeducación al equipo médico mediante capacitaciones en donde logren entender y aprender cómo manejar, en el ámbito emocional y psíquico, las diversas situaciones que ocurren dentro de este espacio, de igual manera como brindar un acompañamiento más empático y sostenedor a las familias de estos bebés internados (Montesinos, Román, Muñoz,

& Elías, 2013). De acuerdo a (Montesinos, Román, Muñoz, & Elías, 2013) dentro de su estudio recalcan que las facilidades entregadas por el equipo médico "incluyeron: el alojamiento, extracción y transporte de la leche, la posibilidad de ver, tocar, abrazar al bebé y el ingreso de la familia a la Unidad de Neonatología sin límites de horario" (p.654-655). Por otra parte, el Royal College of Obstetrician and Gynecologist, recomienda facilitar una buena comunicación entre los padres y el equipo médico, haciendo posible la expresión emocional, el respaldo del sistema familiar, ser flexible al tratar con el contacto de los padres con sus hijos, si lo desea, informar sobre los procedimientos y acciones a realizar con el bebé y mantener una vía de comunicación abierta y bidireccional para conversaciones futuras con los padres o cuidadores (Montesinos, Román, Muñoz, & Elías, 2013).

De acuerdo a (Montesinos, Román, Muñoz, & Elías, 2013) varias investigaciones han demostrado que los padres de bebés enfermos en un estado crítico necesitan y desean compasivo apoyo por parte del equipo médico durante este periodo de tiempo sumamente estresante. El equipo de trabajo de la Unidad de Neonatología debe optimizar la comunicación con los padres, cuidadores o el sistema familiar, facilitar el contacto de los mismos con sus bebés, apoyar recuerdos y rituales, como reunirlos para una conversación luego de cada procedimiento o momento vivido dentro de la unidad. Generar líneas de conducta claras y acogedoras serán de mucha ayuda para el proceso de aceptación de los padres, de igual manera la coordinación adecuada del equipo multidisciplinario, disminuirá la incertidumbre, la cual hace más complejo el trabajo en situaciones como estas. En base a la puesta en práctica de estas recomendaciones y el análisis de las mismas, Montesinos, Román, Muñoz, & Elías (2013) comentan que la recepción de los padres ante estos actuares ha sido muy buena, "se han sentido acogidos, acompañados, escuchados, y sus preguntas han sido respondidas. Las familias muestran confianza y gratitud" (p.657).

1.2.1. Salud mental en neonatología

El desarrollo infantil es un proceso complejo que no solamente se basa en la evolución biológica sino también en la psicológica, en la clínica y en la social. Los niños nacidos de riesgo necesitan una intervención multidisciplinaria, puesto que todo lo vivenciado por el neonato en la UCIN genera un efecto individual, familiar y social, de modo que es vital que los centros hospitalarios otorguen apoyo psíquico y emocional que evite, en lo que sea posible, las limitantes que se generan como consecuencia de la separación prematura del bebé con sus padres (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017). El diagnóstico temprano, la prevención, la derivación oportuna y el trabajo con las familias permiten poner como prioridad

la salud mental del bebé y sus padres, al mismo tiempo velar por un desarrollo cognitivo, psicológico y físico favorable para sus posteriores etapas del desarrollo (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017).

De acuerdo con González (2010) la Unidad de Neonatología cumple una función contenedora en forma de incubadora psíquica, esta debería dirigirse no solo al neonato, el cual recibe las atenciones del personal médico y está expuesto a todos los elementos que proyectan los padres o cuidadores, sino también, a la familia que acompaña a este bebé, cuyos miembros están inmersos en una desestabilidad emocional, así mismo, a los profesionales de la salud que se encuentran divididos entre su experiencia profesional y la intensidad de sus vivencias psíquicas. De igual manera la Unidad debería procurar al neonato "un entorno fluido y continuo que le haga posible tener lazos entre su mundo interno y el mundo externo que le ofrecen sus padres, creando así los primeros procesos de pensamiento" (González, 2010, p.140). La atención conformada por todos los elementos repetitivos que percibe el bebé, permiten que organice las representaciones de su entorno y de las interacciones que aportarán a la construcción de un sentimiento de seguridad psíquica (González, 2010).

Mathelin (2001) por su parte propuso a su servicio de Neonatología un proyecto de trabajo diferente, enfocado más en el lactante y su familia como un conjunto. Es decir que no se atenderían aisladamente a las madres por estar separadas de sus bebés o a los neonatos prematuros por estar separados de sus madres. Sino, se construiría de manera conjunta un proyecto que haga posible, no únicamente salvar la vida del bebé sino, también proteger el deseo de vida y la facultad de amar de los padres. El enfoque hacia la salud mental por parte del psicólogo no está direccionado a reparar los efectos de las prolongadas hospitalizaciones sino, para reanimar elaborando con el equipo médico desde otro enfoque, reanimar al bebé y al discurso que lo estimula. La misma autora menciona, enfatizando la importancia de la salud mental dentro de la UCIN, lo indispensable de la escucha a los padres y la acogida del neonato por la palabra. Es relevante interrogarse sobre los efectos del lenguaje en la relación con el cuerpo del niño y cuestionar al equipo médico sobre la transferencia que se genera entre ellos y los pacientes, estos son algunos aspectos que Mathelin considera relevantes en el trabajo en Neonatología direccionados por tres objetivos: el neonato, la familia y el equipo de profesionales (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017).

Fernández, Palanca, González, Malalana & Contreras (2014) optan por otro modelo donde se ofrece y se mantiene una práctica asistencial que potencia los cuidados centrados en la familia del RNPT, esto tomado con el nombre de prevenir en salud mental perinatal. El modelo se llama Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), esta forma de trabajo sitúa al

neonato y a su familia en el centro de la atención, ha sido considerado como Unidad de Puertas Abiertas, ya que se da prioridad a las madres y padres enfocándose en la no separación tanto en el parto como en la UCIN. Este modelo da mucha importancia al impacto que el ambiente extrauterino puede tener en los RNPT. El practicar el modelo CCD conlleva también la aplicación del Método Canguro, el cual fomenta el contacto piel con piel entre el RNPT y sus padres para lograr una mejoría más rápida del neonato dentro de la UCIN. Promover este tipo de cuidados quiere decir facilitar lo más posible la permanencia de las familias juntos a sus bebés, con ello realizar psicoeducación, puesto que las madres y padres requieren que se les explique los cuidados y atenciones que deben tener con su bebé al igual que hasta qué punto su presencia es necesaria durante la hospitalización. La presencia del psicólogo en la Unidad de Neonatología significa dar prioridad a la salud mental del bebé presente, dando cabida a su vida emocional, justamente como menciona González (2010)"los profesionales de la salud mental tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente médica centrada sobre aspectos físicos, es decir, dándole una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que lo haya" (págs. 148-149).

Desde la experiencia obtenida en distintos programas utilizados en varios centros hospitalarios se hace evidente que todo neonato con un riesgo biológico y/o emocional requiere un abordaje multidisciplinario que incluya la atención en salud mental desde el inicio (Morer, Ayala, Burillo, Boullón, & Mancho, 2017).

1.3. El psicólogo clínico dentro del trabajo multidisciplinario en neonatología

El rol del psicólogo dentro de la Unidad de Neonatología es variado y flexible ya que se encuentra alternando su atención para el personal médico y para los padres o la familia del neonato. De acuerdo a Druon (1996), en los momentos donde el profesional de la salud mental se encuentra presente ya sea por un momento o realizando una interconsulta, su papel no está del todo claro ya que es un personaje externo al equipo, aparentemente, desconocedor de lo somático, pero a su vez tan relevante en estos espacios, ya que es conocedor de lo oculto, los movimientos inconscientes. Al mismo tiempo son buscados para que ayuden a las familias que se encuentran destrozadas o a los padres que invaden el trabajo de los cuidadores.

Es decir que a pesar de que no esté tan claro el rol principal del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario, se espera según González (2010) una labor preventiva en los momentos de crisis, es decir una intervención en corto tiempo, se podría decir una actuación parecida a los cuidados de reanimación con los prematuros. Estos momentos son

emocionalmente muy ricos para los padres, por lo cual el psicólogo cumple el trabajo de no permitir un enquistamiento en el periodo traumático por la puesta en marcha de los mecanismos de defensa, en esta tarea es importante el modo de aceptación hacia las reacciones y situaciones familiares diversas y poder transmitir algo de esta comprensión al equipo médico. Del mismo modo el psicólogo cumple la función protectora al equipo médico de una invasión en lo real, por parte de ciertas familias que se interesan por los otros niños ingresados o por el trabajo del equipo médico, en lugar de ocuparse de su bebé.

De acuerdo a Acosta, Cabrera, Basante &Jurado (2017) otra labor importante que cumple el psicólogo clínico dentro de esta área hospitalaria es sensibilizar a los médicos, enfermeras, fisioterapeutas, en general todo el equipo médico, en torno a brindar a estas familias y bebés en crisis un cuidado humanizado. Resulta de suma importancia impulsar procesos de humanización centrados en el paciente, considerando los valores, sentimientos y actitudes que guían la forma de ser de los profesionales de la salud, con el fin de entregar un servicio distinto y humanizado, es decir "crear una cultura organizacional centrada en el ser humano enfermo y no solo en la enfermedad" (Acosta M. F., Cabrera, Basante, & Jurado, 2017, pág. 23). Por tanto, es sumamente relevante la instrucción por parte de los psicólogos, de modo que el equipo médico posea cualidades especiales como sensibilidad para percibir y entender los sentimientos que experimentan los padres y bebés prematuros que requieren de su atención y así conseguir humanizar su accionar, el lograr entender las consecuencias de un evento tan devastador y traumático como éste, es una herramienta clave para quienes laboran en el área de salud, especialmente en la UCIN (Acosta M. F., Cabrera, Basante, & Jurado, 2017).

Un tema importante a tomar en cuenta dentro de este rol es el tema de la muerte, en estos momentos de suma importancia el psicólogo debe participar sosteniendo también al equipo médico, que lucho por cada avance sin importa lo pequeño que sea, topándose con un límite muy amargo y frustrante. Aquí el respeto por el dolor de todos los actores de la UCIN y la intimidad familiar son puntos clave en estos momentos. La intervención situará la importancia de una despedida, considerando y acompañando al equipo médico, de igual manera asistiendo a los padres con un espacio físico sin monitores y con el acceso a la compañía de su familia, de modo que puedan conocer al bebé. Hacer lugar al trabajo de duelo y los rituales para la despedida son una de las tareas más duras, pero al mismo tiempo sumamente necesarias dentro de este contexto (González & Naddeo, 2007).

El hablar con el bebé, poseer una actitud de escucha que no se confunda con la atención que se brinda a su cuerpo, es vital para el trabajo en la UCIN. Como menciona Mathelin (2001) el preocuparse por intentar descifrar los llamados del neonato, velar por que obtenga su máximo

confort, poner atención a los ruidos que puedan molestarlo o los olores que le pueden desagradar, es decir intentar ponerse en el lugar del bebé, para de esta manera comprender qué le molesta o que lograría darle bienestar, es el rol fundamental que puede realizar el psicólogo dentro de esta área hospitalaria. Puesto que este tipo de atención no demanda ubicarse en un lugar de observador, sino, exige que el profesional de la salud mental se permita llevar por la relación con el bebé y acepte su posición de interacción e intercambio; ya que para lograr contener es necesario poder entregar algo de uno mismo, lo cual es considerado vital en el lazo que se establece entre los bebés y el personal que está encargado de su cuidado (Mathelin, 2001).

1.3.1. El trabajo en equipo

La reducción de la tasa de mortalidad neonatal ha direccionado al equipo médico a una nueva preocupación, la calidad de vida que llevarían los bebés sobrevivientes. Nace así el interés por los aspectos emocionales del bebé, también por evitar el estrés y el dolor físico y psíquico del mismo. Es a partir de este contexto que se comienza a considerar la inserción del psicólogo clínico dentro de la Unidad de Cuidados Neonatales como parte del equipo multidisciplinario. Comprendiendo el concepto de multidisciplinario, no como la sobre posición de los diferentes saberes sino como el trabajo en conjunto de las diversas disciplinas para la profundización de conocimientos y la resolución de diferentes problemas afrontándolos desde varios ángulos. En base a esto en la UCIN se crean varios modelos de trabajo donde las diferentes especialidades planifican recursos, necesidades y medios propios para ser articulados de manera multidisciplinaria y resolver el problema o la condición que este afrontando cada bebé de manera individual (Alkolombre, 2011).

De acuerdo con (Mathelin, 2001) “el equipo debe ser simbólicamente uno” (p.109). Por lo tanto, su función es la de desear que el bebé pueda lograr vivir autónomamente, siempre considerándolo como un sujeto y no como otra cosa. Esta referencia otorgará sentido a la hospitalización del neonato y la congruencia del equipo multidisciplinario evitará el riesgo de agujeros (Mathelin, 2001). Por otro lado, las situaciones extremas que se viven a diario dentro de las UCIN generan varias consecuencias en los padres, como ya se había mencionado anteriormente, y también al personal de salud. El estrés constante que vive el equipo frente a la toma de decisiones complejas y el estar en contacto con la inminente muerte genera muchos efectos, por lo cual el compartir las vivencias en un espacio de análisis y escucha establece un marco de contención, una red de amparo, un lugar de encuentro. La confluencia de varios puntos de vista aumenta el espectro de observación, propicia el enriquecimiento mutuo, genera

mayores canales para una comunicación bidireccional y la construcción de nuevas estrategias, progresando así en el objetivo en común. Esto genera un acercamiento más idóneo a lo real y lo posible (Alkolombre, 2011).

El trabajo del psicólogo clínico dentro de las UCIN "introduce una dimensión temporal diferente al de la urgencia médica, pasaje de la "urgencia médica" a la "urgencia psicológica", inaugura un espacio posible de escucha frente a la urgencia emocional, dando lugar a la palabra" (Alkolombre, 2011, pág. 170). Esto genera un desplazamiento de los ritmos acelerados del equipo médico y establece un espacio psíquico que va más allá de la urgencia de las Unidades de Cuidados Intensivos. Winnicot (1987) expone que los bebés no tienen recuerdo de recibir un adecuado sostén, lo que si recuerdan es la experiencia, podría decirse traumática, de no haberlo recibido. Es de conocimiento que un proceso de hospitalización es un elemento estresor tanto para el paciente como para su familia, en este caso de los bebés prematuros, el equipo se enfrenta a padres angustiados y frustrados por haber alumbrado un bebé antes de tiempo, lejano al bebé imaginado, con una sensación de confusión y el sentir de no estar preparados por ser ellos también padres prematuros. Todos los sentimientos que se generan en los padres al atravesar este proceso hospitalario con su bebé podría detonar mecanismos de defensa que se hacen presentes como, el negar la situación o paralizarse hasta el punto de no poder establecer ningún tipo de acercamiento o vínculo afectivo con este bebé que podría no sobrevivir (Alkolombre, 2011).

Es por esto que el trabajo del equipo multidisciplinario es acompañar y sostener a los padres durante el proceso hospitalario, de acuerdo con Alkolombre (2011) se puede realizar esta labor junto a las madres, observando la relación que se genera entre madre-hijo, "como le habla, como le mira, como le toca, que pregunta, es decir cómo se acerca y participa en los distintos cuidados" (p.170). Por lo mismo dentro de la UCIN toda la familia es el paciente (Winnicott, 1987). En la actualidad algunas clínicas y hospitales cuentan con una residencia para los padres de bebés internados en las UCIN, de esta manera se entrega la posibilidad de permanecer cerca de los bebés el mayor tiempo que sea posible, favoreciendo la construcción de la relación vincular entre ambos, algo sumamente importante para un bebé que por su condición de gravedad había estado al cuidado, hasta el momento, de máquinas y el personal de salud. El incluir a las familias dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos en la mayoría de casos, ha generado varias modificaciones en la forma de pensar y actuar del equipo médico (Stivelman, 2011).

Es de suma importancia hablar con los padres sobre este corte que genera una ruptura en sus vidas, como menciona Mathelin (2001), "se deberá aprovechar este tiempo para redistribuir las cartas del juego" (p.109). Es decir que tanto el psicólogo como el equipo médico deberán dar importancia a la acogida de la familia, a respectar sus diferencias y el ritmo que necesite cada sistema. El bebé se construirá, pensará, su fantasma se fabricará desde el mundo interno de sus padres y el personal que está a su cuidado. El personal se encuentra vivo, desde que las condiciones de los bebés lo permiten el equipo se esfuerza por entrar en comunicación con ellos. De acuerdo a Mathelin (2001), es de conocimiento del equipo que "como lo afirmaba Platón, los niños necesitan movimiento y melodía, vida a su alrededor" (p. 110). Los bebés se interesan por la melodía de las palabras, no solo les gusta, sino que la necesitan, tanto como necesitan del oxígeno, de las máquinas o de la sonda gástrica. Les atrae la melodía de las palabras, por el ritmo de la voz de las madres y del personal a su cuidado que se dirigen a ellos en una entonación particular llamada motherese[4]. Es fundamental que el equipo multidisciplinario hable y se encuentre en actitud de escucha hacia los bebés, de esta manera se inicia un proceso en donde se intenta descifrar los llamados del bebé y también se le procura el mayor confort posible. Es decir, el equipo intenta ponerse en el lugar del bebé para de esta manera entender que le molesta o que podría beneficiarle (Mathelin, 2001).

Es importante que el equipo tome muy cuenta como se entrega la información a la familia, sobre el estado en el que se encuentra su bebé, es decir, que se informa, cuándo y cómo se informa, puesto que los efectos de este acto no serán sin consecuencias. Es por esto que es necesario enfocar la atención hacia los tiempos de cada sistema familiar de modo que se encuentren los espacios en donde se permitan escuchar y posterior procesar la información que fue recibida, puesto que la información puede que no sea comprendida del todo porque la familia se encuentra en estado de shock. Por lo mismo es necesario verificar constantemente el nivel de comprensión que tiene la familia para reforzar, repetir o añadir, si es que se considera necesario, parte de la información que se dio anteriormente (Stivelman, 2011).

Es crucial reconocer que hay un tiempo inicial y un tiempo de elaboración diferente para cada familia. Varios mecanismos de defensa aparecen en estas situaciones críticas, una de ellas la negación, en algunas ocasiones negando lo grave de los sucesos, en otras negando haber sido comunicados de la enfermedad o el diagnóstico desde el inicio o incluso rechazando y enojándose por la información que recibieron, por esto es fundamental entregar la información

[4] "Motherese es un tipo de discurso simplificado y repetitivo, con una entonación y ritmos exagerados, que a menudo utilizan los adultos cuando hablan con los bebés" (Educalingo, 2021).

gradualmente y repetirla las veces que sean necesarias, una alternativa que podría facilitar esta proceso de comunicación es el incluir a otro familiar que pueda transmitir la información mencionada (Alkolombre, 2011).

Es importante que la familia se sienta con la seguridad y confianza suficiente para poder preguntar cuando lo requieran. Sentir que el equipo multidisciplinario “es un aliado del paciente y que no emite juicios de valor, produce la tranquilidad que se requiere para sostener y llevar adelante el acompañamiento” (Stivelman, 2011, p.174). La comunicación como tal no es acertada, el malentender es condición por estructura, siempre hay algo que se pasa por alto, una ambigüedad en el discurso, puesto que no se transmite información solamente. Se utiliza el lenguaje verbal y no verbal, por lo cual el entendimiento es comúnmente parcial, lo cual quiere decir que el haber informado no quiere decir que la familia haya comprendido lo mencionado. Es por esto que en las reuniones que se mantienen con la familia es importante posibilitar un espacio en donde se dé la apertura de escucha hacia lo que quieren oír, lo que temen o a lo que se comprendió y lo que no (Alkolombre, 2011).

2. CAPÍTULO 2: LA RELACIÓN TRANSFERENCIAL ENTRE LOS PADRES Y EL NEONATO

2.1. Transferencia

Esta palabra tan cotidiana, es uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, propuesto por Freud, para denominar al dispositivo que tiene lugar en el espacio analítico que hace posible la asociación libre y el análisis, enfatizando que no es algo que se provoca, sino que tiene lugar, y permite la interpretación. Este concepto evoluciona de una repetición de la vida infantil a un tipo de relación cuyo objetivo es satisfacer deseos anteriores, es más que un clisé, es una forma de interactuar, susceptible de actualizarse, reeditarse y modificarse (Bustos, 2016). Freud consideraba que todo ser humano por efecto mismo de sus disposiciones innatas y la influencia que se recibe en la infancia, obtiene una particularidad "determinada para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse"(Freud, 1991, p.97). Esto resulta en un clisé o varios que se repiten regularmente a lo largo de la vida, en la medida en que lo permitan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor que se encuentran accesibles. De lo analizado por Freud, solo una parte de las mociones determinantes de la vida amorosa han tenido el pleno desarrollo psíquico, la otra parte de esas mociones libidinosas que se encuentran retrasadas en el desarrollo, y remotas de la personalidad consciente, únicamente se despliegan en la fantasía o permanecen en lo inconsciente (Freud, 1991).

Si la necesidad de amor del sujeto no está satisfecha por la realidad, se verá determinado a volcar unas representaciones libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca; tanto las representaciones-expectativas conscientes como las rezagadas e inconscientes producen esta transferencia (Freud, 1991). Es entonces que según Freud (1991) es "del todo normal que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico" (p.98). La libido se interna por el camino de la regresión y reanima los imagos infantiles, hasta allí la sigue la cura analítica, que quiere alcanzarla y tornarla de nuevo accesible a la conciencia, poniéndola al servicio de la realidad objetiva (Freud, 1991). Así mismo, Freud (1991) dentro de su análisis sobre este fenómeno logra identificar y separar entre una transferencia positiva y una negativa, la primera que se compone de sentimientos tiernos y la segunda compuesta de sentimientos hostiles. He aquí el mecanismo vital para el análisis, la transferencia, como la más poderosa palanca del éxito así como uno de los medios más fuertes de la resistencia (Bustos, 2016).

Chemama (1996) describe al hablar de transferencia como el lazo del paciente con el analista que se establece de forma automática y actual, y que reactualiza los significantes que han sobrellevado sus demandas de amor en la infancia además evidencian que la organización subjetiva del sujeto está liderada por un objeto (p.438-439). Freud (1905, como se citó en Chemama, 1996) al analizar el caso Dora acota que los fenómenos de la transferencia son "nuevas ediciones, copias de tendencias y fantasmas, que deben ser despertados y hechos conscientes por el progreso del análisis, y cuyo rasgo característico es reemplazar una persona anteriormente conocida por el analista" (p. 439).

La transferencia es el lugar y el momento de la reproducción de dichas tendencias. Freud (1914, como se citó en Chemama, 1996) acota que este fenómeno de la transferencia "es un fragmento de repetición y que la repetición es la transferencia del pasado olvidado no solo sobre la persona del médico, sino también sobre todos los aspectos de la situación presente" (p. 441). Es en este momento que se hace presente el rol de la resistencia, mientras mayor sea la resistencia a recordar, más se impone la compulsión a la repetición. Es por esto que por el manejo de la transferencia, esta compulsión va a transformarse de a poco en una razón para recordar, y por ende le permitirá al sujeto volver a apropiarse de su historia gradualmente (Chemama, 1996).

Por otro lado, para Laplanche & Pontalis (1996) en su diccionario de psicoanálisis definen a las transferencias como reimpresiones de las mociones y los fantasmas, que necesitan ser revelados y hechos conscientes mientras avanza el análisis, lo característico de estas es la sustitución de una persona pasada, conocida, por la persona del analista. Es importante enfatizar que por un lado, lo que se transfiere es, la realidad psíquica, es decir el deseo inconsciente y las fantasías que están relacionadas con este. Las manifestaciones de la transferencia no son literalmente repeticiones sino, equivalentes simbólicos de lo que se transfiere (Laplanche & Pontalis, 1996). Freud por un extremo clasifica a la transferencia como uno de los obstáculos que se oponen al recordar del material que está reprimido, así mismo confirma que el mecanismo de la transferencia dirigido al analista se origina en el instante en que están a punto de ser revelados varios contenidos importantes que se encuentran reprimidos. De acuerdo a esto, la transferencia se hace presente como una forma de resistencia y da cuenta de la cercanía al conflicto inconsciente (Laplanche & Pontalis, 1996).

Por otra parte, la manifestación de la transferencia permite al analista palpar en vivo los elementos del conflicto infantil. Es el momento, que dentro de una actualidad irrechazable, se denota la problemática individual del paciente, en donde debe confrontarse a la existencia, a la permanencia, a la potencia de sus deseos y fantasmas inconscientes. Es claro que el trabajo de

amansar los fenómenos de la transferencia propone al analista varias dificultades, pero es importante recordar que dichos fenómenos son justamente los que entregan el valioso servicio de actualizar y expresar las mociones amorosas, ocultas y olvidadas (Laplanche & Pontalis, 1996). Para Freud (1923, como se citó en Laplanche & Pontalis, 1996) la transferencia tanto positiva como negativa, "se pone al servicio de la resistencia, pero en manos del analista, se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos y desempeña un papel difícil de sobrevalorar en la dinámica del proceso de curación" (p.223).

Posterior a las variadas explicaciones en torno al significado de transferencia en un ámbito psicoanalítico basado únicamente en el encuadre del espacio de análisis, entendido como el consultorio del analista, en el cual se genera la dinámica entre este y el paciente, se proseguirá a la descripción del mismo término, dentro de otro espacio: un encuadre hospitalario, en donde de igual manera se hace presente la manifestación de la transferencia, pero entre la madre y el neonato prematuro dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

El concepto transferencia no es únicamente para el espacio de análisis, es decir el consultorio del analista. Ha sido utilizado en varios contextos debido a que "implica la idea de desplazamiento, transporte, sustitución de un lugar a otro, sin que la operación afecte la integridad del objeto" (Roudinesco & Plon, 2008, p. 1088). En 1909, Ferenczi pudo observar que existe transferencia en todas las relaciones humanas: entre médico y enfermo, maestro y discípulo, etc. Además observó que al igual que en el análisis, así como en la hipnosis y en la sugestión, el paciente coloca de forma inconsciente al psicólogo o médico en una posición parental. Por otro lado, Melanie Klein manifiesta que la transferencia tiene su origen en los procesos de amor-odio, agresión-culpa, que en los estadios precoces, definen las relaciones objetales (Roudinesco & Plon, 2008).

Durante mucho tiempo el término transferencia desde una mirada psicoanalítica, ha sido comprendida como una referencia directa hacia el analista, pero la concepción de Klein como una transferencia arraigada en los estadios precoces del desarrollo y en las profundidades del inconsciente, es mucho más amplia y desde la cual se deduce en su totalidad el material presentado, los elementos inconscientes de la transferencia. Winnicott por su parte desarrolla la concepción de la transferencia como una repetición del vínculo materno (Roudinesco & Plon, 2008). En base a esto Ruiz (2003) menciona que la madre en el proceso de embarazo se volverá a su propia madre para lograr entender todo lo que pueda suscitarse y cómo llegar a ser madre, así mismo el padre logrará encontrar en su bebé un indicio sobre qué es ser padre, contexto que lo devuelve a su propia historia. Es decir que para comprender cómo efectuar

estos roles de madre-padre se regresa a los estadios precoces en donde se ejerció sobre ellos la transferencia, en el caso de la madre, la relación de ella con su madre y las memorias en torno a sus experiencias como niña.

En el *Banquete* de Platón se describe la transferencia como un componente hecho del amor común, pero como una artimaña, ya que inconscientemente se canaliza a un objeto reflejado en otro: "Alcibiades cree desear a Sócrates, pero en realidad desea a Agatón" (Roudinesco & Plon, 2008, p.1091). El descubrimiento de las manifestaciones de la transferencia, hizo posible dar cuenta, en otros contextos, la acción de la transferencia; "o porque se encuentra en la base misma de la relación en juego, hipnosis o sugestión, o porque ejerce un papel importante en diversas relaciones, médico-enfermo, maestro-alumno, director espiritual-penitente" (p.440). En un inicio, para Freud, desde una visión teórica, la transferencia es no más que un desplazamiento de afecto de una representación a otra. En el caso de que sea seleccionada la representación del analista, es porque conforma un tipo de resto diurno que se encuentra siempre disponible para el sujeto y también porque esta forma de transferencia apoya a la resistencia, por lo que la declaración del deseo reprimido se vuelve especialmente complicado cuando debe realizarse a la misma persona a la que se direcciona (Laplanche & Pontalis, 1996).

El nacimiento de un bebé prematuro llega interrumpiendo el proceso de anidación bio-psíquica del fututo hijo, esto como consecuencia movilizará varios conflictos internos tanto en la madre como en el padre. Esto puede ser evidenciado en los relatos, de varias madres, que menciona Ruiz (2003) en su práctica clínica, por ejemplo: "no tengo panza, no tengo el bebé", "a mí me abrieron y me lo sacaron" (p.76). Esta vivencia que se considera traumática, reactivará en la madre, las ansiedades que sintió cuando era una niña, en relación al interior de su cuerpo, así mismo movilizará su propio trauma de nacimiento conectado con al miedo de separarse de su madre. Aquí podemos evidenciar que la madre al pasar por este evento presenta un regreso a sus estadios precoces en donde se encuentran los procesos que determinaron sus relaciones objetales y se encuentra el origen de la transferencia (Klein, 1961), para que en base a esto la madre pueda definir la transferencia sea positiva o negativa que entregará a su bebé.

Justamente como no puede hacerse la declaración del deseo reprimido a la persona a la que se direcciona, sea la madre, la situación, su pasada experiencia, su bebé prematuro, pues la rediccionará hacia sí misma, con la culpa por no poder contener a su bebé más tiempo dentro de sí, o la direccionará hacia el psicólogo clínico, o hacia el equipo médico a cargo de su caso al tener una resistencia a comprender la información brindada sobre su bebé o al depositarles la culpa por lo ocurrido con el mismo (Acosta M. F., Cabrera, Basante, & Jurado, 2017). Esta

redirección evidencia la resistencia que se hace presente en la manifestación de la transferencia (Laplanche & Pontalis, 1996). La pérdida del bebé en gestación, que nace de forma prematura, cuando aún es vivido como parte del cuerpo de la madre, puede movilizar los llamados por Winnicott (1974, como se citó en Ruiz, 2003) "padecimientos primitivos". Estos se hacen presentes en una situación de "derrumbe", este concepto tomado como una situación inimaginable, que se hace presente ante la pérdida del establecimiento del self como unidad (Ruiz, 2003).

En este momento, el "yo" se defiende ante la inminente amenaza de desorganización y da marcha a organizaciones que defienden el aparato psíquico, relacionadas con los padecimientos primitivos que ya se han experimentado. Entre algunos padecimientos se encuentra "el regreso a un estado no integrado, pérdida de la convivencia psicosomática, fracaso de la fuerza sustentadora, pérdida del sentido de la realidad, pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos" (Winnicott, 1974, p.77). Cuando estas agonías son experimentadas de forma excesiva y sin ser contenidas por un medio facilitador, pueden llegar a ocupar un lugar central, posteriormente, en la mente de la madre, por ejemplo: "…me siento vacía…no siento…algo de mi falta" (Ruiz, 2003, p.77). En estas situaciones es imperante, la posibilidad de encontrar una red facilitadora de sostén que le ayude a la madre a integrarse, y le permita superar estos padecimientos, función que la realiza, la pareja, el sistema familiar, y el equipo médico multidisciplinario a cargo del RNPT (Winnicott 1974, como se citó en Ruiz, 2003). Justamente como menciona González Serrano (2010) al comentar sobre la función contenedora de la Unidad de Neonatología, que trabaja como una incubadora psíquica, dirigida a los padres, a los profesionales de la salud y al bebé prematuro.

La transferencia definida por Klein y los padecimientos primitivos definidos por Winnicott se hacen visibles en el cuento "El principio" de Rabindranath Tagore que da cuenta de la experiencia materna en la simbolización de su embarazo y del bebé que lleva en ella.

> ¿De dónde venía yo cuando me encontraste? -preguntó el niño a su madre. Ella, llorando y riendo, le respondió apretándolo contra su pecho:
>
> Estabas escondido en mi corazón, como un anhelo, amor mío: estabas en las muñecas de los juegos de mi infancia, y cuando, cada mañana, formaba yo la imagen de mi Dios con barro, a ti te hacía y te deshacía; estabas en el altar, con el Dios del hogar nuestro, y al adorarlo a Él, te adoraba a ti; estabas en todas mis esperanzas, y en

> todos mis cariños. Has vivido en mi vida y en la vida de mi madre, tú fuiste creado siglo tras siglo, en el seno del espíritu inmortal que rige nuestra casa. Cuando mi corazón adolescente abría sus hojas, flotabas tú, igual que una fragancia, a su alrededor; tu tierna suavidad florecía luego en mi cuerpo joven como antes de salir el sol la luz en el Oriente. Primer amor del cielo, hermano de la luz del alba, bajaste al mundo en el río de la vida y al fin te paraste en mi corazón… Qué misterioso temor me sobrecoge al mirarte a ti, hijo, que siendo de todos, te has hecho mío. ¡Y qué miedo de perderte! ¡Así, bien apretado contra mi pecho! ¡Ay! ¿Qué magia ha entregado el tesoro del mundo a mis frágiles brazos?
>
> FIN. (Tagore, 1995)

Las manifestaciones de la transferencia afloran dentro de este espacio también, por la presencia del encuadre. Como mencionó (Donnet 1973, como se citó en Labarthe, 2012) el encuadre es una condición imprescindible, que no se conoce con seguridad si es intrínseca o extrínseca, por lo mismo el encuadre verdadero sería interno, al analista, este se sostiene en la "conciencia clara que él mismo tiene de su posición de analista" (p.35). Labarthe (2012) acota sobre la observación a infantes, como una experiencia que prepara para el establecimiento del encuadre interno. Posee un valor importante ya que impulsa la adopción de una postura interna desde donde "se reconoce el equivalente del juego entre transferencia y contratransferencia" (Labarthe, 2012, p.97).

Como enfatiza González Serrano (2010) sobre la función contenedora de la Unidad de Neonatología la cual trabaja como una incubadora psíquica que protege, tanto a la madre como su bebé en la formación de su vínculo afectivo, así como sostiene psíquicamente al equipo médico que trabaja en la misma. Es decir que este espacio cumple el rol de un encuadre externo que define y protege el área espacio-temporal en donde el analista y la madre pueden realizar el trabajo analítico.

El contexto hospitalario es sumamente variable e impredecible puesto que pueden ocurrir muchas situaciones de emergencia de la madre, el neonato, la familia o incluso del equipo médico, por lo que el encuadre interno define y protege la mente del analista de modo que, pase lo que pase en el encuadre externo, esta dinámica pueda ser considerada un espacio analítico (Labarthe, 2012). El encuadre externo puede quebrantarse desde afuera o desde

adentro, pero si el encuadre interno del analista permanece ileso, las intromisiones que quebrantan el encuadre externo "pueden concebirse en términos de significado analítico e incorporarse en el análisis" (Labarthe, 2012, p.97). En el análisis, una parte del trabajo recae en ayudar al paciente a que desenvuelva sus propios tejidos internos de modo que pueda entenderse a sí mismo; para que este concepto permanezca sólido se necesita permitir una considerable flexibilidad en el encuadre externo, sin necesidad de sacrificar en nada su carácter analítico. (Labarthe, 2012)

Las Unidades de Neonatología que cuentan con un trabajo multidisciplinario en donde se enfocan en la prevención y detección de psicopatologías, labilidad emocional, estrés y la formación del vínculo afectivo entre los padres y el bebé; tienen por objetivos, el detectar las necesidades psicológicas de los padres, el sostenimiento a las familias, el optimizar la formación del vínculo padres-bebé y certificar que tanto la madre como su pareja hayan recuperado sus competencias para el cuidado del neonato luego de dar el alta. (Cuéllar & Valle, 2017). Es por esta función contenedora que la Unidad siendo el encuadre externo, permite que el analista y el paciente se sientan "libres de ser como necesiten ser y crea una realidad diferente en cuyo marco se produce la comprensión analítica" (Labarthe, 2012, p.100). El analista que confía en la capacidad de reverie[5] y se mantiene atento al encuadre interno, puede entregar al paciente, las herramientas del cambio. Es así que permanece abierto desde el encuadre interno la vía de la transformación. (Labarthe, 2012).

Teniendo en cuenta lo señalado, se puede decir que la transferencia en las Unidades de Neonatología es posible y está presente gracias a las postulaciones de Klein, Winnicott y Ruiz, quienes enfatizan el origen de la transferencia en los estadios precoces del sujeto, haciéndose claro que dentro de la dinámica entre los padres y el bebé se manifiesta la transferencia, ya sea por la palabra, el tacto o las diversas formas de sostenerlo durante su estadía en la Unidad. Así mismo, este contexto hospitalario, al cumplir su función contenedora como encuadre externo, genera un espacio seguro para que la madre y el bebé puede ser como deseen, es decir puedan expresarse con libertad.

El psicólogo que trabaja en esta área debe mantener un encuadre externo flexible, puesto que debe movilizarse de un lugar a otro donde sean requeridos sus servicios, la puesta en marcha de su encuadre interno es necesaria para poder ejercer el análisis en cualquier

[5]Reverie es un proceso que se da en la mente del analista en el momento de análisis cuando recibe el discurso del paciente. Esta escucha moviliza emociones, recuerdos, sensaciones y asociación de ideas. En concreto todo aquello que sumado, en el concepto de contratransferencia, conforma la recepción desde el analista, del discurso, proyecciones, y comunicación no verbal del paciente (Bodner, 2019)

espacio que se encuentre dentro de la Unidad y ayudar a los padres a desenvolver sus contenidos y emociones, de modo que puedan comprenderse a sí mismos, elaborar la transferencia y logren expresarla de manera positiva a su bebé, convirtiéndose en un sostén adecuado para el neonato a través de un positivo vínculo afectivo entre la diada.

2.2. Transferencia del equipo

En el contexto hospitalario se abre un nuevo espacio, construido por varios saberes y compartido por algunas disciplinas, dándole un lugar de mayor relevancia a la palabra del paciente, en este caso el bebé prematuro, y por ende a la salud mental del mismo. Dentro de un equipo multidisciplinario hay la presencia de transferencias múltiples, del médico, las enfermeras, el psicólogo y claro los pacientes, por ende la institución hospitalaria cumple la función contenedora como el encuadre externo, marca una terceridad, un límite, fomentando los movimientos psíquicos y las dinámicas que se generan dentro de los espacios del área de Neonatología (Alkolombre, 2011).

Para poder hablar de la labor que cumple el equipo médico al trabajar con los neonatos prematuros y sus familias, es importante mencionar que ellos se mantienen en un constante contacto con el duelo, lo cual va deteriorando la empatía y la sensibilidad en su labor diaria siendo esto un tipo de mecanismo de defensa de modo que puedan continuar trabajando, además de esto deben enfrentarse constantemente a sus limitaciones, emocionales, psíquicas y físicas, cada uno en su propia manera (Mathelin, 2001). Es aquí donde se hace presente el rol del psicólogo al denotar la transferencia, ya sea positiva o negativa, la cual elaborará conjuntamente con el equipo, al proponer la conversación sobre las dificultades a las que cada uno se ha enfrentado, también proponer una visión distinta sobre el bebé y su familia de modo que se pueda cuestionar como equipo la transferencia y las manifestaciones de la misma ante las diferentes historias de cada bebé. Es de esta forma que el equipo puede ser simbólicamente uno en el deseo de curar al neonato (Mathelin, 2001).

Al igual que la transferencia, el lenguaje puede volverse en algunas ocasiones una forma de resistencia, al utilizar términos muy técnicos o difíciles de entender para la familia como para los demás miembros del equipo multidisciplinario o al hacer como si el paciente, en este caso el bebé prematuro, no existiera o no entendiera lo que se está comunicando. Según Alkolombre (2011), “las palabras nombran, marcan, habilitan o inhiben el pensamiento” (p. 287). De igual forma Busnel (1993, como se citó en Mathelin, 2001) demostró al realizar varios estudios que “el bebé es sensible a la palabra y al afecto que el lenguaje vehiculiza” (p.41). De

acuerdo con varios psicolingüistas el neonato se muestra interesado por la voz y tiene la capacidad de distinguir algunos elementos del lenguaje, se puede observar el interés del mismo por la palabra, al hablarle el bebé se encuentra presente y atento, en algunas ocasiones abre bastante la boca como si de alguna forma quisiera tragar esa voz que se inclina hacia él, "bebe nuestras palabras como la leche" (p.41), como menciona una popular expresión francesa, de acuerdo a Mathelin (2001).

Dolto durante mucho tiempo intento dar a conocer que los bebés eran sensibles a lo que se les decía y como se les decía, concluyó mencionando que los recién nacidos sean prematuros o no están en demanda de sentido, es decir que demandan comunicación constante, son alegres receptores, siempre atentos a la presencia del otro (Mathelin, 2001). Así mismo gracias a los estudios de Dolto-Tolich se conoce que el bebé no distingue únicamente la diferencia entre los sonidos y las entonaciones, sino que puede necesitar un estímulo en vez de otro llamar, denotándose esto en el cambio del ritmo de succión, un ejemplo que evidencie esto es como menciona Mathelin (2001), el bebé aumenta el ritmo de succión al leerle el poema que la madre le recitaba mientras estaba embarazada, aunque lo recite otra mujer que no sea la madre (Mathelin, 2001). De igual forma como enfatiza Brazelton (1975, como se citó en Mathelin, 2001), todos los bebés programados para establecer un contacto con quienes tienen alrededor, requieren respuestas a sus intentos de comunicación para desarrollarse de forma adecuada.

Los neonatos prematuros están constantemente tan enfermos que su esfuerzo por comunicar es muy difícil, por lo cual es responsabilidad del equipo multidisciplinario, doctores, enfermeras y psicólogos, dirigirse a él e intentar descifrar desde el más pequeño de sus llamados para intentar responderle. Se trata entonces de aceptar formar parte de la relación con el bebé, "intervenir, dejarse sorprender, ofrecer al niño algo diferente" (Mathelin, 2001, p.48). Winnicott (1969, como se citó en Mathelin, 2001), define esta relación enfatizando que los pediatras pueden identificarse con el bebé y mantenerlo. El bebé es, en la medida en se ocupan de él. Es de este modo que la transferencia elaborada dentro del equipo puede encaminar el deseo de vida en conjunto, hacia el bebé, para que así las manifestaciones de la transferencia puedan investirlo, ya que él no puede investirse a sí mismo, debe ser investido por otro, no puede lograr solo la experiencia de existir (Mathelin, 2001).

El equipo que cuida al bebé "debe transmitirle la idea de que él es y además la idea que él será, la idea de lo que él devendrá, el proyecto deseante da vida al niño" (Mathelin, 2001, p.49). Para que el bebé sea, es requerido que sea tomado por varias redes de atención, una forma de comunicación, una forma de tocarlo, de responder a su mirada, dirigirse a él, como un sujeto que se dirige a otro sujeto, compuesto por sus afectos, ideas y deseos. No es esencial

saber si el bebé comprende o no el sentido de las palabras, se lo rodea, se lo toca, se le habla y el responde, el neonato se construye en este intercambio siempre que lo consideremos como sujeto (Mathelin, 2001).

Las enfermeras y los psicólogos encargados de cada caso son los que están en un contacto más íntimo con el bebé prematuro por lo que lo conocen muy bien, pueden decir que siente, que quiere e incluso pueden comentar fácilmente cuáles son sus reacciones ante diversos estímulos, tanto internos como externos. Dentro de las dinámicas que se realizan diariamente con cada neonato es importante destacar el tiempo que los cuidadores, enfermeras y psicólogos, se toman para hablar con el bebé, explicarle su situación aprovechar cada momento para reforzar el vínculo afectivo, de modo que se sienta sostenido y protegido dentro de su estado crítico y, de igual forma sea más fácil sobrellevarlo. Este tiempo invertido ofrece respuestas muy positivas ya que los cuidadores identifican de forma inmediata el ritmo de la respiración, la insistencia en la mirada, el deseo de evitación (Mathelin, 2001). Uno de los momentos importantes son los momentos del baño, a los cuidadores les importa invertir tiempo aquí como un momento de vinculación, utilizando el lenguaje y el tacto como una forma de desarrollo de las capacidades sensoriales del bebé y un espacio de reafirmación del vínculo, al extender el baño si el neonato demuestra disfrutarlo o recortarlo si se lo ve angustiado o molesto (Mathelin, 2001). De acuerdo a Mathelin (2001) “esta complicidad que se establece con el niño es preciosa” (p.107).

Estas manifestaciones de la transferencias aportan de forma positiva, por el trabajo que se hace como equipo, analizando la transferencia que despierta en cada profesional cada uno de los casos, ya que el estado de ánimo de los cuidadores resulta importante para los bebés, como Brazelton enfatiza (1991, como se citó en Mathelin, 2001) que los neonatos son sumamente sensibles al humor de las personas que están a cargo de su cuidado, esto se puede ver reflejado en el comportamiento de los mismos, frente al rostro impasible, el que no muestra emoción, el bebé intenta de cualquier forma que le sea posible una reacción del rostro del cuidador puesto que el rostro impasible es una falta de respuesta a su comunicación o una transferencia negativa que de igual forma genera una reacción, pero que podría eventualmente evocar un repliegue del bebé y por ende una desconexión del mismo con el medio (Mathelin, 2001).

La dinámica que tienen el personal y los bebés a su cuidado, es una relación transferencial en donde, desde el momento en el que la condición del bebé lo permite, se esmeran por entrar en comunicación con él, “saben, como lo afirmaba Platón, que los niños necesitan movimiento y melodía, vida a su alrededor” (Mathelin, 2001, p.110). No solo les

agrada la melodía de las palabras, sino que la necesitan, tanto como necesitan del oxígeno o la sonda gástrica. El hablar al bebé y estar en una posición de escucha son confundidos con la atención que se le brinda a su cuerpo y las emociones que despierta en el equipo, pero dentro de una relación transferencial como está, el cuidado emocional, psíquico y físico van de la mano para poder llegar de forma conjunta a la mejoría del neonato haciéndolo sentir siempre, que no está solo en su proceso de curación. Es por esto que las manifestaciones de la transferencia por parte de los cuidadores se enfocan en intentar descifrar los llamados del bebé y procurar la máxima comodidad que sea posible para él. Se presta atención a los ruidos, olores que podrían desagradarle, los cuidadores intenta ponerse en el lugar del neonato para, de esta forma entender que es lo que le molesta, o que podría hacerle sentir mejor. Este tipo de atención requiere que los cuidadores se permitan entrar en la relación con el bebé aceptando la existencia de la interacción y el intercambio, es decir la transferencia que fluye entre ambas partes (Mathelin, 2001).

La madre frente a este bebé enfermo no puede reconocerse como madre ni reconocerlo a él como hijo suyo, es por esto que el trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario al elaborar la transferencia y encontrar una solución, tanto a su condición física como a su condición psíquica, permitirá que el equipo, acepte su lugar de protector entre los padres y el neonato. Esto quiere decir cuidar al bebé y hacerse cargo del mismo en varios momentos en los cuales, por diversas razones psíquicas o físicas, los padres no pueden hacerlo; queda vacío ese espacio, el de padres de su bebé, el cual les pertenece y con tiempo podrán recuperarlo (Mathelin, 2001).

En síntesis, el neonato es, siempre que exista alguien allí “para reunir experiencias y organizarlas, para sentir y distinguir los sentimientos entre sí y para comenzar a organizar las defensas contra el dolor psíquico” Winnicott (1969, como se citó en Mathelin, 2001, p.48). Las manifestaciones de la transferencia por parte del equipo, dentro de estas el holding, que será desarrollado con mayor énfasis posteriormente, proveen al bebé de un sostén, en donde observando las expresiones y manifestaciones de su cuerpo, se puede reconocer sus propias emociones y transformarlas en palabras, identificando así sus llamados. Permitiéndole de esta manera que se sienta vivo, no solo porque su cuerpo mejora o se encuentra estable, sino porque él empieza a existir y se establece al inicio de su pensamiento. (Mathelin, 2001).

2.3. Transferencia padres-neonato

El alumbramiento de un bebé es un momento en el cual se da un encuentro entre el fantasma y la realidad, es decir objeto interno que es el neonato gestante, y objeto externo que es el recién nacido. El parto por consiguiente significaría el momento de encuentro, puesto que la madre gana por fuera, lo que pierde por dentro (Gutton, 1983). Al momento de nacer el bebé deja su "continente intrauterino" (Ruiz, 2003, p. 103), para convertirse en un sujeto visible, real, el cual desde ese instante seguirá siendo contenido psíquicamente por su madre y su padre. La vida psíquica del bebé gestante, depende de cómo lo fantasearon y pensaron sus padres, de igual forma como los mismo interpretaron y decodificaron sus movimientos (Ruiz, 2003).

En el caso de un nacimiento prematuro, el alumbramiento se presenta de forma traumática, movilizando en los padres elementos conectados con su historia, esto se vivencia en cada uno de forma particular. Más allá de las vivencia individual de los padres, este evento marca la interrupción de un proceso, encontrándolos no preparados para la separación que se viene por la internación del bebé en la UCIN, ni para el anidamiento psíquico de un neonato diferente al esperado (Ruiz, 2003). En base a esto Winnicott destaca el concepto de preocupación materna primaria, proceso que necesita tiempo, tiempo de gestación psíquica para poder formarse. Este tiempo es dado por el proceso biológico de gestación, los 9 meses. Cuando se presenta la prematurez, el proceso de gestación psíquica no se completa lo puede llegar a interferir en el desarrollo normal de la comunicación entre los padres y el bebé (Winnicott, 1979). Es por esto que los padres junto a su bebé prematuro comenzarán una travesía que demandará de todos el esfuerzo de reorganizarse ante esta situación inesperada. Este periodo se caracteriza por una búsqueda tanto interna como externa, en la cual se intentará descifrar los pasos siguientes, a partir de los relatos de los padres y el reconocimiento de las capacidades adaptativas y de regulación del neonato prematuro (Ruiz, 2003).

Las UCIN imponen una separación física entre el neonato y sus padres, que nuevamente marca un corte en los padres ya que este tipo de relación está lejos de la idealizada y fantasea. La condición del bebé afecta a los padres en el plano narcisista de acuerdo con Freud (1914), y obstaculiza en el proceso edificatorio con él. La inmadurez del neonato condiciona la situación, en el sentido de que la atención y el cuidado no pueden ser entregados por los padres, además ingresa a un espacio lejano y complejo, la UCIN y la incubadora (Ruiz, 2003). En los nacimientos antes de término, en especial los de menos de 26 semanas de gestación la mirada de los padres es de preocupación y miedo, por el hecho de que la imagen del bebé imaginado en el periodo de gestación no corresponde con el bebé real.

Por lo mismo y para empezar a trabajar la transferencia y que por ende las manifestaciones de la misma sean positivas para los encuentros con el bebé, es importante trabajar lo que Kaplán y Mason (1916, como se citó en Klaus y Kennell, 1975) definieron como el duelo anticipado, un momento experimentado por los padres ante el miedo de que su bebé prematuro no sobreviva, este momento de suspenso se expresa al no querer estar cerca del neonato e incluso se intenta no pensar en él. En la atención de Ruiz (2003) las madres expresaban por un lado, "ambivalencia a ligarse afectivamente con este bebé" o "temor a que le llamen por teléfono del hospital" o "miedo al no saber con qué te vas a encontrar al llegar al hospital" (p. 81). Al elaborar los diferentes duelos[6], tomando en cuenta el duelo por el bebé imaginado, fantaseado, se comienza el proceso por aceptar, amar y a su vez crear una relación con el bebé real (Ruiz, 2003).

Dentro del proceso de embarazo se hace presente la organización psíquica de la constelación maternal[7], en donde se destaca la preocupación por parte de la madre "de crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y protectora" (Ruiz, 2003, p.78). De modo que logre cumplir con las funciones de mantener vivo al bebé e incentivar su desarrollo afectivo y psíquico. La constelación maternal se enfoca en 3 preocupaciones y discursos distintos:

- El discurso de la madre con su madre, en especial como madre cuando ella era pequeña
- El discurso que mantiene consigo misma, en especial como madre
- El discurso con el neonato

Esta triada psíquica de madre-madre y madre-bebé es la que mayor relevancia tiene para su elaboración y trabajo en los momentos de análisis ya que serán la base para la transferencia y por ende las manifestaciones de la misma, desde la madre hacia el bebé, en sus encuentros en la UCIN (Stern, 1995).

Al ser interrumpida la constelación maternal por la prematurez inesperada, la madre necesita lo nombrado por Stern (1995) como matriz de apoyo, está cumple con las funciones de:

- Que logre mantener vivo al bebé y estimule su desarrollo emocional y mental.

[6]"Duelo anticipado, duelo por el fin del embarazo, duelo por un nacimiento normal, duelo por un bebé perfecto, duelo por el alta del bebé" (Ruiz, 2003, p.88-96).

[7] Es una organización psíquica planteada por Stern (1995) en donde la madre estará determinada por un nuevo "conjunto de tendencias, acciones, sensibilidad, fantasías, temores y deseos" (p.212). Esta organización se desarrolla a lo largo del embarazo incluso puede desarrollarse antes la misma, se convierte en el eje central de la vida psíquica de la madre (Stern, 1995).

- Sentirse apoyada, sostenida, acompañada, valorada y psico-educada sobre su función materna, haciéndole posible desarrollar los aprendizajes que requiere su bebé.

Esta matriz no solo le permitirá a la madre poder reorganizarse posterior al alumbramiento, sino que la ayudará psíquica y emocionalmente a que logré amar a su bebé, así mismo sentir que él la quiere, y que más allá del trabajo que realiza el equipo médico, ella puede aportar a que su bebé sobreviva (Stern, 1995).

Esto da cuenta del trabajo que los padres realizan con el psicólogo elaborando el dolor psíquico[8] y la transferencia, ya que como se mencionó anteriormente, el nacimiento prematuro reactivará las ansiedades que de pequeños sintieron en relación a su cuerpo y movilizará el trauma de nacimiento ligado al temor de separarse de la madre, temas que se hacen presentes en las manifestaciones de la transferencia. Por lo que es de mucha importancia elaborarla para que en los encuentros con el bebé, sean pequeños o más íntimos, los padres, sanando previamente la herida causada por la prematurez sumado a diversos temas heridos por la misma causa, logren aportar al bebé todo lo que pueda necesitar psíquica y emocionalmente, sosteniéndolo y amándolo por lo que es y será en un futuro.

En primer lugar, los encuentros y entrevistas que realiza el psicólogo con los padres o la madre, se realizan a lado de la incubadora de su bebé, esto hará posible que la prematurez no sea tan desorganizante para la madre y pueda dejar de pensar en su bebé como un otro, considerando la incubadora como un útero tecnológico extendido en donde se alojará su bebé hasta terminar su desarrollo. El lograr reconocer a su bebé como propio, elaborando los miedos, cuestionamientos y deseos, hará posible la elaboración de sus primeras vivencias. Sumada a la elaboración de los padres con el psicólogo, está la responsabilidad del equipo médico, doctores y enfermeras, el facilitar las primeras interacciones entre ambas partes de modo que la madre pueda ir libidinizando el cuerpo de su bebé inmaduro, lo que ayudará a los procesos identificatorios con las necesidades del mismo (Ruiz, 2003).

En el neonato prematuro extremo, los primeros contactos se basan en el tacto de la manito del mismo por los padres, de igual forma en este momento se hacen presentes los primeros discurso de los padres, como menciona Ruiz (2003) en su práctica clínica, una madre comparte el primer contacto con su bebé en la incubadora, le dice "Hola mi amor ¿cómo estás?, aquí esta mamá; en este momento la madre se inclina para poder mirar a su bebé en introduce

[8] El dolor psíquico no es un fenómeno patológico, representa el atravesar una prueba, es la percepción interna de que algo sucede que genera conmoción y obliga a la persona a reconstruirse. El dolor psíquico se hace visible en los relatos de los padres ante la vivencia de lo traumático del nacimiento prematuro. (Ruiz, 2003)

su mano para tocarlo y roza levemente sus deditos" (p.83-84). Por otro lado, los neonatos prematuros moderados, los cuales ya pueden recibir un contacto más cercano con los padres, los acercamientos se basan en la alimentación por jeringa o los contactos piel con piel en el método "mamá canguro", como comenta Ruiz (2003) en su práctica clínica, un padre sostiene a su bebé y le dice "Hola, papi te vino a visitar, ¿no quieres despertarte? Yo te voy a dar la leche que dejó tu mamá" (p.100). En otro caso, un padre habla a su bebé e intenta llamar su atención, al hablarle el bebé abre sus ojos y ejecuta "fijaciones al rostro de su padre, el cual cambia de voz al hablarle, mueve su cabeza esperando un seguimiento el bebé responde con movimientos horizontales al ver esto, el padre lo besa en el cuello y dice: que bien bebé" (Ruiz, 2003, p.100).

Los cuidados maternos conscientes no son los que, de manera más sencilla percibe el bebé, sino los que se remiten al estado afectivo de la madre y que son expresados como variación en el tono y expresión de la voz. Por lo tanto de acuerdo a Ruiz (2003) se podría mencionar que el neonato está en contacto directo con el estado afectivo de su madre, es decir su inconsciente, siendo las manifestaciones de la transferencia una herramienta para hacerle llegar al bebé lo que su madre desea comunicarle, emociones, sentimientos, deseos, anhelos, etc. La madre transmite al neonato estímulos e información que son percibidos por el mismo "en el dominio en el cuál él está capacitado para recibirlos (signos corporales: temperatura, tono de voz, etc.), produciéndose un contacto directo entre inconsciente materno y cuerpo del bebé" (Ruiz, 2003, p.104).

Dentro del proceso de vinculación entre la madre y el neonato, en la madre se hace presente la empatía cenestésica, que consiste en una identificación desde lo corporal, desde el reconocimiento en sí misma de las sensaciones y estados afectivos de su cuerpo y las percepciones de las comunicaciones que emite el neonato (Spitz, 1972), estos procesos permiten que se comprenda la transferencia del bebé, al igual que elaborar y hacer llegar la transferencia de la madre de forma positiva de modo que la interacción entre ambas partes fomente el vínculo afectivo al, la madre poder entender los estados del bebé y poder solucionarlos, disminuyendo las ansiedades y fomentado la construcción de la relación madre-hijo (Ruiz, 2003).

Una de las formas más directas de hacerse presentes las manifestaciones de la transferencia son con el handling y el holding descritos por Winnicott (1960). El holding tiene que ver con la capacidad de la madre de empatizar con el bebé entendiéndolo y sosteniéndolo psíquicamente, el handling por otra parte se refiere a los cuidados físicos del bebé, entender sus necesidades fisiológicas, "conducir al bebé y al cuerpo del mismo como si los dos formaran

una unidad" (Torres Vilar, 2006, p.208). Estas capacidades pueden irse formando en la madre ya que el desarrollo de la preocupación materna primaria es interrumpido por la prematurez. En los encuentros de la madre con el psicólogo se va fomentando el desarrollo de estas habilidades maternales de modo que la misma pueda identificarse con su bebé y pueda investirlo, es por medio de todo este proceso que la madre puede comprender las necesidades fundamentales de su bebé. El neonato que conoció un holding suficientemente bueno ya no conserva algo de esta primitive agony o el temor al desmoronamiento es decir, el bebé es, en la medida en la se ocupan de él (Mathelin, 2001). De igual forma los resultados de un handling suficientemente bueno es una buena coordinación motora y un adecuado tono muscular (Torres Vilar, 2006).

Cuando el neonato prematuro logra salir de su situación más crítica y ha avanzado su desarrollo, es el momento en donde ya se puede dar el contacto piel con piel, el cual según Klaus y Kennell "es una necesidad biológica de contacto estrecho expresado por comportamientos reprogramados como el de succión, abrazar, llorar, sonreír y la tendencia de ir hacia" (Ruiz, 2003, p.119). Estos contactos permitirán el fortalecimiento del vínculo y el bonding, este término definido por Klaus y Kennel como una relación única y con privilegios, que se caracteriza por comportamiento maternos llenos de manifestaciones de la transferencia, como tocar, acariciar, sostener, cuidar al neonato y la búsqueda constante de contacto por medio de la mirada. Al mencionar todo esto hablamos de una transferencia positiva pero cuando para lo contrario al no elaborarla y se define como negativa, las manifestaciones pueden transformarse avasallantes, y dan lugar a conductas de estrés, evitación o rechazo, como el retiro de las piernas o brazos definiendo una actitud de huída hacia el contacto (Ruiz, 2003).

En síntesis, el bebé prematuro entrega la oportunidad a sus padres de conocerse antes del tiempo previsto y acompañarlo en su proceso de maduración. El tiempo de gestación y estado clínico del bebé hacen posible desarrollar cierto tipo de comportamientos que sus padres irán poco a poco conociendo, adaptando su forma de interactuar a las capacidades de comunicación de su bebé (Ruiz, 2003). Desde el primer contacto que los padres tengan con el estado anímico de su bebé, el acompañamiento con el psicólogo es fundamental ya que con él se elaboraran paso a paso todos los sucesos traumáticos que se puedan ir viviendo en la UCIN, además los sentimientos, deseos, emociones y comportamientos que estos detonen en los padres, de modo que en los acercamientos con el bebé, en donde se hacen presentes las manifestaciones de la transferencia estás, sean positivas y aporten a la recuperación del mismo. Los encuentros precoces entre los padres y el bebé ya sean, neonatos extremo prematuros y el contacto sea por el roce un tanto lejano de las manitos o sean prematuros moderados y ya

puedan ser sostenidos y alimentados, tienen el objetivo de mejorar las condiciones físicas del bebé a su vez que sostenerlo psíquica y emocionalmente y también mejorar el estado afectivo de los padres. Es una comunicación bidireccional que con psicoeducación y guía va entretejiendo el vínculo afectivo formando una relación de amor real (Ruiz, 2003).

2.4. La transferencia como camino a la mejora del neonato

Cada año llegan al mundo cerca de 20 millones de niños que presentan bajo peso al momento de nacer, como resultado de un nacimiento prematuro (Organización Mundial de la Salud , 2004). En Ecuador el número de nacidos vivos en cada año es de 300 000, los neonatos de muy bajo peso representan el 1% total de los nacimientos y representan el 40% de la mortalidad infantil. De acuerdo a la OPS Ecuador está entre los 11 países que tienen las tasas más bajas de nacimientos prematuros pero a su vez, la primera causa de muerte infantil en el país es la corta duración de la gestación, de acuerdo al INEC. La prematuridad representa cerca del "45% de los RN con parálisis cerebral, el 35% de los RN con discapacidad visual y el 25% de los RN con discapacidad cognitiva o auditiva" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, p.11). Tanto las secuelas que nacen de la prematurez como las intervenciones que ello acarrea en la práctica clínica, han impulsado a desarrollar y utilizar nuevas formas de intervención para el neonato prematuro de modo que se puedan prevenir o detener las consecuencias físicas, psíquicas y emocionales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

El contacto entre los padres y el bebé recién nacido es una base biológica de la especie humana, la relación entre la madre y el neonato ha aportado, al mismo, de calor, protección, nutrición y estimulación social (López, 2016). Por lo mismo es importante sumar al cuidado hospitalario la asistencia con supervisión de los padres en la recuperación de su bebé. De acuerdo a la psiquiatra infantil Ibone Olza, existen innumerables beneficios psicológicos al aportar a la formación del vínculo afectivo, por medio de contactos tempranos entre los padres y el neonato prematuro. Además afirma que varios trastornos de ansiedad, vínculos afectivos y sueño, que se hacen presentes en niños de edades entre 8 a 10 años o incluso adolescentes que fueron bebés prematuros, tienen su origen en la separación prematura de sus padres, en sus primeros días de vida. De igual forma asegura que es muy frecuente que varios padres de bebés prematuros después de un periodo de tiempo de haber sido ingresados sus hijos, padezcan TEP, falta de sueño o ataques de pánico (Morán, 2013). Existen muchos beneficios para el neonato prematuro en el contacto constante con la madre, el beneficio es incluso mayor si el contacto

es piel con piel, esto aumenta la producción de leche, baja los niveles de estrés y ansiedad del neonato, además a que se mantengan en una mejor temperatura y aumenten de peso más rápidamente, de igual forma ayuda a reducir los niveles de ansiedad de los padres, haciéndolos sentir útiles en la recuperación de su bebé (Hospital Sant Joan de Déu, 2013).

El dar paso al contacto entre los padres y sus bebés hace posible la circulación de la transferencia dentro de este ámbito, y por ende que se hagan presentes sus manifestaciones, las mismas que aportan a la recuperación del neonato en diversas formas, puesto que la estimulación que el neonato busca constantemente es igual de importante para el desarrollo de su cerebro como es el alimento para el desarrollo de sus órganos y tejidos (Ruiz, 2003). Dentro de las manifestaciones de la transferencia se encuentran el holding, el handling, la palabra, el tacto, y el contacto piel con piel, estas vienen desde los padres hacia el neonato, como una forma de comunicación tanto verbal como no verbal del deseo de recuperación y bienestar que los padres quieren hacer llegar a su bebé. Varios estudios realizados con neonatos prematuros a los cuales se les otorgó estimulación táctil y cenestésica, dieron cuenta que lograron aumentar de peso, se mantenían en mayor estados de alerta y tenían mayor actividad motora (Ruiz, 2003).

Los contactos con los padres y el bebé pueden darse desde el primer momento en el que el neonato está internado ya se con tactos sutiles en la incubadora o ya sosteniéndolo. El ingreso de los padres a las unidades de neonatología posibilitándoles el participar en los cuidados de su bebé, favoreciendo al contacto piel con piel, permitiendo la formación del vínculo afectivo y la libre interacción entre la diada contribuye, según estudios, a una mayor organización neurológica y una estabilidad del sistema autónomo del neonato, al igual que una mayor estabilidad emocional de los padres, al normalizar su situación actual y aportar a la mejora emocional y física de su bebé (Ruiz, 2003). También, la técnica de cuidado llevada a cabo en Colombia, denominada método “Mamá Canguro” estimula el contacto piel con piel, lo que ayuda a que la madre pueda libidinizar a su bebé, de igual forma tiene beneficios sobre el estado clínico del mismo como elevar sus niveles de oxígeno en sangre, mejorar su sueño, subir su peso y aumentar la lactancia (Ruiz, 2003). Al entender lo que atraviesa tanto física como emocionalmente el neonato prematuro y conocer sus necesidades en todos los ámbitos durante su hospitalización, se puede entender la influencia que tienen sus primeras experiencias, en el desenvolvimiento de su estado anémico y en su desarrollo psíquico y emocional a lo largo de su vida.

2.4.1. Método "Mamá Canguro"

En 1978 en Colombia, el doctor pediátrico Edgar Reyes junto a sus colegas, preocupados por varios problemas en torno a la escasez de incubadoras y el impacto negativo que se estaba evidenciando, por la separación de la diada madre-bebé, optan por formar un nuevo método el cual sea de costos reducidos y encuentre la forma en que la madre forme parte de la recuperación de su bebé; así nace el programa Mamá Canguro, técnica dirigida a bebés prematuros de bajo peso al nacer, es decir que pesen 2000 gramos o menos (Organización Panamericana de la Salud , 2010).

Se ha podido comprobar en base a varios estudios con bebés prematuros que la posición canguro mejora la frecuencia cardiaca, aporta a la regulación térmica, ya que es común que estos neonatos padezcan hipotérmica, así mismo contribuye a la mejora de la saturación de oxígeno y la regulación de la frecuencia respiratoria (Ministerios de salud y proteccion social & PMA de la ONU , 2010). Sin embargo, uno de los elementos en los que tiene un aporte sumamente grande el MMC y no es tomado en cuenta con la relevancia que se debería, es el de la disminución del dolor y el estrés. El cortisol es una hormona que denota niveles elevados de estrés fisiológico en bebés prematuros, en un estudio en donde al grupo de neonatos que se encontraban dentro del grupo de MMC se les realizaban mediciones de cortisol después de 20 minutos de haberles colocados en la posición, los resultados expusieron que había una reducción en los niveles de cortisol hasta en un 60%, en comparación a los bebés que se encontraban en las incubadoras, los niveles altos de cortisol podrían relacionarse con la supresión de las funciones del sistema inmunológico (Ministerios de salud y proteccion social & PMA de la ONU , 2010). Según Ludington Hoe & otros (2004) se observa que los niños prematuros que se encuentran en la posición canguro se notan más relajados, en calma y logran conciliar el sueño y mantenerlo con más facilidad.

En otro estudio Ferber y Makhoul (2008) denotaron que al tomarles las muestras de sangre a los bebés prematuros que se encontraban en la posición canguro con sus madres, se reduce la desorganización motora y también los movimientos de extensión, los cuales son respuestas ante el dolor agudo, de igual forma hubo una reducción en los demostraciones de estrés de tipo neurocomportamental, 60 min después del procedimiento aplicado. Estudios realizados en instituciones que practican el MMC han encontrado que, las madres al estar en contacto piel con piel con su bebé, presentan mayor producción de leche en comparación a las madres que estaban en el grupo control (Ministerios de salud y proteccion social & PMA de la ONU , 2010). El incentivar estos contactos entre la madre y el bebé promueven que se continúe con la relación entre ambos desde el embarazo hasta el nacimiento, es decir que no haya

separaciones abruptas más aún, al hablar de bebés prematuros que presentan un corte en su desarrollo físico y psíquico. De modo que el vínculo afectivo madre-bebé, continúe su formación al igual que el desarrollo psíquico y físico del neonato, aportándose mutuamente conocimiento y enriqueciendo su relación en todos los momentos posibles.

El MMC es un proceso mediante el cual se ubica a la madre, padre, o cuidador, en una posición en donde pueda estar en contacto piel con piel con su bebé prematuro. Este proceso inicia cuando el neonato ha salido de su estado crítico y se ha evaluado el estado tanto psíquico como físico de la madre, es trascendental considerar cada caso de forma individual. Se considera importante alentar a la madre, padre o cuidador a realizar el MMC desde una fase temprana, para lo mismo es importante, a la par, alentar a realizar el acompañamiento psicológico de manera que se trabajen los miedos, culpas, emociones y sentimientos que se han hecho presentes por la prematuridad del neonato, de modo que en los momentos cuando se realicen los contactos entre ambos, las manifestaciones de la transferencia sean positivas y aporten a la mejora del bebé, al igual que a formar el vínculo afectivo entre el mismo con su madre, padre o cuidador (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004).

El MMC puede ser realizado por toda madre sin importar su edad, número de partos, escolaridad, cultura o religión. Este método puede ser especialmente indicado para madres adolescentes o madres que se encuentran amenazadas por factores de riesgo social, puesto que estos espacios representan un lugar seguro en donde se encuentran solamente ellas con sus bebés construyendo algo íntimo, apoyados por un personal que psicoeduca y sostiene el momento. Es de suma importancia psicoeducar a los padres sobre las ventajas e implicaciones que trae el proceso de modo que el aceptar formar parte, nazca de una decisión informada y no se perciba como una obligación o una presión. En primera instancia cuando el bebé se encuentra en etapa de recuperación con la vía intravenosa y baja concentración de oxígeno adicional, se opta por sesiones cortas o abreviadas de MMC, como un primer acercamiento entre los padres y sus bebés. En cambio, cuando el neonato ya se encuentra estable, es decir que ya respira de forma espontánea y no requiere de oxígeno adicional, ya se puede iniciar el MMC prolongado, no es un requisito que pueda alimentarse, se puede iniciar cuando el bebé se alimenta por sonda. Es importante recalcar que se comenzará a discutir el MMC con los padres cuando el bebé comience su recuperación esto porque, es en este momento que los padres disminuyen ligeramente su estado de tensión y pueden escuchar otras alternativas para lograr la mejoría de su bebé (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004).

Unos de los aportes del MMC es que su encuadre, al establecerse en un área caldeada, acomodada, con espacios para que la madre se recueste y adopte la posición cómodamente, con todos los elementos necesarios y el personal a su disposición para asistirla, hace posible que la madre pueda dejarse ir, compartir y sentir este espacio con su bebé, sin enfocarse en que algo va a salir mal sino, dándose la oportunidad de construir una relación con ese ser que le permitió acompañarle en su proceso de desarrollo. Es conveniente alentar a la madre a asistir al MMC con un/a acompañante, si así lo desea, no necesariamente debe ser un familiar, de esta forma la madre puede sentirse apoyada y contenida dentro del proceso. Desde el nacimiento de los bebés se recomienda que la madre, padre o ambos, dependiendo el caso, ingresen al acompañamiento psicológico, de modo que pueda asistir a los padres en cada paso del proceso desde el nacimiento prematuro hasta la dada de alta del bebé. Es recomendable que durante el tiempo de acompañamiento psicológico se normalicen las emociones tanto negativas como positivas, que se hagan presentes, igualmente las dudas y los cuestionamientos, de manera que el espacio se vuelva un lugar seguro para compartir; así mismo es importante que se enfatice el impacto positivo que tiene la presencia física, verbal y no verbal de la madre o padre, en el desarrollo emocional, físico y psíquico del neonato prematuro, de modo que la responsabilidad de los padres de elaborar sus sentimientos y emociones este presente, al igual que lo trascendental de su rol en la recuperación de su bebé. (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004)

Para iniciar con el MMC en primer lugar, se realiza una demostración de cómo se carga y se sostiene al bebé correctamente en la posición canguro así mismo de cómo se coloca la faja térmica de seguridad, de modo que ambos estén cómodos, no se obstruyan las vías respiratorias y se permita mantener un contacto visual directo con la madre, padre o cuidador. También dentro de la explicación se incluye el significado de los gestos y su utilidad así como la importancia del contacto piel con piel para mantener caliente al bebé y protegerlo de infecciones y enfermedades. Es vital explicar todo el proceso paso a paso tomándose el tiempo de responder dudas o malos entendidos, ya que los padres se encuentra en una situación donde la atención se mantiene dispersa y es muy común que la información llegue errada o no se tomada en cuenta en su totalidad (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004).

Es por, los gestos, las poses, la tonalidad de voz, el ritmo cardiaco, velocidad de respiración, entre otros, que el acompañamiento psicológico es tan trascendental, puesto que estos elementos siendo las manifestaciones de la transferencia de la madre, comunican al bebé, “quiero que te sanes”, “aquí estoy”, “no tengas miedo”, “como te sientes”, “vas a recuperarte”

o “no sé porque estoy aquí”, “tengo miedo”, “yo solo te hago daño”, “es mi culpa” (Ruiz, 2003), mensajes que aportan o lentifican el proceso de recuperación del mismo, al igual que estanca o impulsan la formación de la relación vincular madre-bebé, padre-bebé. Por lo mismo es importante la elaboración de los pensamientos, sentimientos y cuestionamientos de modo que al empezar el MMC la madre esté más tranquila al encontrarse con su bebé y pueda, con apoyo, sostenerlo emocional y físicamente. (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004).

Durante todo el proceso de MMC es importante psicoeducar a la madre o padre constantemente puesto que, esto aporta seguridad de que, conoce como debe cuidar, sostener y ayudar a su bebé. Es importante ser honestos sobre los beneficios y las dificultades del MMC de modo que la madre pueda reconocer un estado de crisis en su bebé y pueda pedir asistencia o de igual forma puede reconocer un hipo, un estornudo, entre otros y pueda mantener la calma. Al ubicar al bebé, piel con piel con la madre en el espacio de tórax o pecho, puede sentir su respiración la cual lo estimula. Este método fomenta una comunicación bidireccional entre la madre y el bebé, puesto que mientras fomenta la lactancia en el mismo, a pesar de ser alimentado por sonda, también estimula la producción de leche en la madre (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004).

El contacto en el método debe ser realizado progresivamente, de modo que sea imperceptible cuando el MMC se vuelva continuo, las sesiones no deben durar menos de 60 min, puesto que los cambios muy frecuentes estresan mucho a los bebés. Es importante mencionar que cuando la madre requiere un descanso para ir al baño o realizar alguna actividad, el padre o algún miembro de la familia pueden tomar su lugar sosteniéndolo en la posición canguro. De igual forma cuando el proceso se realiza en una sala compartida en donde las madres experimentan el MMC de forma conjunta con otras madres, pueden intercambiar información, opiniones, emociones, frustraciones, culpas, y formar un sentimiento de resiliencia conjunta para lograr empoderarse como las cuidadoras principales de su bebé, y a atravesar positivamente esta etapa. (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS, 2004)

El MMC es fundamental para fomentar la lactancia materna, esta es un proceso que requiere tiempo y paciencia puesto que en los neonatos prematuros no es un proceso tan inmediato como un neonato a término que lacta después de la primera hora de nacido. Nuevamente se reconoce el trabajo que realiza el psicólogo con la madre, padre o ambos, puesto que en la lactancia se pone en juego todo, comunicación verbal o no verbal, el tacto, las emociones y sentimientos, como dice una frase “el amor de una madre por su hijo no emana

solamente del pecho, sino que brota de todo su cuerpo" (DAMSU, 2016). Por lo mismo, es importante elaborar las diversas temáticas que aquejan a los padres de modo que cuando se encuentren en la posición canguro intentando iniciar la lactancia, el proceso se lleve a cabo de forma positiva sin resistencias de ambos lados. El promover la lactancia materna en los neonatos prematuros aporta tanto a la madre como al bebé en el ámbito físico y psíquico, por una parte, aporta físicamente, en el bebé a generar anticuerpos, protege de las diarreas o estreñimientos y en la madre reduce el riesgo de hemorragia postparto, la succión o el intento de succión secreta oxitocina que aporta a la formación de leche y se asocia con menor riesgo de cáncer ovárico o de útero (DAMSU, 2016). Por otro lado psíquicamente, aporta al holding y handling, ya que al ser un momento intimo entre la madre y el bebé pueden conocerse y aprender el uno del otro, entendiendo sus movimientos, gestos, miradas y necesidades también, a la formación del vínculo afectivo ya que las manifestaciones de la transferencia que circulan dentro de esta relación aportan con conocimientos sobre la dinámica de la diada, tanto en el ámbito emocional como en el mental, ya que cada día habrá una reacción diferente, una comunicación diferente o un aprendizaje diferente.

En síntesis, el método Mamá Canguro "presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevida sino una mejor calidad de vida del bebé" (UNICEF, 2020). Es un proceso que aporta bidireccionalmente, en la madre cuando baja sus niveles de estrés y se siente útil en la recuperación de su bebé y en el neonato, cuando se siente sostenido, seguro y puede afrontar todos los procedimientos que le realizan en la UCIN de forma positiva apoyado por el amor y el deseo de vida del cuidador. El devolver la responsabilidad y el rol de cuidadora a la madre, la empodera y aporta a su confianza con la sensación de poder cumplir con su maternidad al aportar a la recuperación y a la mejoría de su bebé, así mismo el neonato recepta todos los deseos, anhelos, palabras, tactos como manifestaciones de la transferencia que depositan los padres, entendidas como una comunicación del amor y el miedo que circula en esta relación prematura.

3. CAPÍTULO 3: RELACIÓN TRANSFERENCIAL MADRE-NEONATO

3.1. Contexto del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

El hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora nace por el profesor de obstetricia, el Dr. Isidro Ayora, el cual hizo posible que las parteras obtengan instrucción teórica y práctica, al igual que otorgar visibilidad al área de Neonatología y plantear como obligatorio el internado en obstetricia para los alumnos de medicina. Su misión es brindar servicios de salud con calidad y calidez en la asistencia especializada y los servicios que se brindan a la comunidad, "cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud integral del neonato y su madre" (HGOIA, 2021), así mismo con la docencia y la investigación de acuerdo a las políticas del MSP.

El HGOIA ofrece a la comunidad una atención integral a la mujer durante todas las etapas de su vida, abarcando desde, la adolescencia en el ámbito de prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, haciendo posible la reunificación al medio familiar y laboral. El hospital se encuentra conformado por varios profesionales de diversas especialidades, los cuales brindan un servicio de calidad los 365 días del año. El centro hospitalario cuenta con el servicio de emergencia, centro obstétrico y quirúrgico, unidad de neonatología, que brinda el método Mamá Canguro el cual fortalece la estrategia ESAMYN[9], que a su vez fomenta la lactancia materna, también ofrece patología obstétrica, ginecología, unidad de cuidados intensivos maternos, banco de leche, cirugía y diagnóstico fetal, atención integral para adolescentes, en el cual se entrega psicoeducación sexual y reproductiva de forma multidisciplinaria a adolescentes de 12 a 19 años 11 meses de edad, así mismo ofrece anticoncepción y planificación familiar, área de psicología, trabajo social, esterilización y docencia, aportando con transmisión de conocimiento por medio de la formación de estudiantes y profesionales con el objetivo de brindar, en equipo, atención de calidad y calidez. El centro hospitalario también cuenta con un área de investigación en donde constantemente se están publicando artículos de interés, de modo que se fomente el cuidado de la salud reproductiva de la mujer y el bienestar físico y psíquico de los neonatos (HGOIA, 2021).

El Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, "por decreto gubernamental de febrero de 1982, es un Hospital de Especialidad, de referencia nacional, docente, que da atención a la

[9] Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño

madre embarazada en el control prenatal, labor de parto, puerperio y al recién nacido, considerándolos como una unidad biopsicosocial" (HGOIA, 2021).

3.2. Metodología

La presente investigación se realizó desde una metodología cualitativa-exploratoria, con un diseño fenomenológico que utilizó como método la observación participante y para el estudio de los datos se utilizó la metodología de análisis de contenido. Este método de observación se define como la descripción sistemática de eventos, comportamientos y elementos en el escenario social elegido para ser estudiado (Kawulich, 2005). De acuerdo a Taylor y Bogdan (2000) este tipo de investigación involucra la interacción social entre el investigador y los participantes en el escenario social, ambiente o contexto y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Implica la selección del escenario social, el acceso al escenario, usualmente una organización o institución, la interacción con los responsables de la organización y con los participantes, y la recolección de datos para su posterior análisis de contenido. Este método de recolección de datos nos permite obtener mayor información sobre el fenómeno a ser estudiado dentro de su contexto.

La población con la que se realizó el estudio fueron 3 casos conformados por una diada madre-bebé prematuro pertenecientes al grupo que realiza el método Mamá Canguro en el área de neonatología del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

La técnica utilizada para la recolección de datos de la observación participante fue el registro de datos en un diario de campo, en este se anotaron las impresiones de los vivido y observado identificando los factores que tienden o no a facilitar la transferencia en la dinámica madres-bebés prematuros desde el rol que desempeña el psicólogo clínico.

Para el análisis se realizó la transcripción y organización de la información para su utilización como experiencia de la práctica. Luego se realizó el análisis de contenido en el que se relevó los temas centrales que aparecieron en cada diada madre-bebé prematuro, en función de los siguientes ejes e indicadores:

- Psicólogo clínico en ámbito hospitalario:
  - ✓ Diálogo del psicólogo, médicos, enfermeras con los padres
  - ✓ Interacción del equipo con el neonato
  - ✓ Sostenimiento de los padres

- Relación transferencial en la diada madre-neonato prematuro

✓ Receptividad perceptiva (Izzedin-Bouquet, 2009)

  - Se refiere a aquello que se ve y se escucha: gesticulaciones madre y bebé, la estimulación de la alimentación, la palabra expresada por la madre al bebé, el contacto físico que recibe el neonato por la madre en el método "mamá canguro".

✓ Receptividad empática y emocional (Izzedin-Bouquet, 2009)

  - Se refiere a los sentimientos y emociones percibidas por el observador sobre los sentimientos que está recibiendo y percibiendo el bebé y que se hacen presentes en el contexto: entender la conducta no verbal del neonato en su interacción con la madre y las otras personas presentes en la sala de facilitación del método "Mamá canguro".

En las investigaciones cualitativas para fijar el tamaño muestral se utiliza el criterio de saturación, así el muestreo teórico no tiene el tamaño definido por cálculos probabilísticos sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, siendo estos los criterios de inclusión y exclusión y sus ejes e indicadores (Bustingorry, Sánchez, & Ibañez, 2006). Es importante mencionar que se entiende por saturación, el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada observación adicional no aparecen otros elementos (Matínez-Salgado, 2011); por lo cual se ha pensado que el número de casos que serán abordados para este proyecto investigativo serán 3 casos, compuestos por la madre y el bebé prematuro; debido también a que el estudio tomará un tiempo máximo de 15 días, siendo este el tiempo necesario para realizar un primer acercamiento, un abordaje y un seguimiento a las madres participantes y sus bebés.

La muestra es de elección propositiva en donde se parte de un número estimado, pero solo se conoce el número de participantes al final de la muestra y es en base a los criterios de inclusión y exclusión que se determina la forma en cómo se empieza la búsqueda de los participantes. Además como se subraya en esta modalidad, lo decisivo no es el tamaño de la muestra sino la riqueza de los datos provistos por los participantes y las habilidades de análisis y observación del observador (Matínez-Salgado, 2011). Así mismo, como menciona Mayan, el investigador debe continuar indagando no hasta el punto de una quizá inalcanzable saturación, sino hasta el momento en el que considere que puede decir algo importante y

novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa, es decir que ya se obtenga información sobre el fenómeno que se está investigando y se pueda plantear una contestación a la pregunta de investigación (Mayan, 2009). Por esta razón se ha estimado trabajar con 3 casos pero si es necesario se ha considerado tomar en cuenta 2 casos más, esta decisión es basada también en el tiempo limitado que se tiene para la investigación de disertación.

En base a la información obtenida y analizada se procederá a la formulación de los resultados contrastando con la parte teórica que engloba los autores desarrollados en los capítulos anteriores, y finalmente el desarrollo de las conclusiones y recomendaciones surgidas a partir de la investigación.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Observación Participante

Observar de acuerdo a Tisera, Pipo & Gobet (2008), es "la suma de la percepción, la interpretación y los conocimientos previos, evitando sesgos" (p.161). Su característica principal es que se realiza en espacios naturales o habituales por un periodo de tiempo preestablecido. Con este método se enfoca la atención a gestos, miradas, movimientos corporales, relaciones, comunicación verbal y no verbal (Tisera, Pipo, & Gobet, 2008).

La observación participante

"Es la técnica por la cual se realiza el procesamiento perceptivo del comportamiento de los fenómenos, del desenvolvimiento de los hechos y los acontecimientos, en los escenarios donde se realizará la investigación" (Tisera, Pipo & Gobet, 2008, p.161). La observación se lleva a cabo por medio del contacto directo del investigador con el objeto de estudio, de modo que se obtenga información sobre el contexto real del individuo en su espacio, para esto el investigador debe formar parte de las acciones que se susciten, como un miembro más participando cuando sea solicitado (Tisera, Pipo, & Gobet, 2008).

Una de las técnicas predilectas de la investigación cualitativa es justamente la observación participante. Este tipo de observación proporciona de manera descriptiva los sucesos, los sujetos y las interacciones que se presenten, también la vivienda, las experiencias y las sensaciones del observador (Díaz, 2011).

Los puntos cruciales en la observación participante son:

- El entrar al contexto del fenómeno y el convenio para el rol del observador.

- La formación de relaciones en el espacio de observación.
- El reconocimiento de los roles claves en el contexto observado
- Las formas para obtener la información, aclarar de dudas y obtener puentes de comunicación para ampliar conocimientos.
- El manejo del lenguaje utilizado en el contexto observado. (Díaz, 2011)

Cuando la observación participante es realizada "en el marco de un diseño etnográfico o cuasi-etnográfico[10]" (Díaz, 2011, p.9). El resultado de la observación es colocado en el diario de campo, el cual está compuesto por los acontecimientos, experiencias, relaciones y sensaciones del investigador-observador. (Díaz, 2011).

3.3.2. Diario de Campo

El diario de campo es un instrumento que hace posible organizar y estructurar la investigación, además permite mejorarla, enriquecerla y transformarla. Según Bonilla y Rodríguez (1997) el diario de campo permite al investigador tener un control permanente de la observación, tiene una increíble utilidad para el mismo puesto que en el diario se anotan elementos importantes para posteriormente analizarlos e interpretarlos.

De acuerdo a Martínez (2007) el diario de campo debe constar de 3 partes, la descripción, la argumentación y la interpretación.

- Descripción: consiste en describir de forma objetiva el contexto donde se desarrolla el fenómeno a ser investigado. También "se describe brevemente las relaciones y situaciones de los sujetos en ese contexto y esa cotidianidad" (Martínez, 2007, p.77).
- Argumentación: consiste en profundizar en las relaciones y situaciones que se describieron en el apartado anterior, es en este espacio que se relaciona lo observado con la teoría previamente investigada, de modo que se entienda cómo funcionan los elementos observados dentro del contexto donde se está observando el objeto de estudio (Martínez, 2007).

[10] Siendo esta investigación en particular una investigación cuasi-etnográfica, lo que quiere decir que son estudios de corta duración, en un contexto no del todo extraño para el investigador, además se enfocan en el estudio de actividades particulares dentro del contexto investigado, en este caso analizar el rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madre-bebé prematuro dentro del contexto de la sala de facilitación del método "Mamá canguro" (Silva & Burgos, 2011)

- Interpretación: En este apartado se da relevancia a dos aspectos: la comprensión y la interpretación. Es en este momento donde se relaciona lo vivido con lo descrito teóricamente para poder realizar una interpretación y por consiguiente concluir que se ha analizado entorno a la teoría y la práctica de la investigación (Martínez, 2007).

3.4. Participantes

En la investigación participaron 3 mujeres, madres, mayores de 20 años de edad que formaban parte del MMC, la muestra fue de tipo intencional, no probabilística debido a que se seleccionaron los casos que estaban presentes y realizaban el método en ese momento. La muestra estuvo compuesta por madres que pertenecen a las provincias de la sierra, la costa y el oriente, por lo que 2 de las 3 participantes se encontraban lejos de su sistema familiar y también eran madres por primera vez.

Los criterios de inclusión fueron, madres adultas mayores de 20 años, que hayan dado a luz a un neonato de prematurez moderada entre 32 a 37 semanas de gestación y que forme parte del grupo método "Mamá Canguro". Los criterios de exclusión respondieron a madres menores de 20 años, que hayan dado a luz a un bebé muy prematuro o con prematurez extrema, es decir nacido en una temporalidad menor a 32 semanas de gestación o bebés no prematuros nacidos a partir de la semana 38 de gestación; madres o bebés que presenten discapacidades o enfermedades físicas o mentales y madres que no pertenezcan al grupo método "Mamá Canguro".

Al momento de la selección de las participantes la edad gestacional de los bebés incluida la edad de las mamás fue un dato difícil de obtener ya que los registros en el centro hospitalario no se manejan por la edad de las pacientes y sus bebés. Así la muestra quedó conformada por, la mamá del bebé Cielo nacido a las 31 semanas de gestación, la mamá de las bebés Las Flores nacidas a las 32 semanas de gestación y la mamá del bebé Blanco nacido a las 33 semanas de gestación. La mayor población que realizaba el plan canguro y se encontraba en la sala de cuidados intermedios, donde se realizó la observación, eran madres adolescentes. Al momento de encontrar una por una a las madres participantes se procedió al primer acercamiento en el cual se realizó la explicación de la investigación y la lectura del consentimiento informado para poder acceder a su participación en la investigación, a partir de su confirmación se procedió a realizar la observación hasta el alta del bebé y su mamá o hasta terminar los 15 días de observación.

3.5. Presentación y análisis de los resultados

Tabla 1:

Análisis e ilustración de los resultados del primer indicador con sus subcategorías

Indicador Psicólogo clínico en ámbito hospitalario	
Subcategoría	**Ilustración**
✓ Diálogo del psicólogo, médicos, enfermeras con los padres	"-Yo: Doctor le podría explicar a la mamá cual es el estado de su bebé, ella se encuentra muy preocupada y tiene varias preguntas." -Dr. H: "Claro que si mija, vamos." "El doctor le explicó de manera ilustrada el estado de salud del bebé con hidrocefalia. Al terminar el doctor y salir de la sala la mamá me pregunta nuevamente sobre el estado de salud del bebé" -Mamá del bebé NPH[11]: "¿entonces porque está con esa infección? si yo siempre me lavo las manos debe venir de ellos…" -Yo: "mire mamita, lo que sucede es que en nuestro aparato digestivo, es decir estómago e intestinos, tenemos bacterias buenas y bacterias malas, por la condición de su bebé y la válvula que tiene para drenar el líquido cefalorraquídeo (lo señalo mientras le explico), ella asiente, estas bacterias malas se activan y se genera una infección, lo que quiere decir que el mismo se genera la infección y es por eso que tiene fiebre, es por lo mismo que el doctor nos pidió no tocarle el abdomen ya que como está tan distendido le duele y es por eso que el bebé se mueve y se nota molesto" -Mamá del bebé NPH: "ah ya, ¿entonces los medicamentos son para ayudarle a combatir la infección?" -Yo: "así es mamita, debemos esperar y darle fuerzas al bebé para que poco a poco se vaya poniendo mejor" -Mamá del bebé NPH: "ah ya entiendo mejor, muchas gracias doctorita, yo siempre le digo a mi bebé que se ponga bien, él sabe."
	"La mamá del bebé Cielo se encontraba enferma por lo que me encomendó ver al bebé" Mamá bebé Cielo: "doctorita si va a bajar a ver al bebé, me puede mandar una foto y ver como está" "Me acerco a la doctora residente para que me dé una actualización del bebé Cielo, ya que la mamá tiene mucho miedo a preguntar sobre su estado de salud." -Yo: "disculpe doctora quisiera saber ¿cuál es problema con el bebé, y como se encuentra en estos momentos?, ¿se le está administrando alguna mediación? y veo que le cuesta mucho alimentarse por medio de succión, ¿por qué sucede esto?" "La doctora revisa el expediente y me dice," -Doctora: "Si en realidad le cuesta bastante comer y se agota constantemente, esto es, tomando en cuenta los antecedentes y todo el proceso de embarazo parece ser

[11] Siglas en inglés de Hidrocefalia normotensiva.

que el bebé tiene un retraso cognitivo en su mayor parte en la deglución, por lo que justamente él necesitaría mayor estimulación por parte de la madre".

"Al salir de la sala me encuentro con la mamá del bebé Cielo y le explico lo mencionado por la doctora."

-Yo: "Mamita, le quería comentar un poquito sobre cómo se encuentra su bebé ya que he podido hablar con la doctora."

-Mamá bebé Cielo: "bueno doctorita, ¿qué le dijo?"

"La mamá muy atenta esperaba la respuesta"

-Yo: "Mamita la doctora me supo comentar que su bebé se encuentra bien pero si presenta un retraso en su deglución, esto quiere decir que se le hace difícil tragar, esto ocurre por diversos factores, lo importante ahora como mencionó la doctora es estimular el mayor tiempo posible de modo que se pueda volver a activar esta acción en el bebé, por lo que se necesita que cuando usted se sienta mejor baje y haga el plan canguro, así mismo hagamos los ejercicios de estimulación de succión un tema que el bebé ha mejorado muchísimo, ¿si está claro mamita?"

-Mamá bebé Cielo: "si doctorita, ¿o sea que ese retraso se puede mejorar, va a poder tragar mejor no?"

-Yo: "así es mamita pero eso depende del tiempo y dedicación que pongamos en su recuperación de igual manera recuerde que todo proceso toma su tiempo"

-Mamá bebé Cielo: "bueno doctorita, muchas gracias no"

"Se acerca la doctora de planta hacia el bebé cielo y a mí pregunta por la mamá, a lo que le contesto que no ha podido bajar por que se encuentra enferma con el catéter y medicación, aprovecho para preguntarle"

-Yo: "Doctora una pregunta por favor, ¿qué es lo que deben hacer el bebé y la mamá para poder obtener el alta?"

-Doctora: "Mire, el bebé podría ser dado de alta en unos días ya que ya no está siendo administrado medicación únicamente suplementos nutricionales y vitamínicos por el hecho de que no toma leche materna, únicamente necesitaría que el padre consiga el oxígeno ya que se iría con oxígeno asistido pero por una semana más o menos lo usaría, de ahí tendríamos que ver si la mamá ya lo puede dar de comer y como se relacionan entre ambos."

-Yo: "muchas gracias doctora ya le voy a compartir a la mamá esta información."

"Subo a la sala donde se encuentra la mamá del bebé Cielo y me acerco a su cama para compartirle la información"

-Yo: "mamita ¿Cómo está? ¿Cómo se ha sentido hoy?"

-Mamá bebé Cielo: "Más o menos me he sentido, ya no me ha dado fiebre, solo me siento mal de no poder bajar a ver a mi bebé."

-Yo: "tranquila mamita ya con la medicación y su descanso se pondrá mejor, hasta eso le traigo buenas noticias para que esté más tranquila, hablé con la doctora de planta encargada del caso de su bebé, ella me supo comentar que su bebé ya podría ser dado de alta en unos días ya que ya no recibe ninguna medicación, es decir que ya no tiene infecciones, lo único que va a necesitar es oxígeno por lo que su esposo tendría que conseguirlo cuando le mencione la doctora, así mismo me mencionó que además de esto ya depende de que el bebé ya coma normalmente de usted y van a observar cómo se lleva usted con su bebé, como ya sabe y ha observado con las otras mamás, que usted pueda darle de comer y se observe una relación positiva entre ambos es la llave para poder salir, ¿si lo entiende mamita?"

		-Mamá bebé Cielo: “si doctorita, por fin buenas noticias, me alegro talvez pronto podamos salir de aquí.” -Yo: “así es mamita pero ya dependemos de su dedicación a la recuperación de su bebé, cuando se mejore le mete con todo el esfuerzo para que su salida con su bebé sea lo más pronto posible.” Mamá bebé Cielo: “si doctorita eso quiero”
		“Llego a la sala y me encuentro con la mamá del bebé que tiene hidrocefalia, ella me menciona” -Mamá bebé NPH: “Estoy muy preocupada sobre el estado de salud de mi bebé ya que nadie me ha dicho nada sobre como esta y sobre una cirugía que le van a hacer.” -Yo: “le parece si le pregunto al doctor H cuál es el estado del bebé, y cómo funcionará la cirugía que se aproxima.” -Mamá bebé NPH: “si por favor le agradecería mucho” “Me acerco al doctor encargado de la sala y le pregunto sobre el bebé” -Yo: “Doctor H me puede comentar un poco sobre el bebé con hidrocefalia para poder comentarle a la mamá ya que se encuentra preocupada.” -Doctor H: “El problema es que tiene hidrocefalia (se ríe), la cosa es que por su condición el bebé se mantiene en un estado ambivalente, está en riesgo constante de cualquier infección y la válvula que tiene para drenar también está en constante riesgo de que se tapone como está pasando ahora, por lo que se debe realizar otra cirugía para abrir otra cavidad en el otro lado para que pueda seguir drenando, como sabe el bebé no tiene expectativas de vida por mucho tiempo podría fallecer hoy como mañana o en algunos años, solo que no se sabe.” Yo: “la mamá está consciente de eso, pero quisiera saber también que podría pasar para que sea dado de alta con su madre.” Doctor H: “si el bebé mejora luego de la cirugía y se mantiene estable, de igual forma logra la mamá darle de comer, ya podrían irse ambos.” Yo: “Gracias Doctor “ Regreso a comentarle a la mamá lo conversado con el doctor Yo: “Mamita ya conversé con el doctor, me supo comentar qué su bebé necesita la cirugía para poder seguir drenando el líquido que tiene en su cerebro ya que la válvula que tiene ahorita está tapada, así mismo el doctor me supo comentar que, después de que salga todo bien en la cirugía y su bebé pueda alimentarse bien y lograr comer de usted, ya podrían darles el alta a ambos, ¿se entiende mamita?” Mamá NPH: “si doctorita muchas gracias, espero que todo salga bien en la cirugía y ya podamos irnos a la casa, mi hijo ya quiere que regresemos, ya me siento mejor prefiero saber las cosas como están”
✓	Interacción del equipo con el neonato	“Al llegar a la sala me encuentro con la doctora de planta dando de comer a un bebé” Dra. I: “Hola doctorita como estás, estoy dándole de comer a esta bebé, se me agota mucho es bien difícil que se recupere porque los papás no vienen mucho, come bebé, tú puedes, vamos descansa y sigamos tu puedes, tranquila.” Yo: “Buenas tardes doc, si veo que se cansa me imagino, pobrecita bebé, es muy bonita.”

Dra. I: “si, ojalá ya se ponga bien.”

“La doctora termina de darle de comer, me acerca a un bebé y me dice”

Dra. I: “Mira, te quería pedir que me ayudes con una mamá, es adolescente, veo que está desconectada con su bebé ya debería haber empezado MMC pero no baja, puedes hablar con ella por favor, necesitamos que baje para que se mejore su bebé.”

Yo: “Claro doc este momento converso con la mamita y vemos que está pasando de modo participe más en la recuperación de su bebé.”

Dra. I: “si ayúdame con eso necesitamos que el bebé ya lacte porque solo toma biberón y rechaza el seno y también que se forme el vínculo, la relación entre ambas que parecen desconocidos.”

Yo: “okey doc empezaré a trabajar con la mamita enseguida.”

“Al llegar a la sala me encuentro con la enfermera encargada, veo que está motivando al bebé Cielo para que coma, me acerco y me presento con la enfermera, le comento sobre mi investigación le parece interesante y me permito observar como dinamiza con la bebé”

-Lcda.: “tengo que estimularle bastante para que coma, la mamá no ha bajado y me da pena que esté solo creo que por eso no mejora.”

-Yo: “si, el bebé necesita bastante estimulación, he realizado varios ejercicios que ayuden a desarrollar su succión, la mamá también los ha hecho muy bien en los momentos que baja”

-Lcda.: “si, pero el bebé le extraña, tiene que bajar más, el bebé quiere verle a la mamá todo el tiempo, nos cierto bebé, eso, come, tienes que ponerte grande y fuerte, tu puedes, vamos tenemos que acabar con la medida, tienes que ponerte mejor tu familia te necesita, quieren conocerte, vamos tú puedes, vamos.”

-Yo: “tú puedes bebé, come por favor tus hermanos quieren conocerte tienes una casa hermosa en el campo esperándote, tu mamá quiere compartir muchos momentos contigo, enseñarte muchas cosa que ella ama hacer”.

“Logramos que el bebé coma la mayor parte de su leche.”

Lcda.: “lo logramos (chocamos las manos), que alivio, que difícil”

Yo: “si, pero se pudo es lo importante, iré a conversar con la mamá para que haga el MMC”.

Lcda.: “si por favor necesitamos que esté aquí así sí, se va a poner bien este bebé”.

“Estando en la toma de la tarde, están muchas mamás dando de comer a sus bebés la mayoría necesita ayuda ya que los bebés no se despiertan o se les dificulta la succión del seno.”

“Por lo que la enfermera me solicita ayuda con una de la mamás adolescentes que no podía generar la succión del seno y ya se encontraba frustrada y desesperada.”

“Yo me encontraba ayudando a la mamá del bebé Cielo”

Yo: “claro licen ya le ayudo, (dejo al bebé Cielo succionando el seno correctamente) mamita por favor continúe estimulándose el seno de esta forma de modo que la salida de la leche ayude a que el bebé succione, ya regreso si”.

“Me acerco a la madre adolescente y empiezo a asistirla en compañía de la enfermera”.

		Yo: “a ver mamita antes de empezar hagamos unas respiraciones profundas, intente tranquilizarse, su bebé va a lograr comer, pero para eso debemos darle calma, a todos nos gusta estar tranquilos a la hora de comer no es así”. “La mamá se ríe y empieza a hacer lo que le pido”. “Con ayuda de la enfermera colocamos el seno de forma correcta en la boca del bebé”. Yo: “mamita mientras intentamos que succione con algunos ejercicios apóyenos estimulando a su bebé con palabras o toques como, tocar sus pies, su cabeza, explicándole qué es lo que intentamos hacer y porque necesita que coma”. “La mamá lo realiza muy bien”. Lcda. & Yo: “Lo está haciendo muy bien mamita felicitaciones siga así. Come bebé tú puedes, vamos tu mamá quiere llevarte ya a tu casa”. Yo: “tú puedes bebé, necesitamos que te pongas fuerte como tu mamá ella ya quiere empezar la vida contigo”. Lcda.: “doc por favor ayúdeme con esta mamita también, hagamos su magia, la bebé no quiere comer”. Yo: “muy bien mamita siga así, voy a ayudar a la mamita si necesita algo me avisa si “. Mamá Adolescente: “si doctora muchas gracias”. “Me acerco a otra mamá adolescente y la asisto” Yo: “a ver mamita intentemos que coma su bebé, esto es un proceso de paciencia y tiempo sí, intente estar tranquila y hagámoslo juntas”. Lcda.: “si mamita usted puede, vamos con todo”. Yo: “a ver bebé, vamos a comer la licenciada, tu mamita y yo venimos a ayudarte a que logres comer, para que te pongas fuerte y puedas irte a tu casa con tu papás.” “La bebé intenta comer, se ve que tiene un adecuado reflejo de succión pero rechaza el seno”. Yo: “vamos bebé tienes que comer de tu mamita, ella tiene todo lo que necesitas para que te mejores y puedas crecer con huesos grandes y fuertes”. Lcda.: “si bebé tu puedes vamos tu mami quiere darte de comer ayúdanos para que puedas mejorar e irte a tu casita, vamos bebé”.
✓	Sostenimiento de los padres	“Estando en la sala con la mamá de las bebés de la Flores, veo a la mamá del bebé Cielo, denoto que intenta acercarse al bebé pero se queda lejos de la incubadora, me acerco y le digo”. Yo: “Mamita como está, quiere acercarse un poquito más a su bebé, no le va a pasar nada tranquila”. Mamá bebé Cielo: “si, pero tengo miedo, siento que va a romperse”. “La mamá empieza a llorar.” Yo: “tranquila mamita ya sé que fue impactante como se puso su bebé la anterior vez que intentó el plan canguro, pero el bebé se encuentra mejor ahora no le va a pasar nada más bien su cercanía le va a ser de mucha más ayuda para su recuperación. Empecemos despacio ¿le parece?, meta las manos y tóquelo, siéntalo”.

Mamá bebé Cielo: “está bien, se siente bonito tocarlo, se le ve súper chiquito y débil me da pena verle así”.

“La mamá llora nuevamente.”

Yo: “está bien mamita, deje salir todo lo que sienta esto es difícil sé que es duro verlo así pero todo esto es momentáneo ya que si usted le apoya y está presente, él mejorará y usted se lo podrá llevar a su casa”.

Mamá bebé Cielo: “si tiene razón, gracias, ahora ya quisiera cargarlo”.

Yo: “Claro que si desea que le ayude o quiere cargarlo usted y colocarlo en la faja”.

Mamá bebé Cielo: “no sé”.

Yo: “si desea se lo paso y lo acomodamos juntas en la faja”.

Mamá bebé Cielo: “si está bien”.

“Saco al bebé de la incubadora y lo coloco en la faja con ayuda de la mamá”.

Yo: “ve que si podía cargarlo”.

Mamá bebé Cielo: “si, ya quería tenerlo cerca, gracias doctorita”.

“Me acerco a una mamá, la cual había visto un poco triste, la doctora me había mencionado que esperan empezar el MMC cuando este más estable el bebé, pero que me acerque a la mamá ya que parece estar deprimida, en sus palabras. Me acerco y me presento”.

Yo: “Buenas tardes mamita, me presento soy Karla Ampudia estudiante de Psicología Clínica quería conversar con usted un ratito si le parece”.

Mamá bebé Nazareno: “Si claro”

Yo: “cuénteme, ¿cuál es el nombre de su bebé? ¿Cómo fue su embarazo?”

Mamá bebé Nazareno: “Se llama Nazareno, es un nombre que lo he pensado hace mucho tiempo, mi embarazo estuvo tranquilo, por eso todo esto me vino de sorpresa nunca he pasado por esto mi otro embarazo fue normal (empieza a llorar)”.

Yo: “está bien mamita, esta situación es muy difícil es importante también dar prioridad a lo que usted siente”.

Mamá bebé Nazareno: “si yo no había tenido la oportunidad de llorar así porque siento que debo estar fuerte por mi bebé y sé que Dios nos va ayudar a salir de esto, si me puso esta prueba él me va a ayudar a superarla”.

Yo: “es importante recordar mamita que no somos superpoderosas seguimos siendo humanas y como base de un ser humano sentimos muchas cosas además las situaciones que vivimos nos afectan, es por esto que como un acto de amor a los demás y a uno mismo es importante dar prioridad a nuestras emociones de modo que podamos apoyarnos y cuidarnos, a su vez que apoyamos a los demás si es necesario”.

Mamá bebé Nazareno: “si, es verdad gracias doctorita de verdad gracias”.

Yo: “si necesita algo mamita me avísame, si desea conversar o descargar alguna cosa que le moleste estoy a su disposición solo me avisan”.

Mamá bebé Nazareno: “gracias doctora así lo haré.”

"Se me acerca una mamá adolescente que me había pedido asistencia para empezar el MMC, al ubicar al bebé dentro de la faja intentamos darle de comer pero se nota muy molesto por lo que le digo a la mamá."

Yo: "Mamita que le parece si le habla a su bebé, le explica que es lo que estamos haciendo, su voz le va a infundir calma."

Mamá bebé Aladdín: "Mi amor tranquilo yo quiero estar a tu lado sé que te enoja que te levante cuando duermes pero tranquilo así como vamos a estar te vas a sentir mejor tranquilo."

"Después de unos minutos el bebé se calma".

"Me siento a lado de la mamá para poder conversar un poco ya que se denota un tanto ansiosa"

"Mientras la mamá me cuenta cómo fue su proceso de embarazo lo interrumpe para decirme"

Mamá bebé Aladdín: "Doctora ¿me pueden dar ya el alta?, o máximo para el domingo ¿será que ya puedo irme de aquí?, es horrible estar aquí encerrada, me siento sola y extraño a mi mamá, por favor ayúdeme a que me den el alta"

Yo: "mira mamita yo no le podría decir cuando le dan el alta porque todo depende como vayan evolucionando los dos, mientras más tiempo esté aquí usted con su bebé, es más probable que el mejore y puedan salir"

"La mamá me toma fuerte de la mano y me dice"

Mamá bebé Aladdín: "prométame doctorita que voy a salir de aquí el domingo por favor"

Yo: "mamita no le puedo asegurar eso, pero que le parece si nos enfocamos en estos momentos que tiene con su bebé así ponemos nuestra energía en que mejore y que la relación entre usted y su bebé sea mucho más unida estos son factores importantes para poder tener el alta, ¿le parece mamita?"

"La mamá llora y me toma más fuerte de la mano y me dice"

Mamá bebé Aladdín: está bien pero ¿hasta qué hora te quedas, puedes estar aquí conmigo, me puedo quedar aquí con mi bebé?

Yo: "me quedo hasta las 6:30 mamita, claro que se puede quedar con su bebé, yo me voy a quedar a su lado."

Mamá bebé Aladdín: gracias doctora."

"La mamá me abraza y me continúa sosteniendo la mano toda la tarde mientras hacemos MMC y otros ejercicios".

"Esperando que terminen de trapear para ingresar al área de neonatología se me acerca una mamá y me dice."

Mamá bebé Milagro: "puedo hacerle una consulta, ¿el servicio de psicología es solo para las salas de este lado o también para UCIN?"

Yo: "Hola mamita, si es para todas las mamás solo que como las mamitas con la que estoy haciendo mi investigación está en la sala 3 yo permanezco ahí."

Mamá bebé UCIN: "Esta bien, es que si quisiera hablar con usted porque tengo muchos sentimientos encontrados por la situación que estoy pasando".

"Le invito a pasar a un lugar un poco más privado para poder conversar"

Yo: “listo, cuénteme un poquito más sobre usted y su bebé”
Mamá bebé UCIN: si verá, mi bebé…, además de todo esto que le cuento es muy difícil estar encerrada y no saber qué va a pasar con mi bebé”
“La mamá llora mientras me cuenta todo el contexto del nacimiento de este, su segundo hijo.”
Yo: “Esta bien mamita (le doy unas palmadas en su espalda mientras la miro), es importante recordar que el llorar es una reacción de nuestro cuerpo cuando alguna situación es tan fuerte que no podemos contener nuestras emociones, esto es importante porque debemos dar esa apertura a dejarlas fluir ya que esta situación es muy difícil y es válido sentirse de la forma que usted se está sintiendo. Por lo que es importante que no se contenga y se deje llorar cuando lo sienta para su bebé es importante también sentir sus emociones”.
“La mamá continua llorando pero se apoya en mí”
Yo: “deje salir todo lo que tenga mamita, yo la acompaño para eso estoy aquí”.
“La mamá llora intensamente por algunos minutos, cuando se calma un poco le digo”
Yo: “mamita es importante recordar que esta etapa que usted está pasando no es eterna, las cosas van a ir mejorando poco a poco, es muy importante que usted baja a acompañar a su bebé le cuento lo que está pasando y como se siente usted, también que espera de él y esta situación que atraviesan juntos”.
Mamá bebé UCIN: “si yo bajo cada 2 horas más o menos, le converso mucho siempre le digo que sea fuerte y valiente”.
Yo: “eso está muy bien mamita, ahora ¿cómo se siente?”
Mamá bebé UCIN: “me siento mejor doctorita muchas gracias por escucharme, voy a entrar a ver al bebé, de verdad muchas gracias”
Yo: “de nada mamita, si necesita cualquier cosa me avisa ya sabe en qué sala suelo estar “
“La mamá asiente con la cabeza, me sonríe y entra ver a su bebé en UCIN”.
“La mamá se me acerca al día siguiente y me dice”.
Mamá bebé UCIN: “hola doctorita solo quería decirle que me sirvieron mucho sus palabras del otro día ahora si me siento mal lloro nomás y luego me siento mejor, aún hay días buenos y malos pero me siento con más fuerza”.
Yo: “qué bueno mamita me alegra oírlo, recuerde todo es paso a paso día a día, ya sabe que aquí estoy si necesita conversar”.
Mamá bebé UCIN: “si muchas gracias doctorita”.
“La mamá me abraza y se va a reunir con sus compañeras.”

Nota: Esta tabla ilustra lo observado en el HGOIA contiene la muestra y las observaciones colaterales, la información fue obtenida del diario de campo.

3.5.1. Análisis de los resultados 1er indicador

Al hablar del rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario es importante recalcar que la intervención que se realiza es diferente a la consulta ambulatoria ya que, con el paciente ingresado en el centro hospitalario se vive el acontecimiento critico al mismo tiempo que está suscitándose (Fuentetaja & Villaverde, 2019). De igual forma el trabajo del psicólogo clínico

en el área de neonatología se focaliza en varios ejes, en primer lugar dar un lugar a las necesidades tanto físicas como psíquicas del neonato de modo que haya otra perspectiva, además de la mirada médica, hacia el recién nacido prematuro; para consecutivamente apoyar a los padres a redescubrir y reconocer a su bebé a través de un proceso de duelo, aceptación y comprensión, de modo que el neonato pueda irse construyendo a la par, respaldado por todos los elementos que su sistema familiar y el equipo médico aportan para la formación de su identidad (Serrano, 2010). En nuestro país el rol del psicólogo clínico dentro de un área de neonatología no es tomando como necesario e imprescindible, varias maternidades han ido integrando de a poco este rol al equipo multidisciplinario de trabajo del área neonatal, pero dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, establecimiento donde se realizó la observación, este rol es inexistente por lo cual se hablará desde una posición de necesidad del rol del psicólogo clínico en el área de neonatología y el trabajo que se realizó en la observación.

El nacimiento prematuro es vivenciado como traumático por los padres ya que la prematurez interrumpe varios procesos obligándolos a encontrarse en un momento para el cual no se encuentran listos todavía, la separación por la internación del bebé en cuidados intensivos o cuidados medios y el anidamiento psíquico de un bebé diferente al esperado (Ruiz, 2003). Puesto que por el 7mo mes de embarazo hasta el alumbramiento se inicia un ajuste representacional en donde se crea un espacio en el cual se puedan construir futuras representaciones, es decir se empieza a dejar atrás el bebé imaginado y se comienza a construir el bebé real; por lo que el nacimiento prematuro genera un desfase en las representaciones, lo cual vuelve más difícil aceptar la realidad que aconteció de sorpresa, un nacimiento fuera de tiempo que vendrá acompañado de medicación, la separación por una incubadora, varias máquinas y catéteres que lastiman, y una imagen desgarradora de fragilidad e incertidumbre constante, estacionando a los padres en un estado de shock que provocará varios efectos en el vínculo afectivo (Stern, 1995).

En la observación participante se pudo denotar la falta o nula información que poseían las madres sobre el estado anímico de sus bebés al decir, “no sé cómo estará” “nadie me ha dicho como se encuentra” “prefiero no preguntar”, esto ocurría porque las madres se encontraban en un estado de miedo tan intenso sobre saber cuál era la condición de su bebé o si el mismo iba a poder sobrevivir o no, por lo que preferían mantenerse en la desinformación. También como ocurrió con la mamá del bebé con NPH, no lograba comprender la información por lo que era necesario que se le repita varias veces o se le ilustre, de modo que sea comprendida de una mejor manera, también dando espacio a preguntas o aclaraciones por lo

que cumpliendo el rol de traductora se procedió a explicar varias veces la condición del bebé hasta que la madre confirme la comprensión de la misma, ya no haya preguntas ni aclaraciones y se denote una parcial tranquilidad de la madre al obtener respuestas a sus preguntas, de igual forma se buscaban momentos o espacios lejos del contexto estresante, para poder explicar, aclarar o escuchar cualquier elemento que aflija a la madre.

En algunos casos las madres presentaban resistencia a pasar el tiempo con sus bebés, darles de comer, etc. Por lo que la doctora encargada solicitaba que asista a las madres e indague un poco sobre su falta de presencia, en la mayoría de los casos las madres no se acercaban a ver a sus bebés justamente por esta resistencia a volver real esta situación inesperada también, porque se encontraban con mucho miedo hacia ese ser tan indefenso y poco desarrollado, esto en base a la culpa de dar a luz a un bebé fuera de término. Además de esto las madres expresaban constantemente el sentimiento de soledad que les afligía y no les permitía elaborar sus emociones, entenderlas y expresarlas, por lo que constantemente cuando se procedía al acercamiento a las madres, las mismas se desbordaban en llanto.

Dentro de los momentos críticos vividos en las unidades neonatales surgen diversos sentimientos y emociones como, culpa, frustración, hostilidad, retraimiento, negación, depresión, entre otras, lo que conduce a la madre a no entender, aceptar o evadir la situación y la información que se entrega. De igual manera al afrontar una pérdida de control sobre sí mismas y sus bebés, aparecen imaginarios negativos que se asocian a la pérdida del bebé imaginado, la pérdida del vínculo y de los cuidados primarios. Las madres se ubican en un vacío de conocimientos sobre el cuidado y la crianza de su bebé (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014). Por lo que, como menciona Villamizar, Vargas & Rueda (2014) es trascendental que el equipo de la unidad neonatal tome en cuenta estos elementos en las madres ya que si no son elaborados existirán distorsiones en la comunicación lo que desencadenará en un quebrante en la relación equipo médico-mamá lo cual no beneficiará a la mejora del bebé prematuro. Es por esto que el rol del psicólogo clínico como menciona Ruiz (2003) está enfocado en ayudar a que la vivencia del hecho traumático se vea como una situación específica del momento de modo que se pueda elaborar y organizar y no se convierta en un elemento crónico y permanente.

Por lo que en la observación y asistencia que se brindó a la mamá del bebé Cielo desde el primer encuentro se enfocó en ir devolviendo poco a poco la responsabilidad sobre el cuidado y atención de su bebé de modo que sus miedos e inseguridades se vayan disipando, de igual forma puedan irse construyendo mutuamente, el bebé aportándole la formación de sus

funciones paternales y la madre entregándole el cuidado, amor y atención. Este proceso se compuso de respetar el tiempo de la madre para cualquier acercamiento hacia su bebé reforzando su confianza y la importancia de su presencia, acompañándola dentro de cada paso de modo que si presentaba un desborde emocional, se pueda contener y elaborar, para que la madre continúe con entusiasmo y fortaleza para visitar a su bebé y realizar el MMC. Justamente como menciona Serrano (2010) los padres no deben estar ubicados en un lugar pasivo ya que su rol es fundamental para la mejora del neonato, así mismo su presencia activa en la recuperación de su bebé disminuye sus niveles de angustia y miedo, también los prepara para los momentos fuera del hospital al tener un vasto conocimiento del cuidado y atención a su bebé, ya que al ser dado de alta seguirá siendo prematuro y necesitará cuidados y atenciones especiales.

En las unidades neonatales del HGOIA la estimulación a los neonatos prematuros se enfoca únicamente en el desarrollo sus funciones fisiológicas como respiración, deglución, etc. Pero como menciona Serrano (2004) se debería ofrecer a los bebés prematuros un entorno fluido que les haga posible generar vínculos entre su mundo interno y su mundo externo, esto basado en los momentos compartidos con los padres, de modo que se puedan generar sus primeros procesos de pensamiento. A lo largo de la observación participante se mantuvo el contacto con varios neonatos, de los cuales algunos no podían ser visitados por sus madres porque no se encontraban bien de salud aún o porque se les complicaba el poder acercarse a la unidad, por lo que se procedía a hablar con los bebés cuando lloraban, calmarlos hablándoles y explicándoles porque sus mamás no podían bajar, afirmándoles que no se encontraban solos y empatizando el dolor, la molestia o la ira que sentían. También se cargaba a los bebés, que podían ser sostenidos, para que haya un apoyo más individualizado con los bebés, abrazándolos, pidiéndoles que coman, que se mejoren, describiéndoles los bonitos que son y reafirmándoles el amor que sus madres sentían por ellos. Los bebés receptaban la asistencia y se calmaban, comprobando constantemente por medio del llanto si se encontraban solos o si había alguien que responda a sus necesidades, tanto físicas como emocionales. Precisamente como menciona Mathelin (2001) acotando a Platón, “los niños necesitan movimiento y melodía, vida a su alrededor” (p.110). Los bebés necesitan la melodía de las palabras de la misma forma que necesitan del oxígeno, la medicación o la sonda gástrica. Es trascendental que el equipo hable con los bebés y se ubique en posición de escucha hacia ellos, de modo que pueda empatizar con los mismos y entender sus llamados, molestias y necesidades. Velando así, no solo por su salud física, sino también por su salud mental y emocional (Mathelin, 2001).

Tabla 2:

Análisis e ilustración de los resultados del segundo indicador con sus subcategorías

Indicador Relación transferencial en la diada madre-neonato prematuro	
Subcategoría	**Ilustración**
✓ Receptividad perceptiva	"La mamá del bebé Blanco esta MMC con su bebé" Mamá bebé Blanco: "Mi amor tienes que comer pronto, tienes que comer de mi para poder salir rápido de aquí, tienes una hermosa carita, esta es tu cabeza, tus mejillas, tu boca, tus ojitos, tus brazos, tus manos, eres hermoso". "El bebé alza la cabeza y direcciona la mirada hacia la mamá y sostiene fuerte el dedo de la mano de la mamá"
	"La mamá del bebé Blanco se pone en posición para darle de comer con biberón" Mamá bebé Blanco: "come mi amor, tu puedes, así no vamos rápido de aquí" "La mamá le estimula las mejillas y la boca de forma que desenvuelva mejor su reflejo de succión, Mamá Bebé Blanco: "por favor termina de comer, come mi amor, pronto ya voy a poder darte de comer yo, baja la lengüita mi amor, tu puedes, yo sé que sí." "El bebé Blanco fija la mirada en la mamá y logra comer toda su medida, toma la mano de la mamá que está sosteniendo el biberón"
	"La mamá de las bebés Las Flores se encuentra dándole de comer a la bebé Rosa en MMC, intenta darle de comer pero se duerme" Mamá bebé Rosa: "muñeca hermosa come mi amor, despiértate, abre los ojitos, necesito que comas, despierta bebé hermosa, como te ríes de mi oye, come por favor" "Mientras la mamá le hablaba la bebé no abría los ojos pero realizaba mucho movimiento ocular y sonríe constantemente" Mamá bebé Rosa: "(canta una canción religiosa)" "La bebé levanta su cabeza y abre sus ojos buscando el rostro de la mamá, se mantiene alerta mientras le habla" Mamá bebé Rosa: "muñeca hermosa ya quiero que estemos en la casa tu papá ya nos está esperando, tengo muchas cositas que te quiero enseñar, que hermosa eres, te amo mucho mi amor". "La bebé Rosa sonríe y mira a la mamá mientras habla, hacen contacto visual las dos, la mamá la abraza"
	"La mamá de la bebés Las Flores está dando de comer a la bebé Violeta en MMC, le explica todo lo que realiza con ella mientras lo hace" Mamá bebé Violeta: "vamos a comer mi amor, tu puedes, tu puedes mi princesa, come mi amor hermosa, tienes que comer para ponerte fuerte y grande…"

		Mamá bebé Violeta: “muy bien mi amor terminaste, ahora vamos a sacar los gasesitos” Mamá bebé Violeta: “vamos a sacar los gasesitos para que la bebé no le duela la pancita, vamos bebé hermosa, tu puedes, linda, hermosa, mi princesa, mi muñeca” (le dice estas palabras cantándole) “La bebé mira a la mamá en toda esta dinámica, la mira fijamente y mueve sus ojos en la dirección a la que vaya su rostro.”
		“La mamá del bebé Cielo está en MMC” Mamá bebé Cielo: “qué bonito eres bebé, que guapo te ves cuando abres los ojos y me miras” Mamá bebé Cielo: “niño mi vida niño mi amor, eres mi luz mi bendición, recuerdo cuando te vi nacer no lo podía creer, eras como un pez sobre la red, como agua entre mis manos, eres mi vida eres mi luz” “La mamá le canta una canción que le había recomendado, se aprendió algunas partes y completo la canción con sus propias palabras” “El bebé se mantuvo atento al canto de la madre, alzo su cabeza para verla y abrió las manos para ponerlas sobre su pecho” Mamá bebé Cielo: “mijo tienes que ponerte fuerte, quiero que conozcas a tus hermanos, tenemos que irnos a la casa, te amo mucho mijito”.
✓	Receptividad empática y emocional	“Estando en la sala denoto que la bebé Rosa comienza a ponerse inquieta y empieza a llorar, dentro de unos minutos llega la mamá, se acerca, la carga y la ubica en MMC, le dice: Mamá bebé Rosa: “mi amor tranquila ya está aquí tu mamá, no estás sola no te preocupes, ya vamos a pasar la tarde juntas mi bebé hermosa.” Mientras la mamá hablaba se percibe paz, la bebé Rosa alza su cabeza en dirección al rostro de su mamá la mira con atención, se siente el cariño y compañía que la mamá quería hacer sentir a la bebé, la misma pasó tranquila y abrazada a su mamá durante las 3 horas de MMC.
		“Estando con la mamá del bebé cielo en MMC le pido, Yo: “Cuénteme un poquito, ¿qué es lo que le espera a su bebé en casa?, ¿qué le gustaría enseñarle? ¿Qué le gustaba hacer a usted cuando era niña?” Mamá bebé Cielo: “Uy si verá, ya quiero que conozca el campo, me encanta montar a caballo siempre me ha gustado, ya quiero que aprenda montar, le voy a enseñar a jugar pelota nacional talvez a él si le guste no como a mis otros hijos, me emociona mucho llevarle a la casa, le va a gustar el campo, cuando era niña…” “La mamá me comenta su historia de vida, donde viene ella, cuáles son sus gustos, sus hobbies, que es lo que ama de vivir en el campo, mientras ocurría esto él bebé reacciona mucho, hace varios sonidos, permanece abierto los ojos mientras conversábamos la mamá y yo, cuando la mamá enfatiza los anhelos que quería cumplir con su bebé en su hogar, el bebé sonríe y aprieta su mano contra el pecho de la madre, se percibe que el bebé es un participante más de la conversación, se denota su alegría hacia escuchar las expectativas que se tienen para él y su vida, así mismo que se siente contenido y protegido por su historia vital y la presencia de su madre que deposita su amor, sus anhelos, su pasado y su futuro en él.”

"Mientras la mamá el bebé Cielo se encuentra enferma en su cama, bajo a atender y estar con el bebé, cuando llego, el bebé está llorando y bastante molesto, lo cargo y empiezo diciéndole:" Yo: "Hola bebé lindo, como estas, no te pongas así, tranquilo, yo sé que extrañas a tu mamá, pero no te enojes, tranquilo." Mientras intento reconfortarlo lo levante moviéndolo constantemente, poco a poco se va calmando, abre sus ojos y me mira directamente, le explico que voy a realizar los ejercicios para que mejore su succión, cuando los hago se molesta y se pone rojo, mueve mucho la cabeza y no me permite realizarlos, se pone muy molesto, por lo que lo cargo y lo pago a lado de mi pecho, lo abrazo acarició su cabeza y puedo denotar que el bebé extraña a su mamá ya que, ya estaba acostumbrado a su presencia constante, mi presencia lo reconforta por el momento pero me doy cuenta que reconoce que no soy yo la persona que el necesita, intento bajarlo y dejarlo en su cuna pero se molesta cada vez que intento hacerlo, por lo que le explico que necesito contarle a su mamá como se encuentra y también porque no ha podido bajar a verlo y que lo hará cuando se sienta mejor, cuando le digo esto el bebé me sonríe como una afirmación de comprensión sobre la información que le estoy dando, lo abrazo nuevamente y lo acarició mientras le canto varias canciones que recuerdo y le pido que se ponga mejor, que coma toda su medida, de modo que esté más fuerte, mientras lo sostengo el bebé logra dormirse, percibo la calma y la compañía que necesitaba, así mismo el sostén y la información de que no está solo ni ha sido abandonado por su mamá sino que su falta es solo algo momentáneo."
"Desde que llego a la sala veo un bebé bastante molesto que llora intensamente, está dentro de su incubadora siento que está bastante incómodo, su oxígeno está mal colocado y la gorrita le tapa los ojos. Me acerco e ingreso mis manos, el bebé llora bastante y demuestra su molestia, la enfermera me comentó anteriormente que la mamá no ha bajado, yo la he visto sentada afuera del área de Neonatología, pero no ha entrado." "Cuando ingreso las manos le digo al bebé: Yo: Hola, bebé no te enojes tranquilo, ya te voy a arreglar estas cosas que te están molestando, ahora si respira tranquilo" "Le arreglo el oxígeno y percibo que se siente solo ya que cuando lo toco se sostiene fuertemente de mis manos y si intento dejarlo se molesta y llora, le digo: Yo: bebé lindo no te preocupes, no estás solo, yo te estoy acompañando, tu mamá ya vendrá, ella está aquí tienes que tener paciencia, pero hasta ese momento yo te voy a acompañar tranquilo duerme bebé lindo, descansa para que te mejores pronto" "El bebé poco a poco se va durmiendo, siento que se va sintiendo confortado y acompañado lo que le da paz y puede volver a conciliar el sueño, me suelta las manos cuando está totalmente dormido, le doy unos toques en sus manos y en su abdomen, saco las manos y cierro la incubadora"

Nota: Esta tabla ilustra lo observado en el HGOIA, contiene la muestra y las observaciones colaterales, la información fue obtenida del diario de campo.

3.5.2. Análisis de resultados 2ndo Indicador

La transferencia ha sido conceptualizada por Freud como el dispositivo que se hace presente en el espacio de analítico y vuelve posible la asociación libre y el análisis. Este concepto se transforma de una "repetición de la vida infantil a un tipo de relación cuyo objetivo

es satisfacer deseos anterior, es una forma de interactuar, susceptible de actualizarse, reeditarse y modificarse" (Bustos, 2016, p.100). Por efecto todo ser humano a partir de sus disposiciones innatas y la influencia que recibe de la infancia obtiene una forma determinada para las condiciones de amor que formará y las pulsiones que satisfará, así también para las metas que se fijará. De acuerdo a Freud solo algunas de las mociones determinantes de la vida amorosa se han desarrollado plenamente, la otra parte de las mociones libidinosas están retrasadas en su desarrollo y se encuentran distantes de la personalidad consciente, solamente se despliegan en la fantasía o se mantienen en el inconsciente. Si el sujeto no está satisfecho en sus necesidades amorosas por su entorno, volcará sus representaciones libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, tanto las representaciones conscientes como las inconscientes elaboran esta transferencia (Freud, 1991).

Lo inconsciente que es definido por la vida infantil, se actualiza por las condiciones actuales del sujeto, esto es llevado a consulta, como lo hace en su vida cotidiana, sin que sea una mera repetición sino una tendencia a un clisé, un tipo de vínculo. En este "están presentes necesidades, demandas, afectos, deseos y mecanismos de defensa" (Vega, 2006, como se citó en Bustos, 2016, p.100) cuyo objetivo es mantener un status quo psíquico, lo cual no implica que no haya sufrimiento. La disposición a la transferencia no se da únicamente en el espacio de análisis sino también en cualquier vínculo humano, incluso se observan sus manifestaciones con más claridad en las relaciones que tienen los pacientes con sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, profesores, etc. (Vega, 2006). El descubrimiento de las manifestaciones de la transferencia permitió reconocer la acción de la misma en otros contextos, ya que ejerce un papel importante en diversas relaciones, justamente como en un inicio conceptualizo Freud a la transferencia, como un desplazamiento de afecto de una representación a otra (Laplanche & Pontalis, 1996). En el contexto de un nacimiento prematuro, al interrumpir la anidación bio-psíquica del bebé, se movilizarán varios conflictos internos en la madre y en el padre lo cual determinará la transferencia y sus manifestaciones, tanto negativas como positivas, en la relación padres-bebé (Ruiz, 2003). La observación participante se encaminó en base a dos tipos de receptividad mental que se despliegan en la dinámica madre-bebé: la receptividad perceptiva y la receptividad empática y emocional, por lo que las manifestaciones de la transferencia serán denotadas en base a estos elementos (Izzedin-Bouquet, 2009).

Durante el tiempo de la observación participante se denotó que la mayoría de madres no visitaba con frecuencia a sus bebés, los únicos momentos en donde había un gran número de madres en las salas de la unidad neonatal eran en las horas de alimentación de los bebés. En

primera instancia al momento de mi llegada había horarios de visita para las madres pero, con el pasar de los días esto cambió a una unidad abierta, como un establecimiento amigo de la madre y el niño (ESAMYN). Al hablar con las mamás se podía denotar algunas de las razones para su falta de presencia, en primer lugar después de dar a luz no recibían ninguna información sobre el estado de salud de sus bebés, únicamente se les mencionaba que debían bajar porque por ser prematuro no podían subirlo a su habitación, varias madres mencionaban "no entendía que pasaba, veía a las otras mamás que les subían a su bebé, y el mío solo no llegaba", "nunca me dijeron como estaba abajo", "nadie me dijo nada nunca", "yo solo moría de la desesperación no sabía que pasaba, solo quería bajar a ver qué había pasado con mi bebé". Por ende las madres bajaban con incertidumbre, preocupación y con la imagen del bebé imaginado, por lo que cuando llegaban a la UCIN y encontraban a su bebé conectado a varias máquinas, con oxígeno asistido, con varios catéteres y medicación, entraban en shock, no podían quedarse a verlo y no lo visitaban nuevamente por varios días, definiéndose esto como una manifestación negativa de la transferencia puesto que no había ninguna elaboración de los duelos, miedos, dudas y frustraciones, únicamente la imagen de un bebé lejano al esperado e imaginado.

La UCIN dispone una separación física entre el bebé y su madre, lo que nuevamente genera una herida en la madre o los padres puesto que esta relación está muy lejos de la idealizada, la condición del bebé afecta a los padres en el plano narcisista y obstaculiza el proceso identificativo con el mismo. La mirada de la madre es de preocupación y miedo ya que el bebé imaginado en la gestación no corresponde con el bebé real, su inmadurez condiciona la situación, ya que la atención y el cuidado no puede ser entregado por la madre, sumado a esto se encuentra en un espacio lejano y complejo, la incubadora (Ruiz, 2003). Las madres al ubicarse en esta posición vulnerable y de falta de conocimiento necesitan el acompañamiento del psicólogo para poder continuar con su labor y seguir visitando a su bebé hasta el alta.

Por lo que en la asistencia, en la observación, se procedió a realizar los acercamientos de las mamás a los bebés poco a poco, respetando sus tiempos pero alentando a que la presencia y la labor de la madre es el más trascendental en la recuperación de su bebé, se conversaba con la mamá sobre su estado de salud emocional y mental y la condición de su bebé a lado de la incubadora, lo que según Ruiz (2003) hará posible que la prematurez no sea tan desorganizante y la madre pueda dejar de pensar en el bebé como un otro, tomando a la incubadora como un útero extendido en donde se alojará su bebé hasta terminar su desarrollo. Esto poco a poco permitirá que la madre reconozca a su bebé como propio, elaborando sus miedos, dudas y deseos para así ir elaborando sus primeras vivencias. La interacción entre ambos permitirá que

la madre pueda ir libidinizando el cuerpo de su bebé prematuro, lo cual aportará a los procesos identificatorios con las necesidades del mismo (Ruiz, 2003).

A partir del acompañamiento a varias madres con sus bebés, empezaron a visitar y realizar el MMC con mayor frecuencia. En el caso de la mamá del bebé Cielo, en nuestro primer encuentro el bebé se encontraba con un pronóstico muy negativo y la mamá no quería acercarse a su bebé ya que en el primer intento de MMC el bebé se había puesto morado y ella se había asustado mucho, la situación no fue explicada a la mamá, únicamente se le demandaba que baje e intente de nuevo. Sus primeras interacciones estaban invadidas de miedo e incertidumbre sobre la condición de su bebé, ya que lo veía pequeño y frágil, así mismo no tenía ningún conocimiento sobre el estado de salud de su bebé y no tampoco preguntaba. La interacción empezó a mejorar después de iniciar el acompañamiento y por ende también el estado de salud del bebé Cielo, lo cual se pudo evidenciar en el aumento de peso y la evolución en el mecanismo de alimentación (Anexo 2, apartado 2.3).

Con el paso de los días la mamá del bebé Cielo realizaba el MMC con mayor entusiasmo, en cada encuentro se intentaba devolverle la responsabilidad sobre el cuidado de su bebé, abriéndole paso en la sala de modo que se le permita cambiar el pañal de su bebé, darle el alimento por la sonda o el biberón, sacarle los gases y envolverlo, alentándole a que lo llame por su nombre y no solo “bebé”. Así, la mamá empezó a conversar con su bebé, le contaba sus anécdotas cuando era niña, sobre su vida en el campo, le expresaba su amor y como anhelaba cuidar de él y formar parte de sus etapas de crecimiento. Estas interacciones siendo manifestaciones de la transferencia hacen llegar al bebé lo que la madre desea comunicarle, emociones, sentimientos, deseos y anhelos. Así le transmite a su bebé estímulos e información, creándose un contacto directo entre inconsciente materno y cuerpo del bebé (Ruiz, 2003).

La madre va reconociendo y revistiendo a su bebé de los elementos que construirán su identidad, estos contactos permitirán el fortalecimiento del bonding, que define una relación única y privilegiada cargada de manifestaciones que denotan la preocupación, amor y atención que la madre quiere brindar al neonato (Ruiz, 2003). El beneficio es mayor si el contacto entre la madre y el bebé es piel con piel, por lo que durante el tiempo que la mamá del bebé Cielo realizo el MMC de forma constante, el bebé denotó una mejoría considerable, puesto que este contacto aumenta la producción de leche, disminuye los niveles de estrés y ansiedad del bebé, aporta al aumento de peso y a que mantenga su temperatura, así mismo contribuye a reducir los niveles de ansiedad de la madre haciéndola sentir útil en la recuperación de su bebé

(Hospital Sant Joan de Déu, 2013). En la primera semana y parte de la segunda la mamá mantuvo su constancia a realizar el MMC y visitar regularmente a su bebé, pero al final de la segunda y en la tercera semana la mamá disminuyó su compromiso a formar parte de la recuperación de su bebé, esto pudo haber ocurrido por varios conflictos que la madre tenía en su vida personal, también porque no había el espacio ni el tiempo para elaborar los elementos que frenaban su presencia. Por lo que el bebé Cielo denotó un retroceso en su proceso de recuperación que se evidencia en una pérdida progresiva de peso y el retorno en su método de alimentación variando entre sonda nasogástrica y biberón.

Por otro lado, el trabajo del equipo médico y el área de enfermería dentro del HGOIA no se presentan como un equipo multidisciplinario sino, cada área opera de forma individualizada, no existe un puente de comunicación lo que provoca que haya falencias en el paso de información o incluso que no haya paso de información por lo que se presentan varios conflictos y malos entendidos como que ninguna enfermera estaba en conocimiento de mi trabajo investigativo también, no se informaba en su totalidad sobre la condición de los pacientes a las enfermeras por lo que cuando arribaban nuevos bebés a las salas habían varios conflictos ya que las enfermeras habían recibido una información y en el momento se encontraban con otra distinta. El área de enfermería es el que se encuentra más en contacto con los bebés prematuros, su rol está dirigido únicamente al cuidado y atención fisiológica de sus cuerpos, por lo que sus necesidades tanto emocionales como psíquicas no son cubiertas ni tomadas en cuenta por la mayoría del equipo médico y de enfermería, esto se evidencia cuando al realizar diversas actividades como, colocarles los catéteres, cambiarles las vías, cambiarles el pañal, pesarles, darles de comer, no se comunican con los bebés explicándoles que están realizando, porque lo están haciendo o empatizando con el dolor o la molestia que refleja sentir el bebé. De igual forma el área de enfermería no da cuenta del valor del rol de la madre en la recuperación de los bebés por lo que tienden a desplazarlas tomando su labor como innecesario e incluso entorpecedor en el cuidado de los bebés, esto se hace evidente en la importancia que se da en completar la bitácora más que en cubrir las necesidades de sostenimiento emocional y psíquico de los bebés de igual forma, psicoeducar a la madre o padres en torno a los cuidados básicos que necesita el neonato como, alimentación, aseo, signos de alerta y qué hacer ante ellos. Esto se convierte en una más de las razones por las que las madres prefieren no visitar de forma regular a sus bebés.

Durante la estancia de las madres en el centro hospitalario no existe ningún tipo de acompañamiento o soporte a ellas y a sus bebés, tanto en las salas de la unidad neonatal como

en sus habitaciones, por lo que se vuelve una necesidad el rol del psicólogo en el área de neonatología de modo que las madres reciban un acompañamiento que valide su lugar como sujeto de derechos a través del reconocimiento de sus historias de vida, su sufrimiento y sus necesidades psíquica y emocionales de igual manera teniendo en cuenta que el bebé es un ser que escucha, comunica, siente y tiene un nombre, el cual no es utilizado desde el equipo de salud para referirse al neonato. El rol del psicólogo complementa el trabajo que se realiza en el área, siendo necesario porque las competencias del equipo médico no están direccionadas a asistir las necesidades psíquicas y emocionales del bebé y su madre, además devolvería la importancia al cuidado de la salud mental de la díada como una forma de prevalecer la formación del vínculo afectivo y la importancia del rol de los padres en la recuperación y el desarrollo del neonato. Así mismo el psicólogo podría empezar a gestionar el trabajo en equipo de manera multidisciplinaria ya que puede cumplir el rol de puente de comunicación entre la madre, el neonato, las enfermeras, los médicos y demás servicios del hospital dando así también un espacio para el autocuidado del personal de salud.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

-El rol del psicólogo clínico en el área de neonatología se conceptualiza como el encargado de acompañar y sostener a la diada, fortaleciendo el vínculo, precautelando la salud psíquica y emocional de ambos durante su estancia en el centro hospitalario. Dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora no hay un espacio para este rol, en donde sea posible el acompañamiento a las madres dentro de este proceso sensible en el cual necesitan sentirse sostenidas y contenidas, este rol es necesario puesto que es primordial velar por la salud mental materna infantil. El rol del psicólogo permitió evidenciar las necesidades psicológicas del personal de salud que se encuentra desbordado, en primer lugar por la vivencia de la pandemia en el hospital, sucesos que no han sido elaborados y también las dificultades y conflictos de la vida personal de cada individuo, por lo que es vital el cuidado de la salud mental y emocional del personal médico y de enfermería. Además, este rol permitiría gestar un equipo multidisciplinario construyendo puentes de comunicación entre todas las disciplinas y los pacientes.

-El psicólogo en su rol de fortalecedor de la dinámica transferencial entre la madre y el neonato prematuro acompaña a la madre a que se desinhiba y logre revestir a su bebé de su historia vital, su nombre, su pasado, que se espera de él, quienes lo están esperando fuera del hospital, de modo que obtenga los elementos necesarios para poder conformar su identidad, también dándole un espacio al rol del padre, nombrándolo constantemente, dándole paso a visitar y acercarse a su bebé, alentándole a que le hable y haga sentir su presencia en la recuperación del mismo, de manera que el bebé sienta que tiene una red de apoyo fuera de la incubadora, un sistema que lo ansía, lo ama y anhela construir vivencias y recuerdos con él. Así mismo, cumpliendo la función de puente de comunicación entre el bebé y la mamá, acompañándola mientras aprende a responder a los llamados y necesidades del neonato devolviéndole su rol principal en la mejora y cuidado del mismo. También conteniendo y asistiendo a la madre en sus necesidades psíquicas y emocionales, dándole lugar a su historia elaborando sus miedos, frustraciones y demás elementos que detienen su acercamiento y participación en la mejora de su bebé.

-Por medio de la observación participante se logró entender la necesidad del rol del psicólogo en el área de neonatología, puesto que no había un espacio y se fue dando por la necesidad de las madres de ser escuchadas, contenidas y acompañadas en una situación en la cual se encuentran muy vulnerables y “solas”. De igual manera se reconoció el rol flexible del

psicólogo ya que debe movilizarse a donde sean requeridos sus servicios, tanto en las áreas del servicio de neonatología como en los pasillos o en las habitaciones de las madres. El volverse puente de comunicación entre la madre y el personal de salud es uno de los roles más importantes puesto que le devuelve el lugar de importancia que debería tener la madre como el ser más prioritario en la recuperación del neonato y también como la persona que el mismo, busca y necesita para sobrevivir a su contexto, así mismo devolviéndole la responsabilidad, enseñándole a cumplir su rol maternal de cuidado y protección, siendo el factor fundamental para el dada de alta de ella y su bebé.

-Finalmente, la negligencia en el cuidado de la salud mental en la diada madre-bebé es uno de los temas que más sobresale en esta investigación. Por una parte, a pesar de que la mayoría de madres se encuentran desbordadas emocionalmente, lo que se evidencia en sus estados depresivos, falta de energía, infecciones constantes y resistencia a formar parte de la recuperación de sus bebés, no existe acompañamiento emocional alguno en el ámbito hospitalario. Si bien el equipo de enfermería es el más cercano a la estancia de la madre y el bebé, su sobrecarga de trabajo y responsabilidades provocan no solo que la labor del equipo se torne mecánica, sino que no exista motivación o espacio suficiente para instruir a las madres en su rol de cuidado y hacerlas partícipes del desarrollo y la mejoría de sus bebés, percibiéndose el lugar de la madre junto a su bebé como una especie de carga o impedimento para el desarrollo de actividades diarias para el equipo, cuando en realidad el que las madres, más aún madres primerizas, conozcan sobre los cuidados del bebé: cambio de pañal, limpieza, lactancia, sostenimiento y demás, puede facilitar el trabajo que realiza el equipo de enfermería, evitar la resistencia de las madres y favorecer a la recuperación pronta de los bebés.

4.2. Recomendaciones

Se sugiere como necesario la instauración del rol del psicólogo clínico dentro de las áreas de neonatología, de modo que con su aporte se devuelva la importancia al cuidado de la salud mental materno infantil y al cuidado de la salud mental del personal de salud, así mismo la formación de un equipo multidisciplinario que, respetando el lugar de cada uno de los profesionales de la salud, conformando en conjunto, fomentando la comunicación bidireccional, el plan de atención al bebé y su madre, tomando en cuenta las necesidades físicas, pero también las psicoemocionales, dándole el lugar de sujeto de derechos a la madre y a su bebé.

Es relevante mantener como prioridad el sostenimiento a las madres mientras aprenden sobre sus roles de cuidado hacia el bebé, de modo que cuando salgan del centro hospitalario estén fortalecidas por los conocimientos adquiridos, evitando así, la frustración y ansiedad en sus hogares, donde ya no disponen del apoyo de las enfermeras y médicos. De igual forma acompañar a las madres dentro de la hospitalización de su bebé de modo que no se sientan solas y puedan compartir sus miedos, frustraciones y tristezas, de modo logren revestir a su bebé de todos los elementos positivos de su vida que aportarán a la construcción de su identidad. También es necesario evidenciar la importancia del rol del padre, tanto en la recuperación del neonato como en la estabilidad psicoemocional de la madre dentro de la hospitalización, denotando su rol prioritario al igual que el de la madre.

Se recomienda mantener una apertura real para las madres en las salas de neonatología, sin que sean cuestionadas sobre su presencia, sino más bien, sean apoyadas y acompañadas en su proceso de aprendizaje y reconocimiento con su bebé prematuro. De igual forma es importante mantener una posición empática y de escucha hacia los padres y familiares de la madre y del recién nacido reconociendo que la posición vulnerable la mantienen ellos y el rol del equipo de salud es la de dar información, calma y sostén por medio del cómo se entrega la información precautelando la salud emocional y psíquica de los receptores. También es de suma importancia retornar la responsabilidad del cuidado y atención de los bebés a los padres, de modo que formen parte de la recuperación del bebé sintiéndose útiles en el proceso y fomentando la formación del vínculo, el elemento necesario para formar una relación positiva entre los padres y el neonato.

Se considera necesario la impartición de talleres de sensibilización al equipo médico y el área de enfermería de modo que se concientice entorno a entregar un mejor trato hacia la

madre y el bebé de modo que se retorne el enfoque a la formación del vínculo y el valor trascendental de los padres en la recuperación del bebé. De igual forma es importante invertir en la salud mental del personal de salud puesto que, al enfrentar la pandemia, además de varias situaciones que se afrontan en el día a día en el centro hospitalario y sumado a las variadas dificultades que afrontan en su vidas personales, es lógico permanecer en un estado de burnout desbordado de emociones, por lo que el permitir al personal acceder al acompañamiento psicológico es una inversión necesaria para mejorar la calidad del servicio.

REFERENCIAS

Acosta, M. F., & Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *UNIMAR, 34*(1), 193-199. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Maria-Acosta-Romo/publication/324877744_ARTICULO_PERCEPCION_DE_PADRES_EN_LA_UCIN/links/5ae8deb3a6fdcc03cd8f834e/ARTICULO-PERCEPCION-DE-PADRES-

Acosta, M. F., Cabrera, N., Basante, Y., & Jurado, D. (2017). Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros. Un aporte al cuidado humanizado. *Revista Universidad y Salud, 19*(1), 17-25. Obtenido de https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2770

Alkolombre, P. (2011). *Travesías del cuerpo femenino.* Letra Viva.

Arias, L., & Villamarín, E. (2019). Análisis del holding-sostenimiento en el acompañamiento psicológico a madres de bebés prematuros. *[Tésis previa a la obtención del título de psicóloga clínica]*. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/17949

Bodner, G. (Julio de 2019). *El concepto de reverie en algunos modelos contemporáneos*. Obtenido de Temas de Psicoanálisis: https://www.temasdepsicoanalisis.org/2019/07/18/el-concepto-de-reverie-en-algunos-modelos-contemporaneos/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20psicoanal%C3%ADtica%20sobre%20el,a%20la%20idea%20de%20contenci%C3%B3n.

Brazelton, B., & Bertand, C. (1990). *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial.* Barcelona- España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Bustingorry, S., Sánchez, I., & Ibañez, F. (2006). Investigación Cualitativa en eduación. Hacia la generación de teorría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos XXXIII, 32*(1), 119-133. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/1735/173514132007.pdf

Bustos, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: Una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 97-112. Obtenido de http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060

Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis.* Amorrortu editores.

Core, R. L. (2013). Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología, vol.32*, 43-60. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748711004.pdf

Cuéllar, I., & Valle, M. (2017). Programa de atención psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid . *Revista Clínica Contemporánea, 8*(28), 1-12. doi:https://doi.org/10.5093/cc2017a18.

DAMSU. (5 de Agosto de 2016). *La importancia de la lactancia para el vínculo entre la mamá y el bebé.* Obtenido de Noticias DAMSU: https://www.damsu.uncuyo.edu.ar/la-importancia-de-la-lactancia-para-el-vinculo-entre-la-mama-y-el-bebe

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS. (2004). *Método Madre Canguro: Guía Práctica*. Obtenido de OMS Repositorio Institucional para Compartir Información: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43083

Díaz, L. (Enero de 2011). *La Observación* . Obtenido de Facultad de Psicología UMAN: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

Druon, C. (1996). *A L'ECOUTE DU BEBE PREMATURE. Une vie aux portes de la vie.* París-France: Aubier.

Educalingo. (Diciembre de 2021). *Diccionario*. Obtenido de Educalingo: Diccionario para gente curiosa: https://educalingo.com/es/dic-en

Fernández, I., Palanca, I., González, I., Malalana, A. M., & Contreras, A. (2014). La salud mental del recien nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (Revista Iberoamericana de Psicosomática)*(109), 45-52. Obtenido de https://www.sociedadmarce.org/pdf/SMR109.pdf

Freud, S. (1991). *Obras Completas Volumen XII.* Amorrortu ediTORES S.A.

Fuentetaja, A. L., & Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológcia en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 1-19. Obtenido de https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_10_1_e1.pdf

Gallegos, J., Mara Monti, L., & Silvan, C. (2007). Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la Unidad Neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem , 15*(2). Obtenido de http://rlae.eerp.usp.br/

Golse, B., Gosme-Seguret, S., & Mokhtari, M. (2001). *Bébés en réanimation: Naître et renaître.* París: Odile Jacob.

González Serrano, F. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia (Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia)*(49), 133-152. Obtenido de https://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria49.pdf#page=134

González, M. A., & Naddeo, S. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. Familia, internación neonatal y salud mental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 26*(4), 155-158. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226404

Gutton, P. (1983). *El bebé del psicoanalista.* Amorrortu Editores.

Harrison, H., & Kositsky, A. (1983). *The premature Baby book: A parents guide to coping an caring in the first years.* New York, USA: St Martin´s Press.

Heidelise, A., Gilkerson, L., Duffy, F., Mcanulty, G., Buehler, D., Vandenberg, K., & Sweet, N. (2003). Three-Center, Randomized, Controlled Trial of Individualized Developmental Care for Very Low Birth Weight Preterm Infants: Medical, Neurodevelopmental, Parenting, and Caregiving Effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 24*(6), 399-408.

HGOIA. (08 de Abril de 2021). *Misión y Visión*. Obtenido de El Hospital : https://hgoia.gob.ec/index.php

Hospital Sant Joan de Déu. (19 de febrero de 2013). *Los beneficios del contacto entre los bebés prematuros y sus padres*. Obtenido de Faros: https://faros.hsjdbcn.org/es/noticia/beneficios-contacto-entre-bebes-prematuros-padres#:~:text=Los%20beneficios%20son%20numerosos%20para,y%20cojan%20peso%20m%C3%A1s%20f%C3%A1cilmente.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. *INEC Buenas cifras, mejores vidas*, 1-13. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf

Izzedin-Bouquet, R. (2009). El método de observación de bebés de Esther Bick. *Perinatología y Reproducción Humana, 23*(4), 219-222. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip094e.pdf

Izzedin-Bouquet, R. (2011). El papel del psicólogo en el servicio de neonatología. *Perinatología y reproducción humana, 25*(3), 188-190. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip113i.pdf

Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Social Research, 6*(2). Obtenido de https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/index

Kleberg, A., Hellstrom-Westas, L., & Widstrom, A.-M. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, 403-411.

Klein, M. (1961). Los orígenes de la transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 4*(1), 116-128. Obtenido de http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/834

Labarthe, C. (2012). El encuadre interno del analista. *Revista Psicoanálisis*(10), 89-104. Obtenido de http://spp.com.pe/wp-content/uploads/2019/12/Labarthe_10.pdf

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis.* Editorial Paidós.

López, E. (2016). Vínculo afectivo materno-infantil: método canguro. *Revista Pediatría Electrónica, 13*(3), 1-4. Obtenido de

https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATERNO_INFANTIL.pdf

Marin, D., & Menéndez, C. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en madres de niños con malformación congénita mayor (MCM) en la UCIN del Hospital Garrahan. *Medicina Infantil, 18*(1), 10-17. Obtenido de https://www.medicinainfantil.org.ar/

Martínez, L. A. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Investigación: Experiencias y Herramientas*, 73-80. Obtenido de https://www.ugel01.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/1-La-Observaci%C3%B3n-y-el-Diario-de-campo-07-01-19.pdf

Mathelin, C. (2001). *Clínica psicoanalítica con bebes prematuros.* Nueva Visión SAIC.

Matínez-Salgado, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 613-619. Obtenido de https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?format=pdf&lang=es

Mayan, M. (2009). *Essentials of qualitative inquiry.* Routledge.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Recién nacido prematuro. *Guía Práctica Clínica (GPC)*(1), 1-130. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf

Ministerio de salud y proteccion social & PMA de la ONU . (2010). *Kit pedagógico y sitio web de formación para la implementación, fortalecimiento y actualización de los programas madre canguro en Colombia*. Obtenido de Fundación Canguro: http://fundacioncanguro.co/PFMMC/es/docs/mmc/2.%20LA%20POSICI%C3%93N%20CANGURO.pdf

Montesinos, A., Román, A., Muñoz, M., & Elías, L. (2013). Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista Chilena de Pedriatría, 84*(6), 650-658. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000600008

Morán, C. (11 de febrero de 2013). *Los beneficios del piel con piel* . Obtenido de El País: https://elpais.com/sociedad/2013/02/11/actualidad/1360606145_725554.html

Morer, B., Ayala, B., Burillo, M., Boullón, A., & Mancho, A. (2017). Apoyo Psicoterapéutico en un servicio Hospitalario de Neonatología. *Revista Pensamiento Psicoanalítico*(1), 94-100. Obtenido de http://pensamientopsicoanalitico.es/wp-content/uploads/2016/11/RevistaPensamientoPsicoanalitico_Numero1.pdf

Olza, I., Palanca, I., González, I., Malalana, A., & Contreras, A. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: Psiquiatría infantil en neonatología. *Revista Iberoamericana de Psicosomática: Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*(109), 45-52. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678922

Organización Mundial de la Salud . (2004). *Método Canguro: guía práctica*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/handle/10665/43083

Organización Panamericana de la Salud . (22 de Marzo de 2010). *Método Madre Canguro: una solución aegura y eficaz*. Obtenido de OPS Noticias: https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2010-metodo-madre-canguro-solucion-segura-eficaz

Tagore, R. (12 de Diciembre de 1995). *El principio*. Obtenido de Ciudad Seva: https://ciudadseva.com/texto/el-principio/

Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario.* Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.

Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoánalisis.* Editorial Paidós.

Ruíz, A. L. (2003). *El bebé prematuro y sus padres: Creación de un programa de intervención psicológico.* Miño y Dávila Editores .

Sarmiento, A., Perlaza, D., Pérez, E. d., Salao, E., Vallejos, L., Egas, M., . . . Grijalva, V. (2013). *Psicólogos fuera de los muros de la consulta.* Universidad Internacional Sek.

Serrano, F. G. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros. *Cuadernos de Psiquitría Y Psicoterapia del niño y del adolescente, 49*, 133-152.

Silva, C., & Burgos, C. (2011). Tiempo mínimo-conocimiento suficiente: La cuasi-etnografía sociotécnica en psicología social. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*.

Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño.* Aguilar SA Editores.

Stern, D. (1995). *La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos.* Buenos Aires- Argentina: Editorial Paidós.

Stivelman, F (2011). Psicoanálisis y Neonatología: Entrecruzamientos. En P. Alkolombre (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino* (p. 167-182). Editorial Paidós.

Tisera, A., Pipo, V., & Gobet, L. (2008). La observación participante en la formación en salud mental. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología* (págs. 159-162). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Torres Vilar, N. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. *Red de revistas Científicas de América Latina, El caribe, España, Portugal*(9), 203-215. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112814009

Tucker, J., & McGuire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *BMJ*, 675-678.

UNICEF. (28 de Septiembre de 2020). *Conoce el método Mamá Canguro*. Obtenido de https://www.unicef.org/dominicanrepublic/conoce-el-metodo-mama-canguro

Valle, M., Sierra, P., Palacios, I., García, R., & Moro, M. (2014). Atención temprana al recién nacido de riesgo. *Asociación Española de Pediatría: Anales de pediatría, 12*, 119-123.

Vega, M. (2006). *El concepto de transferencia freudiano*. Obtenido de Asociacion Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados: Psicoanálisis ayer y hoy :

https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm

Villamizar, B., Vargas, C., & Rueda, E. (2014). Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Revista Cuidarte, 5*(2), 782-791. Obtenido de doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.93

Winnicott, D. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* . Editorial LAIA.

Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres.* Editorial Paidós.

ANEXOS

Anexo 1: Formato de consentimiento y revocatoria de consentimiento informado para las madres participantes

PUCE | COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Av. 12 de octubre 1076 y Veintimilla
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Nombre de la investigadora principal: Karla Estefanía Ampudia Baldeón

Documento de Consentimiento Informado para pacientes madres de familia del área de Neonatología del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora que forman parte de la sala en donde se facilita el método "Mamá canguro", a quienes se invita a participar en la investigación: "El rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro".

- **Información (proporciona información sobre el estudio)**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)**
- **Formulario de revocatoria del Consentimiento (información en torno a la posibilidad de abandonar el estudio y firma en caso de estar de acuerdo)**

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

La investigación en curso realizada por Karla E. Ampudia B., estudiante egresada de psicología clínica en la PUCE y tutorada por Daniela S. Castro F., docente de la Facultad de Psicología de la PUCE, se propone sistematizar el trabajo que se realiza en las Unidades Neonatales del Ecuador, enfocado en el cuidado y fomento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Así como también se dirige a analizar el trabajo que realiza el psicólogo clínico dentro del área de neonatología, tomando en cuenta: cómo es su relación con la madre y los bebés, y cómo interactúan la madre con el neonato en el momento en donde se les está facilitando el método "Mamá canguro".

Se observará a la madre y su bebé tomando en cuenta todas las interacciones que se den dentro de esta dinámica. Esto se realizará con el fin de obtener más conocimiento sobre los sentimientos depositados por todos los actores en estos momentos sumamente importantes dentro del desarrollo del bebé, enfatizando en el rol del psicólogo clínico dentro de la unidad de cuidados neonatales.

Beneficios

Si usted participa de esta investigación, tendrá el siguiente beneficio:

a. Comentar sus pensamientos, sentimientos, emociones y malestares
b. Facilitar la mejora del trabajo del psicólogo en los servicios hospitalarios neonatales.

Confidencialidad

Para resguardar la confidencialidad de las madres participantes, no se utilizará los nombres, la utilización de la información anotada en el diario de campo, resguardará la privacidad de las familias al usar códigos en lugar de los nombres reales. Los resultados de la investigación serán almacenados con contraseña en la computadora de la investigadora principal y serán destruidos después de un periodo de 3 a 5 años. Toda la información obtenida será manejada con la absoluta confidencialidad por parte de la investigadora.

ANIVERSARIO
DEJA TU

Av. 12 de octubre 1076 y Veintimilla
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la entrevista. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: Karla Estefanía Ampudia Baldeón, Investigadora Principal del Proyecto de Investigación, estudiante egresada en Psicología Clínica PUCE, al cel: 098339438, al e-mail: kbaldeon334@puce.edu.ec o con Daniela Salomé Castro Falconí, Directora de la Disertación y Docente PUCE, al cel: 0991433663, al e-mail: dcastro923@puce.edu.ec.

PARTE II: Declaratoria de consentimiento informado

He sido invitada/o a participar en la investigación: **"El rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro"** y me ha sido leído y explicado el consentimiento informado.

Entiendo que mi participación consiste en realizar las actividades que realizo diariamente con mi bebé y que los resultados de la observación me serán compartidos si así lo deseo al final de la investigación y que puedo pedir una ampliación y explicación de los mismos.

Sé que el beneficio para mi persona es el de poder compartir mis pensamientos, sentimientos, emociones y malestares.

Se me ha proporcionado el nombre de la directora de la disertación y el nombre de la investigadora, quienes pueden ser fácilmente contactadas usando los nombres, teléfono y dirección electrónica que se me ha dado de esas personas.

Entiendo que mi participación es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin recibir ninguna penalidad.

Así mismo, al firmar autorizo a la investigadora Karla E. Ampudia. B a hacer uso de lo que ha observado en su trabajo escrito de disertación, salvaguardando la confidencialidad de mis datos y los de mi bebé.

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.

Nombre de la participante _____ ***C.I.*** _____

Firma de la participante _____ ***Fecha*** _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para la potencial participante y la misma ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la participante ha dado

Av. 12 de octubre 1076 y Veintimilla
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

consentimiento libremente.

Nombre de la Investigadora: Karla Ampudia ***C.I.***_____

Firma de la Investigadora _____ ***Fecha:*** _____
Día/mes/año

PARTE III: Declaratoria de revocatoria del consentimiento informado

He sido invitada/o a participar en la investigación: **"El rol del psicólogo clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro".**

Entiendo que mi participación consiste en realizar las actividades que realizo diariamente con mi bebé y que los resultados de la observación me serán compartidos si así lo deseo al final de la investigación y que puedo pedir una ampliación y explicación de los mismos.

Entiendo que puedo revocar mi autorización a formar parte de la investigación en cualquier momento.

Yo, _____ de forma libre y voluntaria decido revocar mi consentimiento a formar parte la investigación **"El rol del psicológico clínico en la relación transferencial madre-neonato prematuro"** por, falta de tiempo ( ), no me interesa ( ), otros ( ).

Entiendo que mi revocatoria implicará que los datos obtenidos sean eliminados y no sean utilizados para ningún fin.

Al firmar afirmo mi revocatoria de la investigación y entiendo que no se me causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno en mí.

Nombre de la participante_____ ***C.I.***_____

Firma de la participante_____ ***Fecha***_____
Día/mes/año

Nombre de la Investigadora: Karla Ampudia ***C.I.***_____

Firma de la Investigadora _____ ***Fecha:*** _____
Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado (KA)

Anexo 2: Cuadros de control de peso de los bebés prematuros y control de tiempo de MMC de las madres participantes

2.1. Cuadro de evolución de peso Bebé Blanco

Peso inicial	Nombre: Bebé Blanco					
1830gr	Fecha de visita	17/08/2022	18/08/2022			
	Edad gestacional	33 semanas nacido	37 semanas			
	Peso	2005gr	2230gr			
	Método de alimentación	Biberón con leche de banco	Succión y biberón			
	Duración diaria del contacto piel con piel	1:30-2:00 h	Realizo el MMC en la mañana Dado de alta			

2.2. Cuadro de evolución de peso Bebés Las Flores

Peso inicial	Nombre: Bebé Las Flores: I. Violeta II. Rosa					
I. 1628gr	Fecha de visita	17/08/2022	18/08/2022	19/08/2022		
II. 1692gr	Edad gestacional	32 semanas nacido	35 semanas	35 semanas		
	Peso	I. 1780gr II. 1826gr	I. 1864gr II. 1990gr	I. 1975gr II. 2000gr		
	Método de alimentación	I. Lactancia II. Biberón	I. Biberón II. Lactancia	I. Biberón II. Lactancia		
	Duración diaria del contacto piel con piel	Salieron de UCIN (3:00 c/u) 3:00 a 5:00h cada día con una bebé distinta en la sala Con espacios para que vaya a comer la mamá.	5:00 h c/u en la sala	No hubo hoy porque fueron dadas de alta y la mamá estuvo haciendo papeles de salida		

2.3. Cuadro de evolución de peso Bebé Cielo

Peso inicial	Nombre: Bebé Cielo					
1470 gr	Fecha de visita	18/08/2022	19/08/2022	22/08/2022	23/08/2022	24/08/2022
	Edad gestacional	31 semanas nacido	33 semanas	34 semanas	34 semanas	34 semanas
	Peso	1660gr	1795gr	1975gr	----------	1980gr
	Método de alimentación	Sonda nasogástrica	Sonda nasogástrica	Sonda nasogástrica	Sonda nasogástrica con	Sonda nasogástrica, se intentó

				Se intentó estimulación de pezón, no lacto pero si se observó un poco de succión	estimulación de pezón	estimulación pero no hubo succión pero tampoco rechazo al seno
	Duración diaria del contacto piel con piel (MMC)	2:00 h Desde hoy inicio ya que ayer se puso morado el bebé y ella pauso el plan canguro	3:00h	2:00h	2:00h	2:30h
Peso inicial	Nombre: Bebé Cielo					
1470 gr	Fecha de visita	25/08/2022	26/08/2022	29/08/2022	30/08/2022	31/08/2022
	Edad gestacional	34 semanas	34 semanas	35 semanas	35 semanas	35 semanas
	Peso	2115gr	2160gr	2250gr	2260gr	2235gr
	Método de alimentación	Sonda nasogástrica	Lactancia por seno	Sonda nasogástrica	Sonda nasogástrica	Succión por biberón
	Duración diaria del contacto piel con piel (MMC)	No lo hizo	1:00h	No lo hizo	2:00h	No lo hizo
Peso inicial	Nombre: Bebé Cielo					
1470 gr	Fecha de visita	1/09/2022	2/09/2022			
	Edad gestacional	35 semanas	35 semanas			
	Peso	2240gr	2240gr			
	Método de alimentación	Succión por biberón	Succión por biberón			
	Duración diaria del contacto piel con piel (MMC)	No lo hizo	No lo hizo			