

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TITULO:**

EFFECTOS SUBJETIVOS EN MADRES DE NIÑOS PREMATUROS  
ESTUDIADOS A PARTIR DE UNA DINÁMICA GRUPAL

**AUTORAS:**

Bravo Flores, Ana Catherine

Kühn Ayora, Solange Annette

**IDENTIFICACIÓN DEL TÍTULO:**

Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**TUTOR:**

Guerrero de Medina, Nora

**Guayaquil, Ecuador**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ana Catherine Bravo Flores y Solange Annette Kühn Ayora**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogas Clínicas**.

### **TUTORA**

---

**Dra. Nora Guerrero de Medina**

### **REVISORES**

---

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**Psic. Alexandra Galarza de Soria**

**Guayaquil, a los 06 días del mes de Mayo del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Ana Catherine Bravo Flores y Solange Annette Kühn Ayora**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros Estudiados a partir de una Dinámica Grupal** previa a la obtención del Título de **Psicólogas Clínicas**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 6 días del mes de Mayo del año 2014**

**AUTORAS**

---

**Ana Catherine Bravo Flores**

---

**Solange Annette Kühn Ayora**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**

**DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, Ana Catherine Bravo Flores y Solange Annette Kühn Ayora

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros Estudiados a partir una Dinámica Grupal**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 06 días del mes de Mayo del año 2014**

## **AUTORAS**

---

**Ana Catherine Bravo Flores**

---

**Solange Annette Kühn Ayora**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por darme la capacidad intelectual, determinación, fortaleza y la sabiduría para poder culminar una etapa más de mi vida; a mis padres, por ser pilar fundamental con su apoyo, evitando que desfallezca ante cada obstáculo durante este camino, sin ellos no me habría sido posible llegar donde estoy ni ser quien soy.

Quiero agradecer a mis profesores, a cada uno de ellos quienes supieron transmitir sus conocimientos y enseñanzas durante nuestra formación, con paciencia, entrega y exigencias, dotándonos de las bases y el amor por hacer clínica, pero en especial quiero agradecer a mí Directora de Tesis, la Dra. Nora Guerrero de Medina, quien estuvo pendiente de cada detalle y supo guiarnos con su experiencia, manteniéndonos firmes ante las vicisitudes que surgieron.

A mis compañeros, por cada anécdota, cada risa, pero en especial quiero agradecer a mi amiga Ana Bravo, por enseñarme el verdadero valor de la amistad; su tolerancia, comprensión y su apoyo incondicional, son dignos de mi cariño y estima.

Finalmente quiero extender mi agradecimiento hacia las autoridades de esta prestigiosa institución, a la cual representaré con orgullo, ya que mi formación inició aquí en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

**Kühn Ayora, Solange Annette**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar quiero agradecer a mi madre, quien incesantemente ha apoyado mis buenas decisiones y aconsejado en las erradas, siempre anteponiendo su enseñanza sobre la importancia que tiene el estudio, el esfuerzo y el trabajo, no tan sólo por medio de palabras, sino también con su ejemplo; lo que soy y seré, siempre se lo deberé a ella. También le agradezco a toda mi familia por el apoyo y preocupación que siempre recibí en este proceso, en especial a mi hermano, mi padre y mi tía.

A mis profesores, que con cada enseñanza teórica o vivencial aportaron a mi desarrollo como futura profesional, pero en especial, a mi directora de prácticas y tutora la Dra. Nora Guerrero de Medina, quien con su constancia y paciencia forjó los últimos cimientos de mi formación como próxima psicóloga clínica.

Le agradezco a mis compañeros que han convertido a la teoría en conversación de todo grato momento, dando a notar la vocación y compromiso que ya forma parte de nosotros. Especialmente a aquellos que a más de ser compañeros se han convertido en amigos en este proceso, sobre todo a mi compañera de tesis y amiga Solange Kühn que ha compartido junto a mí los momentos estresantes de la elaboración de tesis, pero que hizo amena la experiencia, dándome entre risas y firmeza el apoyo necesario para que obtengamos este logro juntas.

Por último, pero con la mayor importancia, un agradecimiento a Dios, que puso en mi vida a las personas antes mencionadas y que me dio la capacidad y la fuerza para convertirme en la persona que soy actualmente.

**Bravo Flores, Ana Catherine**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a las personas más importantes que tengo a mí alrededor empezando por mis padres y mi familia, todo se los debo a ustedes.

Una dedicatoria especial a mi tía Fanny Ayora, por creer en mí, siendo ese aliento en los momentos más duros, conteniéndome.

A mis mejores amigos, E.A; A.R; K.C y A.B, este primer gran paso, fue ameno porque tuve la compañía de ustedes alentándome a luchar por conseguir todo lo que me proponga y finalmente quiero dedicarle este trabajo a la Dra. Nora Guerrero de Medina, es el resultado de una ardua labor que bajo su supervisión y su atinada dirección, se concretó exitosamente; este trabajo tiene su firma, lo que respalda la calidad y el amor con que fue escrito.

**Kühn Ayora, Solange Annette**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicarle este trabajo a mi familia, la que me apoyó constantemente, en especial a mi madre. A mis profesores formadores de mi educación profesional, en especial a mi tutora la Dra. Nora Guerrero de Medina.

A mi mejor amiga F. Leyton, persona que aún indirectamente hizo parte de esta etapa de mi vida, siendo una constante compañía en mis buenos y malos momentos.

Le dedico también esta tesis a C. Martínez, quien además de aportar con su compañía en más de una ocasión en la elaboración de esta tesis, aportó y fue mi soporte en los momentos en que el cansancio se apoderaba de mis esfuerzos.

A los amigos que he conseguido en estos años de estudio, que han afianzado conocimientos y han hecho que la experiencia universitaria sea una hermosa etapa, en especial a mis más cercanos amigos S.K., F.A., C.A., J.B., L.A., A.C.

**Bravo Flores, Ana Catherine**

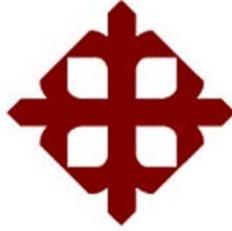
## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

Guerrero de Medina, Nora  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

---

**Guerrero de Medina Nora  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

## ÍNDICE

Resumen	XII
Introducción	1
1. Marco Teórico	6
1.1 Diferentes Concepciones Del Niño Prematuro	6
1.1.1 Aspecto Médico	6
1.2.2 Aspecto Psicológico	9
1.2 Institución Hospitalaria	13
1.2.1 Plan Mamá Canguro	16
1.3 Reacciones Afectivas Frente al Diagnóstico de un Hijo Prematuro	20
1.3.1 Angustia	20
1.3.2 Una Mujer: Su deseo frente al objeto niño	25
1.3.2.1 Surgimiento del Deseo Materno	25
1.3.2.2 Factores Constituyentes de la Subjetivación del niño	29
2. Metodología	36
2.2 Rol del Psicólogo Clínico	36
2.3 Dinámica Grupal	44
3. Análisis de Resultados	55
Conclusiones	76
Recomendaciones	80
Bibliografía	81
Anexos	

## Resumen

En este trabajo de titulación se presentará cómo la maternidad se ve afectada por el parto interrumpido antes de la completitud de la gestación, colocando a la madre en una situación de angustia, que posiciona a su hijo antes idealizado, en calidad de un objeto Real de la ciencia. El rol del psicólogo cumplirá una labor fundamental en la elaboración de aquel Real y el restablecimiento del vínculo madre-hijo, que se vio perturbado por la irrupción del embarazo. El acogimiento del niño es fundador para su constitución subjetiva. Al prestarse el espacio de la Fundación Dr. Manuel Ignacio Gómez Lince dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor se pudo observar las secuelas inconscientes que el suceso conlleva en las pacientes que atravesaron un parto prematuro, el temor a que su hijo pueda fallecer las lleva a un elevado nivel de angustia que sin un apoyo psicológico sería difícil elaborar. La alternativa de aplicar una dinámica grupal en la problemática permite que el grupo de madres logre efectos subjetivos que consigan sostener su deseo como madres y por lo tanto acojan al bebé dentro de la condición prematura en la que se encuentra.

## Introducción

El embarazo y la concepción es un proceso natural en una mujer, que además de tener la cualidad fisiológica de poder sostener y dar a luz un nuevo ser, si hablamos de una mujer con estructura neurótica estará constituida en ella la falta, por lo cual en una búsqueda inconsciente por llenarla optará por la vía de la maternidad, obteniendo como objeto de su deseo un hijo idealizado en el desarrollo de su embarazo.

El parto prematuro para la madre, se convierte en un evento que al ser inesperado no tiene recursos para afrontar, obteniendo un niño con significantes diferentes a los que ella había sobrepuesto en él, en su ideal. Son significantes impuestos por el ámbito médico, predominados por los síntomas que lo aquejan por su condición de prematuridad.

La institución hospitalaria responde de manera objetiva ante los síntomas físicos de los pacientes hospitalizados, su posicionamiento en el discurso del amo, coloca al médico como un sujeto dueño de un Saber Totalitario que basándose en la ciencia responderá al requerimiento de la curación inmediata a una enfermedad. Pero al trabajar con el ser humano, se debe considerar que el sufrimiento además de ser físico, tiende a enlazarse con el aspecto psicológico. Es a partir de ahí que surge la necesidad de una atención psicológica dentro la institución hospitalaria, que abarque el aspecto del malestar no-biológico del paciente, lo que escapa al saber de la ciencia.

Las prácticas realizadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor dio oportunidad para situar el rol del psicólogo clínico en función a los requerimientos

de la institución en relación a la atención y resolución de casos en el menor tiempo posible; y a la labor ética de dar un espacio de escucha personalizada a las pacientes que requerían el servicio de psicología. Este fue el caso de las pacientes que por diversas razones fueron intervenidas antes de la culminación de su gestación, a las que se les ofreció un espacio de escucha para su malestar a través de la atención en las salas de hospitalización. La angustia por el temor a la pérdida de aquel hijo llegado antes de tiempo, la dificultad para la aceptación del evento, la culpa y la impotencia que era sentida por las pacientes fue manifestada a través de su discurso y en ocasiones a partir del llanto, lo que mostró una ruptura abrupta del vínculo madre-hijo y una inhibición para enfrentar el suceso.

Para que exista un acogimiento del niño es esencial la presencia del deseo materno, como primer vínculo con el Otro. La situación de acogimiento luego de un parto prematuro se dificulta al recibir el producto de su cuerpo como un organismo enfermo, un organismo entre la vida y la muerte, no es el bebé libidinizado con significantes que se ansiaba durante el embarazo. El trabajo psicológico con las pacientes que atraviesan esta situación intentará que a partir de la historización de su embarazo y del proceso que la llevó al parto anticipado puedan deslibidinizar al bebé de su idealización, para que el hijo obtenido pueda tener un lugar en su deseo y sea aceptada su condición prematura.

En la práctica pre-profesional realizada, además del trabajo individual con las pacientes en salas, también se aportó en la Fundación Dr. Manuel Ignacio Gómez Lince que trabaja dentro del hospital antes mencionado. Esta fundación ofrece un

servicio de capacitaciones a madres de niños prematuros que fueron concebidos en la institución, el cual es llamado Plan Mamá Canguro. El plan da apertura a una restauración del vínculo materno, ya que la madre tendrá que colocar en su pecho al bebé en posición canguro (sobre el pecho, frente a frente, sostenido por una amplia tela) para generar el calor necesario para el desarrollo biológico del niño. La labor del departamento psicológico dentro de dicha fundación era la de impartir una charla informativa al numeroso grupo de padres y familiares cercanos de los niños pre-término para la aplicación de los delicados cuidados en casa.

Lo mencionado anteriormente será tratado de forma más amplia en el desarrollo del primer capítulo, que proporcionará la base teórica de esta tesis.

La atención en salas de los casos de las madres de niños prematuros, habían planteado ya la importancia de trabajar con la angustia que generaba el suceso y realizar una elaboración de duelo del hijo idealizado, para que la madre pueda asumir la función materna. Al trabajar con los grupos de la fundación se observó que los talleres saturaban de información a los oyentes, angustiándolos aún más al enfrentarlos directamente con la situación, al no poder tramitar el evento. Es por esto que se propuso la implementación del Grupo Operativo, dando alternativa de escucha a los pacientes y una nueva perspectiva del trabajo del psicólogo en la institución hospitalaria.

El rol del psicólogo dentro de una institución hospitalaria será determinado como una suerte de complementariedad del ámbito médico, siendo el objetivo cumplir con una salud integral para el paciente. El psicólogo clínico deberá manejar su papel de

mediador entre lo Real de la situación emergente y lo angustiante de la incertidumbre, prestando palabras al paciente que lo sostengan en una situación de Urgencia y permitiendo la elaboración en el paso a un estado de Emergencia.

El Grupo Operativo fue la técnica aplicada para ejemplificar la propuesta teórica, esta dinámica grupal consiste en movilizar la palabra entre los participantes del grupo, los cuales al atravesar una misma situación podrían construir un E.C.R.O grupal (Esquema Conceptual Referencial Operativo) que será usado por cada uno de los miembros de una manera subjetiva; es decir, el Grupo Operativo apunta a un abordaje imaginario en un primer momento, pero que, mediante la construcción a base de significantes que enlazan los participantes en la dinámica, se van perfilando al plano simbólico.

El rol del psicólogo, su campo de acción y las formas de abordaje en la problemática serán desarrollados en el segundo capítulo.

El tercer capítulo enlazará la propuesta del marco teórico con las técnicas planteadas en la metodología, es decir, se tratará de mostrar los resultados obtenidos en la aplicación de dichas técnicas. A través del Grupo Operativo se analizó como los efectos subjetivos en aquellas madres de los niños prematuros lograron construir en la operación de la dinámica soluciones a la problemática, de las cuales se obtuvieron identificaciones, implicaciones subjetivas, elaboración del duelo del hijo idealizado, trabajo con el sentimiento de culpabilidad y aceptación de sus funciones como padres, mostrando que la técnica del Grupo Operativo es viable dentro de la labor del psicólogo clínico dentro de una institución, ya que abarca un gran número de pacientes, pudiendo

intervenir en la dinámica del grupo, basándose en la problemática que los reúne, sin dejar de lado su subjetividad.

## 1. Marco Teórico

### 1.1 Diferentes Concepciones Del Niño Prematuro

**1.1.1 Aspecto Médico.** En una mujer el embarazo se vivencia a lo largo de un lapso cronológico que comprende un período de 41 semanas, durante este tiempo los cuidados que giran en torno al embarazo promueven que se mantenga monitoreado cualquier cambio significativo que pueda implicar riesgos, ya que las primeras semanas en donde ocurre el implante del óvulo fecundado suele ser una etapa en la que la mujer embarazada puede mostrar vulnerabilidad a la pérdida, durante las 30 semanas hay mayor probabilidad de que surjan complicaciones que puedan interrumpir la gestación y alrededor de las últimas semanas se exige mayores cuidados, debido a que haya posibilidades de un adelanto del parto o lo que se conoce como parto prematuro.

El parto prematuro es la amenaza que se mantiene presente durante todo el proceso embrionario, pues se determina un parto prematuro si cae por debajo de las 37 semanas de gestación, lo que implica que a menor tiempo de desarrollo del feto, menor probabilidad de vida obtendría ese bebé, generando mayores dificultades a nivel biológico, como en la madre para asumir su rol materno. Entonces el término prematuro, nos lleva a definirlo como un niño previo a su desarrollo completo, inmaduro orgánicamente y por lo tanto dificulta su supervivencia al mostrarse no apto aún para su nacimiento o salida del útero materno.

El parto prematuro es la mayor causa de morbilidad en los recién nacidos, obteniendo el 86% de las muertes neonatales en la última década del siglo XX según

Rellan, García de Ribera y Aragón García (2008: 74), indicando que el factor de prematuridad trae repercusiones en su salud inmediata y posterior en su desarrollo. Las medidas irán dirigidas al control de la gestación para prever los riesgos, tomando en consideración aspectos importantes como la alimentación, entorno y salud de la embarazada, para evitar caer en complicaciones como la hipertensión materna, infecciones, diabetes gestacional<sup>1</sup>, placentas previas, pérdida de líquido amniótico, entre otros.

Para que la condición de prematurez sea un hecho, los médicos conciben factores que influyen en el embarazo afectando el proceso de gestación y dando como consecuente lo mencionado, un parto prematuro, dentro de estas causas las gestaciones múltiples según Rellan et al. también son consideradas como otro de los factores que tiene un elevado porcentaje en las tasas de prematuridad, representando una cuarta parte de los pre-términos. (2008: 69)

El parto prematuro, indistintamente de la edad gestacional en que se haya generado la irrupción, tiene serias consecuencias en el neonato que afectan y dificultan su adaptación fuera del útero materno, debido a la deficiencia orgánica que exige atención médica continua mientras es superada su fase más crítica, sin embargo los chequeos pediátricos son necesarios incluso fuera del ámbito hospitalario, ya que existe una probabilidad de que el bebé tenga recurrentes afecciones en su salud a medida que se va desarrollando. Los médicos advierten la importancia de completar las

---

<sup>1</sup> Diabetes Gestacional: Se define como la intolerancia a los azúcares, de gravedad variable, que se presenta o diagnostica por vez primera durante el embarazo. El diagnóstico se realiza en etapas avanzadas del embarazo por lo general entre las semanas 24 y 28. **Enfermedades asociadas al nacimiento pre-término (Cabral, Estrada, Altamirano; sf: 171)**

semanas que comprende el desarrollo embrionario, ya que los órganos del feto se irán madurando cronológicamente conforme avance el embarazo, siendo los últimos en madurar el corazón y los pulmones, dando lugar a las mayores deficiencias en el sistema respiratorio y cardiaco del neonato pre-término.

Las dificultades en estas funciones se pueden observar en patologías como la apnea<sup>2</sup> debido a una supresión de la oxigenación ya que al haber una deficiencia de orden pulmonar el bebé prematuro tiende a presentar anomalías respiratorias, por ello es una de las primeras causas de morbilidad del niño pre-término y una de las primeras advertencias del médico a los padres de evitar dejar al niño sin vigilancia; en el aspecto neurológico tienden a presentar una fragilidad vascular y una escasa migración neuronal, como consecuencias suelen frecuentemente reportar casos de hidrocefalias; en muchas ocasiones suelen presentar una pigmentación amarillenta debido a una inmadurez hepática y una demora en el tránsito digestivo que genera el incremento de la sustancia bilirrubina; el potencial daño de las áreas visuales les crea inconvenientes oftalmológicos siendo motivo de chequeos periódicamente para prevenir una posible pérdida de la visión.

Durante las semanas 32 a 34 el neonato debe madurar su capacidad y coordinación de succión y deglución, de modo que en algunos casos suelen presentar poca tolerancia gástrica siendo motivos de suspensión de la alimentación. Su sistema inmunológico difiere del niño a término, ya que el prematuro es un niño más propenso a la adquisición de enfermedades; su metabolismo es ineficaz, por lo que tienden a

---

<sup>2</sup> Apnea: Se considera apnea la interrupción de la respiración por un tiempo normalmente en segundos acompañado de un intenso ronquido final que lo descolapsa.

perder temperatura al consumir mucho más rápido sus reservas de grasa generando un índice mayor de hipotermia y a nivel cardiovascular, presentan una presión arterial relativamente baja mientras sea menor su peso.

El aspecto médico va direccionado a la supervivencia del neonato y a la salud de la madre, a pesar de las condiciones en las que el parto o la intervención se haya realizado considerando que cada madre lleva su embarazo de diferentes maneras, el médico afronta el desafío de lo que implican los partos prematuros por todas las afecciones que se puedan producir, es por ello que busca mantener el embarazo en la madre mínimo hasta completar las 36 semanas en donde se disminuya el riesgo del bebé.

**1.1.2 Aspecto Psicológico.** Para el aspecto médico, el niño prematuro implica una inmadurez orgánica, sin embargo ¿Qué nos habla el aspecto psicológico al respecto de lo que inmaduro significa?, aquí no hay una diferenciación clara sobre el término, pues no hay un rango cronológico que implique la madurez de un ser, es decir que todo niño caería dentro de esta concepción de inmaduro, pues para su desarrollo necesitará de ser significado y de ser convertido en sujeto de un discurso, de una cadena significativa que le permite estar dentro de los límites de la realidad.

La condición médica de un bebé prematuro lo vuelve en el aspecto psicológico como lo intolerable para la madre, pues si se habla de un niño incompleto e inmaduro en su desarrollo orgánico, se habla de un bebé con un aspecto físico que muestra fragilidad, una mayor dificultad al sostener, con cuidados y atenciones médicas, por lo tanto en lo psicológico esto que se vuelve un impacto que rompe con lo ideal de las

expectativas de una madre sobre su embarazo, es lo que se tendrá que trabajar para la aceptación de ese nuevo bebé, de la imagen y condición de ese nuevo ser; conocemos desde Lacan que lo Real es aquella contingencia que irrumpe psíquicamente y genera una sensación de angustia, es algo difícil de poner en palabras y que escapa a la significación, es decir el niño prematuro se vuelve para la madre un niño en lo Real (1962-1963: 59).

Se podrá hablar entonces de que una madre pasa por un proceso, “En tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias” (Lacan, 1969: 56), dando lugar entonces a ese niño dentro de un puro imaginario, el cual se desprende de un contexto previamente elaborado y reprimido en la madre y el padre, es decir en la pareja parental. El embarazo constituye un entorno que habla, que significa, que crea un futuro ser de una manera y apariencia específica, por lo que ese bebé se vuelve un hijo de sueño, idealizado por el entorno, es así como el nacimiento se vuelve un acontecimiento, la espera de un hijo deseado; sin embargo continuando con el proceso de embarazo, la madre seguirá alimentando concepciones sobre ese niño, en lo elaborado por Lacan, ese hijo vendrá a responder a la estructura familiar, es decir será lo sintomático para referirse a este hijo como el representante de la verdad, la verdad de la pareja parental. (1969: 56). La mujer embarazada alberga en su vientre a un ser en desarrollo durante un tiempo determinado, desde ahí se parte entonces el hecho de un lugar para ese ser.

“La articulación se reduce mucho cuando el síntoma que llega a predominar depende de la subjetividad de la madre. En este caso, el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma” (Lacan, 1969: 55).

En el caso de un niño prematuro constituye una realidad repentina para la madre, si tenemos en consideración que toda pérdida constituye la falta, la irrupción abrupta que genera un parto prematuro dificulta su asunción para la madre por la imposibilidad de concebir esa pérdida, pues ese hijo en algún momento encarnó un lugar en el ideal de la madre y el objetivo es que pueda ser elaborado y vivido fuera del útero materno, para constituirlo como sujeto deseante, sin embargo al ser un producto en condiciones que lo difieren de un niño que haya completado su gestación, la madre confronta su ideal frente a un hijo esperado, contra un hijo delicado, de atenciones, en lo incierto de vivir o morir y frente a todo lo señalado puede caer fácilmente en el lugar de un hijo objeto, pero objeto real del deseo de la madre debido a la sobreprotección que la condición de prematuro implica, matándolo como sujeto deseante.

Cuando la distancia entre la identificación con el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (la que asegura normalmente la función del padre), el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el “objeto” de la madre, y su única función es entonces revelar la verdad de ese objeto. (Lacan, 1969: 55).

El hijo en este sentido se vuelve el revelador del síntoma de la pareja parental, aquí encajaría el niño prematuro como ese hijo enfermo, el cual es producto de una falencia de la salud de la madre o de su condición de gestante dando lugar a un nacimiento antes del tiempo esperado, al transmitir esa falencia en la significación de ese hijo, es la culpa lo que la lleva a la sobreprotección que oculta el rechazo del

advenimiento de ese ser. En la memoria de una mujer embarazada, ese duelo no realizado, esa pérdida no simbolizada puede ser transmitida mediante el rechazo no al hijo sino a su condición de prematuro, marcándolo con el significante de muerte, poniendo así una diferencia entre el deseo de un hijo muerto, es decir el deseo que representa la muerte, del deseo de un hijo que reemplaza a un muerto.

“El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad, dándole cuerpo, existencia e incluso la exigencia de ser protegido”. (Lacan, 1969: 56)

El niño prematuro siendo un real para la madre, por lo que implica su condición, dependiendo la particularidad de cada caso, genera una ambivalencia en la madre, es decir en tanto su asunción del rol materno, como la de haber producido un niño más delicado en comparación con uno en el tiempo adecuado; esos deseos inconscientes, se evidencian al momento de la aparición de síntomas que puedan servir de impedimento para la construcción del vínculo materno, siendo inexplicables para sí misma, pues se esconden tras el rechazo a esa situación y a la no aceptación de que ese hijo fue producto de ella.

“El síntoma somático le ofrece a este desconocimiento el máximo de garantías: es el recurso inagotable para, según los casos, dar fe de la culpa, servir de fetiche, encarnar un rechazo primordial” (Lacan, 1969: 56).

Un hijo entonces es parte de una realidad en tanto las condiciones en las que haya nacido, por la concepción de un cuerpo y sujeto, pues implica estar inscrito en un linaje, llevar la realización de una trascendencia por parte del padre, el haber cumplido

con su misión de procreación; sujeto porque no condensa el goce de la pareja sino referido a un gran Otro en el lenguaje.

Ese hijo con el amor materno como vínculo fundamental y la ayuda de la intervención del padre será tomado como un sujeto para la vida, el amor materno únicamente será el que autorice. Como lo menciona Freud la madre será el punto referente, el lugar de amor que ese hijo o hija guardará con nostalgia toda su vida. Es decir, el lugar que aquel hijo tome en el deseo de la madre, será fundamental en la constitución del niño como sujeto.

## **1.2 Institución Hospitalaria**

La institución hospitalaria juega un papel importante durante la etapa de gestación de la madre, al ser responsable del control médico del proceso embrionario, para salvaguardar la salud tanto de la madre como del bebé, pudiendo detectar cualquier signo de riesgo que pueda causar una irrupción del embarazo.

El hospital mantiene una metodología para la resolución de problemas, ofreciendo una respuesta inmediata para la cura de una enfermedad, ubicándose entonces del lado del discurso del Amo desde donde responderá con un saber que no da lugar al cuestionamiento, siendo el médico quien dirige la terapia a seguir de forma autoritaria y rígida.

Belaga (2002: parr.13) comenta que la posición de la institución hospitalaria es estandarizada, teniendo sus propias normas que apuntan a generalizar la cura con sus dispositivos para todos, sin embargo, se evidencia que frente a las contingencias este

discurso del amo muestra cierta inconsistencia ya que más allá de la enfermedad física debe de considerar la fuga del sentido, en donde el contexto normativo en busca de un ideal lleva al sujeto a confrontarse con lo Real.

“La medicina ideal es la que cura o repara, es aquella que siempre tiene una respuesta para el paciente, o mejor, aquella que siempre está dispuesta a <<hacer algo>> con el síntoma del paciente”. (Raimbault, 1982: 25)

El parto prematuro presentándose a la madre como suceso repentino que irrumpe con las expectativas sobre el hijo deseado, la deja sin recursos para simbolizar esta nueva realidad que se le impone buscando en el hospital un respaldo que le proporcione un saber hacer con ese bebé. En el caso de los niños prematuros el entorno hospitalario ofrece significantes que califican al niño por su condición inmadura, como un niño que depende de atenciones y procedimientos médicos que sostengan las posibilidades de supervivencia, restándole importancia al factor del vínculo materno como el sostén primordial para la vida del bebé.

Cuanto más extiende la ciencia su dominio sobre el cuerpo biológico, más desposeído es el sujeto de este cuerpo por el anonimato que le impone esa misma ciencia que lo contabiliza, lo diagrama, y más sus quejas y sus síntomas, su dolor de vivir, desborden por todas partes las coordenadas científicas. (Raimbault, 1982: 26)

La respuesta que brinda el hospital hacia la situación angustiante de los padres de niños prematuros se enfoca en unificar los casos sin tomar en cuenta la particularidad con que vivencia cada madre el suceso de la maternidad, dentro de esto cabe mencionar que esa madre frente a la interrupción repentina de su embarazo, se confrontará con su deseo de madre y el rechazo de la situación, siendo factores que

influyen para el acogimiento de ese bebé y para la reconstrucción del lazo madre e hijo. Mientras tanto el ámbito hospitalario denota una inconsistencia dentro de sus mismos estatutos, al momento de mostrar que las condiciones por las que se pueda interrumpir un embarazo no son homogéneas, sino que pueden variar de acuerdo a diferentes causas dentro de las que se encuentran el peso, la etapa gestacional en la que se generó la irrupción, inconvenientes médicos que surjan post-parto, entre otros.

Los tratamientos para atender los casos de partos prematuros conlleva que el bebé permanezca en una cámara especial encargada de proporcionar la temperatura que necesita el pre-término para mantenerse con vida, esto implica un aislamiento del contacto con los padres por tiempo indefinido, lo cual eleva el nivel de angustia en esos padres y coloca al niño como objeto de ciencia, en permanente observación y a disposición de diversos procedimientos en busca de la mejoría de su salud para que pueda ser dado de alta, en ese distanciamiento puede el neonato por la carencia de significantes que lo ingresen en el campo del lenguaje crear una barrera al Otro materno, perturbando el lazo social y caer en el llamado trastorno autístico.

La práctica clínica da lugar a la escucha individual dentro de una situación generalizada, en este caso, la maternidad de un niño prematuro, ofreciendo la posibilidad de historizar el embarazo desde la perspectiva de lo imaginario, para ofrecer posteriormente una simbolización a la situación actual, es precisamente poner palabras a lo intolerable del suceso y de las consecuencias posteriores, como la probabilidad de muerte de ese niño durante el proceso de recuperación.

“La ciencia no es adecuada a partir del momento en que la cuestión consiste en darle un tratamiento al sujeto del sufrimiento”. (Raimbault, 1982: 26)

**1.2.1 Plan Mamá Canguro.** Una mujer está corporalmente proporcionada de un aparato reproductor que le permite sostener vida dentro de ella. El embarazo es un período en el que aquella mujer podrá experimentar muchas sensaciones a partir de la concepción de su bebé con la posibilidad de vivirlo como una invasión en su cuerpo, sin embargo el deseo materno que construye a partir de la idea de tener un hijo origina el lazo maternal que hará significarlo hasta su llegada y acogerlo en el nacimiento.

Durante el proceso de gestación el cuerpo de la madre se condiciona para el desarrollo del feto, por ejemplo proporcionando la temperatura necesaria que permite que el niño se forme hasta completar la etapa gestacional, este primer lugar de alojamiento le brinda protección y seguridad al bebé al encontrarse conectados íntimamente generando una comunicación directa entre la madre y el hijo.

Al momento de producirse espontáneamente la irrupción del embarazo, se obtiene como consecuencia un niño pre-término que difiere de aquel que completa su gestación, ocasionando dificultades que el ámbito médico intentará suplir mediante el uso de aparatos que permita la supervivencia del bebé. Para complementar, el mismo ámbito hospitalario implementó un programa que se ocupará de estas necesidades de los neonatos, basándose en la reconstrucción del vínculo materno ya que el desafío principal es el afianzar nuevamente ese bebé con su madre.

Ilda Botero comenta que para la reconstrucción del vínculo madre-hijo habrá que considerar la subjetivación del evento para la madre, que al enfrentarse con la prematurez de su hijo sentirá la responsabilidad de haber hecho algo que ocasionó el adelanto del parto o todo lo contrario, culpase por lo que dejó de hacer para la retención de su embarazo. Aquella sensación de culpabilidad la hará cuestionarse su rol materno, creando una barrera hacia el hijo por el temor de hacerle más daño del que siente ya haberle provocado. Entonces aparece el desafío de reencontrar a esa madre con su deseo materno y adopte aquel rol de manera activa. (2004: 11)

El programa lleva el nombre de Plan Mamá Canguro, nombre que hace alusión a su principal función de generar un espacio similar al vientre materno que provea al bebé de la temperatura que necesita y del vínculo con su madre, tomando como referencia a la posición en la que deberá colocarse al bebé en el pecho materno sujetado mediante una tela para producir así el contacto piel con piel y el calor corporal que posibilitará la contigüidad del desarrollo de ese bebé. Esta invención es una técnica que la institución hospitalaria adaptó para dar un soporte a los padres de niños prematuros con indicaciones para el cuidado que esta situación amerita una vez sea dado de alta el neonato.

El objetivo de este plan es proporcionar a los padres la información que les dé noción de su labor como padres de ese niño diferente al esperado, reduciendo los temores que la situación les genera al desconocer los cuidados que la prematurez implica, dando lugar a los primeros contactos que alivian y permiten posicionarse en sus roles respectivos paulatinamente a medida que se vuelve ese contacto más

frecuente, la respuesta que el neonato devolverá a los primeros estímulos por parte de los padres será un indicio de la posibilidad de reanudar el lazo que fue interrumpido con anterioridad por el suceso en cuestión. El programa Mamá Canguro ofrece un modo de respuesta como soporte ante la situación dando las herramientas necesarias; es una forma integradora, pues otro de los fines del programa es que busca involucrar no solo a la figura materna sino a la participación de los miembros directos en los cuidados hacia el niño.

“La experiencia de ser Madre Canguro es, esencialmente una experiencia reparadora de la vida”. (Botero, 2004: 77)

El programa Mamá Canguro cuenta con especificaciones estrictas que los médicos presentan como indispensables para el desarrollo del niño fuera del hospital, además de un seguimiento periódico con el pediatra que irá evaluando y valorando la evolución del niño. Dentro de la dinámica la característica principal es la posición canguro del bebé, la cual consiste en colocar al niño de manera vertical en el pecho de la madre, esta posición la denominan decúbito ventral directamente en contacto con la piel materna, para generar el calor corporal que mantendrá al bebé bajo la temperatura que requiere, posición que debe ser continua y sin interrupciones, es decir, durante 24 horas tomando en consideración que se tendrá que alternar entre los familiares directos, no más de 3 personas con la higiene correspondiente previo al cambio, teniendo en consideración la recomendación de no usar productos químicos en el área del pecho por la sensibilidad de la piel del bebé.

La madre se reconcilia con su bebé, y con ella misma como un ser capaz de cuidar y conservar vivo a su bebé. El padre que se acerca a esta experiencia jamás podrá olvidarla, jamás podrá ser para él una banalidad el hecho de ser padre. En la experiencia del Programa Canguro hemos observado cómo el padre se acerca más a su hijo prematuro y a sus demás hijos, si los tiene. La familia experimenta un cambio impactante. Es toda la familia la que se involucra y se compromete en la tarea de ayudar a vivir al bebé prematuro. Es una Familia Canguro. (Botero, 2004: 78)

Esa posición permite la vigilancia directa de cualquier señal que el bebé pueda mostrar como significativa en caso de riesgo. Al encontrarse el niño en el área del pecho materno estimula la lactancia, favoreciéndolo para la restitución de la función de succión-deglución atrofiada por la prematurez, ya que se promueve la leche materna como el único alimento adecuado para el recién nacido, fortaleciendo su sistema inmunológico y buscando un incremento de peso de 15 gr. por día durante las 40 semanas post-concepción.

La higiene de este niño será un factor de suma importancia al ser más propensos a adquirir enfermedades, por lo que dentro de las instrucciones se busca que el cambio del pañal sea inmediato para evitar el enfriamiento e infecciones en el bebé. Al ser un niño prematuro se prohíbe ciertos productos por los químicos que contienen, debido a ello para el aseo del niño se debe utilizar un jabón con PH neutro, una vez al día y de forma rápida, para evitar que pierda peso por falta del calor corporal.

Los controles pediátricos indicarán medidas como vacunas, exámenes o prescripciones que el bebé necesite conforme su desarrollo se vaya efectuando y de la misma manera será el pediatra quien dé la orden de suspender la posición canguro por

llegar al peso ideal que es el de 2000 gr. aunque los chequeos continúen durante un año posterior al alta del niño.

El plan Mamá Canguro no solo tiene como fin la recuperación médica del bebé, sino que es una alternativa que permite rescatar el vínculo madre-hijo afectado con el nacimiento prematuro. El seguimiento de la normativa para el cuidado del niño promueve la participación activa de los familiares cercanos del bebé, lo que posibilita la reinserción del niño al núcleo familiar.

### **1.3 Reacciones Afectivas frente al diagnóstico de un hijo prematuro**

**1.3.1 Angustia.** Durante el proceso del embarazo es posible que una mujer viva experiencias o acontecimientos que puedan perturbarla de tal manera que interrumpan su gestación y tenga como resultado un niño prematuro. Ante esa irrupción, lo contingente, lo impensado desencadena en la madre, lo que Lacan denomina la sensación de angustia, que le imposibilita significar el acontecimiento.

Freud en su texto “Síntoma, inhibición y Angustia” (1925: 77), explica que la angustia recae sobre el Yo, como reacción y que surge como índice o aviso de peligro, una señal que es vivida para cada uno de forma diferente. El yo en defensa ante esta sensación crea un síntoma que le permita sobrellevar esa angustia, ya que busca su liberación. La creación del síntoma se produce casi de forma inmediata, simultánea a la descarga de la angustia.

Tomando en cuenta que una mujer durante el desarrollo embrionario se encuentra en un estado de completud, el mismo hecho del parto la lleva a tener ideas de perder algo que le concierne, dejando el lugar como vacío al dar a luz, esto refiriéndose a un parto de gestación completa, el cual al cumplirse en una mujer, permite una previa elaboración del pasaje de la concepción de ese hijo más allá de los ideales; lo que confronta a la madre en el parto prematuro es el suceso de la separación abrupta, dado que durante la gestación se da entre madre e hijo una conexión de forma intensa pudiendo vivificarse como si fuesen uno solo. El hecho de la modificación emocional de esa relación no es suficiente en el momento de la irrupción que dé cuenta de vivir separados poniendo esa ruptura según Botero (2004: 74), como un pico de angustia muy elevado.

La posibilidad de la muerte del hijo es una situación que al presentársele a la madre, la llevan a un evento que no había concebido con anterioridad, puesto que es una irrupción completamente abrupta de los ideales y de las expectativas puestas sobre ese hijo; “Si acercamos la mirada a una madre ante el terror de la muerte y la desestructuración, en forma más dramática, como se presenta en la prematurez, podemos entender cuál mujer, cuál madre, estamos sosteniendo y necesitamos contener” (Botero, 2004: 71)

Según Raimbault (1982: 85) es al momento de la enfermedad o de la separación en donde el acontecimiento toma valor para la madre causando que sus anhelos, temores y lo que estructura frente al acontecimiento del embarazo riesgoso o del parto prematuro sean reavivados, desembocando en sintomatologías que aparecen como

recursos para la madre, como respuesta a la situación que la remite a su propia historicidad, despertando la culpabilidad de ser la generadora del suceso en cuestión.

La angustia es este corte – este corte neto sin el cual la presencia del significante, su funcionamiento, su surco en lo real, es impensable -, es este corte que abre y deja aparecer lo que ahora entenderán ustedes mejor, lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa tan bien el término presentimiento, que no debe entenderse simplemente como el presentimiento de algo, sino también como el pre-sentimiento, lo que está antes del nacimiento de un sentimiento. (Lacan, 1962-1963: 87)

La dificultad para simbolizar este evento remite a los padres a interrogarse sobre causas que pudieron influir en apresurar el parto, dentro de sus cuestionamientos se ponen en juego motivos hereditarios de la pareja parental o alguna causa específica que haya generado el suceso, tratando así al parto prematuro como un problema que afecta a la sujeto, algo estandarizado para intentar poner palabras que la sostengan y reduzcan el nivel de angustia que la situación le genera. Para Botero (2004: 74) esta situación la describe como un encuentro prematuro al momento en que la prematurez se presenta como signo de algo amenazante, tanto para la madre como para el niño que impulsa a una salida de emergencia, es decir un parto prematuro.

El sujeto se encuentra devastado por el diagnóstico que recibe lo que lo lleva a la incertidumbre ante la posibilidad de que muera ese hijo durante el proceso incubatorio. En los padres aparece la permanente interrogante sobre el sufrimiento de ese niño frente a los procedimientos que se deben practicar para la supervivencia del neonato, pero esa pregunta sobre el sufrimiento que enviste al niño presenta una lectura con otro sentido, el del propio sufrimiento de esos padres que los confronta a una continua lucha o por el contrario el detenimiento de sus esfuerzos puestos en la recuperación de ese hijo.

“Más allá de esos factores evidentes de la realidad cotidiana, el sufrimiento es el del conflicto, el de esa lucha interna entre el deseo de vida y el deseo de muerte para el niño... o para uno mismo” (Raimbault, 1982: 113)

La sensación de angustia devela que algo no marcha bien, generando para la madre en su sufrimiento un dolor que puede ser tanto físico como psíquico y frente a la no significación del suceso la forma en que se expresa es mediante la queja y el llanto adjudicando el contenido emocional a esa mujer como defensa frente a la precipitación de su embarazo.

Para una madre la situación gira en torno no solo a la angustia, sino a la depresión y a la ansiedad de poder conocer el progreso del caso médico de su hijo, siendo esto parte de un tipo de dolor, pero del lado de lo psicológico, en donde se puede pensar que esta madre está sometida a mucha presión, tensión y estrés, dando lugar en algunos casos el paso para manifestarlo como un dolor físico.

“Al estado de confusión en la experiencia del nacimiento, tanto para mamá como para bebé, se suma la presencia innegable e intensa de la muerte” (Botero, 2004: 76)

Si el padre y la madre asumen el hecho de que su hijo es prematuro, se debe considerar que el entorno familiar, social, hospitalario influenciarán en la forma como estos padres puedan asumir los cuidados que todo niño prematuro requiere, sobre todo en la aceptación de las indicaciones médicas y psicológicas que la institución proporciona. Todo ese apoyo será vital para que la madre se motive en los acercamientos con su hijo y logre afianzar su relación con él.

Por lo tanto la importancia que tienen estos factores es de fundamental acción, ya que influirá no solo en la desaparición de sintomatologías que podrían surgir durante el proceso, sino que ayudará a que esa madre pueda tramitar mejor los diversos tratamientos que se podrían realizar en el bebé. Al ser un participante activo en la recuperación de su hijo, su permanencia durante los procedimientos dará lugar a la reconstrucción del vínculo con él. Las capacitaciones que recibirán serán un apoyo y sostén para el desconocimiento de los diferentes cuidados a los cuales se tendrán que adaptar en el entorno de ese bebé para su desarrollo posterior al alta, de modo que si hay una mejor tramitación de las circunstancias que generan afecciones en la madre, el proceso será viable.

“A partir de la angustia se puede tomar cualquier orientación. Lo que esperábamos, a fin de cuentas – y ésta es la verdadera sustancia de la angustia -, es ese lo que no engaña, lo fuera de la duda.” (Lacan, 1962-1963: 87)

Según Raimbault (1982: 120) la medicina no solo opera sobre el aspecto biológico sino que también al ofrecer significantes sobre su condición, inscribe en el niño una representación fantasmática.

Por ende los síntomas solo darán una introducción a aquello que originó el malestar subjetivo, simultáneamente serán los mismos síntomas los que facilitarán el trabajo clínico y la labor médica en conjunto para que poco a poco esa mujer pueda desempeñar su papel y pueda aceptar lo que ha dado como fruto, su hijo prematuro.

No es la primera vez, y no será la última, que deberé indicarles que si la función de la causalidad subsiste tras dos siglos de aprehensión crítica, es ciertamente porque

no se encuentra allí donde la refutan. Solo hay una dimensión en la que tenemos que buscar la verdadera función, el verdadero peso, el sentido de la subsistencia de la función de causa, es en la dirección de la apertura de la angustia. (Lacan, 1962-1963: 87)

Una vez que el suceso del parto prematuro ubica a la madre en la dificultad de asumir su rol materno, como menciona Botero se necesitará restablecer esa relación interrumpida con el bebé, asumido como un bebé en lo Real, la madre al acercarse se verá identificada con el rol para pensar en la posibilidad de vida para ese niño, es decir salir de lo inmerso de la sensación de angustia, pensar un más allá, la vía de la reparación y el perdón a sí misma. (2004: 77)

### **1.3.2 Una mujer: su deseo frente al objeto niño**

**1.3.2.1 Surgimiento del deseo materno.** Se puede constatar que aquello que determina y que motiva las acciones, lo que se elige, los afectos, las palabras, incluso la agresividad tienen origen en lo incomprendible por el sujeto, un lugar al que Freud denominó el lugar del inconsciente, es a partir de este punto como inicial desde el cual se abordará el tema del deseo y la diferencia del deseo de hijo.

El acontecimiento del nacimiento conlleva infinidad de sensaciones que confronta a la madre con un proceso, con un deseo que desconoce pero actúa dentro de ella, el cual esa misma mujer no puede dar cuenta en una primera instancia, lo que le es inesperado y que será lo que determine su reacción, ese es el deseo del inconsciente.

“El deseo no es sinónimo de querer, ni de ganas, ni de anhelo. Que no es sinónimo tampoco de instinto ni de pulsión. No es suficiente decir “yo deseo” para que eso sea realmente un deseo” (Stryckman, 1995: 173)

Todo lo que nos constituye como seres hablantes y de lenguaje, lo es parcialmente, pues estamos regidos por nuestro inconsciente y todo lo que en él se inscribe es producto de procesos que empiezan desde los primeros meses de vida cuando se es niño como parte de una dialéctica de necesidad y de demanda. Stryckman (1995: 173) dirá que el responder a esas necesidades, al satisfacerlas, siempre de forma momentánea, no se lo hace de forma aislada sino que se acompaña del amor, del don de la palabra y también de las sensaciones que generan la angustia, de la agresividad, del rechazo, por lo tanto si en un principio se desprende esto y se expresa por medio del llanto del niño con la única forma de demandar sobre sus padres, la forma en la que estos padres responderán a su hijo significa que ellos también demandarán algo de ese hijo.

Se puede nombrar algunas de esas demandas como la de esperar que aquel hijo venga a darle un sentido a la vida, o que venga a consolidar a una pareja que esté con dificultades, la madre pide a ese hijo un reconocimiento, el reconocimiento de madre y ante esos pedidos ese niño logre entrar al círculo familiar.

Lo que se intenta decir es que ese deseo de hijo debe ser elaborado, es una construcción de otros deseos inconscientes y que muchas veces se traduce en querer un hijo, tomando entonces ese anhelo consciente como algo similar al llamado hijo no deseado, a ese hijo accidental que viene en un olvido de algún método o falla de la

prevención, sin embargo a estos hijos también se los conoce como deseo del hijo pues también son producto de deseos inconscientes.

“Ese deseo de hijo reenvía, introduce a la mujer en un real, y por el real de su cuerpo a la maternidad, maternidad que será la prueba de su sexuación en tanto mujer” (Stryckman, 1995: 176), entonces el rechazo a esa maternidad será el rechazo a esa feminidad. El deseo de la madre como todo deseo, se forma a partir de una falta.

Para una mujer la maternidad tendrá algunos instantes previos, que una mujer construirá en varias facetas, empezando por querer estar embarazada, querer dar a luz, querer traer al mundo a un hijo, pero esto no significa que todas esas facetas mencionadas se cumplan, pues inconscientemente en ella algo previamente constituido determinará en esa mujer el pasar de mujer a convertirse en madre y dar lugar a ese nacimiento, como también podrá significar lo contrario e interrumpir el proceso y no terminar la gestación, aquello de lo cual no pueda dar cuenta será su deseo inconsciente.

Con esto queda como claro objetivo que para que el niño logre dar lugar a esa primera pregunta primordial, sobre lo que el Otro quiere de mí, se debe considerar el punto de partida, el deseo de la madre, aquel deseo como pedido anudado al del niño, que lo despierta a la vida y que da paso al desglose de esa pregunta inicial, dando lugar a la formulación inconsciente de qué será lo que en ella, la madre, originó su existencia, la del hijo, su deseo, el deseo materno.

El lugar en el deseo del Otro se va a tornar como lo principal para la constitución subjetiva de ese niño, el sujeto solo va a reconocer su origen en el campo del Otro, el que mediante los significantes le otorgue un lugar, un surgimiento en la subjetividad, será ese Otro primordial encarnado en la madre.

De la misma manera en la que la madre otorgará un lugar a ese hijo, él también otorga una posición a esos padres, pues ese niño resulta ser signo de esa pareja, es su nacimiento el que viene a significar a la pareja. Nicole Stryckman (1995: 179) determina que la forma en que la madre investirá a su hijo dependerá de diversos factores, al igual que en el padre, entonces teniendo en cuenta la historicidad individual de la pareja parental, dará lugar a sus posicionamientos frente a ese niño. Si bien es cierto la manera en que la maternidad y la paternidad se constituyen, serán siempre de formas diferentes, pues en el caso de la mujer, la maternidad surge de la instancia real, pues es el mismo hecho de la maternidad el que la reenviará a reconfirmar su sexuación, mientras que en el hombre la paternidad surgirá de una instancia en lo simbólico, en tanto reconfirma su masculinidad a través de la procreación y con esto confirma su virilidad.

Stryckman (1995: 179) parafrasea a una psicoanalista francesa diciendo que la relación del niño con su madre, no puede ser separada de la relación de la pareja. Ese hijo puede tener efectos dentro de la pareja ya sea que organicen o que desorganicen; si se hablaba que la posición de esos padres frente a ese hijo dependerá de relaciones previamente constituidas en ellos, se referirá a las relaciones edípicas de esos sujetos-padres, entonces en la forma como esos padres invertirán a ese niño será lo que

permitirá la manera en la que él se posicionará frente a la pareja, es decir a la estructuración subjetiva ya sea una neurosis, psicosis o una perversión.

### **1.3.2.2 Factores Constituyentes de la Subjetivación del niño.** A

partir del surgimiento de ese hijo por el Otro parental, se dará lugar a la apertura para definir su constitución subjetiva, entonces se señalará los tiempos donde se constituye un sujeto, cabe precisar que se tratarán de tiempos lógicos como Lacan (1966: 87) lo denomina en su teoría sobre el estadio del espejo, entendiéndose por estadios a los momentos estructurales que configurarán al sujeto. Por lo tanto se habla de condiciones para que esta estructura se produzca y aquello que se configurará será la subjetividad humana, aquel proceso que dará paso a la imagen humana, lo que el sujeto toma para hacerse una forma.

Lacan (1966: 88) al referirse al niño, habla de un período en el que él es un ser en puras ganas, ganas que responden a demandas que en el niño no va a tener articulación, que se encuentran fragmentadas, que constituye la satisfacción completamente erógena, las que solo gracias a Otro serán articuladas, serán significadas; un ser incoordinado, poseedor de la maduración de una primera función, la visión, por medio de la cual accederá a la constitución subjetiva, es por ello que la primera relación gira en torno a lo imaginario, y es un primer acercamiento hacia la castración, pues cuando Lacan usa su teoría del estadio del espejo referirá a la instancia en la cual la percepción de esa imagen reflejada se torna como completa, al acogerla gracias a la intervención de ese Otro, pierde su ser fragmentado, es decir que la constitución por otro lado conlleva siempre a una pérdida, una castración imaginaria,

la imagen como estructurante para el sujeto, siendo así una identificación imaginaria que también da lugar a considerar otras identificaciones como a los rasgos de los objetos maternos y paternos, de quien lo sostiene y que se reflejan simultáneamente, y el momento de salida de esas identificaciones, será cuando esas miradas se vuelvan tornadizas, que se mire a otro lugar, dando paso a la metonimia interminable del deseo.

Este es el proceso de separación que ingresa al niño en el lenguaje y rompe con la relación especular alineada previamente con la madre, lo que lo lleva a reconocer en el otro del espejo su propia imagen. Estos significantes que los padres otorgarán, brindarán la posibilidad a ese hijo de hacerse un cuerpo, una forma que delinea su principio hacia la constitución de su subjetividad.

“Lo que el niño busca, es eso de lo cual la madre goza” (Stryckman, 1995: 207), el hijo es parte del goce de la madre y al otorgarle a este el falo imaginario, permite que la madre goce de ese niño en su estado de completud, será la madre quien escoja el objeto de su goce, cabe recalcar que esto se produce en un primer momento, ya que en un segundo momento al seguir la mirada de la madre que se dirige hacia otra cosa que no es su imagen, el niño buscará saber de qué goza ella, será ese semejante, al que encuentra diferente de ella y que determina su goce; es la búsqueda de una identificación con un objeto que condense el goce de la madre, en esa coyuntura es reconocer que la madre carece de algo, es decir dar cuenta de esa falta en la que ella también se encuentra en búsqueda de algo que la colme, permite continuar a un tercer momento, el de la búsqueda incesante del deseo, lo que hace desear a la madre,

aquello que no posee, lo que será buscado por el niño, la falta que será instaurada en el niño como estructurante para la construcción subjetiva.

Para Lacan esto es parte de una triada imaginaria, poniendo así que la relación del yo con la imagen en el espejo es la base del triángulo imaginario.

En esa articulación el niño se ubica no como objeto ni causa de deseo parental, sino como efecto de esos deseos. Tanto la feminidad como la masculinidad serán efecto de esa pregunta, la de la falta en la madre, la del goce de la madre. (Stryckman, 1995: 207)

Esta relación sin embargo ocurre de forma pre-edípica, basado en lo imaginario, lo que se destaca es lo que da cuenta de esa falta como primordial, eso que permite la búsqueda incesante, ese vacío operante, pero dentro de ese juego ternario donde se evidencia una triada, el niño, la madre y el falo, hace falta un cuarto término que rompe con esa relación especular dando paso a la introducción de lo simbólico, en el momento que ese Otro primordial voltea hacia otro lado, da paso a la función paterna, la misma que será el centro del complejo de Edipo. La importancia de esa irrupción en la fascinación de la relación entre madre e hijo, es precisamente la función paterna para que el hijo no quede tomado del deseo materno.

El Padre como agente esencial para la introducción del campo simbólico, será diferenciado como padre normativo de lo que comúnmente se conoce como padre, es decir que no se hablará del sujeto sino de la posición que este Padre asumirá ante la relación con el hijo; así se referirá únicamente al padre normativo, el que impondrá una norma que incluye a la madre, por lo tanto esta norma corresponde a un padre pero como una función.

Al pensar al padre como una función, se da paso a que existe un padre aun sin estarlo, esto en primera instancia, por introducción de la madre y porque se tratará de padre en tanto normativizante, es decir lo que lo inscribe en la norma, en la ley; el padre interviene en varios planos, siendo lo primero lo que le prohíbe a la madre, haciendo ese corte en la relación dual con el hijo, dividiéndola en tanto mujer y madre, y permitiendo al niño la identificación con el padre, dentro de esta función se distingue entonces tres momentos claros: prohibición, frustración y privación.

Lacan en el seminario V mencionó que la función del padre, no es nada más que la sustitución del significante primordial por otro significante, es decir la introducción al sujeto a la cadena de significantes, al discurso, ya que al ser metáfora, permite que lo que se cambie sean los significantes, así el niño podrá mediante la identificación con el padre pasar a la metonimia del deseo incesante con la capacidad de metaforizar, simbolizar la variabilidad que se presenta, por ello la introducción a la norma o a una ley que rompa la relación especular con la madre será importante como cuarto término en la constitución subjetiva y aun así siendo aún pre-edípico ya que su primera introducción es por interdicción de la madre. (Lacan; 1957-1958: 179)

“Propiamente, es en lo que se ha constituido de una simbolización primordial entre el niño y la madre, poner al padre, en cuanto símbolo o significante, en el lugar de la madre”. (Lacan, 1957-1958: 186)

La madre da el paso a su división dejando en el niño el hecho de ser una madre que puede estar o no estar, esta presencia-ausencia permite que se instaure la falta en el niño, por lo tanto, aparezca la dimensión del deseo.

El acogimiento del recién nacido por parte de la madre se convierte en un punto esencial para que se instaure la pulsión de vida en el bebé. Más allá de acogerlo en su deseo, este momento inicia el desarrollo del drama edípico, en el que la madre en un primer momento se tornará en una madre fálica, tomando al hijo de su deseo como el falo que la completa.

En un inicio, el niño por su incapacidad de sobrevivir por si mismo depende permanentemente de un Otro que lo atienda en sus necesidades vitales, siendo generalmente un Otro materno el que responde a aquellas demandas de atención, por lo que en ese hijo se irá desarrollando más allá de estas necesidades, una demanda del amor de la madre. Es decir, el niño atraviesa de un plano Real, de ser tan solo un cuerpo biológico, al plano de lo imaginario al condensarse con el deseo materno.

Según Lacan, el niño en esta primera instancia accede a ser el falo de la madre, es decir su deseo es cumplir con lo que desea la madre para obtener una respuesta a su demanda de afecto del Otro materno. Es de esta manera como se crea la dualidad madre-hijo en un estado de completud. “El deseo del niño encuentra cómo identificarse con la carencia-de-ser de la madre, a la cual por supuesto ella a su vez fue introducida por la ley simbólica en que esta carencia está constituida”. (Lacan, 1957-1958: 547)

El deseo de la madre enlazado con el del hijo da paso a un plano imaginario en el que los significantes impuestos sobre el hijo cumplen al ideal materno. El riesgo de que el niño quede atrapado en la relación devoradora con la madre, hace fundamental la aparición del surgimiento de una nueva instancia en el plano simbólico, con la

intervención del padre, no como sujeto, sino más bien en torno a una función, el de hacer cumplir la ley.

Para Lacan (1957-1958: 538), es a partir de esta primera simbolización, que el niño ingresa al mundo del lenguaje, ya que la ley está articulada a nivel del significante. El sujeto encadenado a los significantes podrá verificar que ya no es él quien condensa con su ser, lo que satisface a la madre, ya que el padre interviene entre la madre y el hijo como el Otro de la ley, Otro que responde a un deseo de la mujer que representa el papel de madre de ese hijo. Freud llamó a este momento de instauración simbólica, amenaza de castración, diciendo que el hijo temerá la pérdida del falo en lo Real, falo que la madre también ha dejado de tener, al ser separada del hijo, colocando como único poseedor de éste falo al padre. (1908: 1266)

Para que la ley cumpla su operatividad, el Otro normativo, al que Lacan denominó nombre del padre, debe ser un Otro en el Otro, es decir, un padre que promulgue la ley, pero que no la encarne, ya que es un sujeto que también está sometido a una norma previa a su estructuración subjetiva.

No es lo mismo decir que hay una persona que debe estar ahí para sostener, si se puede decir, la autenticidad de la palabra, y decir que hay algo que autoriza el texto de la ley, porque ese algo que autoriza el texto de la ley es algo que se basta por estar él mismo a nivel del significante, es decir el nombre del padre, lo que yo llamo el nombre del padre, es decir el padre simbólico. Esto es algo que subsiste a nivel del significante. Es algo que en el Otro, en tanto que es la sede de la ley, representa a este Otro en el Otro, ese significante que da soporte a la ley, que promulga la ley. (Lacan, 1958: 150)

El niño desde que se somete al orden simbólico de la ley, modifica sus deseos en virtud de lo que le es permitido. En esta última instancia el plano simbólico aparece

para anudar los otros dos planos, el Real y el Imaginario, permitiendo así que el niño tenga los recursos necesarios para constituirse como sujeto neurótico, de no ser anudados estos registros, el sujeto sufrirá diversas perturbaciones que se vivirán a partir de alucinaciones y creación de delirios, que respondan a un desajuste en el registro de lo Imaginario.

El tercer tiempo del Edipo da paso a que el Yo ideal, que cumplía con las expectativas maternas en un primer momento, de lugar al surgimiento del Ideal del yo, produciéndose en el sujeto una construcción de identificaciones adquiridas del padre en el caso del niño, que dé acceso en algún momento a alguien que remita a la madre, o en el caso de la niña, identificándose con la madre para acceder al padre; introyectando rasgos que le permitan ser un sujeto deseante regido a un super yó, devenido en la instauración del Nombre del padre, logrando una constitución subjetiva según su historicidad familiar.

## 2. Metodología

**2.1 Rol del Psicólogo.** El trabajo clínico generalmente surge a partir de la demanda de un paciente que al momento de sentir que algo ha perturbado su cotidianeidad, busca un Otro que responda con un saber a su malestar, brindándole al psicólogo clínico la transferencia necesaria para iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

En el ámbito institucional, el trabajo clínico se da de manera diferente puesto que el enfermo no es quien busca la atención psicológica sino que es derivado por alguna situación en particular que desentona con la institución, colocando al psicólogo como mediador para re-encajar al sujeto dentro de los límites institucionales. En particular en un establecimiento hospitalario el paciente acude por un malestar físico que sirve para vehiculizar la palabra entre el psicólogo y el sujeto como un primer acercamiento, dando lugar a la posibilidad de que se genere una demanda que permita el trabajo terapéutico.

Según Raimbault (1982: 34) en el momento en que se inicia una transferencia entre el paciente y el psicólogo, el sujeto da cuenta de su goce/sufrimiento a través de su cuerpo y a partir de ese instante surge una demanda de un saber sobre su propio cuerpo.

Lo que el paciente no sabe, es que su cuerpo está cifrado en un discurso específico. Antes de que ese discurso particular aparezca y sea asumido, el paciente se presenta con su cuerpo, cuya marca es tal o cual síntoma. (Raimbault, 1982: 27)

En la institución hospitalaria la demanda al psicólogo se maneja bajo la ideología propiamente médica que intenta aplicar una eficacia de resoluciones rápidas en el

menor tiempo, esto encuadra el trabajo psicoterapéutico de manera distinta que la de la consulta privada, ya que las sesiones brindadas al paciente no dependen de los efectos que produzcan, sino del tiempo que permanezca en el hospital. En relación al espacio, el psicólogo puede encontrar ciertas limitaciones al no disponer de un lugar adecuado para la consulta, adaptándose dentro de las salas de hospitalización, teniendo en cuenta además que la enfermedad que aqueja al sujeto podría imposibilitar su movilización a un sitio más privado para su atención.

La presencia del psicólogo clínico en la institución hospitalaria, teniendo en cuenta los elementos que acompañan al decir del sujeto y las limitaciones en cuanto a la institución de la que se hace referencia, los efectos que se produzcan en el paciente permiten dar inicio únicamente a entrevistas preliminares, por lo tanto la labor del psicólogo será inferir en el relato del paciente, la problemática que lo aqueja.

El síntoma que el paciente trae a la institución hospitalaria, es la vía que le permite al psicólogo llevar a cabo su trabajo, será provocando que el paciente hable sobre ese síntoma como beneficiará su interacción profesional.

Gracias al efecto de coacción de la palabra se consigue que el paciente diga más de lo que quiere o menos de lo que quisiera. No se trata de que sepa más de lo que dice; sino que dice más de lo que sabe. (Guerrero, Herrera, Herrera & Maruri, 2000: 9)

Las entrevistas preliminares ofrecen al psicólogo clínico la posibilidad de obtener un diagnóstico presuntivo, el profesional de psicología debe definir su esquema de trabajo, sus intervenciones a partir de reconocer la estructura discursiva que maneja el paciente; esa clarificación resulta importante dentro de las funciones para el psicólogo

clínico ya que determinan la dirección de un posible tratamiento y la posición en la que se ubicará frente a determinado paciente.

El reto que se le impone al psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria será lograr que el paciente pueda implicarse subjetivamente dentro de la problemática que lo aqueja, difícilmente de conseguir por encontrarse limitado en cuanto al tiempo de estadía del sujeto dentro del hospital; entonces al facilitarle un espacio en donde se privilegie la palabra y el decir de ese sujeto que sufre para que pueda cuestionarse en base a la historicidad de su síntoma, la labor del psicólogo será hacer uso de las herramientas que dispone como son: las interpretaciones y los señalamientos proporcionando una devolución de sus propios dichos resaltando que el paciente es quien otorga el sentido a ese padecer.

“El acto analítico intenta introducir al sujeto, a su propia división, a su propio vaciamiento en la palabra, buscando aquello que pueda surgir inesperadamente: el lapsus, el sueño, etc.”. (Salinas de Mata & Ortega Gafter, 1997:17)

Para Stryckman, los efectos sobre la palabra del sujeto pueden darse por parte de una sugestión, pero resalta que sucede en tanto el paciente otorga un lugar al psicólogo de sujeto supuesto saber producto de la transferencia que se establece en la relación profesional de la psicología/paciente. (1995: 657)

“Solo la palabra podría desanudar lo que ha sido anudado en el lenguaje”. (Stryckman, 1995: 649).

El médico en su quehacer busca un apoyo en el psicólogo con el paciente que le crea conflictos, ya sea por un diagnóstico, una operación o un tratamiento difícil de aceptar, o como mediador entre la terminología médica y el paciente, que permita un esclarecimiento de la situación en la que se encuentra.

Los médicos esperan pues del psicoanalista, es que éste les ayude a convertirse ellos mismos en obreros ideales, que no corran jamás el riesgo de quedarse sin un poder salvo en los casos de «fuerza mayor», como son los inválidos y la muerte. (Raimbault, 1982: 25)

Sin embargo el psicólogo clínico ante el pedido del médico puede encontrar dificultades que pueden cambiar el sentido de su presencia en la institución. El psicólogo clínico debe evitar ser portador de malas noticias al paciente, su trabajo contribuye con sostener al paciente en su padecer sin restarle la responsabilidad de sus acciones; el psicólogo no responde en orden de la necesidad, las cuestiones institucionales como falta de medicinas que aquejan al paciente en su demanda de curación, son indiferentes a las funciones del psicólogo clínico pues no está en él satisfacerlas.

“Operamos sobre la demanda para que surja el deseo, es a él al que nos dirigimos, nuestro trabajo consiste en agotar simbólicamente la demanda de manera que de ella emerja el deseo de los sujetos”. (Guerrero, Herrera, Herrera & Maruri, 2000: 14)

El psicólogo clínico debe basarse en que cada sujeto vivencia una situación de modo particular para evitar como Guerrero et al (2000: 14) dice, contrastar los decires

del paciente con la realidad, lo que prima para el interés del profesional de la psicología será la subjetividad del paciente que se pone en juego.

Los consejos o sugerencias no corresponden a las intervenciones del psicólogo clínico pues su labor debe enfocarse en ir más allá de aquello que el paciente manifiesta, indagar en el discurso ordenado que presenta de manera que cada decisión que el paciente efectúe generando consecuencias de su accionar, no recaigan como responsabilidad sobre el psicólogo clínico.

En busca del bienestar del paciente frente a determinada patología, algunos especialistas pueden tomar parte del tratamiento, lo que implica que el diagnóstico puede ser compartido, ante esto el médico asocia esta forma de trabajo con el accionar del psicólogo dentro de la institución, pidiendo una devolución de información sobre el paciente que le permita el control de la situación, siendo esto un desafío para el psicólogo en su labor en donde se pone en juego su ética profesional.

El trabajo del psicólogo clínico dentro de un ámbito hospitalario implica que sea miembro de un equipo interdisciplinario, su desempeño posibilitará el reconocimiento de la palabra del paciente como importante ante el criterio de otros profesionales del área. La inserción del psicólogo en una institución hospitalaria brinda su participación de modo activa, el cuerpo médico considerará pertinente su criterio para la dirección del tratamiento de determinado paciente o de posibles intervenciones en caso que lo requieran.

Las diferentes formas en las que el psicólogo recibirá derivaciones puede incluir que el médico solicite su acompañamiento durante las visitas médicas, lo que implica que parte de la labor del psicólogo clínico será capacitarse en relación al campo en que el que se inserta, en este caso mantenerse informado sobre el aspecto médico, permite mejor comprensión de las diversas enfermedades con las que se presentará el paciente; entendimiento de diagnósticos y de tratamientos dando lugar a su interacción con el médico generando mayor eficacia en su labor clínica.

El trabajo del psicólogo clínico será el de aliviar el malestar subjetivo, como dice Guerrero, et al (2000: 21), al brindarle ese lugar de escucha de sus respuestas emocionales frente a su enfermedad, le genera al paciente una visión en la obtiene mayor control de sus ansiedades y adquiere una comprensión de su problemática.

Dentro de una problemática habrá más de un implicado; el psicólogo clínico es quien determina hacia dónde y hacia quien apunta su intervención pudiendo requerir el trabajo clínico con todo aquel que esté ligado con el paciente y que se muestre afectado dentro de la misma situación.

Descrito lo que acontece para el profesional de la psicología en un ámbito hospitalario y tomando como referencia al “Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor” se puede ubicar que el rol del psicólogo se ajusta a numerosos factores previamente mencionados como son, el tiempo, el espacio, las normas institucionales, pero especialmente se debe considerar que las técnicas a utilizar dependerán del estado del paciente. Esta institución dedicada al cuidado de la reproducción en la mujer

asiste a la gestante en problemáticas que surgen durante el embarazo y que pueden ser generadores de partos pre-término.

Dentro de las múltiples patologías que afectan a una mujer embarazada, el parto prematuro fue el objeto de estudio para este trabajo clínico, promoviendo a una forma de abordaje que facilita la labor del psicólogo dentro de una institución.

El parto prematuro genera en una mujer embarazada una crisis ante la irrupción inesperada de su gestación, confrontándola con reacciones ya mencionadas con anterioridad, esto representa para el psicólogo la visión de un campo de trabajo que da inicio a las posibles intervenciones, en donde se genera un estado de estupor producto del corte de ese discurso que impide a la madre poner palabras a la situación que den cuenta de las razones por las que sucedió el acontecimiento.

En el aspecto psicológico ese efecto se lo denomina Estado de Urgencia que según Salinas de Mata y Ortega Gafter (1997: 41), se trata de una ruptura en la cadena significativa provocada por un suceso inesperado, que impide al sujeto su representación quedando en angustia y desprovisto de la capacidad de simbolizar aquello que le ha acontecido.

En dicho caso la intervención del psicólogo clínico puede ser a partir de un reforzamiento yoico en busca de reducir el nivel de angustia que una situación de emergencia genera en el paciente, contribuyendo a la preparación de cambios que puedan darse en la situación que se encuentre para acceder a cuestionamientos a posteriori sobre lo acontecido.

“En la urgencia el sujeto está en contacto con una fractura que limita permanentemente con lo imposible” (Salinas de Mata & Ortega Gafter, 1997: 42)

El abordaje del psicólogo se verá enfocado en prestarle palabras a la paciente, la que ha caído en posición de objeto al quedar desestructurado su fantasma, permitiéndole una significación retrospectiva del acontecimiento para que pueda aceptar la situación y de un lugar al bebé producto de ese acontecer.

El parto prematuro implica la pérdida de ese hijo producto de las fantasías de los padres, ante esta problemática el psicólogo deberá ejercer un trabajo de duelo que según Laplanche y Bertrand Pontalis (1968: 435) impulsa al sujeto ante la decisión de optar en persistir en el sufrimiento del objeto perdido o desligarse del mismo, es decir encaminarse hacia la pulsión de vida.

«Cada uno de los recuerdos, cada una de las esperanzas mediante las cuales la libido se hallaba ligada al objeto, son presentificadas, sobrecatectizadas, y sobre cada una de ellas se realiza el desprendimiento de la libido». En este sentido se ha dicho que el trabajo del duelo consistía en «matar al muerto» (Laplanche & Bertrand Pontalis, 1968: 436)

Según Guerrero, Herrera, Herrera y Maruri (2000: 9) la labor clínica consistirá en brindarle al paciente un lugar de escucha particular a su sufrimiento, en busca de reestructurar la cadena discursiva basándose en su historia en donde toda forma de expresión es válida incluyendo el llanto, de esta manera se introduce al paciente en una Clínica de la Emergencia, donde podrá dialectizar su dolencia y restablecer su fantasma.

Dentro de una institución hospitalaria, en este caso el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor, el parto prematuro representa una problemática que genera en los padres un estado en el que requieren atención inmediata, impulsando al psicólogo clínico a la búsqueda de un dispositivo que le permita trabajar simultáneamente con dichos casos, ejerciendo una técnica basada en la dinámica grupal.

**2.2 Dinámica Grupal.** Dentro del encuadre médico, la dinámica grupal responde a la demanda institucional de una atención inmediata y eficaz en la que la principal característica es una situación o síntoma en común que facilita el abordaje de una misma problemática.

Para los Practicantes 2005-2006 (2006: 1), la dinámica grupal es una alternativa que direcciona al psicólogo clínico en dos perspectivas: en primer lugar a ampliar su capacidad de acción frente a los diferentes campos de trabajo que se le presentan, y en un segundo plano complementando su formación teórica que genera una nueva visión de determinada situación.

Dentro de las prácticas clínicas realizadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, el número de mujeres que atravesaban por la experiencia del parto prematuro fue muy evidente, pudiendo observarse el estado de angustia que esta situación representaba para ellas, siendo la dinámica grupal una forma de intervención oportuna, optando por emplear el grupo operativo como método de abordaje dentro de la institución.

El pequeño grupo no se cimienta sobre el Ideal del Uno, deja existir al particular del sujeto promoviendo la heterogeneidad, no se sostiene sobre la semejanza

imaginaria que deriva de la identificación a aquel Ideal, sino de un lazo social reducido al trabajo, a la relación del objetivo en común. (Guerrero, Herrera, Herrera & Maruri, 2000: 28)

Para Botero (2004: 16), el grupo operativo es una metodología que sirve para el trabajo con aquellos padres de niños prematuros, que los sostiene impulsándolos a pensar juntos la experiencia prematura; es una técnica de aprendizaje con una tarea implícita, la de buscar soluciones a la problemática en la que subyacen.

El Grupo operativo “Apunta a situar en el campo grupal, de manera tal que los participantes no sólo puedan vivenciar ese campo grupal como ámbito de encuentro, de interacción sino que a partir de la experiencia de aprendizaje se visualicen las posibilidades operativas del grupo en tanto éste se constituye como ámbito e instrumento de tarea”. (Adamson, 1984: 22)

El grupo operativo se centra en el aprendizaje continuo, es una técnica de enseñanza en donde se trabaja alrededor de una problemática en común desde la cual se desprenderán diferentes tópicos que darán lugar a la producción del grupo, quienes se mantendrán activos a medida que se opera; se ve inmerso el manejo de soluciones viables para el suceso en cuestión, mediante la dialectización de los integrantes llegando a la construcción de premisas generales que puedan ser usadas de forma particular.

Guerrero, et al (2000: 31) describe que al proponer un tema para el grupo, se derivarán subtemas, lo que implica que cada uno de los subtemas sean trabajados sesión tras sesión con la finalidad de agotar el tema propuesto.

En esta circunstancia, cuando la experiencia surge, cada sujeto vive al otro como participante de alguna manera en la misma situación. El otro es tenido en cuenta como totalidad, en la medida que esa totalidad es tomada en cuenta en uno mismo. (Caparrós Sanchez & López Ornat, 1975: 12)

Caparrós y López dicen que la experiencia grupal contiene un lado afectivo y otro derivado de lo intelectual producto de los contenidos latentes de los integrantes del grupo que al ser una técnica basada en la retroalimentación darán lugar a más experiencias que permitan ser interpretadas y conduzcan al grupo a seguir produciendo. (1975: 12)

“La experiencia aparece, es explicitada y a la vez interpretada. Todo ello teniendo como marco referencial a la tarea”. (Caparrós & López, 1975: 12)

Pichón Riviére dice que en el momento en que el Grupo Operativo se enfoca de manera terapéutica tomará como punto en común la ansiedad existente en un grupo pero vivenciada de forma subjetiva. “Es la curación de la enfermedad del grupo” (1977: 118)

“El proceso terapéutico del que el grupo operativo es instrumento consiste en última instancia en la disminución de los miedos básicos: miedo al ataque al yo (ansiedad paranoide) y miedo a la pérdida del objeto (ansiedad depresiva)” (Pichón Riviére, 1977: 125). El psicólogo clínico puede percibir la necesidad de implementar un trabajo grupal a partir de la observación de estos elementos en donde se pone en juego mecanismos de defensa como proyección e introyección. En el trabajo realizado con madres de niños prematuros en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor se pudo observar el surgimiento de ambas ansiedades por el cambio de realidad que imponía la condición del niño pre-término para esos padres.

El psicólogo clínico utiliza como herramientas para el trabajo grupal: el señalamiento de emergentes (la interrogación para clarificar aportes ambiguos), proporciona

información (como medio para esclarecer conceptos), realiza recapitulaciones y aporta con sugerencias (Guerrero, Herrera, Herrera & Maruri: 31).

El dispositivo consta de elementos imprescindibles para su ejecución; dentro de los cuales se encuentran el número de integrantes que varía entre 15 a 18 personas; la cantidad de sesiones será delimitada por la cantidad de tareas que se planteen o que surjan como manifiesto en el grupo; el tiempo de cada sesión que dura aproximadamente entre 45 a 60 minutos; la ubicación de los participantes del grupo es de manera circular, para permitir que la información gire entre los miembros; el grupo será manejado en base a roles, que serán asumidos por las interrelaciones grupales.

Para dar inicio a la experiencia grupal se deberá formular la tarea desde la cual se empezará a operar, luego de esto, se designarán los roles de quienes se encargarán de llevar a cabo la dinámica de grupo, entre los que se encuentran el coordinador, los observadores y los participantes; el rol podrá concebirse como un posibilitador ya que son adjudicados de manera que den paso a la construcción de un proyecto, ejerciendo así cada uno una tarea o función específica dentro de la interrelación grupal. El objetivo será verbalizar el contenido que se manifieste durante las sesiones.

La tarea es el tema que hace converger al grupo manteniendo la participación constante entre sus miembros a partir de la dialectización. La tarea puede surgir de dos formas, a partir de la observación de un grupo previamente conformado o de una situación que reúna bajo una característica en común a la conformación de un grupo y la segunda como resultado de contenidos manifiestos dentro de la producción del grupo.

Para Caparrós y López la tarea surge de lo fenomenológico como el punto de partida, siendo esto la tarea manifiesta en relación a la búsqueda del ideal como grupo, sin embargo a lo largo de la productividad del grupo surgirán instantes de resistencia al cambio que darán cuenta de contenidos latentes que pueden ser considerados para la formulación de futuras tareas a tratar. (1975: 4)

Una vez determinado el grupo se necesitará que los participantes asuman un rol determinado que de paso a la operatividad en relación a la tarea, entonces se designarán roles que serán esenciales dentro de la dinámica grupal, los cuales no se manejan de manera estática sino que pueden ser rotativos en búsqueda del beneficio grupal.

“El rol, es por tanto, algo distinto a la simple expresión de la funcionalidad abstracta, es un constructo posible aquí y ahora y posibilitador de un proyecto concreto”. (Caparrós & López, 1975: 26)

El coordinador, será denominado para facilitar la comunicación grupal, estará en calidad de mediador entre el grupo e impulsa al diálogo con la finalidad de permitir fluidez entre los participantes. Tendrá la capacidad de situar puntos que servirán como enlace para continuar la producción grupal ubicándose como activador de la dinámica.

“La explicitación de las experiencias grupales y su constante enfrentamiento con la tarea, permiten proceder colectivamente a un aprendizaje grupal”. (Caparrós & López, 1975: 12)

Para Pichón Riviére el coordinador ocupa el lugar de portavoz que promueve al pensamiento colectivo a través de señalamientos e interpretaciones tomadas desde la interacción de los miembros del grupo, teniendo en cuenta los tipos de ansiedades que pueden existir frente a la tarea establecida. (1977: 153)

La interpretación será el recurso que el coordinador dispondrá para dar significantes y significados a los contenidos latentes que no están explícitos, que surgen de emergentes proporcionados por el grupo. Caparrós y López dicen que la interpretación no puede ser usada a modo de homogeneizador ya que será solo una aproximación de lo acontecido durante las sesiones grupales que será acogido por sus integrantes de manera particular. (1975: 14)

“El significado no es, ya lo estamos viendo, un producto final, sino instante de concienciación/vivenciación posibilitador del desarrollo. El significado no es un estar ya, sino un estar siendo hacia”. (Caparrós & López, 1975: 13)

Teniendo en cuenta que no toda situación surgida dentro del grupo será meramente interpretable, Caparrós y López mencionan que la interpretación responderá a un plano de pertinencia en relación a dos perspectivas, en tanto responda los porqués de la aparición de contenidos latentes y de la probabilidad de que ese contenido se haga consciente. (1975: 17)

“La interpretación operativa modifica el campo grupal, permite a partir del autoconocimiento la reestructuración de las relaciones entre los miembros y con la tarea”. (Pichón Riviére, 1977: 212)

Por otro lado como complemento al trabajo del coordinador se designará entre uno o dos observadores que realizarán 3 funciones que irán desde el observar, en base al tema específico, la dinámica grupal con el fin de poder detectar instantes o participantes que ejercen cierta resistencia a la productividad, para generar un cambio de ubicación de dicho miembro; podrá dar lectura de lo que surja como emergente durante la sesión como devolución retro-alimentadora; y realizar señalamientos en momentos que considere oportunos, ya que lo que importa realmente en el grupo operativo es el cumplimiento eficaz de la tarea.

Entre el coordinador y el observador se establece una relación dinámica que mantiene clara la dirección en que se debe enfocar el grupo para conducirlo hacia la finalidad de la construcción.

Será la pareja, la que a través de la unidad de operación constituida por el existente, la interpretación y el emergente, en la incesante espiral dialéctica del conocimiento; permitirá que el grupo, abordando, incorporando y recreando la tarea, edifique un nuevo esquema conceptual referencial operativo, que permitirá a todos y cada uno operar de una manera nueva en cualquier campo. (Labrucherie Rercoa, Nieves & Marrero Nadal, 1975: 2)

En última instancia los miembros que conforman el grupo serán concebidos como los participantes, aquellos que reúnen la característica en común que los identifique como grupo, lo que emergerá como motivante a la búsqueda de soluciones de la tarea planteada; en el caso de la práctica en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, los miembros de la dinámica grupal serán los padres de niños prematuros teniendo como denominador común su vivencia como padres de un niño pre-término.

Pichón Riviére menciona que dentro de la interacción grupal existirá un miembro que se adjudicará los aspectos negativos y temores en relación a la tarea al cual llamará chivo emisario y de la misma manera habrá la posibilidad de que un integrante se otorgue los aspectos positivos, al cual lo denominará como el líder (1977: 158). La labor del coordinador y del observador será detectar aquellos participantes que encarnen esos lugares y mediante alguna intervención los desprenda de aquellos roles obstaculizadores.

El Grupo Operativo vivenciará tres etapas por sesión que consistirán en apertura, desarrollo y cierre, en donde en un primer momento, como apertura surgen los emergentes que se irán transformando hasta el cierre.

El objetivo que persigue el Grupo Operativo será la construcción de lo que Pichón Riviére (1977) describe como E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo), entendido como los conocimientos que se generarán en base a ideas que operan sobre una realidad y que se vuelve aprehensivo ya que es parte de una técnica de enseñanza/aprendizaje.

Los integrantes del grupo en el juego de la dialéctica irán estructurando ese E.C.R.O de forma continua, pues es un sistema abierto que permite una modificación mientras duren las sesiones del Grupo Operativo. Se caracteriza por ser de retroalimentación, pues recoge lo vertido y vehiculizado por cada uno de los miembros activos, esto incluye a la pareja coordinadora.

El método dialéctico, por el que se desarrolla el espiral del conocimiento, implica un tipo de análisis que –a partir de los hechos fundamentales, las relaciones

cotidianas- devela los principios opuestos, las tendencias contradictorias, fuentes configuradoras de la dinámica de los procesos (Pichón Riviére, 1977: 205)

El E.C.R.O, es un instrumento que puede ser conformado interdisciplinariamente, a modo de esclarecimiento del objeto del mismo, a partir de aportes pertinentes que traiga consigo cada miembro del grupo. Entonces Pichón Riviére concluye diciendo que el E.C.R.O. permite al sujeto no solo comprender y pensar la problemática a partir de él, sino que también, lo confronta a operar a partir de sus conocimientos y el trabajo de sus ansiedades que aparecen ante los cambios que se van produciendo en la dinámica grupal. (1977: 207)

El Grupo Operativo con función terapéutica apunta que mediante la construcción de una tarea un grupo de pacientes de manera colectiva, pueda afrontar una situación que les genere angustia. El propósito de esta técnica es que a partir de la interpretación del coordinador el grupo se sostenga, teniendo en cuenta que cada sujeto se apropiará de lo construido en conjunto, de manera pertinente a su historicidad.

El psicólogo clínico con orientación analítica podrá hacer uso del Grupo Operativo como herramienta para abarcar, dentro de una situación de malestar que afecta a una cantidad masiva de pacientes, la atención inmediata que requieren, como es en el caso de las instituciones hospitalarias, ampliando la perspectiva de identificar la función del psicólogo en una dirección única, la de la atención personalizada. El Grupo Operativo favorece la posibilidad de que surja la transferencia y por ende la búsqueda del trabajo terapéutico por parte del paciente.

El sujeto enfermo en una institución hospitalaria, requiere un soporte que el médico no está en calidad de ofrecer; la presencia del psicólogo clínico en un hospital brinda el reconocimiento a ese sujeto ahí en su padecer. Haciendo referencia a los efectos del parto prematuro sobre los padres del niño pre-término, tema de estudio que permitió este trabajo clínico realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, la irrupción del proceso de gestación en la madre actúa como desencadenante de situaciones emocionales y conflictivas confrontándolas a la posibilidad de la pérdida de ese niño, lo cual implica la necesidad de un trabajo que dé cuenta de elaboraciones para la recuperación de la paciente justificando la presencia del psicólogo en aquella institución.

La escucha que ofrece el psicólogo clínico posibilita que el paciente pueda hablar de lo que le acontece. “El psicoanalista está ahí para dejar que el paciente lo diga todo y que escuche lo que dice. No es esta la función del médico, quien no está ahí para dejar que se diga todo”. (Raimbault, 1982: 29)

Regirse mediante un marco teórico analítico permite al psicólogo poder insertarse en diferentes campos de trabajo, sin embargo las demandas que recaen sobre su labor implica que el psicólogo se reinvente en busca de una atención pertinente en el entorno en donde ejerce; mantener varios recursos que puede emplear para sostener su labor dentro de una institución hospitalaria le brinda facilidades de adaptación al medio sin dejar de lado su principal función, privilegiar la palabra del paciente.

El dispositivo de Grupo Operativo, es una de las alternativas con las que el psicólogo clínico dispone para trabajar simultáneamente con todos los implicados en la problemática que los reúne como grupo. Alrededor del parto prematuro los afectados por el suceso no solo era la pareja parental, sino los familiares que acompañaban a la pareja en la situación en busca de una ayuda y explicación de las causas que originaron la problemática, por lo tanto el Grupo Operativo acogía a todos los implicados ofreciendo un lugar donde pudiesen aportar, en relación al objetivo planteado como grupo, sus vivencias como parte de un acompañamiento en el padecer de esos padres.

Dentro de la práctica clínica realizada en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, la implementación del Grupo Operativo con padres de niños prematuros generó efectos terapéuticos que se pudieron observar en el entorno institucional facilitando el quehacer médico que podía intervenir obteniendo mayor confianza por parte de los padres que atravesaban la situación mencionada.

Estos efectos dieron lugar a que el ámbito médico tomara en cuenta la importancia de un trabajo psicológico dentro de la institución.

### 3. Análisis de Resultados

En las observaciones realizadas durante las prácticas pre-profesionales que se llevaron a cabo en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, institución que se encarga de velar por la salud sexual y reproductiva de la mujer y del cuidado perinatal, se evidenció el nivel de angustia que algunas patologías provocaban en las pacientes gestantes hospitalizadas, lo cual posibilitó un espacio de palabra para las pacientes con las que se trabajó con diferentes formas de abordaje de acuerdo a la necesidad de las hospitalizadas pues sabemos que cada una vivía su problemática de manera subjetiva; este espacio de escucha permitió que logren historizar cómo habían llegado a la situación que las aquejaba en el momento de las entrevistas, ya sean físicas o emocionales.

Dentro de la institución, la labor clínica partía de las diferentes derivaciones tanto de los médicos como de enfermeras, proporcionando los datos de las pacientes que necesitaban asistencia psicológica, pudiendo denotar que la situación que generaba mayor angustia durante la gestación en la mujer, fue la advertencia de posibles partos prematuros como consecuencia de factores emocionales o de problemas de salud que no fueron controlados a tiempo, además de aquellas madres que tuvieron que ser intervenidas de emergencias antes del término de su embarazo, dando lugar al parto pre-término ya mencionado; siendo esta problemática tomada en cuenta como objeto de estudio por los efectos que producía en las madres por la dificultad para la asunción del rol materno.

Además del servicio médico brindado para la asistencia de los cuidados neonatales, el hospital cuenta con una fundación interna llamada Dr. Manuel Ignacio Gómez Lince, que aportaba a la situación a través del Plan Mamá Canguro, el que consiste en talleres de capacitación para los padres de niños prematuros con la finalidad de que implementen aquellos cuidados en casa al momento de entregar a los niños al ser dados de alta. Esta fundación como herramientas para la enseñanza de aquellos cuidados, utilizaba videos y charlas que eran impartidas por el equipo médico involucrado en la problemática.

Como parte de las prácticas se trabajó junto al equipo médico en las charlas, por lo que se tuvo contacto directo con el grupo de padres de niños prematuros, en donde se pudo observar la demanda de un espacio de palabra donde puedan expresar la angustia provocada por el suceso y manifestar aquellas preocupaciones que no eran trabajadas durante los talleres. Esto dio la idea de generar una propuesta que cubriera esa necesidad de escucha y que complemente la labor de la fundación ofreciendo el Grupo Operativo como un modo de abordaje que parte de la dinámica grupal.

Para implementar el dispositivo de Grupo Operativo se tuvo que tomar en cuenta las limitaciones presentes en la institución, estas correspondían a: la dificultad para adquirir otro espacio físico que permita establecer grupos con la cantidad de participantes que sugiere la técnica (siendo una variable el número de padres con el que se trabajó); la irregular asistencia del grupo a las sesiones, ya que el grupo se renovaba constantemente por lo impredecible del diagnóstico de los bebés y por la demanda que el parto prematuro significaba en el hospital; la dificultad para cumplir con

las fechas establecidas para las sesiones, lo que ocasionaba un distanciamiento entre éstas, debido a que en la institución se realizaban constantes campañas informativas de los temas intrínsecos a la maternidad, a la cual asistían los miembros del Grupo Operativo. El Plan Mamá Canguro, por ser un plan de capacitación acogía no solo a las madres de los niños prematuros sino también a familiares que darían soporte en la situación, contando esto como otra variable, ya que el Grupo Operativo se conformó con todos los asistentes a los talleres del plan.

Contando con aquellos inconvenientes se logró concretar dos Grupos Operativos, con diversas temáticas que se propusieron tras la observación de cómo la problemática se manifestaba en las madres, generando dudas e inquietudes en torno a la situación que atravesaban.

De acuerdo con la metodología propia de la técnica del Grupo Operativo, fueron dispuestos los elementos para su funcionalidad, estableciendo los temas como las tareas a trabajar en cada sesión, además de los roles y los efectos que se deseaban lograr, lo cual fue propuesto en el esquema del proyecto como objetivo: “Producir la activa participación de las madres con niños prematuros, buscando la integración, identificación y retroalimentación entre estas madres, para un mejor desempeño en su rol como madre de hijo prematuro, tomando como eje principal las vivencias nuevas advenidas con el nacimiento del bebé”.

Para el primer Grupo Operativo se establecieron los roles ubicando a la pareja coordinadora entre las psicólogas, las cuales turnaron sus funciones de portavoz y observadora sesión a sesión, mientras los participantes a pesar de ser un grupo

renovable, la mayoría se mantuvo durante las cinco sesiones, pudiéndose evidenciar que se habían conseguido los efectos que se perseguían al final de la última sesión. Se pudo identificar que hubo participantes que se adjudicaron el lugar del líder, ubicándose como el vocero de los aspectos positivos de la situación sin embargo se ejerció intervenciones para evitar que se bloqueara la producción y permitir a los demás integrantes manifestar su participación ya sea con aspectos positivos como negativos, tomando en cuenta que el suceso generaba esas reacciones ambivalentes.

A lo largo de las sesiones se pudo dar cuenta de los contenidos manifiestos y latentes que surgían en los participantes, siendo entre los contenidos manifiestos más frecuentes el impacto de ver a sus hijos en una situación de riesgo, la impotencia de no poder hacer algo para su mejoría, verlos pequeños y conectados a aparatos médicos que sostenían sus vidas; los intentos de dar explicación a la situación llevaban a auto-informarse sobre la condición de prematuridad, lo cual llevaba en ocasiones a mitos erróneos sobre la salud de esos bebés; la operatividad dio paso a que mencionaran las significaciones que se iban construyendo para la situación y para el acogimiento de ese hijo, así poniendo de manifiesto que esa situación era una prueba, un reto, que el hijo era una bendición, un milagro y expresiones que calificaban su deber como padres intentando sostener el deseo hacia el bebé.

Dentro de los contenidos latentes se pudo evidenciar sentimientos ambivalentes que daban cuenta del rechazo al estado del bebé, concibiendo a la prematuridad como una anomalía y la aparición de sentimientos de culpa por considerar el nacimiento adelantado de aquel hijo como un castigo, cuestionándose de que hicieron o qué

dejaron de hacer para obtener el resultado de ser padres de un niño prematuro. Adicionalmente surgió el temor a que la situación se repitiera en un siguiente embarazo; el deseo de compasión o de comprensión de un otro que sirva de apoyo ante el suceso; y la presencia de síntomas en el cuerpo como bloqueos al dar de lactar, dificultando la asunción del rol materno.

El grupo al momento de expresar sus vivencias manifestaba ansiedades tanto depresivas como de orden paranoico. Dentro de las ansiedades depresivas se encontraron sentimiento de vacío, llanto incontrolable y la rememoración constante del evento. Entre las ansiedades paranoicas emergió el constante reclamo y cuestionamiento de la eficiencia de las atenciones del equipo médico a sus hijos, la insensibilidad al momento de comunicar el estado de salud de ellos, manteniéndolas en estado de intranquilidad ante la espera de la siguiente visita. Estos temores se fueron modificando a lo largo de las sesiones entre los participantes, ya que aquel miedo pasó a ser un deseo de permanencia de la hospitalización para evitar enfrentarse a los cuidados en casa, de los que no estaban seguros cómo ejercer.

Frente a las inseguridades vertidas por los participantes durante las sesiones, se pudo observar el surgimiento de mecanismos de defensa para contrarrestar la angustia que generaba el ponerle palabras al suceso que atravesaban, encontrándose la racionalización como un modo de explicación ante esa ausencia de conocimiento de cómo asumir el rol materno, anteponiendo el instinto de la maternidad como algo innato, por lo que responderían a sus dudas con expresiones que sobresaltaban que su amor de madre las ayudaría a afrontar la situación. La formación reactiva fue otra

defensa que se encontró en este primer Grupo Operativo al momento en que sus dichos eran contradictorios, al anteponer la tranquilidad en una circunstancia que les provocaba ansiedad.

La aparición de nuevas tareas también se evidenció, ya que ante preocupaciones individuales, como la estadía en la ciudad para miembros que vinieron de emergencia al hospital, hicieron que los demás miembros se involucran como grupo y sugieran soluciones.

El rol del psicólogo quien actuó como portavoz, siendo su labor la movilización de la palabra; cada sesión se promovió la participación de todos los miembros, permitiendo la aceptación de la situación actual partiendo de la historización retrospectiva de cada caso, que aportaba a una construcción generalizada que sería constituyente para el ECRO de cada uno de los miembros.

La dinámica se desarrolló enlazando las ideas aportadas, tomando significantes dichos por los miembros que den base a una identificación grupal y continuidad a la palabra, cada aporte era subjetivado por el grupo y retomado por el portavoz, generando una interpretación que encaminó al progreso de la tarea. Al ser renovable el grupo se integraban a destiempo nuevos casos, siendo los participantes con mayor tiempo en el grupo quienes prestaban palabras al Real aun no simbolizado en aquellos padres.

La interpretación dio lugar a identificaciones entre las madres, permitiendo una implicación subjetiva frente a las sintomatologías que surgían evidenciando un rechazo

a la maternidad de ese hijo, como por ejemplo en el tema de la lactancia a modo de estancamiento para la asunción del rol materno, ya que la imposibilidad de dar de lactar al bebé evitaba la reconstrucción del vínculo con su bebé.

Como complemento a la labor del coordinador se encontró la función del observador, quien además de transcribir las cinco sesiones de este primer Grupo Operativo tenía la responsabilidad de enfocar la atención hacia los significantes más relevantes que se encadenaron en una devolución al final de cada sesión; su participación se pronunció durante la sesión desde el lugar de un miembro más del grupo, aportando sugerencias para la resolución de las tareas; al cierre de la sesión se generaron comentarios en forma de señalamientos de lo percibido y trabajado durante cada sesión. Su función abarcó captar las fallas que surgieron en el proceso y las posiciones de integrantes que en diferentes sesiones asumieron el rol del líder obstaculizando la evolución grupal, acotando con esa percepción durante la devolución, para una corrección en las siguientes sesiones para evitar la repetición de lo señalado.

Dentro de las cinco temáticas que se manejaron durante el primer Grupo Operativo con madres y padres de niños prematuros sometidos al Plan Mamá Canguro, se pudo apreciar como mediante la palabra y escucha en el espacio ofrecido, pudieron expresar cada uno su situación y a su vez identificarse con las vivencias de los demás padres.

Se pudo notar como la simbolización del acontecimiento inesperado fue ayudando a que el nivel de angustia disminuyera, pudiendo dar cuenta del sufrimiento existente al hablar sobre sus hijos y las diferentes causas que los llevaron a estar en

esa situación. Se generó cierto alivio que se pudo evidenciar a medida que las sesiones continuaban, mostrando reacciones que habían pasado del llanto en las primeras sesiones a una mayor calma durante el desarrollo de las últimas.

Las temáticas fueron enfocadas hacia la constitución del E.C.R.O grupal, que evidentemente fue una construcción para posibilitar que el deseo materno se sostuviera y diera paso a la acogida de ese bebé a pesar de la dificultad que genera la condición de prematuridad.

Estos primeros resultados denotaron la viabilidad del Grupo Operativo en función terapéutica con aquellos padres de niños prematuros del Plan Mamá Canguro del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, cumpliendo los objetivos propuestos en el proyecto y generando nuevas tareas que permitieron el ofrecimiento de un segundo Grupo Operativo debido al buen acogimiento del primero, que ofreciera una continuidad del trabajo clínico.

Para la elaboración del segundo Grupo Operativo se resaltan ciertos inconvenientes durante el proceso, este Grupo Operativo atravesó algunas interrupciones teniendo que modificarse las fechas de las sesiones dando como resultado la prolongación del Grupo Operativo. El Plan Mamá Canguro acoge a los padres de los niños prematuros constantemente siendo este grupo renovable, de esta manera se integraron nuevos casos sesión a sesión, motivo por el cual el Grupo Operativo se llevó a cabo con participantes para quienes este segundo grupo fue su primera experiencia.

Hubo nuevas disposiciones por parte del equipo médico del Plan Mamá Canguro, reorganizando las charlas y talleres que se impartían, limitando la constancia del Grupo Operativo que dificultó el cumplimiento del objetivo: “Producir la participación activa de los padres de niños prematuros, dar continuidad al primer Grupo Operativo y afianzar la importancia que tienen el desempeño de las funciones maternas y paternas para el acogimiento del niño”.

A pesar de los inconvenientes señalados, una de las ventajas que muestra el trabajo con el dispositivo del Grupo Operativo es que cada tema o tarea propuesta, implica una apertura, un desarrollo y un cierre, generando una construcción grupal de un E.C.R.O. por tarea.

En este segundo Grupo Operativo se dio paso a temáticas que permitieran dar significantes a la situación actual y al qué hacer luego de la irrupción inesperada de sus embarazos. Los contenidos manifiestos que surgieron durante las sesiones se mantuvieron persistentes en la noción de lo que concebían como función materna y paterna, aportando significantes que sostenían su deseo hacia ese bebé aclarando que no solo la madre podía realizar la función materna, sino quien estuviese ligado directamente con el niño, a saber un abuelo o un familiar directo.

Dentro de la dinámica grupal, además de encontrarse las madres también estaban presentes los padres de los niños, por lo que se encontró pertinente plantear el tema de la función paterna, dejando entrever que la figura paterna era percibida como un soporte en la estructura familiar, complementando la labor de la madre en el cuidado

del niño y funcionando como proveedor a través de la remuneración percibida producto de su trabajo.

Detrás del discurso elaborado de estos padres, se pudo captar el contenido latente que emergía durante las sesiones, este contenido mostraba coincidencias con lo percibido durante el primer Grupo Operativo, ya que se reiteró el miedo al contacto con ese bebé ligado al sentimiento de culpa, asumiéndose responsables de haber originado el parto prematuro y es esa misma culpa la que los impulsa a la sobreprotección que se evidencia como latente al momento de hacer énfasis en que la condición de prematuridad les exigía mayor cuidado para el recién nacido, dejando claro ese desconocimiento de cómo posicionarse correctamente en sus respectivos roles.

La aparición de síntomas en el cuerpo fue nuevamente evidente, derivada del surgimiento de la angustia, la somatización servía para contrarrestar lo angustiante de lo que estaban viviendo como padres de niños prematuros, por lo tanto el problema con la lactancia fue uno de los puntos que se trabajó durante una sesión completa, en donde la identificación tuvo un papel importante para la implicación de las madres en la problemática.

Estos contenidos tanto manifiestos como latentes captados durante las diferentes participaciones de los integrantes en el segundo Grupo Operativo, fueron acompañados con la aparición de ansiedades siendo la culpa y el anhelo de tener a sus hijos en casa como parte de ansiedades depresivas, que en aquellos padres que

iban integrándose paulatinamente a las sesiones era motivo para expresiones mediante el llanto producto de lo angustiante de la situación afrontada.

Dentro de las ansiedades paranoicas se pudo observar que era muy persistente el temor de los padres al conciliar la idea de una posible muerte del bebé durante su ausencia en el hospital, ya que la condición de prematuridad es muy cambiante y los estados variaban retrasando el progreso del bebé, al mismo tiempo se generaban dudas en torno a su preparación como padres para asumir sus roles respectivos al llevarlos a casa luego del alta, manifestando el temor que sentían de cometer un error, entre el cuidado excesivo o un descuido que pueda ocasionarles una enfermedad o en el peor de los casos la muerte del niño.

Fue evidente que durante las sesiones los integrantes del grupo emitían cuestionamientos como modo de participación, siendo esas preguntas una forma de manifestar la ansiedad que los invadía, ya que giraban en torno a la confusión de cierta información vertida por parte del equipo médico que los capacitaba, además de ser preguntas que iban dirigidas hacia su labor como padres de los niños, pudiendo analizarse como mecanismo de defensa, la racionalización, buscando explicativos o argumentando la falta de conocimientos para evitar asumir el rol que les correspondía como padres.

Durante este segundo Grupo Operativo se repitió la forma de trabajo de la pareja coordinadora, turnando sus funciones sesión a sesión. El rol que ejercía el portavoz del grupo hizo uso de interpretaciones que permitían que aquellos contenidos evidenciados como latentes pudiesen ser puestos en palabra; las intervenciones vertidas en el grupo

buscaban la fluidez de la participación de los integrantes que lo conformaban. Las temáticas fueron desglosadas a su más mínima expresión para lograr que los participantes pudiesen construir desde lo más precario hasta llegar a la construcción de una premisa que explicara generalizadamente la tarea determinada.

En relación a la angustia que la situación les genera, las interpretaciones resaltaron las acciones de los padres equivalentes a cánticos, caricias, cuentos, oraciones y denominativos que habían otorgado a sus hijos, como estímulos que aferraban a la vida a esos bebés, de modo que fue una forma de generar alivio ante la impotencia que sentían frente a la problemática para recalcar que esos recursos se encontraban al alcance de sus posibilidades en un quehacer como padres.

El coordinador otorgó significados y significantes tomados de lo dicho por los integrantes durante las sesiones, de modo que una idea pudo enlazarse sin detenerse la producción grupal; como complemento se añadió la labor del observador quien detectó la posición de un integrante que se adjudicó el rol del chivo emisario.

Tomando en consideración la variabilidad del grupo, se destaca que hubo padres primerizos y otros en que la experiencia de la paternidad no era algo nuevo, en el grupo fue resaltada una mayor dificultad el ser padre primerizo de un niño prematuro por el participante que se denominó como chivo emisario, el cual de esta manera se adjudicó lo negativo dentro del Grupo Operativo.

Una forma de intervención que posibilitó la salida de la posición de chivo emisario a ese miembro del grupo, fue permitir que los participantes dieran su opinión

al respecto, dando lugar a que manifestarán que la situación que atravesaban cada uno de los integrantes, pese a cualquier experiencia previa, iba a implicar dificultades, ya que para la mayoría era la primera experiencia el ser padres de niños prematuros.

La búsqueda de la construcción de un E.C.R.O. de todo el segundo Grupo Operativo no pudo ser realizado, debido a los inconvenientes que se mencionaron anteriormente, sin embargo se pudo elaborar con los integrantes del Grupo Operativo un E.C.R.O. con cada temática, que ofreció el respaldo al deseo materno a partir de los diferentes significantes que se señalaron como importantes y que ubicaban a las funciones tanto maternas como paternas como fundamentales para el bienestar de ese niño.

Debido a las constantes interrupciones, este Grupo Operativo solo tuvo cuatro tareas establecidas, que únicamente se enfocaron en la importancia de las funciones que los miembros de cada familia desempeñarían, estructurando un nuevo concepto sobre los roles pre-establecidos en la sociedad, generando en el caso de las madres solteras una visión diferente de sus situaciones en particular.

El segundo Grupo Operativo produjo efectos en las madres que conformaban el grupo; el nivel de angustia que el parto prematuro representa se redujo incluso en padres que ingresaron en la segunda y tercera sesión; la participación de las madres que estuvieron desde el inicio del Grupo Operativo dio paso a que otros miembros se integraran en la dinámica, de modo que la producción se mantenía activa desde el inicio hasta el final de cada sesión.

Teniendo como referencia la característica del síntoma, en tanto no se elimina sino que se desplaza, se tomó ese concepto como eje al realizarse las intervenciones en el grupo, pues fue evidente la aparición de somatizaciones que surgían en relación al tema de la lactancia, donde el objetivo era permitir que expresaran todo tipo de inquietudes, temores y sentimientos que les generaba lo que describieron como imposibilidad de dar de lactar, de esa manera pusieron palabras que permitieron elaborar lo intolerable de esa dificultad, dando paso a que lo latente surgiera y pudiera ser tomado en las devoluciones a manera de intervención para lograr una implicación subjetiva en la problemática.

Durante este segundo Grupo Operativo la cantidad de integrantes se incrementó, sin embargo la participación de los miembros del grupo estuvo en función del relato de sus vivencias, así como el asentimiento con la cabeza y el uso de gestos fue interpretado como identificación hacia los relatos que los participantes escuchaban. El trabajo de la pareja coordinadora fue de poder captar esas señales vertidas para continuar dando paso a la palabra de aquellas personas, resaltando en las intervenciones la importancia de emitir sus opiniones, vivencias, comentarios y de aquello que deseen compartir pues se enfatizaba que ese espacio era generado precisamente para cada uno de los miembros del grupo, de modo que el número de integrantes no fue un impedimento para la producción grupal.

En este segundo Grupo Operativo la mayoría de casos que llegaban no se mantuvieron hasta la última sesión, producto de que sus hijos iban siendo dados de alta a medida que las sesiones avanzaban, los padres evidenciaban que habían

progresos en el estado de salud de sus hijos con todo aquello que ellos habían implementado; las reacciones de estos bebés frente a la presencia de sus padres mostró respuestas que describieron como alentadoras para ellos haciendo el suceso más tolerable.

Otro efecto que se pudo constatar fue el contraste en las quejas hacia el personal del hospital, que fueron manifestadas en el primer Grupo Operativo y que durante el segundo no fueron persistentes; la colaboración y el voto de confianza que depositaron los padres en el equipo médico que asistía en los tratamientos de los bebés de cada uno de los casos, fue notoria y daba lugar a que no se generaran interrupciones o conflictos que perturbaran el proceso tanto del progreso de los bebés como del estado de tranquilidad de aquellos padres.

La dinámica grupal permitió que se generara transferencia de los pacientes con la pareja coordinadora, fue evidente la disposición de aquellos padres a la apertura del espacio de palabra, las reacciones mostraron un cambio; en ambos Grupos Operativos la dificultad para hablar en relación al suceso era un factor predominante durante las primeras sesiones, sin embargo a medida que se continuaba el trabajo clínico surgían más palabras por parte de los integrantes; el Real del grupo que se ubicaba en la irrupción inesperada de sus embarazos se iba simbolizando con expresiones manifestadas como “alivio, desahogo”, que describían que ese espacio les generaba.

El embarazo lleva a las madres a la idea de la concepción de un hijo que ellas describían como “sano”, el parto prematuro rompe esa expectativa generando un hijo al que aquellas madres describieron como “enfermo”. El rechazo evidenciado en las

sesiones de ambos Grupos Operativos, pasó de ser algo inconcebible a dar lugar a la aceptación de ese nuevo ser en sus vidas. Este segundo Grupo Operativo, tenía como objetivo apuntar más allá de este suceso, que se apropien de ese hijo y lograr movilizar a esos padres estancados en el sufrimiento hacia las posibles soluciones frente situación ocurrida.

Uno de los detalles percibidos al finalizar las sesiones de ambos Grupos Operativos, fue la demanda de la atención particular de diferentes casos. Una vez que hubo una implicación subjetiva, asumieron la necesidad de continuar un trabajo clínico que les permitiera seguir elaborando a partir de lo iniciado durante los Grupos Operativos.

El reconocimiento hacia la importancia de un espacio de palabra fue evidente por parte de los pacientes, quienes pese a las diferentes interrupciones que el segundo Grupo Operativo tuvo, se mostraban dispuestos y participativos cuando se lograba reanudar las sesiones, hubo integrantes que sugerían nuevos temas a trabajar para los siguientes Grupos Operativos que pudieran generar una continuidad de trabajo en esa área.

El incremento de pacientes en el Plan Mamá Canguro también se evidenció como un efecto de la labor clínica, debido a que el departamento de psicología estaba encargado de la atención en las salas de hospitalización. Se pudo promover este espacio al momento de asistir a una derivación de un parto prematuro, dando conocimiento del trabajo que se realizaba con los Grupos Operativos en el horario que estaba previamente establecido.

La inserción del Grupo Operativo para el trabajo con los padres de niños prematuros que pertenecían al Plan Mamá Canguro, se estableció como un acompañamiento en la subjetivación del proceso terapéutico, de modo que se promovía una identificación en torno a un mismo suceso, pero con la particularidad de las causas que los llevaron a cada uno a encontrarse en esa situación. La importancia de la palabra demostró su operatividad durante las sesiones en tanto los participantes significaban sus vivencias, como en las intervenciones que se realizaban pertinentemente para señalar y dar lugar a la implicación subjetiva en los miembros del grupo.

Al tomar ventaja del Plan Mamá Canguro que reunía en un mismo espacio a los padres de niños prematuros, se tenía claro el factor tiempo como un límite para la introducción de los Grupos Operativos, debido a la necesidad de la aplicación del encuadre determinado que implicaba la técnica no se pudo continuar con la aplicación del dispositivo para un tercer Grupo Operativo.

Dentro del Plan Mamá Canguro, la prioridad para los médicos es la rápida capacitación de los padres de niños prematuros para que pudiesen llevar a cabo la función de canguro correctamente con el neonato una vez que sean dados de alta, motivo por el cual durante el segundo Grupo Operativo se rediseñó el trabajo del equipo médico que asistía a los padres en el programa de Mamá Canguro, dividiendo en el horario dispuesto para las charlas el trabajo de dos profesionales por día, con la finalidad de abarcar los contenidos que los padres necesitaban saber previo a los cuidados en casa de sus hijos.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado con el tiempo que la técnica imponía para ejercer la dinámica y realizarse la devolución al cierre de las sesiones, no hubo compatibilidad con la nueva disposición del equipo médico en el Plan Mamá Canguro, motivo por el cual el segundo Grupo Operativo fue el último que se pudo realizar.

El dispositivo del Grupo Operativo fue insertado como una alternativa viable para ampliar el trabajo del psicólogo clínico dentro de una institución hospitalaria; los dos Grupos operativos realizados fueron una iniciativa para promover la importancia de la existencia de un espacio en donde el paciente sea protagonista del contenido que se genere dentro de las reuniones, ya que el énfasis que destaca el área de psicología es el de privilegiar una escucha a la problemática que atraviesa el sujeto, más allá de darle un soporte a lo intolerable que está atravesando.

Los elementos que se destacan en el dispositivo del Grupo Operativo aportan al bienestar del paciente, en tanto la producción es grupal, es decir que el trabajo del psicólogo clínico no interfiere, sino que posibilita el hablar de la situación que les genera malestar, angustia y otras reacciones que llevan al sujeto a la creación de síntomas en respuesta a la problemática. La función de la pareja coordinadora, implica que se promueva la participación de los miembros del grupo, generando un espacio diferente al médico, un espacio donde el paciente se encuentre en libertad de expresarse y que su discurso permita dar cuenta de su implicación y que a partir de asumir esa responsabilidad pueda tener más conciencia de la posición en la que se estaría ubicando.

El manejo de la palabra se mostró como algo importante dentro de la problemática que implica el parto prematuro. Durante las sesiones realizadas en los Grupos Operativos fue evidente para el equipo médico una mejoría en los paciente, en tanto brindó efectos inmediatos, lo cual respondió a lo que demanda la institución; se pudo pasar de una queja permanente de lo percibido por los pacientes hacia el trato de los médicos y enfermeras en relación a sus hijos y a enfocarse en sus dolencias o preocupaciones en torno al tema; y así permitir que el profesional médico se encargara de su trabajo sin interferir.

Estos dos Grupos Operativos denotaron efectos de subjetivación del suceso en el que se encontraban los pacientes. La dificultad para la asunción del rol materno con aquel niño producto de un parto prematuro, fue trabajada partiendo desde lo intolerable de ese evento para permitir que se dé lugar a la manifestación del sufrimiento expresado mediante el llanto, mostrando la necesidad de un abordaje psicológico a partir de la técnica de la clínica de la urgencia.

El trabajo con los Grupos Operativos, ubicándose como una técnica que funciona en base a la retroalimentación, permitió que el trabajo de duelo se elaborara a partir de la identificación por medio de la historización del deseo materno, lo cual fue interrumpido en el momento del acontecimiento del parto prematuro, lo que quebrantó la expectativa que habían construido durante su embarazo. Trabajando con ese ideal que representaba el bebé que termina su gestación en el tiempo que los médicos señalan, inicia un proceso de aceptación del ese niño producto de la irrupción inesperada, como un hijo en el mismo rango de lo que ellos describieron como normal.

Es precisamente la búsqueda de la aceptación de ese hijo como propio, lo que se persigue al momento de generarse un trabajo de duelo. Se logró que pudieran significar a ese niño, brindarle un lugar, un acogimiento, posibilitando que el niño pueda encontrar un estímulo por parte de esa madre para hacer una conexión y en respuesta se construya nuevamente el vínculo madre e hijo que establece la relación primordial dentro de la constitución subjetiva.

Los Grupos Operativos efectuados dieron cuenta del surgimiento del deseo mediante las diferentes intervenciones tanto de los participantes como de los señalamientos e interpretaciones de la pareja coordinadora; se enfatizó el deseo materno manifestado por las madres y padres de los niños prematuros como la principal fuente de vida de aquellos bebés. Si bien es cierto los comentarios más frecuentes dentro de las sesiones fueron en torno al desconocimiento de un qué hacer frente a la situación, se permitió que se manifestaran aquellas “invenciones” que describieron los participantes como sobrenombres, canciones, oraciones y cuentos, como facilitadoras para otorgar significantes al bebé, lo que dio paso a señalamientos como una posibilidad de viraje de la situación en la que se sentían previamente impotentes, poniendo en evidencia su trabajo de acogimiento del bebé dentro de sus funciones como padres.

Esos resultados que se pudieron constatar durante el trabajo con los dos Grupos Operativos, lo que dio cuenta a la institución que hay algo que la ciencia no logra responder, que se escapa a la explicación y que ubica el origen de los inconvenientes alrededor de la problemática como conocimiento únicamente del paciente y que el

modo de abordarlos no es suficiente con darles respuestas médicas, sino que la apertura de una escucha a lo que tienen que decir, permitirá un trabajo psicológico que consiga una implicación en su malestar.

## Conclusiones

Las observaciones realizadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, dieron lugar al interés en el tema del parto prematuro como una problemática que generaban reacciones en las madres que atravesaban la situación, manifestadas en la imposibilidad de la asunción del rol materno, producto del nacimiento de un bebé antes del tiempo previsto, confrontándose a una pérdida no simbolizada, representando una situación inconciliable, un Real.

El trabajo clínico se centró en la importancia del deseo para esos niños, destacando que la primera relación madre-hijo debe efectuarse como una respuesta hacia el advenimiento de ese nuevo ser, es precisamente el deseo materno el que insta una posibilidad de vida para el bebé y el corte abrupto, que genera el parto prematuro, resulta ser para la madre un factor que interfiere en la construcción de ese vínculo primordial. La dificultad que implica asumirse como causante del nacimiento de sus hijos antes de completar la gestación, genera un sentimiento de culpa provocado por el rechazo hacia la problemática anteriormente expuesta, implicando un rechazo hacia aquel hijo que resultó como producto. Esto origina inconscientemente un bloqueo para la asunción de la función materna, quedando el bebé en la pura observación de médicos y enfermeras que colocan al niño en posición de objeto en relación al saber científico enfocado en la mejoría puramente orgánica.

El peligro que existe de que el bebé sea colocado en posición de objeto, desde muy temprana edad, puede provocar que el niño cree una barrera al Otro, por efecto de una separación abrupta con su madre y por el aislamiento con cuidados médicos que

su delicada condición de prematuridad involucra, quedando sin recursos para acceder al lenguaje a través del Otro, lo cual puede dificultar su constitución como sujeto. Esta problemática motivó al trabajo con aquellas madres para que pudiesen enfrentar la situación, dando paso a que haya una suerte de reconstrucción del lazo primordial a través de iniciativas, encaminadas por el campo del lenguaje, que los conecte a la vida.

Los resultados que ofreció esta investigación con la inserción del trabajo clínico realizado en la institución, permitió evidenciar efectos subjetivos por parte de las madres de aquellos niños en un trabajo continuo que se llevó a cabo desde la clínica de la urgencia en la aplicación de psicoterapia individual, para su posterior elaboración en Grupo Operativo.

Las intervenciones posibles que surgían en torno a cada caso, daban lugar a que la labor del psicólogo clínico pudiese prestar palabras a aquellas madres que sean de ayuda para bordear el suceso que las mantenía en un estado de angustia. El trabajo realizado abordó el duelo de aquel niño idealizado en el imaginario de cada madre, dado como perdido permitiendo una elaboración a partir de la historización retrospectiva de lo relacionado a sus embarazos, siendo una forma de abrir un lugar de aceptación para el nuevo bebé, aquel que llegó en un tiempo diferente, con un aspecto distinto y con un estado de salud que requiere más atención.

Fue notorio como por medio de la palabra, aquellas madres de niños prematuros iban pasando de la queja constante, a la aceptación y la invención de posibilidades ante un qué hacer como madres, poner en palabras las soluciones que se encontraban

al alcance dentro de sus funciones, generándose respuestas ante la incertidumbre de cómo asumir su maternidad.

Las intervenciones que dieron lugar a un sostén para aquellas madres, fue precisamente dar valor a los significantes que ellas brindaban a la situación, privilegiar esos intentos como formas de posicionamiento de su rol materno, dando lugar al reforzamiento del deseo como única vía para la permanencia de los bebés a la vida, y para la mejoría de sus diferentes estados de salud en los que se encontraban.

La inserción del Grupo Operativo fue un medio para una continuidad del trabajo clínico que se ejercía en las salas de hospitalización, se tomó como ventaja un espacio previamente constituido por la fundación que trabajaba el Plan Mamá Canguro, con aquellos padres de niños prematuros. En primera instancia se evaluó las posibilidades de la inserción de un dispositivo que generara en relación a la demanda institucional efectos inmediatos y de forma simultánea, es decir poder trabajar con más de un caso sin perder lo fundamental de la labor clínica, que responde a la particularidad propia del sujeto.

La técnica del Plan Mamá Canguro apunta a la función materna permitiendo el surgimiento y elaboración del deseo materno, lo cual dio lugar a que se tome como referencia parte de la información que aquellos padres recibían en las capacitaciones impartidas en el programa, como un modo de privilegiar la construcción del vínculo madre-hijo fuera del útero.

De esta manera la institución aportaba con significantes que se podían tomar para el trabajo clínico y la obtención de los resultados; los Grupos Operativos que pudieron realizarse se ubicaron como un plus a este programa, se intentó focalizar el beneficio de un espacio de palabra en donde aquellas madres pudiesen manifestar lo que esta situación les generaba, de modo que complementaba al programa en tanto no interfería con las capacitaciones y operaba en el aspecto psicológico, contribuyendo con un bienestar integral para esas madres.

La metodología institucional generó inconvenientes que interrumpieron el proceso en reiteradas ocasiones, desatendiendo la parte psicológica de las madres de niños prematuros, dedicando mayor importancia a las capacitaciones, reforzando la cantidad de información que impartían a los padres, dentro del tiempo establecido en el programa, por lo que se limitó el trabajo de los Grupos Operativos. Debido a la demanda que la problemática representaba en la institución, dispusieron la labor clínica enfatizada en el área de las salas de hospitalización, generando un retroceso en los efectos generados en las madres que se encontraban formando parte del Plan.

La iniciativa mostró validez durante su funcionamiento, motivo por el cual los pacientes reconocieron su eficacia y agradecieron la escucha brindada por parte del departamento de psicología, incrementando la demanda de atención psicológica en consulta privada.

## Recomendaciones

Debido a los efectos que se generaron durante las prácticas realizadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, mediante el trabajo clínico en salas y el aporte de la dinámica grupal, se puede proponer la importancia de un espacio de palabra y escucha hacia la queja del paciente que permita profundizar en la problemática en la que se encuentra.

El trabajo con las madres de niños prematuros se toma en consideración que el deseo materno posibilita el acogimiento del bebé; por lo cual dar lugar a la operatividad de la palabra permite instaurar en aquellas madres un sostén ante la angustia propia del acontecimiento, trabajando la simbolización de aquella pérdida como parte del proceso para la aceptación de ese bebé como propio dando lugar a la construcción del vínculo materno como primordial para la constitución subjetiva.

Considerar el aspecto psicológico como posible dentro de una situación que escape a la explicación del saber científico; la dinámica grupal dio apertura a un espacio diferente dentro de un ámbito hospitalario, ubicando la labor del psicólogo como adaptativo y compatible con la normativa institucional, esa iniciativa apunta a la validez de la necesidad de una escucha y un lugar al decir del paciente que le genera un confort al permitírsele hablar de lo que lo aqueja.

## Bibliografía

- Adamson, G. (1984). Fases y mitos en grupos operativos. En *Temas de Psicología Social*. Buenos Aires, 1(1), 1-26.
- Belenga, G. (2002). *El psicoanálisis aplicado a las instituciones asistenciales*. Recuperado de: [www.eol.org.ar/jornadas/jornadas\\_eol/011/textos/belaga.doc](http://www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/belaga.doc)
- Botero, I. (2004). *Un encuentro prematuro*. Recuperado de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/11/33>
- Caparrós, N. y López, S. (1975). Teoría y práctica de grupos operativos. En *Psicología y Sociología de grupo*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Freud, S. (1908). *Teorías Sexuales Infantiles*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Guerrero, F., Herrera, M., Herrera, M. y Maruri. (2000). *La psicoterapia con orientación analítica en instituciones hospitalarias*. Material teórico compilatorio entregado en las prácticas clínicas.
- Labruncherie, N. y Marrero. (1975). Roles de coordinador y observador. En *Psicología y Sociología de grupo*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

----- (1966). El estadio del espejo como formador del yo. En *Escritos I*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

----- (1969). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Paidós.

----- (1962-1963). *Seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Naranjo, G. (1995). *Trayectoria. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional*. Buenos Aires: Rayuela Editores.

Nominé, Bernard. (1995). *La relación de objeto: Comentarios del Seminario IV de Jacques Lacan*.

Pichón Riviere, E. (1982). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

Practicantes 2005-2006. (2006). *Trabajo grupal en instituciones. Grupo operativo y grupo monosintomático*. (Tesis de Psicología Clínica). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil.

Raimbault, G. (1982). *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Madrid: Editorial Ariel.

Rellan, S., García y Argón. (2008). El recién nacido prematuro. En *Asociación Española de Pediatría*.

Recuperado de: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf)

Salinas, I. y Gafter, E. (1997). *Clínica de la urgencia*. (Tesis de Psicología Clínica). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil.

Secretaria de Salud. (2006). *Manejo Madre Canguro. Manual de atención*. México:

Hidalgo, M. Recuperado de:

[https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fsalud.edomexico.gob.mx%2Fhtml%2Fdescarga.php%3Farchivo%3DMedica%2FDOCUMENTOS%2520DE%2520APOYO%2520DEL%2520PROGRAMA%2520ARRANQUE%2520PAREJO%2520EN%2520LA%2520VIDA%2520\(ANTOLOGIA%2520DE%2520PAV\)%2FARRANQUE%2520PAREJO%2520EN%2520LA%2520VIDA%2520MATERIALES%2FMADRE%2520CANGURO%2520LINEAMIENTOS.PDF&ei=pDhpU\\_CLEcnXygH84oGYBA&usq=AFQjCNHeeFtIIAlan4P3BTmjijdnWyqsjA](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fsalud.edomexico.gob.mx%2Fhtml%2Fdescarga.php%3Farchivo%3DMedica%2FDOCUMENTOS%2520DE%2520APOYO%2520DEL%2520PROGRAMA%2520ARRANQUE%2520PAREJO%2520EN%2520LA%2520VIDA%2520(ANTOLOGIA%2520DE%2520PAV)%2FARRANQUE%2520PAREJO%2520EN%2520LA%2520VIDA%2520MATERIALES%2FMADRE%2520CANGURO%2520LINEAMIENTOS.PDF&ei=pDhpU_CLEcnXygH84oGYBA&usq=AFQjCNHeeFtIIAlan4P3BTmjijdnWyqsjA)

Stryckman, N. (1995a). Temporalidad de la cura tiempo de las sesiones. En *Trayectoria. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional* (171-221). Quito: Rayuela Editores.

Stryckman, N. (1995b). La feminidad, la madre, la pareja. En *Trayectoria. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional* (171-221). Quito: Rayuela Editores.

**ANEXOS**

## Informe del 1er Grupo Operativo

### 1er Tema: ¿Qué es ser madre de un niño prematuro?

**Consuelo:** Para mí ser madre de un niño prematuro, me sorprendió, me salí fuera de control, me desesperé, verlo tan pequeñito, pensé lo peor. Yo lo pensé con anhelo, lo quise tener, lo guardé en mi vientre con tanta alegría. Fue un trauma cuando lo vi, pero me mantuvo bien Dios. Él está grave, pero Dios es el único que puede ayudarnos, esta situación es un reto que nos da la vida.

**Coraima:** Para mí fue fuerte, fue duro ver a mi hijo con los ojos y la cabeza tapada, con sondas. Ahora es una alegría que ya me lo den de alta, gracias a Dios mi hijo ya está bien, no se puede explicar la felicidad que se siente, ya podré sentir el calor de tenerlo conmigo.

**Evelyn:** Yo antes estuve en un tratamiento, pero ahí tuve una pérdida. Ahora que ya nació mi hijo, cuando lo vi nos impactamos, yo tuve preeclampsia, estuve hospitalizada 2 veces antes de que tuviera que dar a luz. Cuando estuve de 28 a 29 semanas me operaron, y como estuve internada por la preeclampsia lo vi recién a los 3 días, yo imaginé verlo diferente, estaba moradito, él movía sus manos como para aferrarse a vivir. Fue traumatizante, no espere que mi primer hijo fuera así, ya no quiero volver a quedar embarazada. Ruego a Dios que se recupere. Cuando voy a mi casa no paro de llorar, ver sus cositas en casa de él, es bien feo, es complicado, es el anhelo de que ya este conmigo. Una vez una enfermera aquí me hizo llorar, porque había fallecido un bebito de la sala donde está mi hijo, tenía la piel verdecita la última vez que lo vi y la

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

enfermera me dijo “Estos niños son como una cajita de sorpresas, un día están bien y al día siguiente no se sabe lo que les pueda pasar”, ese día me quedé muy mal, llegue llorando a mi casa y mi esposo no sabía lo que me pasaba y pensó que le había pasado algo a nuestro hijo.

**Martha:** No sabía que era prematuro, como no lo esperaba me impactó, me impactó lo que dijo también la enfermera “fue niña, pero se puede morir”. El papá también se impactó. Eso me tiene muy intranquila.

**Chiguano:** Yo tengo sentimientos compartidos, yo tuve gemelos, los tuve a las 26 semanas, dijeron que no iban a vivir, se me vinieron antes de tiempo, cuando di a luz a uno lo oí llorar y a uno lo vi y al otro no, a los 3 días me dieron de alta, ahí supe que uno de los bebés murió. Me decían que no llore porque tengo el que está vivo, es uno el que está luchando por su vida. Fue un trauma todo esto, es algo que no se puede olvidar. Yo también he vivido la falta de sensibilidad, las enfermeras tienen expresiones que a uno lo hacen pedazos.

**Jorge:** Este es mi segundo matrimonio, yo soy viudo, ya soy abuelo también, ahora con mi nueva esposa quisimos tener hijos, estuvo en tratamientos porque no quedaba embarazada, en la lucha quedó embarazada, de gemelas. A las 24 semanas fue hospitalizada por pérdida de líquido, se recuperó, pero a las 25 semanas tuvo problemas, contracciones y se le adelantó el parto, donde fue de emergencia le dijeron que serían prematuros y que no tenían equipos y que por mejor atención viniéramos a la maternidad. Aquí la atención es buena, pero algunos son sensibles y otros no, nos dicen que los bebés tienen peso demasiado bajo, que pueden quedar sordos, que no

van a vivir, otros son sensibles y dan aliento. Nos dijeron que las niñas son más rápidas para madurar.

**Jhonny:** Cuando llegamos no nos dijeron que era Mamá Canguro, entonces ya le dieron de alta a mi bebé pero no lo pudimos sacar porque dijeron que no habíamos venido a las charlas, porque es un niño muy delicado y debemos aprender aquí como cuidarlo.

**Chiguano:** Me han servido bastante estas charlas, cuando mi esposo llega del trabajo yo le informo de que dieron aquí.

**Jorge:** Yo quisiera comentarles sobre una ley, hay un artículo que da como permiso de paternidad 23 días de vacaciones cuando es parto múltiple o parto prematuro, para que le digan a sus esposos y para los padres que están aquí.

**Consuelo:** Mi jefa si me apoyó bastante, yo trabajo en una casa como empleada doméstica, mi jefa me está dando permiso mientras esté con lo de mi hijo.

**Fabián:** Nosotros somos de Manabí y aun no sé cuando les den de alta, ellos son gemelos, son mis primeros hijos, fue una felicidad cuando supe que iba a ser papá. Aquí las enfermeras son muy groseras, una me dijo directo “sus hijos nacieron muy pequeños, posiblemente mueran”, sentí un vacío en el pecho, también me dijeron “no están estables, en cualquier momentos se pueden morir”, a pesar de ser hombre es un impacto muy fuerte, deberían decir las cosas más sensibles. A pesar de que mis hijos sean prematuros, yo los considero una felicidad, un regalo, es una bendición.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Jennifer:** Yo creo que esto es una prueba que Dios nos pone, yo pase 6 años buscando el bebé, a mí se me vino antes un bebé de 4 meses, lloré mucho, pero él murió. Mi bebé ahora está ya en una sala de menos riesgo. A mi esposo una d las enfermeras lo cogió en la nada y le dijo la noticia de que lo iban a poner en observación a nuestro bebé “y no sabemos qué puede pasar”. A mí una enfermera me dijo “su bebito no tiene esperanza”, es satisfactorio cuando ya se le puede dar de comer y ya dicen “su bebé está evolucionando”, la enfermera que me dijo que mi hijo no tenía esperanza se disculpó conmigo.

**Andrea:** yo tengo 18 años, cuando quedé embarazada, al comienzo tuve vergüenza cuando supe que mis bebés eran prematuros, porque yo estuve en drogas, sé que era mi culpa. A mí me ingresaron en una clínica de rehabilitación, cuando entre ahí no quería tener a los bebés, yo los quería abortar y no pude. Cuando supe que eran gemelos, sentí que era una prueba, desde ese momento mi vida cambio, tome el tratamiento que me ofrecían, mi problema con las drogas quedo atrás. Ahora a mis hijas les pido perdón a ellas por el daño, pensar que es mi culpa, y que ellas han cambiado mi vida, siento que soy otra persona, yo ya había tenido 4 internamientos en clínicas de rehabilitación y nada me cambio, ellas fueron mi bendición.

**Valeria:** Ella es mi tercera hija prematura, la primera nació de 7 meses estaba bien flaquita, la segunda la tuve a los 8 meses se puso mal porque había tomado un poco del líquido, ella tenía el pecho hundido también, decían que no me ilusionara porque se iba a morir. A mi antes los médicos me habían dicho no podía tener hijos, por eso ni me cuidaba. Cuando la segunda nació me dijeron las enfermeras “si tienes Dios pídele a tu Dios por tu hija, nosotros hacemos lo que podemos”, eso hice, a los 5 días ya podía

darle leche, a los 7 días le dieron de alta, aunque decían que iba a tener dificultades. A la última la tuve a las 33 semanas cuando vine a la última consulta de control, ella lloró mucho cuando la sacaron de mí, se puso malita, sus pulmones no habían desarrollado bien aún, ya son 14 días y está estable, tuvo colitis, sube y baja de peso pero se mantiene estable de salud. No sé por qué mi útero no las puede retener suficiente tiempo. Pedía hijos a Dios, me los dio pero tengo este problema en mi cuerpo, pasa el tiempo y no las puedo retener.

### **2do Tema: Primer contacto con el bebé**

**Carolina:** Me da miedo cogerla, me da miedo aquí también, tengo miedo de que la vayan a lastimar. No nos dejan verla en la sala en la que está, en las otras salas si podíamos. Cuando recién la vimos, no esperábamos verla de ese portecito, yo siento mi emoción de madre, pero lo que me han dicho me ha hecho llorar, una enfermera me dijo que no la coja muy duro porque “la puede matar”, eso fue traumático, cuando la cogí por primera vez le sentí los huesitos, la puse en la termo-cuna de inmediato. Algunas enfermeras son groseras, nos botan de la sala, el otro día me dijeron “ya están muchos padres, váyase”, “ya le dio la leche, ya váyase”, anoche con no poderla ver la pase muy mal.

**Vladimir:** Este es mi primer hijo, es algo muy hermoso, me da miedo cogerlo, me da pena, yo hubiera querido que fuera como los otros. Iban a ser dos, pero el otro murió, pero yo me siento tranquilo, siento que las cosas saldrán bien, yo no tengo temor.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Sam:** Yo también hubiera preferido que fuera normal, pero cuando ya ves a tu bebé, no se puede expresar, a mí me daba miedo saber que tenía que cogerlo, pero es un amor de madre, que hace que lo cojas a tu bebé con el cuidado necesario.

**Luis:** Mi nena estaba en Prematuros 2, tenía la emoción de tocarla cuando recién la vi, pero no podía, solo podía verla por el vidrio, pero cuando ya pude, la sensación de tocarla, es una energía algo que no se puede expresar, es una niña prematura entonces hay que tener más cuidado.

**Mercedes:** Al comienzo no podía ver a mi bebé, es emocionante verla ahora porque está más grande, ya puedo darle leche, tocarla, es una emoción grande, son muchos sentimientos. Cuando se acaba el tiempo de visita es feo, creo que nadie de nosotros queremos dejar a nuestros hijos, cada vez que la veo y que la tengo mi corazón late fuerte.

**Sam:** Uno no sabe cómo la vaya a encontrar cuando regresa a la siguiente visita, ese es nuestro temor, mi marido siempre me dice “contrólate”, pero cuando terminaban las visitas me ponía a llorar.

**Teresa:** Yo tuve eclampsia y me quede ciega, luego empecé a ver de nuevo pero borroso. Cuando vi como estaba mi bebé, me hacía llenar de tristeza, pero era emocionante sentirla ahí con su aromita, se siente bonito.

**Chiguano:** Verla cada día es una felicidad.

**Angela:** Cada que lo veo le digo “te amo”.

**Jorge:** Es una bendición.

**Sam:** Yo le dije a mi bebé que es mi “belleza”,

**Vladimir:** Ella mi todo, a la vez me da tristeza, el doctor nos dijo que tenga cuidado con mi bebé porque otro bebé había fallecido “como si fuera una planta”. Cuando ya pude tocarla, es algo increíble.

**Sara:** Siento mucha alegría por tener a mi bebé. Coincido con que les falta sensibilidad, en esa sala. A mí me dijeron al comienzo, “su bebé esta grave” y luego leen el informe, uno no sabe qué hacer.

**Magdalena:** Se siente impotencia, al no poderlo ayudar, verlo con sondas, con sueros, verlo con ese tamañito, pero justo para eso estamos aquí, estamos preparándonos para ellos.

**Jorge:** Es un alivio poder hablar de esto. Mi bebé está demasiado bajo de peso y me siento impotente al ver los cuidados que solo aquí le dan, es un alivio también saber que aquí están en el mejor lugar para sus cuidados.

**Jennifer:** Por una parte es alivio y por otro no. El domingo me lo dieron para lactar, y el lunes la encontré con una sonda, le quitaron el esparadrapo fuerte. Antes de leer la historia clínica me dijeron “aquí no esperamos consentimientos de madre, sino que se recuperen rápido”, cuando se llega a visitarla hay que esperar, porque cuando se llega ahí recién los asean y les cambian de pañal. Aquí cogen al niño sin cuidado, a mí me da miedo la columna. A nosotros nos piden que nos lavemos las manos, y ellos no, a ellos se los ve por ahí conversando y usando el celular.

**Tamara:** Nosotros ya le dijimos al doctor de Prematuros 4, que por qué dejan la puerta abierta, los de limpieza entran y dejan la puerta abierta, pero respondió que todos saben lo que deben hacer pero él no puede andar atrás. A mi me pareció un desinterés de parte de él.

### **3er Tema: Importancia de la pareja o familiar directo en el cuidado de un niño prematuro**

**Lorena:** Primera vez que vengo a la charla, yo por experiencia propia, se lo que es tener un niño prematuro pero le dije a mi hija que ella tiene que venir y yo la ayudo en lo demás.

**Luis:** Para mi es una experiencia nueva, nadie espera una situación como esa, soy de Caluma, he tenido que acomodarme y ser el apoyo de mi pareja, tenemos que esperar que todo salga bien pero es difícil, yo aprovecho la ley que apoya a los permisos de los trabajos porque debo estar acompañando a mi esposa.

**Miriam:** No tengo donde llegar ni donde estar, es difícil, ha sido muy duro porque estoy sola acá.

**Magdalena:** Soy de Pasaje, tengo dos hijos de 9 años y de 3  $\frac{1}{2}$ , es duro porque los extraña mucho, lo bueno es que tengo quien los cuide, estoy refugiada en la fundación ASVOLH, cuesta solo 2.50, extraño a mis hijos pero estoy haciendo la lucha por mi hijo que está ingresado.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Karen:** Mi esposo trabaja, aquí está mi mamá, estoy por los cuidados; me da gusto poder verlos y tocarlos aunque sea un poquito, espero cuidarla con tanto cariño, cuando estaba embarazada me portaba malcriada pero ahora con todo lo que ha pasado se me ha olvidado todo de cuando era joven, estoy diferente, el niño va bien con los cuidados.

**Jonathan:** A veces el ver a esa criatura me ha hecho reflexionar, Dios y la hija me han hecho reflexionar sobre la adolescencia, ahora entiendo el valor porque mi hija me está enseñando de la vida, confío en Dios y les digo a todos que tengan fe. Un te amo permite que Dios recompense, porque el abuelo aprende a ser abuelo con el padre y el padre con su hijo. Dios es nuestra única salvación, porque ve lo que se tiene en el corazón, pido perdón y desde que lo hice mi hija ha ido evolucionando.

**Giovanni:** Mi esposa estuvo perdiendo líquido, cuando fuera ya se sintió alegre, en su casa ha habido un cambio porque todos me han dado la mano, mi abuelo ve a mi bebe cuando estoy trabajando de tarde y esta situación me ha ayudado a madurar.

**Carmita:** Seré el principal apoyo para mi hija, porque mi hija debe volver a sus estudios porque en septiembre debe igualarse.

**Margot:** Yo seguiré apoyando a mi hija que es madre soltera, estar con ella en las buenas y en las malas, así como hemos dormido fuera en los ingresos del hospital, yo como ya tengo la experiencia de un niño prematuro ayudaré a mi hija a cuidarlo, porque se de cuidados así que le voy a enseñar.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Consuelo:** soy madre soltera pero tengo a mi mamá que me ayuda, entonces ella va a cuidar al bebé conmigo, estoy decidida que cuidaré como sea a mi hija, “nada es difícil cuando uno quiere”, “Y sabrá Dios como haré con el cuidado”, no tengo miedo.

**Margarita:** Ser todo, el sostén para mi hijo, esa es mi tarea, si es de sufrir pero ahí se va y mi esposo me ayudará cuando regrese del trabajo.

**Luis:** La familia de mi esposa no tiene organización y tienen inconvenientes por vivir en Caluma, pero la madre es la única que está cerca y le da ánimos, mi trabajo como es en Playas me lo impide.

**Noé:** Soy de Quevedo, mi esposa desde los 4 meses empezó a presentar problemas, dio a luz en la ambulancia desde Ventanas, he tenido el apoyo de mis suegros porque de mi familia nadie me apoya, Confío en Dios “el da y quita la vida”, por eso lo veo difícil, pero la fe y esperanza no la pierdo. Mi hija ya pesa más de 1200 g., yo soy quien la apoya y ayuda, aunque la ayuda idónea es con Cristo “con Cristo se puede salir adelante”, deje mi trabajo para apoyar a mi esposa.

**Camila:** Deje el colegio por mi hijo, vivo con la duda de si se lo va a llevar Dios, vivo con miedo de saber si algún día lo voy a tener en casa, por mi hijo saldré adelante, tengo solo apoyo de mi mamá, y “ahora me doy cuenta que se aprende de los errores cuando se es madre”, pero pido siempre a Dios fortaleza para salir juntos.

**Alexandra:** Tengo dos hijos uno de 11 años y otro de 7 años, pero con este hijo he sentido un cambio, es el inicio de ser madre, verlo tan frágil, el calorcito de ella, pedacito, un cambio en el alma. Mi primer hijo fue parto normal y el segundo fue cesárea, con ellas no pasó esto pero lo bueno es que tengo el apoyo de mi esposo,

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

todo esto es muy diferente, cuando le converso parece que entiende, le pido al Divino Niño, porque esta es una experiencia nueva, tengo alegría y preocupación por mis otras dos hijas.

**Lilibeth:** Me hace falta el apoyo de mi esposo porque vive lejos del país, mis padres y amigos me apoyan, me desespero ver a mi hijo así; es mi primer hijo y a mi papá le hizo mal verlo porque sufre del colon. Ya me lo quiero llevar me angustia verlo ahí.

### **4º Tema: ¿Qué se dice de los niños prematuros?**

**Jhon:** Somos de Unión- Machala, son muy delicados, enfermizos, se contagian rápido, son delicados de salud, en relación a la medicina; es mi primera vez siendo padre de un niño prematuro, me siento muy asustado, estoy en las nubes de cómo tener un niño prematuro.

**Maryuri:** Es un niño que no ha tenido la maduración de sus órganos y que hay que saber cuidarlo, alimentarlo, que preocupa, que presenta retroceso de peso y que se puede morir.

**Mireya:** Mi hijo es de 6 meses, presencie que se podía morir porque en la hora de la visita, dejó de respirar, me preocupa cuando ya se vaya a la casa porque aquí tienen los cuidados.

**Gamerdi:** Nunca había pasado por esto, desde el lunes el doctor me dijo que si se pasaba el martes se moría, lo vi y se me salían las lágrimas, al principio respiraba aceleradamente pero los doctores lograron que se regularizara la respiración, mi

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

preocupación es que recaiga, que al instante en casa le pase algo; yo miro de reojo por la impresión, tengo miedo a verlo y las lágrimas salen solas.

**Jhon:** He escuchado que a durante los tres primeros meses si no se tiene cuidado se pueden quedar ciegos.

**Maryuri:** Es eso cuando afecta la retina visual, cuando pasan con mucho oxígeno. Tener un niño prematuro significa que se acabó la vida nocturna y las mascotas.

**Jhon:** La doctora me dijo “su niño es muy prematuro, mire a su alrededor es una zona de riesgo” pero luego me dijo “su bebé ha progresado”, pienso que no sería bueno que nos engañen sino que lo que tengan nos lo digan, y anima cuando los doctores dicen una vez que se encamina, se va pa lante. A mi hija le puse Milagro.

**Magdalena:** Soy de Pasaje, mi bebé nació de 27 semanas, mi bebé es muy indefenso y muy tiernito, pero soy muy creyente de Dios a pesar de lo fuerte de las palabras que los médicos dicen, Dios es mi fuerza y se lo digo a mi hijo “Tú estás sano en el nombre de Jesús”, tengo fe de que él saldrá.

**Elisa:** ¿A qué se debe un niño prematuro?

**Maryuri:** ¿Si es primera vez, el siguiente niño también saldrá prematuro?

**María:** En mi caso me dio diabetes gestacional, preeclampsia, luego mi bolsa amniótica empezó a calicharse y perdía líquido y tenía síntomas terciarios como visión borrosa, así que me intervinieron para sacarme al bebé antes de tiempo, pero otro factor según los médicos es la mala alimentación y el estilo de vida.

**Jhon:** Mayor razón por la preeclampsia, pero en sí no hay razón.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Magdalena:** Llegó mi embarazo hasta los 6 meses, pero siempre se me rompía el agua fuente pero todos mis hijos han sido milagros de Dios.

**Johana:** Para mí es una bendición divina, por la lucha en una demostración de amor de Dios, me enteré al tercer día que mi hija casi nació muerta, lo veo como un milagro porque lo reanimaron porque tenía asfixia neonatal pero muestra mejoras, mi incertidumbre es porque la evolución de ellos es más lento.

**Maryuri:** Yo le hablo y ella se mueve, se ríe, parece que me sigue con la mirada, es “mi mini” va para delante aunque bajo de peso a 900 g.

**Jessica:** Uno no espera eso, la primera impresión verlo con muchos cables “casi que me moría”, pero ya está progresando.

**Daniela:** De Manabí me trasladaron a Portoviejo sedada, mi hija nació de 27 semanas, gracias a Dios ahora está con más alegría. Dios me ha dado fuerza para salir adelante.

**Isabel:** Segunda vez que tengo un niño prematuro, tengo fe en que saldrá, mi hijo tiene problema cervical, “es un milagro”, salió a las 27 semanas. No puedo ni dormir, es muy duro verla así, es demasiado duro; mi anterior hijo prematuro falleció, a mi hijo lo veo mejor. Aquí me siento que lo voy a ver, tengo apoyo de mi pareja.

**Martha:** Es mi cuarto hijo, gracias a Dios, porque es un milagro de vida “ellos inyectan vida”, mi hija toma leche por sonda, “moviéndose inyectan vida, son como una marea” yo le hago estímulo con el seno pero hay que ser paciente.

**Rosa:** Mi hija nació de 40 semanas, se estaba asfixiando, me siento mal de verlo ahí porque me dijeron que estaba mal.

**Maryuri:** Hay que acercarse a Dios, tener mucha fe porque la desesperación de no saber cómo están es bastante.

**Jhon:** Yo tuve una mala experiencia por la muerte de una bebé, le eché la culpa a la economía. “Dios tiene la última palabra”, estoy contento en general con las salas. Tengo la ventaja de un trabajo estable, pero mi temor es por lo latente de que pase lo mismo. Mi esposa y yo somos solos, no tenemos apoyo de los familiares de parte de ambos al contrario hemos recibido apoyo de amigos. Cuando me dijeron de la intervención antes se me vino una película de lo que seguía, al verlo fue algo desgarrador por todo lo pequeño que es, por los cables, pero el verlo con los ojos abiertos me da muchas fuerzas. El día anterior nos sugestionamos por las palabras de las enfermeras.

### **5<sup>to</sup> Tema: Miedos y Preocupaciones ante la experiencia de ser madre de un bebé prematuro.**

**María 1:** segundo niño prematuro, miedo casi se me cae de la termo-cuna, me tiemblan las manos, le dije a mi mamá que me la crie ella, mi esposo falleció hace poco.

**Mirella:** Entre viernes y sábado tengo mucho miedo. Como es una niña estaba lastimada, sacándole el esparadrapo la lastimaron, yo el día sábado la encontré así, le sangraba son niños extremadamente delicados.

**María:** Como ella es menor de edad yo la ayudo, los que están ahí no tienen cuidado. Yo tuve un bebé prematuro y por eso tengo conocimiento del tema pero encontré en

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

una ocasión al visitar al mi bebé en la sala que el bebé se había salido y se había colgado hasta los pies, tenía el bracito así (gestos) y le dije al Dr. que por qué estaba así y deberían tener más cuidado.

**Mirella:** Las enfermeras al cambiar el pañal al bebé lo hacen demasiado tosco, pueden ser rápidos pero con cuidado porque son delicados. Yo veía como cogían a mi bebé del brazo y me lo herniaron hace 15 años por ser muy toscos.

**Lorena:** Yo tengo miedo porque mi bebé ya va a tener 3 meses, miedo porque puede perder la vista por estar con muchos tubos de oxígeno. Me dijeron que tiene una visualidad de grado 2, dicen que hay que esperar.

**Blanquita:** Aquí hablamos de los cuidados pero usan las mismas botas que ya están usadas, qué podemos esperar que los niños se enfermen de nuevo más que nada por evitar las infecciones que hay en la sala, y son groseros de paso, me dicen tiene que ponerse esa bata y aguantar la mascarillas y gorro para todo el día, pero yo no las quiero usar porque están sucias y les digo les traigo al psicólogo.

**Cristina:** Para mí fue un shock, tuve gemelas, tenía tubos porque tuvo un problema en los pulmones, casi me desmayo de verla tan pequeña luchando por su vida, tan chiquita.

**María:** También me impactó bastante “casi me desmayo”.

## Informe del 2<sup>do</sup> Grupo operativo

### 1<sup>er</sup> Tema: Función Materna

**Claudia** : Función principal, es estar más pendiente del bebé, de sus cuidados, etc. La mamá es la que da todo esto.

**Nelson**: Soy abuelo, haciendo la función de padre uno como papá y con mi esposa, no solo lo puede hacer la madre sino familiares principales, generar la misma función materna.

**María**: Mi esposo es de Quevedo, los doctores ven que mi hijo está bien, pero tengo la fe de que va a salir. Vivo junto con mis hermanos y mi esposo. Mi hermano mayor más activo el propio papá. Los tíos podrían ayudar, así con los abuelos en colaboración de otras personas. Me da mucha felicidad ver a mi hijo moverse, mi hijo tiene una hemorragia y oramos para incluirlo.

**Janina**: Función para mi es hacer algo activo en un trabajo, casa, de madre, cada cosa puede funcionar de cualquier cosa; función materna es estar pendiente de todo en la casa con los hijos, todo para el beneficio familiar. Cuidado con amor, ternura y tener mucha paciencia.

**Claudia**: Más preocupación, más cuidados al bebé, cuidados especiales al bebé, caricias, palabras, visión para que ellos entiendan porque estamos aquí.

**Issac**: Es una oportunidad que se nos está dando, aprovecho la charla al máximo para que el entienda que todo lo estamos haciendo por él, le hablamos, le hacemos estímulos, así que para mí la función es hablar, es transmitirle amor.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Teresa:** Yo siempre le pedía a Dios que mi hija tenga valentía, siempre le hablo, le canto, le cuento cuentos para que vaya superando, eso la ha ayudado y por esa razón le puse Valentina de nombre. Función materna es darle valentía a nuestros hijos.

**Andreína:** Yo le puse guerrero a mi hijo, le pedimos a Dios por tenerlo un día más, él se ríe por todo lo que le digo, cuando le hablo se ríe, por ejemplo le digo tiene que alimentarse y él es un coqueto.

**Maricela:** tuve gemelos, un bebé es más pequeño y tuvo más complicaciones, ya ha mejorado después del diagnóstico, así que estoy contenta porque ya se va mejorando. Le digo palabras dulces, amorosas para que se sienta que su papá y yo estamos bien.

**Francisco:** Soy abuelo y pienso que a todo ser humano le nace el calor para darle al niño, el calor como padre que transmitir.

**Sury:** Mi hija nació a las 15 semanas, yo le cantaba y ahora me mira, y eso me hace emocionar mucho.

**Isabel:** Porque estamos con Dios, él está con nosotros, cada oración la sienten; mi hijo está en un caso donde no le daban esperanza, "Dios me hizo el milagro"; mi bebé me aprieta el dedo, yo le canto alabanzas, soy la madre más feliz del mundo.

### 2<sup>do</sup> tema: Función Paterna

**Carlos:** La responsabilidad de un padre hacia su hijo, aparte con todos los cuidados y responsabilidades.

**Nathalia:** Es el contacto con el hijo, es darle amor, cariño eso es cumplir una función.

**Pino Mera:** ejercer la función paterna implica ser el más responsable, ser el ejemplo en casa para que ellos sigan la misma rutina, guiando, aportando con nuestros conocimientos. Hay que organizarse con el trabajo desde muy temprano, pero las responsabilidades son primero, el hogar, la casa el dedicarme a mi hijo para que la madre descanse.

**Francisco:** Un niño desde el momento que nace necesita el cuidado de los padres, cariño, amor para que tengan un buen crecimiento.

**María3:** Ser la mejor madre cuidándolo, darle todo el amor que ellos necesitan.

**Macías:** Darle amor, cariño, enseñándole cosas desde pequeños para que sean buenos hijos.

**Paula:** Tener mucho cuidado con ellos, en limpieza, cuidados, ser responsables en casa porque ellos necesitan mucho de nosotros. En mi casa no tengo ayuda, me toca cuidar a mis dos hijos prematuros La situación obliga a los padres a trabajar y cuidar sola a niños en casa, tengo gemelas de 7 meses, soy de Manglar Alto, pero estoy segura de que estoy en buenas manos y que saldré adelante.

**Valeria:** Mi apego es más con ella, mi suegra me ayuda y mi esposo trabaja.

**Jesús:** Mi primer bebé será una alegría tenerlo y cuidarlo, trabajando para él.

**Patricia:** Me tocaría hacer yo de mamá canguro, me siento muy feliz, me toca ser una abuela más responsable, cuidarla más que otras nietas. Me siento muy alegre de tenerla conmigo y hacer de mamá canguro, ayudar a mi hija mientras la mamá hace

sus que hacerles; lo principal es mamá y papá, pero en caso de que no haya ayuda está bien, yo sola me he quedado con mis hijos, sola con 11 hijos y los he sacado adelante a todos.

**Lisset:** Se puede cuidar a un hijo sin un padre, cuando nos proponemos lo podemos hacer solas y sacar adelante a nuestros hijos; yo pienso que el apoyo también lo tenemos de nuestras familias, ya sea de una hermana o una tía.

### **3er Tema: Miedos y preocupaciones de llevarlo por primera vez al hogar**

**Wellington:** Más que temor es la ansiedad de poder ya coger al bebé. Nos sentimos más preparados con las charlas, nos han ayudado bastante con los cuidados que debemos tener. Los papás no están siempre en casa pero tenemos que ayudar a nuestras esposas cuando estemos en casa aunque no sea todo el tiempo cuando llegamos tenemos que hacerlo. Esta situación más que preocupación es una ansiedad. Quisiera ya poderlo cargarlo ya en mi pecho.

**Norma:** Yo soy de Salinas, yo no soy la mamá de la bebé, pero yo como abuelita estoy contenta por cómo han atendido a mi hija aquí, desde salinas nos hicieron el traslado, la atención aquí en la maternidad ha sido muy buena estoy contenta por la charla que nos dieron en el auditorio y por cómo nos llevaron. Estamos muy felices porque la bebé ya va a tener el bebé 1000 gramos, yo creí que ya no la teníamos, y aunque mi hija no esté siempre para la bebé, yo ya sé los cuidados.

**Jennifer:** Me preocupa mucho algo, por mi casa hay muchos gatos y se meten mucho en mi casa, yo siempre limpio pero no sé eso sea suficiente, por lo que ustedes dicen

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

que el bebé siempre debe estar en un ambiente limpio, yo voy a limpiar el cuarto con cloro, pero no sé si sea suficiente porque son bastantes gatos los que van, no sé si alguna bacteria puede afectar al bebé. Otra preocupación es por mi otra niña de 2 años no sé si vaya retroceder por los celos, porque así dicen, que puede retroceder, no sé si vaya a quererle pegar por lo que la cargó todo el día y se ponga celosa.

**Martha:** Yo soy de la sierra, no sé cómo voy a atenderlo allá, estoy preocupada por lo que va haber un cambio de clima de la costa a la sierra cuando ya me lo lleve a la casa, tengo miedo que se me enferme.

**Karla:** Son gemelas mis niñas y tengo otro hijo de cuatro años y medio, no sé cómo voy a hacer con las dos y mi pecho, y con mi otro hijo que tengo, porque tengo que atenderlos a los 3.

**José:** Siempre existe la preocupación de que si aquí están pendientes de nuestros hijos o no, en casa ya sólo se limita a la observación, hay madres que ya tienen experiencias como madres con otros hijos, no son primerizos, en cambio nosotros que somos primerizos con mi esposa tenemos mucho más miedos y acá ha habido muchos cuidados y hay que darle la importancia de lo que nos dicen aquí, y con el pasar del tiempo ya sabremos qué hacer.

**Edison:** Mi esposa ya está de alta pero mi bebé todavía está acá, yo antes tenía mucha tristeza porque no podía tocar a mi bebé, ni cargarla, pero ayer ya me dejaron tocarla, creo que se creó un lazo, porque sólo la podía ver pero no tocarla. Yo siempre he tenido un lazo muy fuerte con mi esposa y sé que el bebé también tiene una fuerte conexión con ella, pero yo ayer cuando ya tuve contacto con ella ya me sintió y siento que ya se creó un lazo, yo quiero que ya se recupere, lo único que quiero es ya tenerla

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

en casa. Poderla tocar me tranquilizó, antes solo la veía en los cuidados del hospital pero ya será otra cosa en la habitación en que la tengamos en casa.

**Jennifer:** Este es mi segunda hija, las dos fueron prematuras, la primera fue también pero no tuvo tan bajo peso y no tuve que tener estos cuidados con ella, aunque haya tenido hijos antes esto es una experiencia nueva, porque es prematuro, siento como si fuera la primera vez, tengo miedo de cometer un error por ignorancia, me sentí muy mal porque ya me la dieron de alta pero no me dijeron que tenía que venir a las charlas, ya me la quería llevar pero no se puede porque primero tengo que venir a las charlas obligatorias.

**Betty:** Mi preocupación es porque no sé cómo tratarla, no sé ni cómo cogerla, tengo miedo estoy muy nerviosa porque siento que la voy a contaminar, me parece que cada bebé es diferente y por lo tanto son cuidados diferentes, yo por ahora voy a preocuparme también por cómo hacerle sentir bien a ella cuando ya me la lleve a la casa, temo poder olvidarme de lo que he escuchado en las charlas.

**Verónica:** Yo al comienzo estaba muy preocupada, pero ya puedo cogerlo estoy aprendiendo mucho más aquí en las charlas, gracias por esto, y estoy muy feliz de que mi bebé está evolucionando y ya quiero poder llevarlo a la casa conmigo.

**Mónica:** Para mí también han sido muy importantes estas charlas, porque yo al comienzo tenía miedo de darle de lactar a mi bebé pero con la doctora de lactancia aprendí como hacer, ahora ya se me ha apegado mucho mi bebé, yo practicaba bastante en mi casa, ahora ya vengo directo a darle el seno varias veces al día, antes me estimulaba el pezón en la casa y ahora doy mucha más leche, yo le digo a todos los padres que lo que aprendamos aquí lo pongamos en práctica, perdiendo el miedo.

**María José:** Mi preocupación es no poderle dar de lactar a mi bebé porque no me está saliendo mucha leche, nos costó mucho poder sacarme una gotita, porque a mi me estuvo ayudando la doctora de lactancia también.

**Víctor:** Nuestra preocupación es que a ella no le sale leche, ya le dan de alta hoy al bebé y no sabemos cómo le dará de lactar en casa. Vine porque me dijeron que vendría la doctora en lactancia pero no la conozco y necesitamos que nos ayude, hoy no fui a trabajar por eso, le dije a mi jefe que hoy tenía que salir por mi bebé, que me dé permiso por favor aunque tenga que trabajar otro día gratis porque ya salía mi hijo, estoy muy emocionado porque mi bebé está de alta, pero los doctores me dijeron que si me lo llevo se va morir de hambre tengo miedo de lo que pase en casa, queremos hablar con la doctora de la lactancia también.

#### **4<sup>to</sup> tema: Lactancia Materna**

**Johana:** La lactancia materna es la más importante, es el único alimento que se le da al bebé prematuro, nada más que eso, pero ya no me sale tanta leche como al principio y tomo colada, líquidos. Todas las madres coinciden conmigo que al principio para mi fue impactante el ver a un hijo con tantos tubos, que suba y baje de peso, eso hace que nos estresemos.

**Mayra:** La leche materna protege contra enfermedades y alergias.

**Christian:** El mejor alimento; en la charla nos dijeron que no se puede almacenar una encima de otra, no se puede mezclar. Mi esposa dio a luz hace cuatro días y ella guarda la leche, pero ¿Cuánto tiempo es el máximo que dura guardada?, ¿Cómo se

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

puede estimular al niño?; la idea es que tome la leche de la mamá, pero como estimularlo y que se adapte al calor de la mamá, igual angustia y desespera el que no quiera tomar la leche del seno de la mamá.

**Diana:** La leche materna tiene todas las proteínas.

**Hugo:** Es a libre demanda, puede tomar a la hora que quiera.

**Lilian:** Previene la concepción de otro bebé.

**Felipe:** Estoy preocupado por la lactancia de mi esposa, se le taponan, se le seca y no puede darle la leche íntegra; pienso que es por la falta de estimulación del bebé. Desespera y angustia el que no quieran succionar.

**Lety:** La leche la recogemos en los pesoneros nos dijeron que no vale porque hemos sudado y que la que vale es la que se saca en el momento, esa sirve para almacenar en frasquitos.

**Gloria :** ¿Qué puede ingerir la mamá para que produzca más leche?

**Diana:** Si el bebé no puede comer todo el día, ¿qué le dan?, sino permiten que demos de lactar cuando se enferman, ahí quisiera ser mágica para salvar a mi bebé.

**Consuelo:** Es muy impactante ver a los niños con tubos, uno está tensionado, se estresa y con esas ansias de que ya nos den al bebé.

**Vanessa:** Ayer me quedé sorprendida porque mi leche le está haciendo mal a mi bebé, me sentí triste y deprimida porque sabemos que eso es importante, lloré mucho porque no tenía a quién contarle lo que estaba pasando, la impotencia que sentía.

## Efectos Subjetivos en Madres de Niños Prematuros

**Catherine:** Me tuvieron que enseñar cómo dar de lactar, no sabía cómo cogerlo, me daba miedo porque es muy delicado y muy pequeño.

**Patricia:** Yo tenía que estimularlo porque él no quería coger mi pezón, el doctor me recomendó darle fórmula, pero yo tenía que sacarme leche y darle en biberón.

**Alejandra:** Yo estudio, a la hora en que vaya a estudiar, ¿Con quién dejaría a mi bebé', ¿A las cuantos meses se puede sacar al bebé?

**Karen:** Como estoy recién dada a luz y son dos, no tengo leche y eso me preocupa.